



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

“CONTENIDO DE LA LONCHERA ESCOLAR Y CARIES DENTAL
EN NIÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL,
LORETO – 2018”

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

AUTOR (ES):

BACH.ARÉVALO CÓRDOVA, WAGNER EDUARDO
BACH. RODRIGUEZ RUIZ, DANITZA

ASESOR:

C.D. TELLO TAFUR CARLOS LUIS

SAN JUAN BAUTISTA –MAYNAS – LORETO– PERÚ
2018

DEDICATORIA

*A Dios, por ser inspiración y fuerza
para continuar en este proceso de obtener
uno de nuestros anhelos más deseados.*

*A nuestros maestros y amigos, que siempre nos
entregaron su apoyo ayudándonos a avanzar
en nuestro desarrollo profesional.*

*A nuestros amados padres, hijos, hermanos y
compañeros de vida, que siempre estuvieron presente
y lo seguirán estando en todo momento, por amarnos y apoyarnos.*

AGRADECIMIENTO

A nuestra Universidad Científica del Perú, por brindarnos las herramientas de trabajo necesarias para poder llevar a cabo de manera satisfactoria nuestra investigación.

A la Institución Educativa Inicial “Madre Teresa de Calcuta”, porque nos permitió desarrollar nuestro trabajo de manera eficaz y eficiente.

ACTA DE SUSTENTACIÓN



Universidad Científica del Perú - UCP
Registrado en el Asiento N° A00010 de la Partida N° 11000310, Personas Jurídicas de Iquitos,
Superintendencia de los Registros Públicos - SUNARP

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ESTOMATOLOGÍA**

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con **Resolución Decanal N° 787-2018-UCP-FCS**, del 30 de Noviembre del 2018, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a los señores:

-  **Dr. Rafael Fernando Sologuren Anchante**
-  **CD. Roger Narciso López Sánchez**
-  **CD. Jacobo Michel Díaz Yumbato**

En la ciudad de Iquitos, siendo las 10:00 am. horas, del día 12 de Febrero del 2019, en las instalaciones de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la Tesis: **“CONTENIDO DE LA LONCHERA ESCOLAR Y CRIES DENTAL EN NIÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL, LORETO - 2018”**.

Presentado por los sustentantes:

**DANITZA RODRIGUEZ RUIZ
WAGNER EDUARDO ARÉVALO CÓRDOVA**

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **CIRUJANO DENTISTA**.

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:

Respondidas su forma satisfactoria

El Jurado después de la deliberación en privado llegó a la siguiente conclusión:

La Sustentación es:

Aprobada por Unanimidad

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.


Dr. Rafael Fernando Sologuren Anchante
Presidente


CD. Roger Narciso López Sánchez
Miembro


CD. Jacobo Michel Díaz Yumbato
Miembro

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15
	Desaprobado (a)	:	00-12

**“CONTENIDO DE LA LONCHERA ESCOLAR Y CARIES DENTAL EN NIÑOS
DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA INICIAL LORETO - 2018”**

**TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA EN LAS INSTALACIONES
DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ, EL DÍA 12 DEL MES DE
FEBRERO DEL 2019, POR EL JURADO CALIFICADOR:**

MIEMBROS DEL JURADO


.....
Dr. Rafael Sologuren Anchante

PRESIDENTE DE JURADO


.....
CD. Roger López Sánchez

MIEMBRO DE JURADO


.....
CD. Jacobo Díaz Yumbato

MIEMBRO DE JURADO


.....
CD. Carlos Tello Tafur

ASESOR DE TESIS

RESUMEN

CONTENIDO DE LA LONCHERA ESCOLAR Y CARIES DENTAL EN NIÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL, LORETO 2018

Por:

BACH. ARÉVALO CÓRDOVA, WAGNER EDUARDO

BACH. RODRIGUEZ RUIZ, DANITZA

El objetivo del presente estudio fue determinar el contenido de la lonchera escolar y su relación con la caries dental en niños de la Institución Educativa Inicial de Loreto en el año 2018. El estudio fue de tipo cuantitativo, no experimental, correlacional, transversal. Se evaluó a 166 niños de inicial de la Institución Educativa “Madre Teresa de Calcuta”, divididos en 93 niños de sexo masculino y 73 de sexo femenino. Se empleó 2 tipos de instrumentos: una ficha de recolección de datos del contenido de la lonchera escolar y otra ficha de recolección de datos odontológica (Odontograma). Resultados: Los resultados muestran el ceod del sexo masculino fue de 5,04 y del sexo femenino fue de 4,56. El índice de ceod a los 3 años fue de 4,65, a los 4 años el ceo-d fue de 5,38 y a los 5 años el ceo-d 4,75. El promedio del índice ceo-d fue de 4,83. La prevalencia de caries dental fue de 90,4%. En relación a lonchera escolar el 35,5% de niños el tipo de lonchera fue saludable y en el 64,5% de niños el tipo de lonchera fue no saludable. Se encontró que existe relación estadísticamente significativa ($p=0,037$) entre el contenido de la lonchera escolar y la caries dental en niños de la Institución Educativa Inicial en el año 2018. Conclusión: Se concluye que a medida que el contenido de la lonchera escolar sea no saludable mayor será índice de la caries dental.

Palabras claves: Caries dental, Lonchera Escolar.

ABSTRACT

CONTENT OF SCHOOL LUNCH AND DENTAL CARIES IN CHILDREN OF AN INITIAL EDUCATIONAL INSTITUTION, LORETO 2018

By:

BACH. ARÉVALO CÓRDOVA, WAGNER EDUARDO

BACH. RODRIGUEZ RUIZ, DANITZA

The aim of this study was to determine the content of school lunch box and its relationship to dental caries in early childhood education institution Loreto in 2018. The study was not experimental, correlational, cross-quantitative. 166 children were evaluated as initials of the Educational Institution "Mother Teresa of Calcutta", divided into 93 boys and 73 girls. Two types of instruments were used: a data collection form for the contents of the school lunch box and another data sheet for dental data collection (Odontogram). Results: The results show that the male sex was 5.04 and the female sex was 4.56. The ceod index at 3 years was 4.65, at 4 years the ceo-d was 5.38 and at 5 years the ceo-d 4.75. The average ceo-d index was 4.83. The prevalence of dental caries was 90.4%. In relation to school lunch box 35.5% of children the type of lunchbox was healthy and in 64.5% of children the type of lunchbox was unhealthy. It was found that there is a statistically significant relationship ($p = 0.029$) between the content of the school lunch box and dental caries in children of the Initial Educational Institution in 2018. Conclusion: It is concluded that as the content of the school lunch box is unhealthier the higher the index of dental caries.

Keywords: Dental caries, School lunch box.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1. Antecedentes de Estudio	12
1.2. Problema de Investigación	18
1.3. Objetivos	19
1.3.1. Objetivo General	19
1.3.2. Objetivos específicos	19
II. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL	20
2.1. Marco Teórico	20
a. Caries dental	20
b. Lonchera escolar	24
III. MÉTODOS	28
3.1. Hipótesis	28
3.2. Variables	28
3.3. Tipo de investigación	29
3.4. Diseño de investigación	29
3.5. Población y muestra	29
3.6. Técnicas	30
3.7. Instrumentos de recolección de datos	30
3.8. Procedimiento de recolección de datos	30
3.9. Procesamiento de la información	33
IV. RESULTADOS	34
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	44
5.1. Conclusiones	46
5.2. Recomendaciones	47
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
VII. ANEXOS	51

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 01. Distribución de niños examinados según edad.	34
Cuadro 02. Distribución de niños examinados según Sexo.	35
Cuadro 03. Índice ceo-d según edad.	36
Cuadro 04. Prevalencia de caries dental de los niños.	37
Cuadro 05. Distribución de niños según contenido de la lonchera escolar.	38
Cuadro 06. Componentes del índice del ceo-d de niños según sexo.	39
Cuadro 07. Componentes del índice del ceo-d de niños según lonchera escolar.	40
Cuadro 08. Relación del contenido de Lonchera escolar y caries dental en niños de la Institución Educativa Inicial.	41
Cuadro 09. Prueba de Chi cuadrado (χ^2) entre lonchera escolar y caries dental.	43

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 01. Distribución de niños examinados según edad.	34
Gráfico02. Distribución de niños examinados según Sexo.	35
Gráfico 03. Índice ceo-d según edad	36
Gráfico 04. Prevalencia de caries dental de los niños.	37
Gráfico 05. Distribución de niños según contenido de la lonchera escolar.	38
Gráfico 06. Componentes del índice del ceo-d de niños según sexo.	39
Gráfico 07. Componentes del índice del ceo-d de niños según sexo.	40
Gráfico 08. Relación del contenido de Lonchera escolar y caries dental en niños de la Institución Educativa Inicial.	42

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la mayoría de las personas le dan poca importancia al cuidado de la salud bucal y esa poca relevancia respecto al tema, lo convierte en una necesidad latente a satisfacer por los profesionales odontológicos, utilizando métodos y técnicas de prevención que brindaran la concientización necesaria, para que la población tenga un mejor cuidado de su salud bucal.

Dicho lo anterior, debemos actuar de manera rápida y eficaz en la edad en donde las personas son más receptivas, que es la etapa de la niñez, para que el niño empiece a formar buenos hábitos de comportamiento y cuidado propio. De esa manera el presente trabajo consistirá en demostrar si existe relación entre el tipo de contenido de la lonchera escolar que consumen y la caries dental, para poder descartar si es o no un factor atribuible a dicha enfermedad.

El presente trabajo de investigación es importante y se justifica por tener valor teórico ya que permitirá y ayudará a complementar el conocimiento sobre el tipo de dieta adecuado que deben contener las loncheras escolares de los niños de 3 a 5 años, y de esta manera previniendo la aparición de la caries dental. Presenta valor metodológico, porque después de obtener los resultados del estudio nos permitirá tomar decisiones que den solución a los problemas que puedan presentarse sobre el tipo de dieta que contienen las loncheras de los niños, ya que al ser también educados y concientizados los padres y docentes sobre la importancia del tipo de alimentos que debe contener una lonchera, ayudará a la disminución de la prevalencia de caries dental de los niños. Además, el beneficio de este trabajo no solo será para los niños, sino también para los padres, docentes y toda persona perteneciente a la institución, ya que se generalizará a otras instituciones por medio de terceras personas.

1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Antecedentes Internacionales

Pilatasig B. (Ecuador, 2016) realizó un estudio sobre: “Nivel de conocimiento sobre caries de la infancia temprana y su relación con hábitos alimenticios e higiene oral en padres de familia de los infantes de 1-4 años, en el Centro Infantil del Buen Vivir Luis Fernando Ruiz de la ciudad de Latacunga Provincia de Cotopaxi período julio – diciembre 2015”, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre caries de la infancia temprana y su relación con los hábitos alimenticios e higiene oral en padres de familia de los infantes de 1 a 4 años. La muestra fue 103 padres de familia de los infantes de 1-4 años. Resultado: Se encontró que existe un bajo nivel de conocimiento de los padres, el 7,8% se mostró como deficiente, el 43,7% como nivel regular, el 30,1% como bueno, el 18,4% como muy bueno y no se encontró un nivel sobresaliente. En cuanto al índice ceo-d se registró que el 32% no presentaba caries, el 20,4% se valoró como nivel leve, el 23,3% como moderado y el 24,3% como severo. Conclusión: Existe una relación estadísticamente significativa entre la falta de conocimiento sobre hábitos alimenticios e higiene oral para la formación de caries de la infancia temprana. ⁽⁶⁾

Tevalán B. (Guatemala, 2015) realizó un estudio sobre: “Evaluación de la composición y el valor nutricional de las loncheras escolares, de cinco establecimientos educativos privados y cinco establecimientos públicos, del departamento de Guatemala”, con el objetivo de evaluar la composición y el valor nutricional de las loncheras escolares de cinco establecimientos educativos en Guatemala. Se analizó los alimentos contenidos en las loncheras de 117 escolares. Resultados: El 54% de los alimentos que contenían en las loncheras fueron panes con algún ingrediente proteico, el 53 % tenían jugos envasados, el 39 % galletas, mientras que el 31% contenían frutas y, finalmente, el 24% frituras y golosinas. Conclusión: Se concluye que las loncheras escolares contenían alto contenido de productos energéticamente densos. ⁽⁷⁾

Pancho T. (Ecuador, 2015) realizó un estudio sobre: “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 2014” Cantón Guano – Provincia de Chimborazo”, con el objetivo de determinar el número de alimentos cariogénicos y no cariogénicos de la lonchera escolar como factor predisponente de caries en los niños y niñas del centro inicial Dr. Alfredo Pérez Guerrero. La muestra fue de 95 pacientes de 3 a 5 años. Resultado: Se realizó el Índice Ceod el cual evidenció una alta incidencia de caries, una mala higiene bucal por deficiencia de conocimientos sobre el aseo bucal, también se demostró que el contenido de la lonchera escolar tiene mucha relación con el estado de su salud dental, dando como resultado una población con un alto índice de caries dental a tan temprana edad. La prevalencia de caries fue del 85,6%, mientras que el índice ceo-d del 100% de los niños fue en su mayoría alto con 37,2% de niños del total. Conclusión: Los representantes no llevan a la consulta odontológica a los niños, tampoco realizan un adecuado cepillado dental, siendo perjudicial para la salud oral de los niños. ⁽⁸⁾

Antecedentes Nacionales

Alcos M. (Moquegua, 2018) realizó un estudio sobre: “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, ChenChen Moquegua 2018”, con el objetivo de asociar 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 de la ciudad de Moquegua en el año 2018. La muestra fue de 154 alumnos del nivel inicial. Resultado: Se evidenció que el tipo de lonchera pre-escolar en un 35,1% presentó una alimentación no saludable con presencia de alimentos acidogénicos y mayor incidencia de caries dental, indicando que es un factor de riesgo, y sólo un 3,2% presentó una boca libre de caries y un consumo de alimentos saludable hipoacidogénicos. Conclusión: Al relacionar el tipo de lonchera pre-escolar como factor predisponente de caries dental mediante la prueba estadística Chi2 de

independencia se pudo demostrar la dependencia directa al encontrar un valor de p significativo (p valor = 0,000).⁽⁹⁾

Rivera Y. (Huánuco, 2017) realizó un estudio sobre: “Contenido de la lonchera preescolar y su influencia en la caries dental en el Centro Educativo Virgen De Guadalupe, Huánuco 2017”, con el objetivo de determinar la influencia del contenido de la lonchera preescolar en la caries dental. La muestra fue conformada por 151 alumnos. Resultado: Se encontró que la lonchera escolar que contiene alimentos cariogénicos en relación al ceod, es 6,62% es muy bajo de caries, el 12,58% con nivel bajo, el 16,56% con nivel moderado, el 45,70% con nivel alto de caries y el 18,54% con nivel muy alto de caries. Conclusión: Se concluye que el contenido de las loncheras de los niños de 3 a 5 años influye en la caries dental.⁽¹⁰⁾

Aduvire A. (Tacna, 2015) realizó un estudio sobre: “Influencia del contenido de la lonchera pre-escolar como factor predisponente de caries dental en niños de 3 a 5 años de edad de la Institución Educativa Luis Alberto Sánchez, Tacna 2015”, con el objetivo de determinar la influencia del contenido de la lonchera pre-escolar y la prevalencia de caries dental en niños de 3 a 5 años. La muestra fue 95 niños de 3 a 5 años de ambos sexos que acuden a la I.E. Luis Alberto Sánchez se les realizó un Odontograma para obtener el índice Ceod y se procedió a ver el contenido de sus loncheras y se registró en una ficha de observación. Resultado: El 83,2 % de los niños examinados lleva en su lonchera de uno a diez alimentos cariogénicos con una prevalencia de caries de 93.7% del total de niños evaluados y un 6.3% de niños sanos. Conclusión: Se aprecia que existe una relación significativa entre el promedio de alimentos cariogénicos y la prevalencia de caries, dando como resultado que, a mayor número de alimentos cariogénicos presentes en la lonchera, mayor es la prevalencia de caries.⁽¹¹⁾

Verástegui G. (Tacna, 2015) realizó un estudio sobre: “Potencial cariogénico de los alimentos de las loncheras y su influencia en el índice

de caries dental, placa bacteriana y pH salival en loncheras de niños de 2 a 5 años de edad de la I.E.I. “Mi Pequeño Sol” Tacna, Perú 2015”, con el objetivo de establecer la relación del potencial cariogénico de alimentos de las loncheras con el Índice de caries dental, Placa bacteriana y pH salival en loncheras de niños de 2 a 5 años. La muestra estuvo conformada por 108 niños. Resultado: Se observó un alto potencial cariogénico en los alimentos de las loncheras debido a una mayor frecuencia de consumo de azúcares extrínsecos en un 99.1% de niños mientras que el 69.5% de niños presentaba azúcares intrínsecos. Conclusión: Se demostró asociación significativa entre el potencial cariogénico de los alimentos consumidos en la lonchera y la prevalencia de caries (p valor = 0,009).⁽¹²⁾

Cruz C. (Trujillo, 2015) realizó un estudio titulado “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 Perú 2015”, con el objetivo de determinar el contenido de la lonchera preescolar y caries dental en niños del PRONOEI. La muestra fue de 85 niños. Resultado: Se observó que un 76.5% presentaron lonchera cariogénica, un 15.3% presentaron lonchera mixta y 8.2% presentaron lonchera no cariogénica; en lo concerniente a la incidencia de caries dio como resultado un 72.9% presentaba caries, el grado de severidad de caries dental según el índice ceo-d fue notoriamente “muy bajo” con el 38.8%; y “moderado” con el 25.8%. Conclusión: No se pudo demostrar una asociación significativa (p valor = 0,668) entre la ingesta de alimentos azucarados y la caries, esto podría deberse a la intervención de diferentes factores que contribuyen a la formación de caries como la falta de higiene oral, el tipo de saliva y determinantes hereditarios.⁽¹³⁾

Olazabal F. (Arequipa, 2015) realizó un estudio sobre “Influencia del contenido de la lonchera pre- escolar como factor predisponente de la caries dental en niños de 3 a 5 años de edad de la institución educativa Inicial ciudad blanca “C” y del Centro Educativo Particular “Childrens Paradise”, el objetivo fue determinar la Influencia del contenido de la

lonchera pre-escolar como factor predisponente de la caries dental en niños de 3 a 5 años de edad. La muestra fue de 80 niños de 3 a 5 años. Resultado: Se encontró que el promedio general de alimentos cariogénicos fue de 9.57; respecto a los alimentos no cariogénicos, el promedio fue de 4.95. La peligrosidad de los alimentos cariogénicos fue en promedio de 16.86. En relación al índice de ceod, este fue de 4.81. Conclusión: Estadísticamente se aprecia que existe una relación significativa entre el promedio de alimentos cariogénicos y la prevalencia de caries. ⁽¹⁴⁾

Tovar M. (Lima, 2015) realizó un estudio sobre: “Prevalencia de caries de aparición temprana en niños de 3 a 5 años y 11 meses de edad y su asociación con sus factores predisponentes en el policlínico ESSALUD Chíncha de setiembre 2012 a febrero 2013”, con el objetivo de determinar la prevalencia de caries de aparición temprana en niños de 3 a 5 años y su asociación con sus factores predisponentes. La muestra fueron 300 historias clínicas de niños de edades de 3 a 5 años y 11 meses. Resultado: La prevalencia de caries de aparición temprana en niños de 3 a 5 años y 11 meses de edad fue de 67.33%. No existe asociación entre la caries de aparición temprana con el género de los niños. El promedio mayor de caries se encontró en la cara oclusal, seguidamente de la cara proximal y por último la cara libre. Existe asociación entre la caries de aparición temprana con la edad de 4 años en los niños. Conclusión: Existe asociación entre la caries de aparición temprana con el índice de higiene oral de los niños. Existe asociación entre la caries de aparición temprana con la frecuencia de consumo de azúcares de los niños. ⁽¹⁵⁾

Gordillo J. (Trujillo, 2014) realizó un estudio sobre: “Relación entre la prevalencia de caries dental y el tipo de azúcar consumido del programa QaliWarma y en el refrigerio escolar en niños de 3 a 8 años de Quirihuac, Laredo – 2013”, con el objetivo de determinar la prevalencia de caries dental y su relación con el tipo de azúcar consumido del programa QaliWarma. La muestra incluyó a 120 alumnos de 3 a 8 años de edad. Resultado: Los resultados muestran que existe relación entre la

prevalencia de caries dental y el tipo de azúcar consumido en el programa QaliWarma y en el refrigerio escolar en niños de 3 a 8 años. Los niveles de prevalencia de caries dental de los niños de 3 a 8 años del centro poblado de Quirihuac, se determinó que el 31,7% de los niños presentan un nivel de prevalencia de caries dental alto, el 53,3% una prevalencia moderado y el 15% una prevalencia de caries baja. ⁽¹⁶⁾

Antecedentes locales

Se revisó tesis o trabajos de investigación en la biblioteca de las Universidades de la ciudad de Iquitos, incluyendo la búsqueda en repositorios de ambas universidades, siendo infructuosa la búsqueda de información.

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A nivel mundial, la caries dental es una de las enfermedades de mayor prevalencia de la cavidad oral, ya que el 99% sufre o ha tenido esta enfermedad, esta enfermedad es muy marcada en la población preescolar y aun es la causa principal de pérdida prematura de los dientes deciduos. ⁽¹⁾

La caries dental es una enfermedad infecciosa, crónica donde intervienen diversos factores, caracterizada por una destrucción gradual de los tejidos dentarios calcificados producto de la acción de las bacterias y/o microorganismos sobre los hidratos de carbono fermentables derivados de la dieta alimenticia. ⁽²⁾

La dieta es uno de los factores principales para el desarrollo de la caries, pero dependerá del tipo de dieta a consumir, es decir, mientras más pegajoso y adhesivo sea el alimento mayor será el potencial cariogénico. Aunque el factor tiempo también facilitara el proceso de la placa bacteriana y por ende el desarrollo y/o aparición de caries. ^(3, 4)

Esta problemática se ve reflejada en el ámbito local, ya que durante el desarrollo de nuestro internado rural realizamos actividades extramurales, observándose que niños del nivel inicial de las Instituciones educativas Mariscal Oscar R. Benavides y Espiguitas del Sembrador presentaban en su mayoría la caries dental, pudiendo ser el contenido de la lonchera escolar un factor para la aparición de esta enfermedad, ya que no se sabe el tipo de alimento que contiene, es decir, no sabemos si son alimentos saludables o no saludables, siendo estos perjudicial para el estado de su salud bucal.

Al ser considerada la caries como un problema de salud pública debido a su magnitud y transcendencia, nace la imperiosa necesidad de realizar este estudio que sirva como guía para futuros investigadores. ⁽⁵⁾ Actualmente, en la región Loreto no se han desarrollado estudios acerca del contenido de la lonchera escolar y su relación con la caries dental en niños de edad preescolar.

De esta manera, la realización del presente estudio nos llevó a formular el siguiente problema de investigación.

1.2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre el contenido de la lonchera escolar y la caries dental en niños de 3 a 5 años de una Institución Educativa Inicial de Loreto en el año 2018?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el contenido de la lonchera escolar y su relación con la caries dental en niños de la Institución Educativa Inicial de Loreto en el año 2018.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el contenido de la lonchera escolar en niños de la Institución Educativa Inicial de Loreto en el año 2018.
- Identificar el índice de ceo-d en niños de la Institución Educativa Inicial de Loreto en el año 2018.
- Establecer si existen relación estadística entre el contenido de la lonchera escolar y caries dental en niños de la Institución Educativa Inicial de Loreto en el año 2018.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

2.1. MARCO TEÓRICO

A. CARIES DENTAL

Según Henostroza G. (2007) en su libro sobre “Caries dental: Principios y procedimientos para el diagnóstico” refiere que la caries es una enfermedad transmisible, de origen multifactorial e infecciosa, caracterizada por la desmineralización de los tejidos duros del diente producto de sus tejidos calcificados, debido a los microorganismos que actúan en la dieta que contienen carbohidratos fermentables.⁽⁴⁾

Irigoyen M. (1997) sostiene que la caries dental es una “enfermedad infecto-contagiosa que afecta a un gran número de personas en el mundo y que los índices de caries en poblaciones de países desarrollados mostraron reducciones considerables en los últimos 20 años”.⁽¹⁷⁾

Etiología

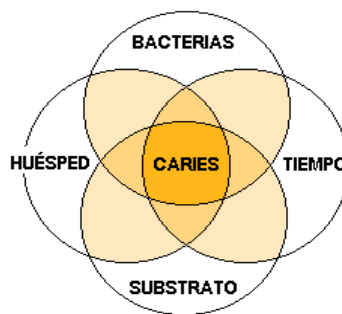
La caries dental tiene un origen o etiología multifactorial, para lo cual se buscó un consenso para determinar los agentes que lo ocasionan, dentro del cual se han preconizado numerosas teorías sobre la naturaleza etiológica de la caries que se pueden resumir en dos grupos:⁽⁴⁾

Para New Brun E. (1984), la caries dental se puede desarrollar en cualquier superficie dentaria presente en boca y que en esta haya placa bacteriana. Al ser multifactorial, esta se basa en las características de los factores básicos, etiológicos, primarios o principales: dieta, huésped y microorganismos.⁽¹⁸⁾

Barahona P. (1997), refiere que en “el desarrollo de la caries dental intervienen muchos factores, pero indica solo a tres factores

denominado Diagrama o tríada de Keyes: las características del huésped (susceptibilidad del diente y composición y cantidad de saliva), el consumo por el paciente de una dieta favorecedora (rica en carbohidratos) y la presencia en la cavidad oral de microorganismos cariogénicos (estreptococo mutans, lactobacilos, etc)". Otro factor importante es el tiempo, considerado como cuarto factor etiológico indispensable para el desarrollo de la caries. ⁽¹⁹⁾

Fig. 01.- Representación diagramático de la naturaleza multifactorial de la caries dental. ⁽¹⁹⁾



Epidemiología

La caries dental afecta entre el 60 y el 90 % de los niños en edad escolar, siendo mayor la gravedad de la enfermedad en países en desarrollo debido al elevado costo de los tratamientos particulares.

La Organización Mundial de la salud, establece que “la caries es la enfermedad oral de mayor prevalencia en numerosos países de América Latina y Asia”, esto es debido a que los tratamientos dentales representan entre el 5 y el 10% de los costos en salud en los países desarrollados, donde la proporción de dentistas con respecto a la población es de 1 por cada 2,000 habitantes. A diferencia de los países en desarrollo donde la escasez de servicios de insumos odontológicos (un dentista por cada 150,000 habitantes en África) y el alto costo del tratamiento influyen en el no tratamiento de los dientes y con consecuente extracción. ^(20,21)

Riesgo de caries

Rodríguez A. (1997), sostiene que “los factores de riesgo son aquellas características y variables que están asociados diversamente con la enfermedad o evento estudiado; constituyen una probabilidad medible con valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en los grupos y en la comunidad total”. ⁽²²⁾ Para la aparición de caries los factores de riesgo son lo siguiente:

- Alto grado de infección por *Streptococcus Mutans*.
- Alto grado de infección por *Lactobacilos*.
- Experiencia anterior de caries en personas muy afectadas por la enfermedad.
- Deficiente resistencia del esmalte al ataque ácido.
- Deficiente capacidad de mineralización.
- Dieta cariogénica.
- Mala higiene bucal.
- Baja capacidad buffer salival.
- Flujo salival escaso (xerostomía).
- Viscosidad salival.
- Apiñamiento dentario moderado y severo, tratamiento ortodóncico y prótesis.
- Anomalías del esmalte.
- Recesión gingival.
- Enfermedad periodontal.
- Factores sociales.

Indicadores epidemiológicos

Índice CPOD / ceod

La Organización Mundial de la Salud, estableció el índice CPOD (Klein y Palmer) y el índice ceod (Gruebbl) como indicador de salud bucal para medir la caries dental de una persona o población, el cual se obtiene por la identificación de dientes cariados, perdidos y obturados según el promedio obtenido, ⁽²³⁾ se establece una escala de severidad de la afección con cinco niveles en el CPOD/ceod poblacional:

CPOD – ceo =	0,0 – 1,1 → Muy bajo.
	1,2 – 2,6 → Bajo.
	2,7 – 4,4 → Moderado.
	4,5 – 6,5 → Alto
	6,6 y más → Muy alto.

El índice de CPOD/ceo poblacional es determinada por medio de la sumatoria de los dientes cariados, perdidos y obturados de cada individuo dividido entre la cantidad total de individuos evaluados. ⁽²³⁾

Se ha cuestionado la validez de este índice para la “evaluación de la experiencia de caries, debido a su componente “p” (diente perdido), ya que en ocasiones no se sabe si el diente se perdió realmente debido a caries”. ⁽²⁴⁾

Alimentos relacionados con la aparición de caries: ⁽²⁵⁾

- Alimentos cariogénicos. Son aquellos alimentos de consistencia pegajosa y retentiva como por ejemplo los dulces y frutos secos, cuya permanencia en boca puede ser prolongado. La sacarosa es tiene un potencial cariogénico elevado ya que actúa a través de la dieta que es usada por las bacterias del medio bucal con la finalidad de obtener polisacáridos adherentes (dextranos, levanos) que ayudan a retener el biofilm oral. ⁽²⁵⁾
- Alimentos cariostáticos. Son aquellas sustancias que no contribuyen a la formación de una lesión cariosa puesto que no son metabolizados por las bacterias patógenas de la placa bacteriana. ⁽²⁵⁾
- Alimentos anticariogénicos. Protegen la placa dental cuando se comen antes de los alimentos acidogénicos reduciendo el pH de la saliva a 5.5 o menos, por ejemplo, el queso que actúa previniendo la reducción del pH por varios mecanismos, uno de ellos es debido a la acción tampón sobre el pH de la placa, aceleración del aumento del pH por acción de péptidos, inhibición de bacterias cariogénicas,

reducción de la desmineralización por su contenido en calcio y fosfatos. ⁽²⁵⁾

B. LONCHERA ESCOLAR

Antes de entrar al concepto de lonchera escolar, tenemos que entender ciertos conceptos:

Alimentación, consiste en la ingesta de una serie de sustancias tomadas del mundo exterior y que forman parte de nuestra dieta.

Alimentación saludable, referida a la “alimentación variada, de preferencia en estado natural o con procesamiento mínimo que aporte energías y todos los nutrientes esenciales que necesitan las personas para mantenerse sanos, permitiéndole una mejor calidad de vida en todas las edades”. ⁽²⁶⁾

Alimento, definida como un “producto natural o elaborado susceptible de ser ingerido y digerido, cuyas características lo hacen apto y agradable para el consumo, constituido por una mezcla de nutrientes que cumplen determinadas funciones en el organismo”. ⁽²⁷⁾

“El término lonchera proviene del inglés “lunch” que significa almuerzo, pero en el Perú se conoce normalmente como lonchera al alimento o refrigerio llevado en un envase (bolso, maletín, etc.) a la escuela y que es de complemento a la alimentación de los niños”. ⁽²⁸⁾

La lonchera escolar se refiere al conjunto de comidas o alimentos suplementarios a las tres ingestas diarias (desayuno, almuerzo cena) contenidas en un envase, con el fin de proporcionar o cubrir necesidades nutricionales que aseguren un rendimiento óptimo escolar. ^(2,29)

Valdivia et al., refiere que no debe ser considerada como sustituto de alguna de las tres comidas diarias y deben estar en proporción del 10

al 15% del valor calórico total de los alimentos consumidos en un día, el cual dependerá de la edad, peso, talla o actividad física (150 a 350 Kcal). ⁽²⁹⁾

Es importante que las loncheras escolares sean saludables, ya que permitirán determinar buenos hábitos dietéticos, inculcar conciencia sobre la ingesta de alimentos saludables desde temprana edad, brinda nutrientes indispensables para un buen desarrollo y crecimiento sin que sean perjudiciales a la salud bucal. ⁽²⁹⁾

Composición nutricional de la lonchera escolar:

- Alimentos energéticos. Aportan energía que los niños requieren. En este grupo están las grasas e hidratos de carbono, también se puede mencionar al pan (blanco, integral), hojuelas de maíz, avena, maíz, etc. En lo que se refiere a las grasas: maní, pecanas, palta, aceitunas, etc. ⁽²⁹⁾
- Alimentos constructores: Ayudan a construir masa corporal (músculos, órganos y masa ósea) y fluidos como la sangre, entre ellos están las proteínas, haciendo énfasis en las de origen animal, además de los derivados lácteos como el yogurt, queso, huevo, carne entre otros. ⁽²⁹⁾
- Alimentos reguladores: brindan las defensas que necesitan los niños ante distintas enfermedades. Entre ellos están las frutas como la naranja, manzana, pera, entre otros y verduras como la zanahoria, lechuga, brócoli. ⁽²⁹⁾
- Líquidos: El agua es indispensable dentro de cualquier bebida a base de frutas, preparación de cereales como la cebada, avena, quinua entre otros. ⁽²⁹⁾

Alimentos recomendados en un tipo de lonchera ideal

La lonchera de un niño de inicial debe de tener en su interior un determinado alimento de tipo energético, constructor y regulador; siendo primordial las combinaciones de cada uno de los alimentos para que pueda aportar su valor nutricional. ⁽²⁹⁾

Bebida recomendada
Refrescos naturales (limonada, maracuyá, manzana, etc.) Cocimientos de cereales (quinua, avena, cebada) Infusiones (anís, manzanilla, a excepción del te) Agua hervida o agua mineral

Tabla 01. Alimentos que debe contener una lonchera saludable

Energéticos	Constructores	Reguladores
Pan blanco	Huevo o tortillas	Frutas: manzana, plátano, uva, pera, durazno, piña, etc.
Pan integral	Queso fresco	
Papa, camote, yuca	Yogurt	
Choclo sancochado	Pollo	
Maíz tostado	Pescado cocido	Verduras: tomate, pepino, zanahoria, etc.
Frutos secos	Atún	
Palitos de ajonjolí	sangrecita	

Los alimentos no recomendados, son los que denominan sustancias chatarras con alto contenido en azúcar entre ellos los dulces, chupetes, chicles, gomitas, entre otros que no proporcionan gran aporte para la nutrición. En este grupo se incluye las bebidas que hayan sido procesadas artificialmente entre ellos las gaseosas y jugos artificiales. También están los alimentos preparados a base de salsas como la mayonesa o alimentos muy condimentados, debido a que favorecen la descomposición del alimento y embutidos. ⁽²⁹⁾

2.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- Caries dental. Enfermedad infecciosa, crónica donde intervienen diversos factores, caracterizada por una destrucción gradual de los tejidos dentarios calcificados producto de la acción de las bacterias y/o microorganismos sobre los hidratos de carbono fermentables derivados de la dieta alimenticia. ⁽²⁾
- Lonchera Escolar. Conjunto de comidas o alimentos suplementarios a las tres ingestas diarias (desayuno, almuerzo cena) contenidas en un envase, con el fin de proporcionar o cubrir necesidades nutricionales que aseguren un rendimiento óptimo escolar. ^(2,29)
- Alimentación saludable. Alimentación variada, de preferencia en estado natural o con procesamiento mínimo que aporte energías y todos los nutrientes esenciales que necesitan las personas para mantenerse sanos, permitiéndole una mejor calidad de vida en todas las edades. ⁽²⁶⁾

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1. HIPÓTESIS

Existe relación estadística significativa entre el contenido de la lonchera escolar y la caries dental en niños de la Institución Educativa Inicial en el año 2018.

3.2. VARIABLES

- Variable independiente : Contenido de la Lonchera escolar.
- Variable dependiente : Caries Dental.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Las variables tienen los siguientes indicadores e índices:

Variables	Definición operacional	Indicadores	Índices	Escala de medición
Contenido de la Lonchera escolar	Tipo de alimento que los niños llevan en sus loncheras a la Institución Educativa, para su consumo en el descanso entre las horas de clase.	Instrumento de recolección de datos sobre Loncheras escolares	Lonchera escolar saludable	Cuantitativa Ordinal
			Lonchera escolar no saludable	
Caries dental	Enfermedad infecciosa, crónica caracterizada por una destrucción gradual de los tejidos dentarios calcificados.	Índice Ceo-d	Muy bajo: 0,0 – 1,1	Cuantitativa Ordinal
			Bajo: 1,2 – 2,6	
			Moderado: 2,7 – 4,4	
			Alto: 4,5 – 6,5	
			Muy alto: 6,6 a más	

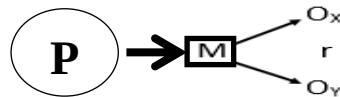
3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio es de tipo cuantitativo.

3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño es no experimental, correlacional, transversal.

El diseño a utilizar es el siguiente:



Especificaciones:

- M = Muestra.
- O_x = Contenido de la lonchera escolar
- R = Relación entre variables
- O_y = Caries dental

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. Población:

La población de estudio estuvo conformada por todos los niños de 3 a 5 años matriculados en la Institución Educativa Inicial Pública “614091 - Madre Teresa de Calcuta” del ámbito urbano marginal del AA.HH. Aeropuerto, del Distrito de San Juan Bautista.

3.5.2. Muestra:

La muestra fue de 166 niños y se calculó por medio de la fórmula para poblaciones finitas, siendo la siguiente:

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

Dónde:

- N : Población
- N : Muestra
- Z : 95% nivel de confianza (1,96)
- P : 0,50 (proporción estimada de pacientes)

q : 0,50 (complemento de p)
E : 0,05

Ajustando tenemos que:

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

$$n = \frac{292 * 1,96 * 0,50 * 0,50}{0,05^2 * (292 - 1) + 1,96 * 0,50 * 0,50} = 166$$

$$\boxed{n = 166}$$

Criterios de Inclusión:

- Niños matriculados en el nivel inicial.
- Niños que han llevado su lonchera escolar.
- Niños que han aceptado voluntariamente su participación en el estudio.
- Niños con autorización y aceptación mediante consentimiento informado de sus padres.

Criterios de exclusión:

- Niños ausentes durante la evaluación (enfermedad, retirados y/o trasladados a otras Instituciones Educativas).
- Niños que no han llevado su lonchera escolar.
- Niños que no han aceptado su participación en el estudio.
- Niños cuyos padres no hayan firmado el Consentimiento informado.

3.6. TÉCNICA

Para la medición de los instrumentos se empleó la observación directa (uso de encuesta por medio del cuestionario), y también la entrevista.

- a. Observación directa: para el llenado del Odontograma.
- b. Entrevista: Acto de comunicación oral establecida entre dos o más personas, permitiendo la interrelación entre el investigador y el

entrevistado, proveyendo la recolección de la información de los sujetos de la muestra.

3.7. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Instrumento 01: Ficha de recolección de datos del Contenido de la Lonchera Escolar.

Validez: Las preguntas contenidas en el instrumento final utilizado para la recolección de datos fueron confeccionadas por el investigador, siendo estos revisados por once jueces (3 nutricionistas, 8 odontólogos) y un estadístico. (Anexo 03), se obtuvo una validez del 83%, siendo considerada como ACEPTABLE.

Confiabilidad: Para medir la confiabilidad interna del instrumento, se utilizó el estadístico Kuder Richardson (KR-20) que fue aplicado en 26 loncheras de niños de la Institución Educativa Inicial “Los Arbolitos”; de la cual se obtuvo una fiabilidad de 0.875, considerada como BUENO.

- Instrumento 02: Ficha de índice c.e.o.d: Descrito por Gruebbel, este indicador permite establecer numéricamente el resultado de la historia de caries en la dentición decidua en una persona o en una población.

Es el indicador odontológico más utilizado a través del tiempo y que permanece vigente, facilitando la comparación epidemiológica entre poblaciones de diferentes países y en diferentes épocas, como así mismo, evaluar las aplicaciones de las diferentes medidas y métodos de prevención frente a esta patología.

c ----- cariado

e ----- extraído o extracción indicada

o ----- obturado

ceod Individual ----- suma c + e + o

Este índice nos permite ver la historia del individuo con referencia a sus dientes cariados, extraídos o extracción indicada y obturados.

Para categorizar el daño que ocasiona la caries dental, los valores del ceo-d fueron agrupados en cuatro categorías, que son:

CPOD – ceo =	0,0 – 1,1 → Muy bajo.
	1,2 – 2,6 → Bajo.
	2,7 – 4,4 → Moderado.
	4,5 – 6,5 → Alto
	6,6 y más → Muy alto.

3.8. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Antes de la recolección de datos

- Se solicitó autorización al director de la IEIPS Madre Teresa de Calcuta.
- Se coordinó con los Docentes de aula, para el desarrollo de la investigación.
- Se coordinó una reunión con los padres de familia para explicar sobre la investigación y se les pedirá la firma del consentimiento informado.
- Se explicó a los padres de familia que los datos recolectados son anónimos y de exclusividad de la investigación.
- Se procedió a la identificación de la muestra de estudio (según criterios de inclusión y exclusión).

Durante la recolección de datos

- Se procedió a examinar a los niños en el aula de clases. El examen oral (espejo bucal y explorador dental) y la revisión del tipo de lonchera que llevan se realizó en forma individual y ordenada.
- Se realizó la actividad antes de la hora del refrigerio o recreo.
- El tiempo estimado para la recolección de datos fue de 01 semana, en el turno mañana de la Institución educativa inicial Madre Teresa de Calcuta, durante cinco (05) días hábiles.
- Se procedió a agradecer al personal docente y directiva por la facilidad y apoyo brindado durante el desarrollo de trabajo.

Después de la recolección de datos

- Los datos obtenidos fueron registrados en el Instrumento N° 01.

- Se procedió a la revisión de los instrumentos, y posteriormente a la tabulación de los datos.
- Al término de la investigación, las encuestas fueron destruidas.
- Se elaboró el Informe Final de la investigación.

3.9. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se desarrolló una base de datos en Microsoft Excel 2010 y para el análisis inferencial o estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22 para Windows 10.

Para el análisis univariado se utilizó estadística descriptiva (cuadros y gráficos).

Para el análisis bivariado se utilizó Estadística Inferencial, como la prueba no paramétrica de Chi cuadrada al 0,05% de nivel de significancia para validar la hipótesis planteada.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Posterior a la recolección de datos se procedió a la sistematización de la información acorde a los objetivos de nuestra investigación. La muestra de estudio estuvo conformada por 166 niños pertenecientes a la Institución Educativa Inicial Madre Teresa de Calcuta del distrito de San Juan.

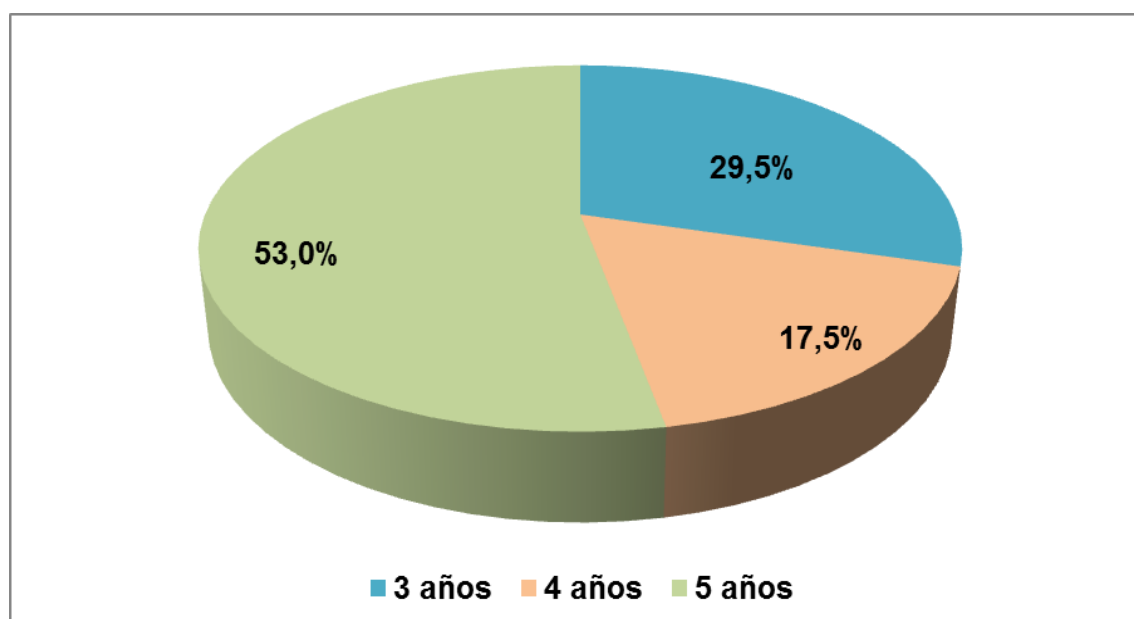
En el cuadro 01 se observa la distribución de niños examinados según edad, se demuestra que el 29,5% (49) representa a niños de 3 años, el 17,5% (29) representa a niños de 4 años, y el 53,0% (88) representa a niños de 5 años.

Cuadro 01. Distribución de niños examinados según edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
3 años	49	29,5
4 años	29	17,5
5 años	88	53,0
Total	166	100,0

Gráfico 01.

Distribución de niños examinados según edad.

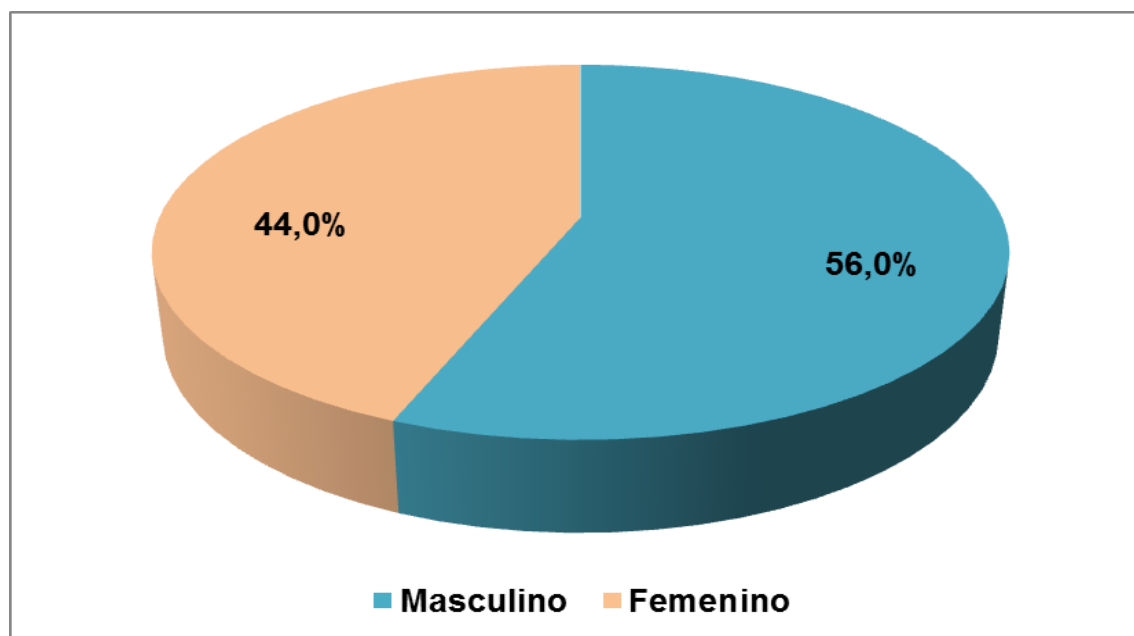


En el cuadro 02 se observa la distribución de niños examinados según sexo, se demuestra que el 56,0% (93) representa al sexo masculino y el 44,0% (73) representa al sexo femenino.

Cuadro 02. Distribución de niños examinados según sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	93	56,0
Femenino	73	44,0
Total	166	100,0

Gráfico 02.
Distribución de niños examinados según sexo.

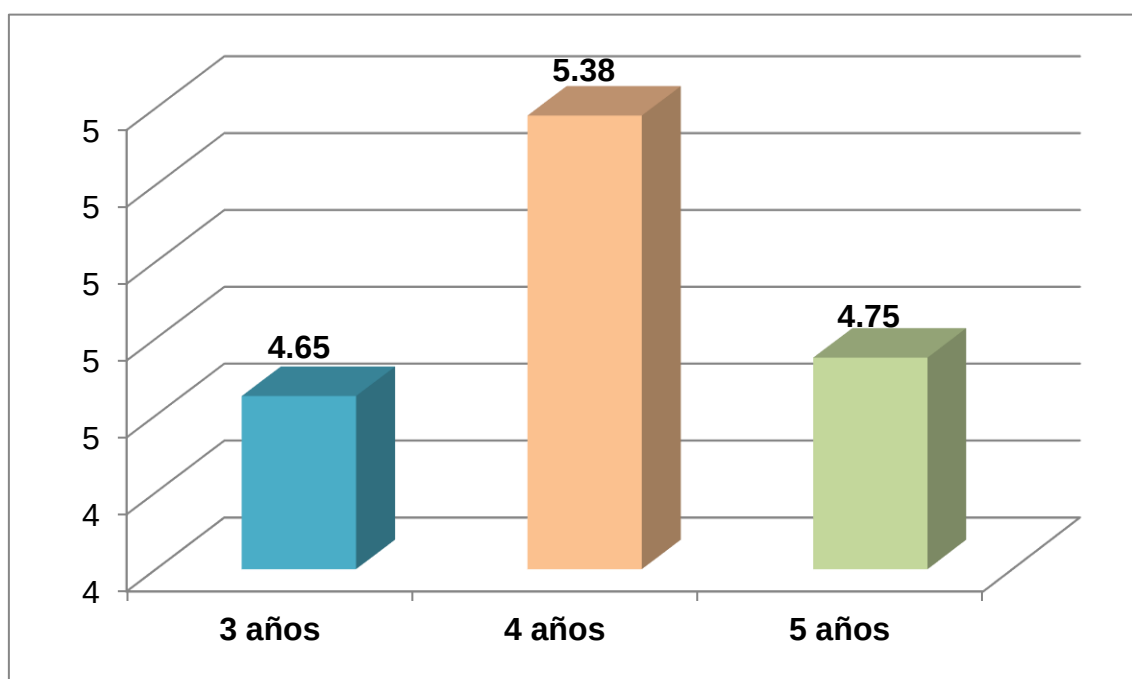


En el cuadro 03 se observa el índice ceo-d según edad, donde a los 3 años el ceo-d fue de 4,65, a los 4 años el ceo-d fue de 5,38 y a los 5 años el ceo-d 4,75. El índice ceo-d 4,83. En relación a la severidad de la caries dental según la OMS, nuestro valor está considerado como un índice ceo-d Alto.

Cuadro 03. Índice ceo-d según edad.

Edad	Índice ceo-d
3 años	4,65
4 años	5,38
5 años	4,75
Total	4,83

Gráfico 03.
Índice ceo-d según edad.

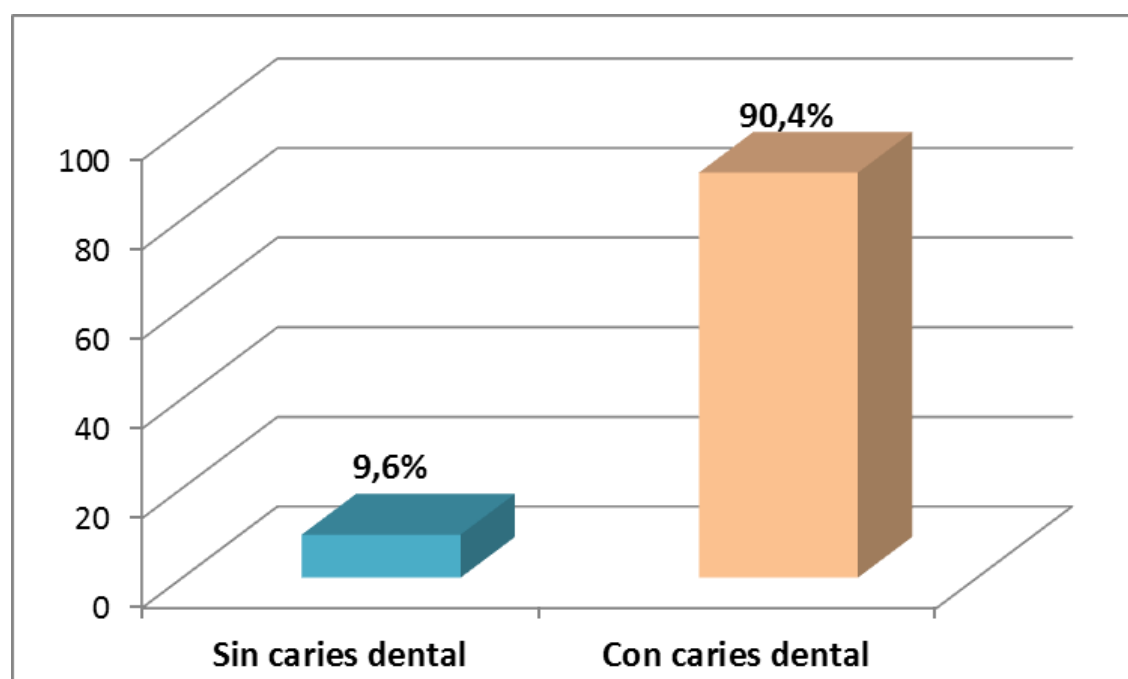


En el cuadro 04 se observa la prevalencia de caries dental de los niños, se muestra que en la mayoría de los niños se presenta la caries dental en un 90,4% (151), a comparación de niños sin presencia de caries dental en un 9,6% (16).

Cuadro 04. Prevalencia de caries dental de los niños.

Prevalencia de caries dental	Frecuencia	Porcentaje
Sin caries dental	16	9,6
Con caries dental	150	90,4
Total	166	100,0

Gráfico 04.
Prevalencia de caries dental de los niños.



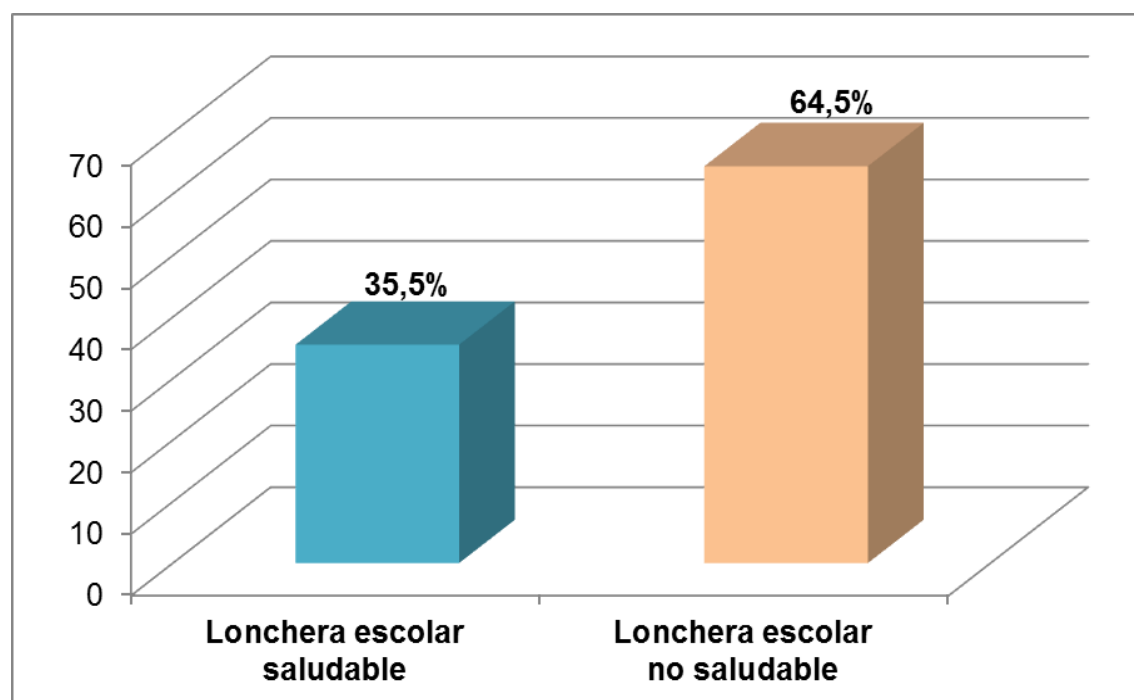
En el cuadro 05 se observa la distribución de niños según contenido de la lonchera escolar, se demuestra que en el 35,5% (59) de niños el tipo de lonchera fue saludable y en el 64,5% (107) de niños el tipo de lonchera fue no saludable.

Cuadro 05. Distribución de niños según contenido de la lonchera escolar.

Lonchera escolar	Frecuencia	Porcentaje
Lonchera saludable	59	35,5
Lonchera no saludable	107	64,5
Total	166	100,0

Gráfico 05.

Distribución de niños según contenido de la lonchera escolar.

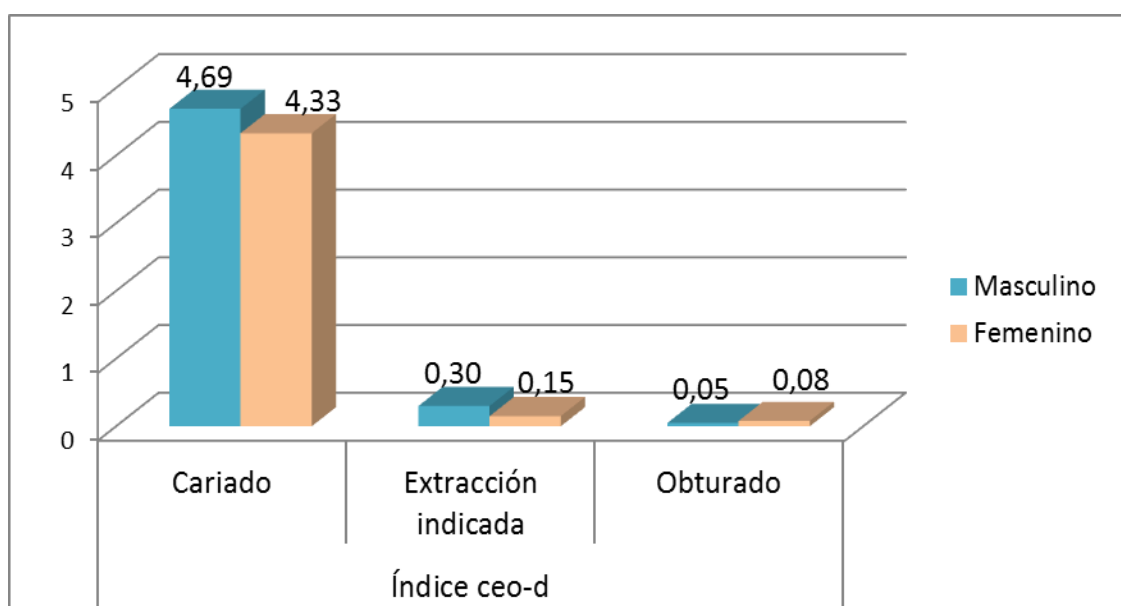


En el cuadro 06 se observa los componentes del índice del ceo-d de niños según sexo. El ceo-d del sexo masculino fue de 5,04; siendo el promedio de dientes cariados de 4,69, dientes con extracción indicada fue de 0,30 y dientes obturados fue de 0,05. El ceo-d del sexo femenino fue de 4,56; siendo el promedio de dientes cariados de 4,33, dientes con extracción indicada fue de 0,15 y dientes obturados fue de 0,08.

Cuadro 06. Componentes del índice ceo-d según sexo.

Sexo	Índice ceo – d			
	c	E	o	ceo-d
	□	□	□	□
Masculino	4,69	0,30	0,05	5,04
Femenino	4,33	0,15	0,08	4,56
Promedio	4,53	0,23	0,07	4,83

Gráfico 06.
Componentes del Índice ceo-d según sexo.



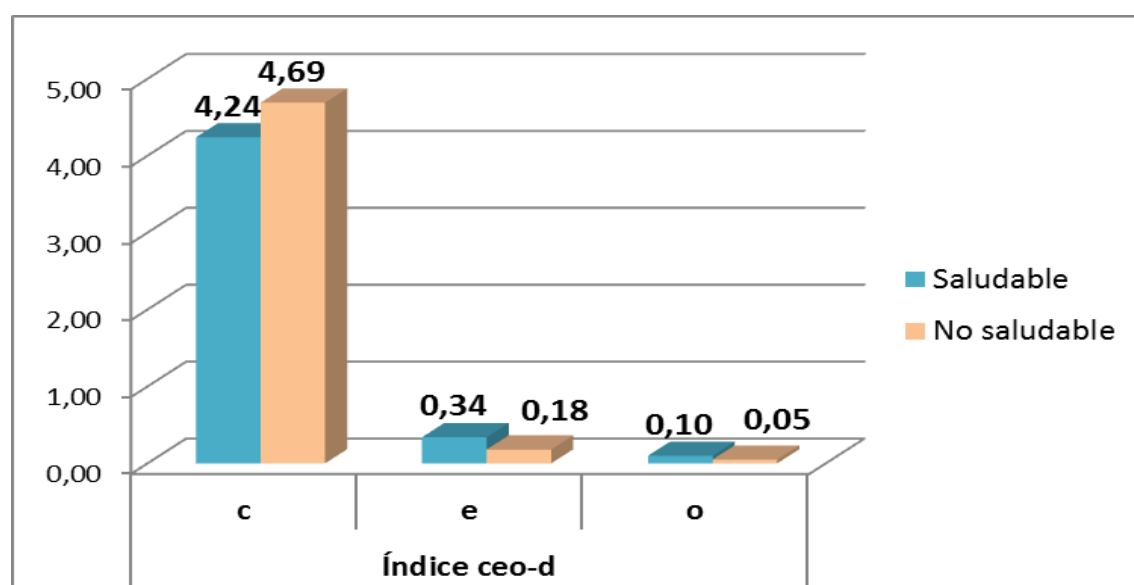
En el cuadro 07 se observa los componentes del índice del ceo-d de niños según lonchera escolar. El ceo-d de niños con lonchera saludable fue de 4,68; siendo el promedio de dientes cariados de 4,24, dientes con extracción indicada fue de 0,34 y dientes obturados fue de 0,10. El ceo-d de niños con lonchera no saludable fue de 4,92; siendo el promedio de dientes cariados de 4,69, dientes con extracción indicada fue de 0,18 y dientes obturados fue de 0,05.

Cuadro 07. Componentes del índice ceo-d según lonchera escolar.

Lonchera escolar	Índice ceo – d			
	c	E	o	ceo-d
	□	□	□	□
Saludable	4,24	0,34	0,10	4,68
No saludable	4,69	0,18	0,05	4,92
Promedio	4,53	0,23	0,07	4,83

Gráfico 07.

Componentes del Índice ceo-d según lonchera escolar.



En el cuadro 08 se observa el contenido de Lonchera escolar y caries dental en los 166 niños de una Institución Educativa Inicial Madre Teresa de Calcuta, se tiene que del 100% (16) de niños sin caries dental el 5,4% (9) llevaron una lonchera saludable y el 4,2% (7) llevaron una lonchera no saludable. Del 90,4% (150) de niños con caries dental el 30,1% (50) llevaron una lonchera saludable y el 60,2% (100) llevaron una lonchera no saludable.

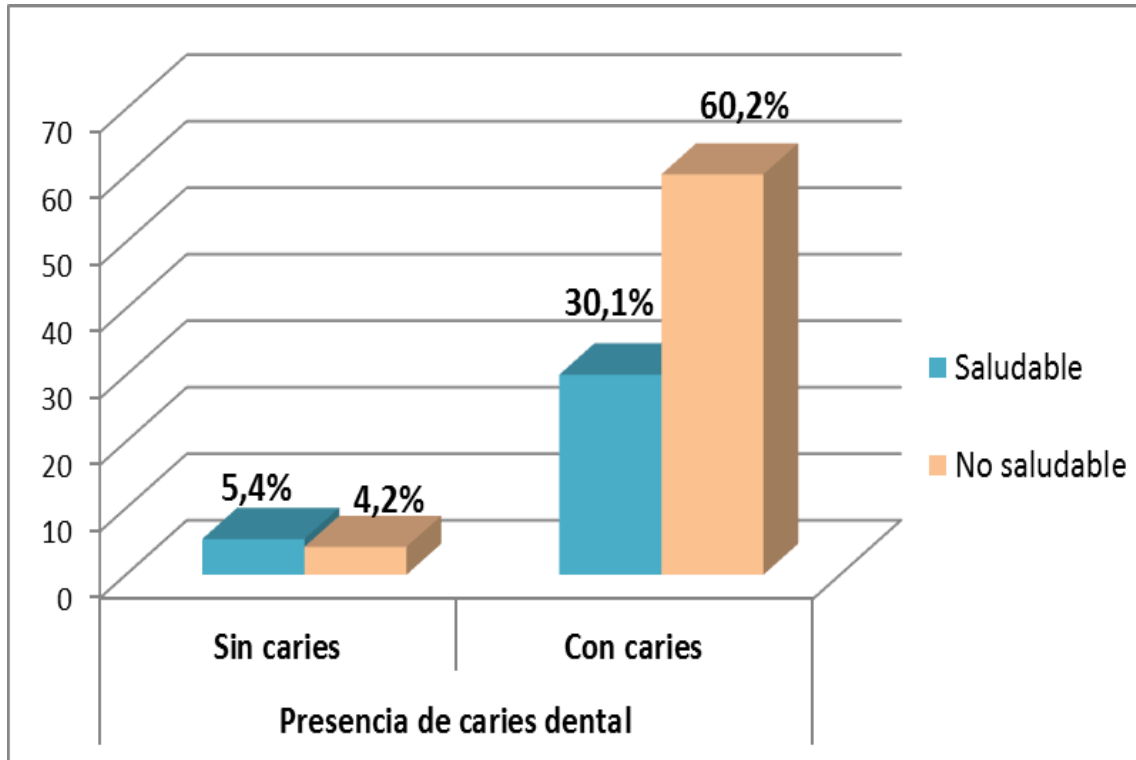
Se observa además, que existe una mayor prevalencia de caries dental en los niños que tienen una lonchera no saludable; es decir, a medida que el contenido de la lonchera escolar sea no saludable mayor será la presencia de la caries dental.

Cuadro 08. Relación del contenido de Lonchera escolar y caries dental en niños de la Institución Educativa Inicial.

Lonchera escolar	Presencia de caries				Total	
	Sin caries		Con caries			
	N°	%	N°	%	N°	%
Saludable	9	5,4	50	30,1	59	35,5
No saludable	7	4,2	100	60,2	107	64,5
Total	16	9,6	150	90,4	166	100,0

Gráfico 08.

Relación del contenido de Lonchera escolar y caries dental en niños de la Institución Educativa Inicial.



En el cuadro 09 se observa la prueba de Chi cuadrado (X^2) aplicada a tablas de contingencia entre las variables lonchera escolar y caries dental, se obtuvo un $X^2=3,314$, $gl=1$, $p= 0,037<0,05$. Lo que indica que Existe relación estadísticamente significativa entre el contenido de la lonchera escolar y la caries dental en niños de la Institución Educativa Inicial en el año 2018.

Cuadro 09. Prueba Chi cuadrado (X^2) entre lonchera escolar y caries dental.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3, 314a	1	0,037
N de casos válidos	166		

PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS:

H_0 : No existe relación estadísticamente significativa entre el contenido de la lonchera escolar y la caries dental en niños de la Institución Educativa Inicial en el año 2018.

H_a : Existe relación estadísticamente significativa entre el contenido de la lonchera escolar y la caries dental en niños de la Institución Educativa Inicial en el año 2018.

NIVEL DE SIGNIFICANCIA:

$$\alpha = 0.05$$

REGLA DE DECISIÓN:

Rechazar la hipótesis nula si: $p < 0,05$ (nivel de significancia)

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente trabajo de investigación, fue realizado en 166 niños de la Institución Educativa Inicial Madre Teresa de Calcuta. Se evaluó el contenido de su lonchera escolar y se les examinó el estado de salud bucal. Los datos recolectados fueron realizados durante el mes de diciembre del 2018.

En nuestro trabajo de investigación se encontró que el promedio del índice ceo-de nuestro estudio fue de 4,83; encontrándose similar resultado al estudio de Olazabal F. (Arequipa, 2015) donde encontró un promedio del índice de ceo-d de 4,81.

En relación al índice ceo-d según la edad, los niños de 3 años el ceo-d fue de 4,65, niños de 4 años el ceo-d fue de 5,38 y a los 5 años el ceo-d 4,75. Se observa que los niños de 5 años tienen menor índice ceod a diferencia de los niños de 4 años; esto puede ser debido a que han perdido sus dientes producto de la caries dental o algún trauma, o también por la erupción anticipada o prematura de los dientes permanentes.

En relación a la prevalencia de caries dental de nuestro estudio, se encontró que el 90,4% de niños tuvieron caries y el 9,6% no tuvieron caries; este resultado fue similar al encontrado en el estudio de Pancho T. (Ecuador, 2015) indicando que la prevalencia de caries dental fue del 85,6%. Al igual que el estudio realizado por Aduvire A. (Tacna, 2015) donde encontró una prevalencia de caries dental del 93,7%. Asimismo, Pilatasig B. (Ecuador, 2016) en su estudio encontró que el 32% no presentaba caries.

En relación al contenido de la lonchera escolar, el 35,5% de niños el tipo de lonchera fue saludable y en el 64,5% de niños el tipo de lonchera fue no saludable. Se encontró similares resultados al estudio realizado por Cruz C. (Trujillo, 2015) donde refiere que el 76,5% presentó una lonchera no saludable (cariogénica) y el 23,5% presentaron una lonchera saludable (no cariogénica). Igualmente, Aduvire A. (Tacna, 2015) en sus resultados se muestra que el

83,2% de niños llevan en sus loncheras alimentos cariogénicos. Los resultados difieren de los hallazgos en el estudio de Alcos M. (Moquegua, 2018) donde el 35,1% de niños presentaron en sus loncheras alimentos no saludables.

En nuestro estudio a la prueba de Chi cuadrado (X^2) entre las variables lonchera escolar y caries dental se obtuvo un $p_valor = 0,037 < 0,05$; es decir, existe relación estadísticamente significativa entre el contenido de la lonchera escolar y la caries dental en niños de la Institución Educativa Inicial en el año 2018. Este resultado es similar al resultado del estudio de Alcos M. (Moquegua, 2018) donde demostró que existe dependencia o asociación entre las variables lonchera escolar y la caries dental con un valor significativo de $p_valor = 0,000$. Al igual que lo reportado por el estudio realizado por Rivera Y. (Huánuco, 2017) indicando que el contenido de las loncheras escolares influye en la caries dental. Pero difiere de los resultados del estudio de Cruz C. (Trujillo, 2015) donde no encontró asociación ($p_valor = 0,668$) entre el tipo de alimentos contenido en la lonchera y la caries dental.

5.1. CONCLUSIONES

1. La muestra de estudio estuvo conformada por 166 niños, el 29,5% fueron de 3 años, el 17,5% fueron 4 años y el 53,0% fueron de 5 años. En relación al sexo el 56,0% fueron del sexo masculino y el 44,0% fueron del sexo femenino.
2. En relación al índice del ceo-d según sexo, El ceo-d del sexo masculino fue de 5,04; siendo el promedio de dientes cariados de 4,69, dientes con extracción indicada fue de 0,30 y dientes obturados fue de 0,05. El ceo-d del sexo femenino fue de 4,56; siendo el promedio de dientes cariados de 4,33, dientes con extracción indicada fue de 0,15 y dientes obturados fue de 0,08.
3. En relación al índice ceo-d según edad, a los 3 años el ceo-d fue de 4,65, a los 4 años el ceo-d fue de 5,38 y a los 5 años el ceo-d 4,75. El promedio del índice ceo-d fue de 4,83.
4. En relación a la prevalencia de caries dental, el 9,6% de niños no tuvieron caries y el 90,4% de niños tuvieron caries dental.
5. En relación a la distribución de niños según contenido de la lonchera escolar, se concluye que en el 35,5% de niños el tipo de lonchera fue saludable y en el 64,5% de niños el tipo de lonchera fue no saludable.
6. A la prueba de chi cuadrado aplicada a tablas de contingencias entre las variables Lonchera escolar y caries dental se encontró un valor de chi cuadrado $X^2=3,314$; $gl=1$; $p=0,037$, el cual indica que existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables.
7. Se concluye que a medida que el contenido de la lonchera escolar es no saludable mayor será la presencia de caries dental.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Ministerio de Salud promover charlas odontológicas preventivas dirigidas a los docentes de la institución educativa del nivel inicial, para que tengan mayor información y sepan actuar apoyando y fortaleciendo la importancia de la salud bucal de los niños de 3, 4 y 5 años.
2. Se recomienda a las Facultades de odontologías del ámbito local mediante el curso de odontología comunitaria, continúen realizando campañas de salud bucal y sesiones educativas en docentes y padres de familia, para ampliar sus conocimientos sobre la importancia de una alimentación saludable, de esta manera constaten el tipo de contenido de lonchera escolar que los niños de inicial consumen.
3. Se recomienda a los futuros odontólogos egresados complementar el presente trabajo en otros distritos de la ciudad para conocer el nivel de conocimiento sobre el tipo de contenido de lonchera escolar y su relación con la caries dental, así mismo continuar fortaleciendo las deficiencias de los docentes en cuanto a cómo concientizar de la manera correcta a los niños de acuerdo a sus edades en lo que respecta el cuidado de la salud bucal.
4. Se recomienda a los docentes encargados de los grados de inicial verificar y asegurar que los niños se cepillen los dientes después de la ingesta de sus alimentos en el recreo.

CAPÍTULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Negroni Marta. MICROBIOLOGÍA ESTOMATOLÓGICA: Fundamentos y Guía Práctica. 2da Ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana. 2009.
2. Liébana J. Microbiología Oral. México: Mc Graw Hill; 1992.
3. Seif R. Tomas, Bóveda Z. Carlos, et al. CARIOLOGÍA: Prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental. 1era Ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica.1997
4. Henostroza G, et al. CARIES DENTAL Principios y procedimientos para el diagnóstico. 1ra. Ed. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2007
5. Ramos. K. Influencia del contenido de la lonchera pre-escolar como factor predisponente de caries dental en niños de 3 a 5 años de edad de la institución educativa de la Policía Nacional del Perú Sta. Rosita de Lima y del jardín Funny Garden Arequipa 2009. [Tesis titulación en internet]. Universidad Católica de Santa María. Arequipa; 2009. Citada 22 diciembre 2016. 62 p. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/KATHERINERAMOSCOELLO.pdf>
6. Pilatasig B. Nivel de conocimiento sobre caries de la infancia temprana y su relación con hábitos alimenticios e higiene oral en padres de familia de los infantes de 1-4 años, en el centro infantil del buen vivir Luis Fernando Ruiz de la ciudad de Latacunga provincia de Cotopaxi periodo Julio – Diciembre 2015. [Trabajo teórico de titulación previo a la obtención del título de Odontóloga]. Carrera de Odontología. Quito: UCE. 2016. 76 p.
7. Tevalán B. Evaluación de la composición y el valor nutricional de las loncheras escolares, de cinco establecimientos educativos privados y cinco establecimientos públicos, del departamento de Guatemala [Internet]. Universidad Rafael Landívar; 2015.
8. Pancho T. 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 septiembre 2014 – febrero 2015. [tesis]. Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba – Ecuador. Julio, 2015.

9. Alcos M. 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, ChenChen Moquegua 2018. [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Universidad José Carlos Mariátegui – Facultad de Ciencias de la Salud – Escuela de Estomatología. Moquegua – Perú. 2018.
10. Rivera Y. Contenido de la lonchera preescolar y su influencia en la caries dental en el Centro Educativo Virgen De Guadalupe, Huánuco 2017. Universidad de Huánuco – Escuela de Odontología. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Huánuco – Perú. 2018.
11. Aduvire A. Influencia del contenido de la lonchera pre-escolar como factor predisponente de caries dental en niños de 3 a 5 años de edad de la Institución Educativa Luis Alberto Sánchez, Tacna 2015. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Facultad de Ciencias de la Salud – Escuela Profesional de Odontología. Tacna – Perú, 2016.
12. Verástegui G. Potencial cariogénico de los alimentos de las loncheras y su influencia en el índice de caries dental, placa bacteriana y pH salival en loncheras de niños de 2 a 5 años de edad de la I.E.I. “Mi pequeño sol”, Tacna 2015. Universidad Católica de Santa María. Arequipa - Perú. 2016.
13. Cruz C. 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. [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Universidad Señor de Sipan. Trujillo – Perú. 2015.
14. Olazabal F. Influencia Del Contenido De La Lonchera Pre-Escolar Como Factor Predisponente De La Caries Dental En Niños De 3 A 5 Años De Edad De La Institución Educativa Inicial Ciudad Blanca “C” Y Del Centro Educativo Particular “Childrens Paradise, Arequipa 2014”. [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Universidad Católica de Santa María – Facultad de Odontología. Arequipa – Perú. 2014.
15. Tovar M. Prevalencia de caries de aparición temprana en niños de 3 a 5 años y 11 meses de edad de edad y su asociación con sus factores predisponentes en el Policlínico Es salud Chíncha de setiembre 2012 a febrero 2013. [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista].

- Universidad Privada de Ciencias Aplicadas – Facultad de Ciencias de la Salud – Escuela de Estomatología. Lima – Perú. 2015.
16. Gordillo J. Relación entre la prevalencia de caries dental y el tipo de azúcar consumido del programa QaliWarma y en el refrigerio escolar en niños de 3 a 8 años de Quirihuac, Laredo – 2013. [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Universidad Privada Antenor Orrego – Facultad de Medicina Humana – Escuela de Estomatología. Trujillo – Perú. 2014.
 17. Irigoyen M. Dental caries in school children in Mexico City. *Salud pública Méx.* [online]. Mar/Apr 1997, Vol. 39, no. 02 [cited 21 Aug2018], pp.133–136. Available from World Wide Web: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000200007&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0036-3634
 18. New Brun Ernest. Cariología. Estudio retrospectivo de uno de los factores que influye en la caries dental. Editorial Limusa. 1984. pp. 57-65. 9.
 19. Barahona P. Etiología de la caries. En: García Barbero J (ed.). *Patología y terapéutica dental*. 1ª ed. Madrid: Síntesis S.A.; año 1997. p. 147-69
 20. Horna S; Aguirre A; Efectividad de los enjuagatorios con agua ionizada sobre el control del nivel de placa dentobacteriana. *Visdent* 2009; 12(4). vol. 48 n°4; 2009.
 21. Carranza F. Periodontología clínica. IX edición. Editorial Mc Graw Hill Buenos Aires – Argentina. 2006.
 22. Rodríguez A. Enfoque de riesgo en la atención primaria de Estomatología. *Rev cubana Estomatol.* 1997; 18(1):40-9.
 23. Moreno A, Carreón J, Alvear G, López S, Vega I. Riesgo de Caries en Escolares de Escuelas Oficiales de la Ciudad de México. *Revméxpediatr.* 2011; 68(6): 228-33.
 24. Saldarriaga A, Franco A, González S, Escobar A, Cordero N. Evaluación del sub registro de caries dental en dentición decidua. *Revista Ces Odontología* Vol. 16 – n° 02, 2008.
 25. Gómez-Álvarez S. Nutrición y caries, acción preventiva. *FarmPrfsnal.* 2003; 17 (1): 66-9.
 26. Directiva Sanitaria N° 063-MINSA/DGPS.V.01. Directiva Sanitaria para la promoción de quioscos y comedores escolares saludables en las instituciones educativas. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3307.pdf>

27. FAO. Glosario de términos: Revisado de: www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s07.pdf [Citado el 21 de Octubre del 2018].
28. Jiménez F. Loncheras Escolares Saludables. [Internet]. Guía para promover una alimentación sana e niños y adolescentes. Lima - Perú; 2013. Recuperado a partir de: http://www.rpan.org/wpcontent/uploads/2013/06/boletin_5.pdf
29. Valdivia G, Morán R, Quintanilla E, Valderrama M, Cardini A, Hidalgo M. Lonchera Saludable. Manual del kiosco y lonchera escolar saludable Perú. 2012.
30. Moquillaza G. Riesgo y prevalencia de caries dental en niños con dentición decidua de la institución educativa inicial N.º 191 María inmaculada y valoración estomatológica del contenido de sus loncheras, Distrito de Ate Vitarte, Lima, 2013. [Tesis para optar al título profesional de Cirujano Dentista]. Universidad Wiener – Facultad de Ciencias de la Salud – Escuela de Estomatología. Lima – Perú, 2014. Pp. 111
31. Ministerio de Salud. Lista de Alimentos saludables recomendados para su expendio en los quioscos escolares de las instituciones educativas. R.M. N° 908. 2012.

CAPÍTULO VII

ANEXOS

ANEXO N° 01

SOLICITUD DE AUTORIZACION A LA INSTITUCION EDUCATIVA “MARIA TERESA DE CALCUTA”

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

San Juan, 27 de noviembre del 2018

Señor:

Lic. Educ. Henry Adolfo Pezo Vásquez.

Director de la E.I.P.S.M N° 601491 – “Madre Teresa de Calcuta”.

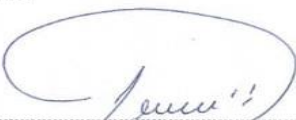
Presente.

Asunto: Ejecución del plan de tesis

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo hacerle presente que requerimos las instalaciones de su Institución Educativa, para realizar la ejecución de nuestro Plan de Tesis titulado: "CONTENIDO DE LA LONCHERA ESCOLAR Y CARIES DENTAL EN NIÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL, LORETO - 2018", presentado por los **Bachilleres en ESTOMATOLOGÍA: DANITZA RODRÍGUEZ RUÍZ Y WAGNER EDUARDO ARÉVALO CÓRDOVA**, realizando nuestra labor en el turno de la mañana, con los niños del grado inicial.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente:


.....
Danitza Rodríguez Ruiz
DNI: 42626968
BACHILLER


.....
Wagner Eduardo Arévalo Córdova
DNI: 70496101
BACHILLER

I.E.I.P.S. N° 601491
"Madre Teresa de Calcuta"
Comunidad de
Sociedad de
RECIBIDA
Hora: 9:58 am
N° Reg.: 271/11/2018


ANEXO N° 02
AUTORIZACION DE LA INSTITUCION EDUCATIVA
“MARIA TERESA DE CALCUTA”

“Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional”

San Juan, 27 de noviembre del 2018

Señor:

Lic. Educ. Henry Adolfo Pezo Vásquez.

Director de la E.I.P.S.M N° 601491 – “Madre Teresa de Calcuta”.

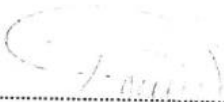
Presente.

Asunto: Ejecución del plan de tesis

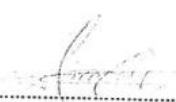
Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo hacerle presente que requerimos las instalaciones de su Institución Educativa, para realizar la ejecución de nuestro Plan de Tesis titulado: “CONTENIDO DE LA LONCHERA ESCOLAR Y CARIES DENTAL EN NIÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL, LORETO - 2018”, presentado por los **Bachilleres en ESTOMATOLOGÍA: DANITZA RODRÍGUEZ RUÍZ Y WAGNER EDUARDO ARÉVALO CÓRDOVA**, realizando nuestra labor en el turno de la mañana, con los niños del grado inicial.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente:



Danitza Rodríguez Ruíz
DNI: 42626968
BACHILLER



Wagner Eduardo Arévalo Córdova
DNI: 70496101
BACHILLER

E.I.P.S.M. N° 601491
“Madre Teresa de Calcuta”
Loreto - 2018
AUTORIZACIÓN
Firma: _____
Fecha: _____
Firma: _____
Fecha: _____

ANEXO N° 03
FOTOS





ANEXO N° 04
CONSOLIDADO DE INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL
INSTRUMENTO:

- **EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ:**

- 1.1. Nombre del instrumento:
- 1.2. Título de la investigación:
- 1.3. Autor(es) del instrumento:

- **VALIDACIÓN DE INFORMANTES:**

La validez del presente instrumento fue determinada por medio del método Delphi o Juicio de Expertos, conformado por profesionales en Odontología y Nutrición.

PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR LA VALIDEZ DEL
INSTRUMENTO

N°	EXPERTOS	Total de Ítems Correctos	%
1	Lic. Nutrición Ximena Yulexy Panduro Reátegui	9	85
2	Lic. Nutrición Syvil Milagros Valdivia Orbe	8	74
3	Lic. Nutrición Jerson Brian Santillán Iglesias	9	90
4	C.D. Rocío Juliana Flores Angulo	10	95
5	C.D. Manuel Alfredo Tataje Ospina	7	50
6	C.D. Jorge Oscar MoriVelasquez	7	54
7	C.D. Mgr. Roy Elvis Ríos Ferreyra	9	92
8	C.D. Maribel Vela Bravo	10	95
9	C.D. Eduardo Velasco Maldonado	9	94
10	C.D. Paul Pool Vidurizaga Llerena	9	92
11	C.D. Esteban OcminPetti	9	94
TOTAL			Σ= 915

- **Validez (% final del Instrumento) = 83,2%**

- **Conclusión final de la Evaluación:**

Validez (% final del instrumento):

$$Validez = \frac{915}{11} = 83,2 \%$$

Interpretación:

El instrumento revisado por juicio de expertos, obtuvo una validez del 83,2%, encontrándose en el parámetro establecido; es decir, indica que el instrumento tiene una validez ACEPTABLE.

- **Instrucciones:**

- La Validez viene a ser el % final del instrumento y se obtendrá de la siguiente manera:

$$Validez = \frac{\Sigma DE \%}{TOTAL DE ITEMS DE EXPERTOS}$$

Evaluación de la Validez:

VALOR (%)	INTERPRETACION DE LA VALIDEZ
0-24	Muy Baja
25-49	Baja
50-69	Regular
70-80	Aceptable
90-100	Elevada

Nota: En ciencias de la salud la validez de un instrumento es aceptable a partir de 70%.

RESULTADOS DE PRUEBA PILOTO PARA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Prueba estadística para confiabilidad del instrumento:

$$r_{20} = \frac{K}{K-1} \left[\frac{\sigma^2 \sum pq}{\sigma^2} \right]$$

Dónde: K : El número de ítems
 p : Porcentaje de personas que responden correctamente el ítem
 q : Porcentaje de personas que responden incorrectamente el ítem
 σ^2 : Varianza total del instrumento

En la tabla 01 se observa el coeficiente Kuder Richardson (KR-20) del instrumento 01 siendo de 0,875; considerado como BUENO.

Tabla N° 01. Kuder Richardson KR-20

Estadísticos de fiabilidad	
KR - 20	N° Elementos
0,875	26

TABLA DE INTERPRETACIÓN DE LA CONFIABILIDAD
(George y Mallery)

Coeficiente alfa	Interpretación
> 0,9 a 1	Excelente
> 0,8 a 0,89	Bueno
> 0,7 a 0,79	Aceptable
> 0,6 a 0,69	Cuestionable
> 0,5 a 0,59	Pobre
< 0,5	Inaceptable

ANEXO N° 05



Universidad Científica del Perú - UCP
Registrado en el Asiento N° A00010 de la Partida N° 11000318, Personas Jurídicas de Iquitos,
Superintendencia de los Registros Públicos - SUNARP

Instrumento N° 01: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL CONTENIDO DE LA LONCHERA ESCOLAR

FECHA:/...../.....

COD. N°:.....

I. Presentación:

El presente instrumento consta de un formato para ejecutar el registro del tipo de alimentos que contiene la lonchera escolar. Tiene como objetivo de estudio, determinar el contenido de la lonchera escolar y su relación con la caries dental en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial “601491 Madre Teresa de Calcuta” del año 2018.

II. Instrucciones:

1. Para el desarrollo del trabajo de investigación, es necesario que se realice entre dos personas: un examinador y un anotador.
2. El examinador estará encargado de la observación del contenido de la lonchera escolar (lista de alimentos saludables recomendados por el MINSA), teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Definición	Alimentos
Saludable	Agua, bebidas naturales: jugo de frutas, avena, infusión de hierba natural, otros. Frutas: naranja, mandarina, plátano, uva, mango, manzana, piña, sandía, granadilla, papaya, pera, etc. Complemento adecuado (sin cremas, salsas ni aji y productos bajos en azúcar y sal).
No saludable	Bebidas artificiales o procesadas con alto contenido en azúcar y sal. Leches saborizadas con alto contenido de azúcar. Complementos: productos preparados con salsas, cremas o ají. Productos envasados azucarados o salados. Productos de panificación y galletas con alto contenido de azúcar y sal.

- Para clasificar a la lonchera en saludable y no saludable, estos deben contener los 3 componentes principales que son: bebidas, frutas y complementos.
- No debe de contener algún componente secundario: golosina.
- Para ser considerada lonchera saludable, cada uno de los componentes debe ser saludable (según MINSA).

3. El Anotador registrará todos datos proporcionados por el examinador.

III. Contenido:

1. Datos generales:

Sexo : M ☐ F ☐

Edad:.....

F. Nac.:

Institución Educativa:

Procedencia:

2. Contenido de la lonchera escolar:

En el siguiente cuadro usted registrará los alimentos observados en la lonchera del niño según corresponda (por favor, no manipule los alimentos).

Alimentos encontrados en la lonchera escolar	Clasificación de los alimentos	
	Saludable	No saludable

- Dentro de los alimentos encontrados en la lonchera escolar, se registraron: alimentos saludables y alimentos no saludables.

IV. Valoración de la lonchera escolar:

- ☐ Lonchera escolar Saludable: *Para ser considerada lonchera saludable, cada uno de los componentes debe ser saludable (bebidas, frutas y complementos).*
- ☐ Lonchera escolar No saludable: *Para ser considerada lonchera No saludable, debe de contener algún componente secundario: golosina.*

ANEXO N° 06

Instrumento N° 02:

Ficha del número de Dientes Cariados, Extraídos y Obturados Deciduos
(Índice Ceo-d)

I. Presentación:

El presente Instrumento contiene el formato para realizar el índice de caries en niños menores de 12 años de la Institución Educativa Inicial. El objetivo es establecer el estado de salud bucal (índice ceo-d). El examinador registrará en la ficha el estado dental.

II. Instrucciones:

Instrucciones de llenado del Odontograma a continuación:

Procedimiento para el Examen

Para la ejecución de los exámenes y la anotación de los hallazgos respectivos, es necesario se trabaje entre dos personas, un examinador y un anotador.

Llenado del Odontograma

El Odontograma utilizado para este estudio consta de 20 piezas dentarias. De los cuales 10 pertenecen al maxilar superior y 10 a la mandíbula inferior; en la parte superior de los dientes del maxilar existen unos recuadros en blanco lo mismo ocurre en la parte inferior de los dientes que pertenecen a la mandíbula. Dentro de esos recuadros se colocará los códigos que se menciona a continuación:

Se utilizará el índice ceo-d y para que este índice sea representativo de la población evaluada, se deben utilizar criterios epidemiológicos.

Estado de la dentición

La evaluación del estado de la dentición tiene como objeto describir la historia de caries dental del examinado.

Para realizar el examen, el examinador debe adoptar un método sistemático, procediendo de una manera ordenada de un diente o espacio dental al diente adyacente o espacio dental adyacente. Las superficies dentales deben examinarse todas y en forma ordenada: oclusal, lingual, distal, vestibular y mesial para asegurar una observación completa.

Se utilizará un sistema de codificación numérica para registrar el estado de los dientes.

En el recuadro de la suma simple del índice ceo-d

Se colocará en número de dientes cariados, obturados y extraídos, por ejemplo, si el examinador observa 4 dientes cariados, 3 obturados y 2 extraídos o perdidos estos se colocarán de forma ordenada en el recuadro de la suma simple la suma que nos da como resultado el ceo-d de dicho individuo.

a) Recuadro de suma simple:

CARIADOS	
EXTRAÍDOS O EXTRACCIÓN INDICADA	
OBTURADOS	
CEO-D	

b) Valoración del ceo–d:

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO PARA CARIES DENTAL

Estado del diente	Puntuación
Sano	0
Cariado	1
Obturado	2
Perdido o extraído	3

- No se dejará casillero en blanco: todos tienen puntuación.

Fecha: _____

Índice de ceo-d

Suma simple.

CARIADOS	
EXTRAÍDOS	
OBTURADOS	
ceo-d	

IV. Valoración del ceod:

Estado del diente	Puntuación
Sano	0
Cariado	1
Obturado	2
Perdido o extraído	3

ANEXO N° 07

FICHA PARA PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONTENIDO DE LONCHERA ESCOLAR Y CARIES DENTAL EN NIÑOS DE
UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL, LORETO – 2018

INVESTIGADORES : BACH. AREVALO CÓRDOVA WAGNER EDUARDO
BACH. RODRIGUEZ RUÍZ DANITZA

a. Introducción

Tenga usted muy buen día, somos Bachiller en Estomatología de la Universidad Científica del Perú, y estoy invitando a su menor hijo a participar en forma voluntaria en el presente estudio, sobre el Contenido de la Lonchera escolar y caries dental en niños de 3 a 5 años, cualquier duda que usted tenga sobre este estudio puede consultarnos.

b. Propósito del Estudio

El objetivo de nuestro estudio es determinar el contenido de la lonchera escolar y su relación con la caries dental en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial Madre Teresa de Calcuta del distrito de San Juan; con el propósito de que los resultados de esta investigación puedan aportar a futuras investigaciones.

c. Participantes

Los participantes al estudio son todos niños (hombres y mujeres) que pertenecen al nivel inicial; y la participación de su menor hijo es absolutamente voluntaria y confidencial; es decir anónima; durante el desarrollo de la investigación, usted puede negar que su hijo continúe participando a pesar de haber aceptado en un primer momento.

d. Procedimiento

Si usted acepta la participación de su menor hijo en este estudio sucederá lo siguiente:

1. Los investigadores evaluarán cada aula donde se procederá a examinar a los niños cuyo padre haya firmado el consentimiento informado.
2. El examen oral (espejo bucal y explorador dental) y la revisión del tipo de lonchera que llevan se realizará en forma individual y ordenada.
3. Se realizará la respectiva actividad antes de la hora del refrigerio o recreo.

e. Confidencialidad

Las entrevistas son anónimas, serán codificadas; para no registrar nombres ni ningún documento de identificación; la información será de uso exclusivo de la investigación; al finalizar el estudio las encuestas serán eliminadas o destruidas.

f. Derecho del paciente

Si usted decide la participación de su hijo en el estudio, podrá retirarlo en cualquier momento o no permitir la participación de su hijo en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

g. Donde conseguir información

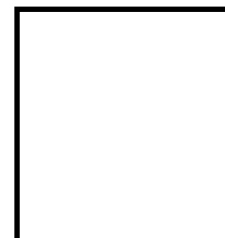
Si usted desea realizar cualquier consulta, queja o comentario por favor no dude en comunicarse con Wagner Arévalo Córdova y Danitza Ruiz Rodríguez al celular 965641239 y al 949515883, donde gustosamente será atendido.

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

He leído y tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, considerando la importancia que tiene la participación de mi menor hijo para el beneficio del mismo, mi persona y la comunidad; por lo que acepto la participación de mi hijo, y pueda ser examinado su boca y evaluado su lonchera escolar para contribuir al proyecto de investigación.

Me queda claro que puedo decidir la no participación de mi hijo y que puedo pedir el retiro del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

.....
Firma del Padre o apoderado
Fecha:



Huella digital

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

CONTENIDO DE LA LONCHERA ESCOLAR Y CARIES DENTAL EN NIÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL, LORETO – 2018

Hola, mi nombre es Wagner Arévalo Córdova y el de mi compañera es Danitza Rodríguez Ruiz, somos estudiantes de Estomatología de la Universidad Científica del Perú. Vamos a realizar un estudio que se llama **“CONTENIDO DE LONCHERA ESCOLAR Y CARIES DENTAL EN NIÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL, LORETO – 2018”**, para saber cuántos niños tienen en sus loncheras alimentos sanos y también cuántos niños tienen dientes cariados, por eso queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación del estudio consistirá en realizar un pequeño formulario donde será necesario que revisemos sus loncheras y además revisarles sus boquitas para ver si tienen dientes cariados o picados, extraídos o curados, y poder decirles a tus papás y/o apoderados que te lleven al consultorio para que te curen los dientecitos y te mejores.

Tu participación en el estudio es voluntaria, (papá o mamá) hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas en el estudio o no. También es importante que sepas que, si en un momento ya no quieres continuar con el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones y las mediciones que realizaremos nos ayudara a obtener datos importantes para esta investigación.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (o resultados de mediciones), sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de estudio.

Si quieres participar, haz un círculo o una marca al dibujo del dedo apuntando hacia arriba y si no quieres, haz la marca en el dedo apuntando para abajo. Con eso bastará para que nosotros sepamos tu preferencia.

Si mientras se realiza el estudio tienes alguna duda puedes preguntarme todo lo que quieras saber y si más adelante no quieres seguir con el estudio, puedes parar cuando quieras y nadie se molestará contigo.

Yo: _____

SI quiero participar



NO quiero participar



Firma Investigador

Nombre:

DNI:

Fecha:

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

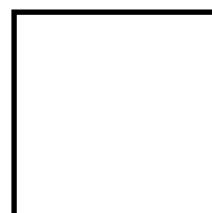
CONTENIDO DE LA LONCHERA ESCOLAR Y CARIES DENTAL EN NIÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL, LORETO – 2018

Yo Señor (a)..... identificado con DNI n°..... en mi calidad de paciente (), Padre de Familia y/o Apoderado (), en pleno uso de mis facultades mentales y con pleno conocimiento de los riesgos y peligros de no realizar el procedimiento propuesto por el (los) bachiller (s) tratante (s), declaro mi revocatoria a mi consentimiento para la realización del procedimiento, eximiendo de responsabilidades de las consecuencias de dicha decisión a los bachilleres en Odontología DANITZA RODRIGUEZ RUIZ Y WAGNER EDUARDO ARÉVALO CORDOVA, de acuerdo a lo establecido en el Art, 4to de la Ley 26842, Ley General de Salud.

Apellidos y Nombres del Paciente.....

Firma del Paciente.....Huella Digital

DNI n°.....

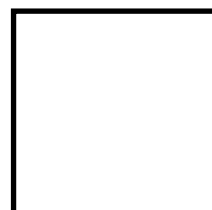


Apellidos y Nombres del

Padre de Familia y/o Apoderado.....

Firma del Padre de Familia y/o ApoderadoHuella Digital

DNI n°.....



Firmo en Iquitos.....de.....del 20.....