



Universidad Católica de Santa María

**Escuela de Postgrado
Maestría en Salud Pública**

Influencia del nivel socioeconómico de los padres sobre la caries de inicio temprano y calidad de vida en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial Generalísimo San Martín 0225458. Arequipa 2024.

Tesis presentada por:

Chipana Apaza, Giovanna Roxana

ORCID: 0009-0008-9784-7019

para optar el Grado Académico de Maestro en Salud Pública

Asesora:

Mg. Barriga Flores, Maria del Socorro

ORCID: 0000-0002-2290-4583

Arequipa - Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS

Arequipa, 12 de Octubre del 2025

Dictamen: 013313-C-EPG-2025

Visto el borrador del expediente 013313, presentado por:

2023002522 - CHIPANA APAZA GIOVANNA ROXANA

Titulado:

**INFLUENCIA DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS PADRES SOBRE LA CARIES DE INICIO
TEMPRANO Y CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
INICIAL GENERALÍSIMO SAN MARTÍN 0225458. AREQUIPA 2024.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29528739 - NUÑEZ QUIROZ ROBERTO ORLANDO
DICTAMINADOR**



**16423061 - FERNANDEZ FERNANDEZ FERNANDO ALBERTO
DICTAMINADOR**



**29550447 - MEDINA ARCE NORMA ROXANA
DICTAMINADOR**



Influencia del nivel socioeconómico de los padres sobre la caries de inicio temprano y calidad de vida en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial Generalísimo San Martín 0225458. Are

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

9%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%
4	revistas.unsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.ujcm.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	1%

Dedicatoria

A Dios, por ser la fuerza que me impulsa a seguir con mis metas, y por otorgarme la sabiduría necesaria para enfrentar y superar los desafíos que se presentan en mi camino.

A mi mamá Ninfa, por ser mi fuente de inspiración, mi refugio y apoyo incondicional. Gracias por estar siempre a mi lado por protegerme y cuidarme con tanto amor. Tu sacrificio y dedicación son mi mayor motivación. Este logro es tan mío como tuyo.

A mi papá Braulio, por enseñarme que la vida no siempre es fácil y que a veces debemos enfrentar desafíos y decepciones, pero eso me ha permitido crecer y aprender a ser más fuerte.

A mi hermana Elizabeth, por su apoyo incondicional por creer en mí; gracias por estar cuando necesite de alguien y ayudarme en todo lo que pudiste, espero ser un ejemplo para ti y que puedas alcanzar tus metas.

A mi hermana Janeth, por ser un apoyo invaluable en mi camino académico; tu presencia y ejemplo han sido fundamentales para mí.

A mi sobrina Alejandra, por ser mi fuente de inspiración y recordarme que la perseverancia y la determinación pueden lograr grandes cosas. Gracias por enseñarme a ver la vida con tus ojos llenos de curiosidad y entusiasmo. Quiero ser un ejemplo para ti y hacer que te sientas orgullosa de mí.

Agradecimientos

Quiero expresar mi gratitud a mi asesora, la Magíster Maria del Socorro Barriga Flores, por su valioso apoyo, guía y paciencia durante el desarrollo de esta tesis. Su experiencia y conocimientos en odontopediatría fueron fundamentales para enriquecer mi trabajo y alcanzar los objetivos planteados.

Agradezco a mis docentes de la maestría de Salud Pública por dedicar su tiempo, compartir sus conocimientos y brindarme enseñanzas valiosas que han contribuido significativamente a mi formación profesional y personal.



RESUMEN

El presente estudio tuvo como finalidad analizar la influencia del nivel socioeconómico de los padres en la presencia de caries de inicio temprano y en la calidad de vida de niños de 3 a 5 años pertenecientes a la Institución Educativa Inicial Generalísimo San Martín 0225458. Se desarrolló una investigación de tipo observacional, prospectiva, transversal, descriptiva y de nivel relacional. Para la recolección de datos, el nivel socioeconómico y la calidad de vida fueron evaluados mediante encuestas aplicadas a través de cuestionarios estructurados, mientras que la detección de caries se realizó mediante examen clínico intraoral, registrando la información en una ficha de recolección de datos y utilizando el índice ceo-d como medida de evaluación. Los datos obtenidos se procesaron mediante estadística descriptiva, empleando frecuencias absolutas y porcentajes en una muestra conformada por 165 unidades de estudio. Asimismo, la relación entre las variables se determinó mediante la prueba de Chi-cuadrado de independencia. Los resultados evidenciaron que el nivel socioeconómico predominante fue el bajo inferior (43.64%). En cuanto a la experiencia de caries, el nivel “muy alto” del índice ceo-d fue el más frecuente (56.97%). Además, el 67.88% de los niños presentó afectación en su calidad de vida, mientras que el 32.12% no mostró afectación. El análisis estadístico reveló una asociación significativa entre el nivel socioeconómico de los padres y el índice ceo-d ($p < 0.05$), así como entre el nivel socioeconómico y la calidad de vida ($p < 0.05$).

Palabras claves: Socioeconómico, ceo-d, calidad de vida.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the influence of parents' socioeconomic status on early childhood caries and quality of life in children aged 3 to 5 years from the Initial Educational Institution Generalísimo San Martín 0225458. This research followed an observational, prospective, cross-sectional, descriptive, and relational design. Data collection was carried out using surveys to assess socioeconomic status and quality of life through structured questionnaires. The presence of dental caries was determined through intraoral clinical examination, with data recorded on a collection form and evaluated using the dmft index. The collected data were processed using descriptive statistics, including absolute and percentage frequencies, based on a sample of 165 study units. The relationship between variables was analyzed using the Chi-square test of independence. The results showed that the predominant socioeconomic level was lower-low (43.64%). Regarding caries experience, the “very high” level of the dmft index was the most prevalent (56.97%). Additionally, 67.88% of the children showed an impact on their quality of life, while 32.12% did not. Statistical analysis revealed a significant association between parents' socioeconomic status and the dmft index ($p < 0.05$), as well as between socioeconomic status and quality of life ($p < 0.05$).

Key words: Socioeconomic, CEO-D, quality of life.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

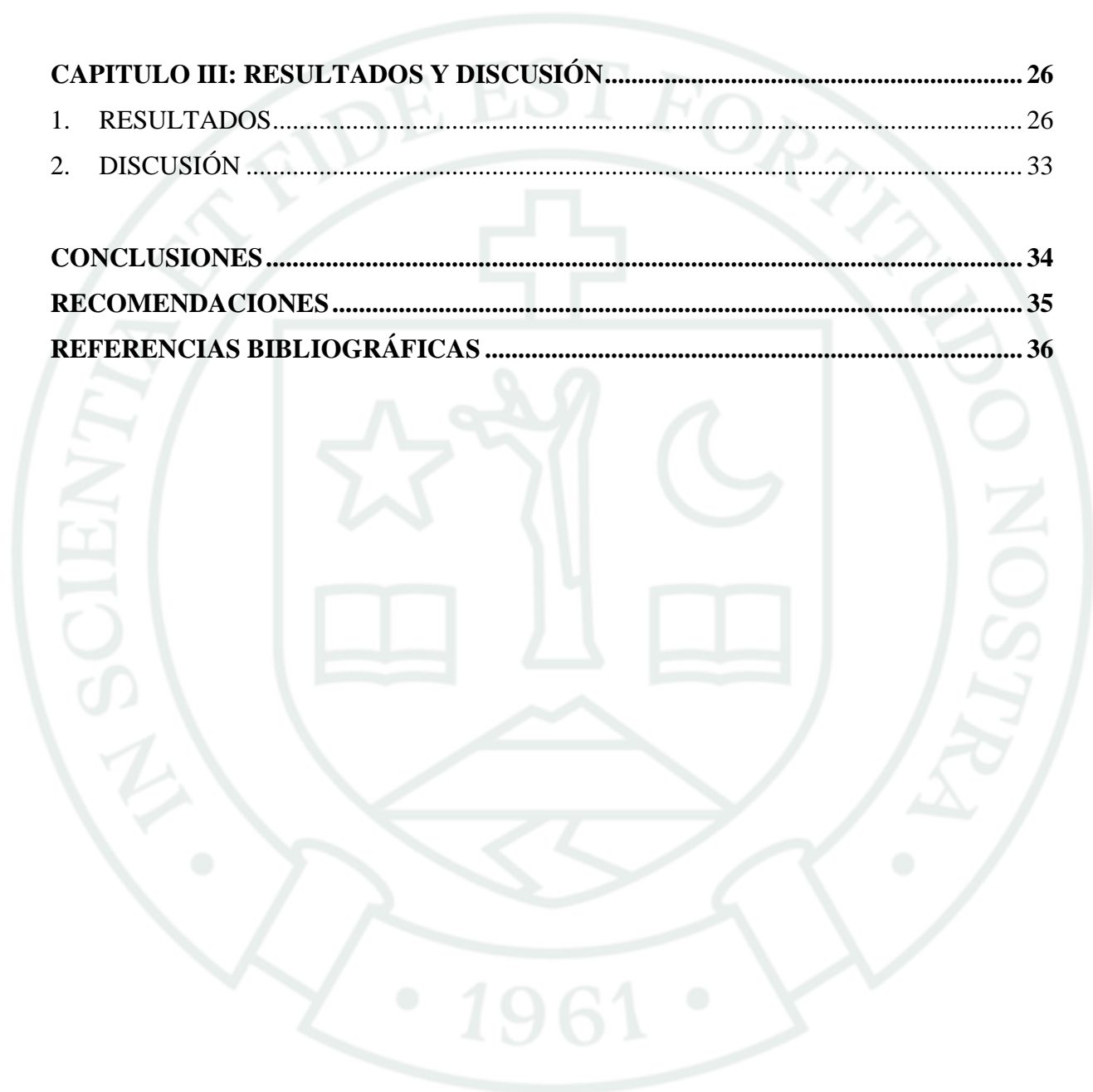
AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN	1
HIPÓTESIS	2
OBJETIVOS	2
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	3
1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	3
1.1. Caries de inicio temprano	3
1.2. Nivel socioeconómico	9
1.3. Indicadores epidemiológicos de la caries dental	11
1.4. Calidad de vida	12
1.5. Salud Bucal.....	13
1.6. Calidad de Vida relacionada con la Salud Bucal.....	14
1.7. Cuestionario ECOHIS	15
2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	16
CAPITULO II: METODOLOGÍA	20
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	20
1.1. Técnica.....	20
1.2. Instrumentos	20
1.3. Materiales	22
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	23
2.1. Ubicación espacial.....	23
2.2. Ubicación Temporal	23
2.3. Unidad de estudio	23

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24
3.1. Organización.....	24
3.2. Recursos.....	24
3.3. Prueba piloto.....	25
3.4. Criterios para el manejo de resultados.....	25
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	26
1. RESULTADOS.....	26
2. DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES.....	34
RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36



ÍNDICE DE TABLAS

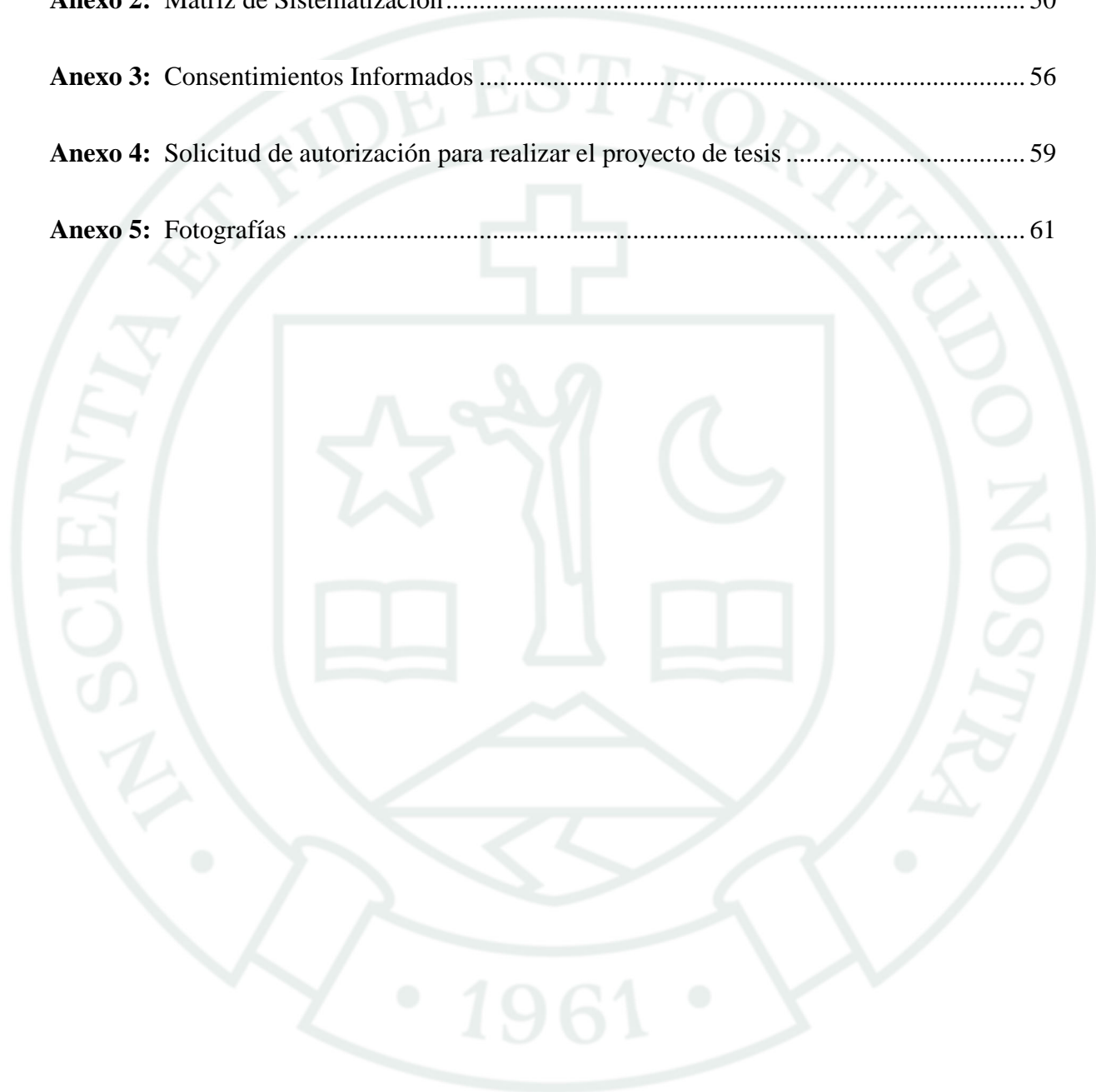
Tabla 1:	Variables, técnicas e instrumentos	20
Tabla 2:	Estructuración del instrumento	21
Tabla 3:	Instrumentos a utilizar.....	22
Tabla 4:	Materiales requeridos.....	22
Tabla 5:	Nivel socioeconómico de los padres.....	26
Tabla 6:	Índice ceo-d en niños según edad	27
Tabla 7:	Índice ceo-d en niños según género.....	28
Tabla 8:	Calidad de vida en niños según edad.....	29
Tabla 9:	Calidad de vida en niños según género.....	30
Tabla 10:	Influencia del nivel socioeconómico de los padres en el Índice ceo-d de los niños.....	31
Tabla 11:	Influencia del nivel socioeconómico de los padres en la calidad de vida de los niños.....	32

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Interacción de Factores.....	4
Figura 2: Nivel socioeconómico de los padres.	26
Figura 3: Índice ceo-d en niños según edad.....	27
Figura 4: Índice ceo-d en niños según género.....	28
Figura 5: Calidad de vida en niños según edad.....	29
Figura 6: Calidad de vida en niños según género.	30
Figura 7: Influencia del nivel socioeconómico de los padres en el Índice ceo-d de los niños.....	31
Figura 8: Influencia del nivel socioeconómico de los padres en la calidad de vida de los niños.....	32

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos de recolección de datos	45
Anexo 2: Matriz de Sistematización.....	50
Anexo 3: Consentimientos Informados	56
Anexo 4: Solicitud de autorización para realizar el proyecto de tesis	59
Anexo 5: Fotografías	61



INTRODUCCIÓN

El nivel socioeconómico es un indicador que permite clasificar a las personas y a sus familias dentro de una sociedad, considerando variables como los ingresos, el nivel educativo, la ocupación y las condiciones sociales. Este aspecto influye de manera significativa en la calidad de vida, el estado de salud y el bienestar general, además de reflejar las desigualdades existentes. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el Perú la pobreza alcanzó el 29 % en 2023, mientras que en Arequipa fue de 13,7 %, lo que pone en evidencia que un sector importante de la población aún enfrenta limitaciones económicas para cubrir sus necesidades básicas (1,2).

La caries de inicio temprano se manifiesta como lesiones cavitadas no tratadas en la dentición temporal y afecta aproximadamente a la mitad de los niños entre 0 y 5 años. Es una enfermedad frecuente, aunque prevenible. La Organización Mundial de la Salud ha planteado como objetivo reducir su incidencia, especialmente en grupos vulnerables y en condiciones de pobreza (3). En el contexto peruano, la caries dental presenta una alta prevalencia en la población escolar de 3 a 15 años, alcanzando el 85,6 %, lo que equivale a que 9 de cada 10 escolares la padecen. Por ello, continúa siendo un problema relevante de salud pública, pese a las acciones impulsadas por el Ministerio de Salud (2,4).

Por otro lado, la calidad de vida se entiende como la percepción que tiene cada individuo sobre su bienestar físico, psicológico, social y emocional, en relación con sus expectativas y entorno. En el ámbito de la salud bucal, este concepto abarca el adecuado funcionamiento de las estructuras dentarias y orofaciales, indispensables para actividades como la alimentación, la respiración y el habla. Asimismo, influye en aspectos psicosociales como la autoestima, el bienestar personal y la interacción social, evitando situaciones de dolor, incomodidad o vergüenza (3).

En este contexto, resulta pertinente analizar cómo el nivel socioeconómico de los padres se relaciona con la presencia de caries de inicio temprano y con la calidad de vida vinculada a la salud bucal en niños de la Institución Educativa Inicial Generalísimo San Martín.

Se espera que los hallazgos de esta investigación aporten evidencia relevante para el campo de la odontopediatría y contribuyan al desarrollo de futuras líneas de investigación en esta área.

HIPÓTESIS

Dado que, el nivel socioeconómico es un factor que influye en las necesidades básicas de la persona como la salud.

Es probable que, el nivel socioeconómico de los padres influya en la presencia de caries de inicio temprano y afecte la calidad de vida de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial Generalísimo San Martín 0225458.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la influencia del nivel socioeconómico de los padres sobre la caries de inicio temprano y calidad de vida en niños de 3 a 5 años.

Objetivos específicos

- Evaluar el nivel socioeconómico de los padres o cuidadores.
- Determinar la prevalencia de caries de inicio temprano en los niños de 3 a 5 años.
- Evaluar la calidad de vida en estos niños.

CAPÍTULO I:

MARCO TEÓRICO

1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1.1. Caries de inicio temprano

La caries de inicio temprano es una enfermedad prevalente y prevenible que afecta casi al 50% de menores de 0 a 5 años en todo el mundo. Las lesiones cavitadas no tratadas en los dientes deciduos representan una carga significativa y se asocian consistentemente con una repercusión negativa en la calidad de vida de la primera infancia y sus familias (3).

La academia americana de odontopediatría (AAPD) define a la caries de inicio temprano como “la existencia de una a más lesiones cariosas en la pieza dentaria, faltantes debido a caries u obturaciones en dientes temporales en infantes de hasta 71 meses” (4).

La OMS enfatiza una necesidad de reducir la carga global de caries dental para lograr una salud óptima. En consecuencia, en el año 2003, la OMS y la Federación Dental Mundial (FDI) establecieron objetivos globales de la salud bucal para el 2020 con la finalidad de guiar a los planificadores y políticas para aliviar el estado de la salud bucal en sus poblaciones (5).

La caries dental es una patología que el médico pediatra debe tener conocimiento sobre sus signos y síntomas, ya que esta patología si no se trata puede desarrollar fiebre relacionada a una infección con absceso dental propagándose en el maxilar esta infección también puede dar lugar a una linfadenopatía submandibular o cervical profunda. Generando un impacto negativo en la salud general de los niños (6). No tratar oportunamente la caries de primera infancia afecta negativamente a los dientes permanentes ya que estos erupcionan con un defecto de hipoplasia de Turner como consecuencia de una infección de un diente deciduo que se transmite al diente permanente, otra consecuencia de no tratar a la caries de primera infancia es la pérdida temprana de los dientes deciduos lo que puede originar maloclusiones y está a la vez puede afectar a la salud psicosomática de los niños; es por ello que al ser una patología

de alta prevalencia en varias poblaciones y su impacto negativo a la salud de la población se considera como un problema de Salud Pública universal (7).

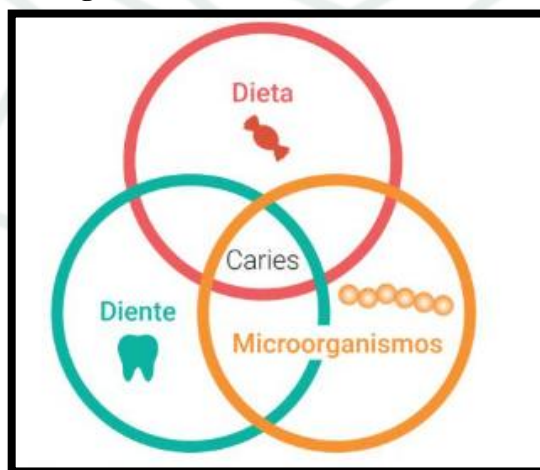
Es importante conocer la estructura del diente para realizar el diagnóstico oportuno de la lesión de caries, si bien el diente está constituido por esmalte, dentina, cemento y pulpa es crucial tener mayor énfasis en el esmalte es en esta superficie donde inicia la pérdida de mineralización y su posterior complicación, en la actualidad existen diversas clasificaciones para evaluar esta patología en donde no solo se considera la caries como una cavidad en el diente si no también desde la pérdida de la sustancia del esmalte, por lo que se debe tener en cuenta:

- Lesiones de caries iniciales: se produce por la disolución de cristales este cambio no es perceptible a simple vista por lo que su diagnóstico se basa en aplicar aire por 5 segundos con la jeringa triple, si esta lesión continua entonces ya toma el aspecto de mancha blanca.
- Lesiones de caries moderadas: se define como una micro cavidad, el esmalte es menos resistente está expuesto a su fractura.
- Lesiones extensas de caries: en este caso la dentina está expuesta (8).

a. Etiología

En 1960 el Dr. Keyes estableció que la etiología de la caries dental se basa en la interacción de tres factores como el diente, bacterias y dieta, en 1978 el Dr. Newbrun modifico la triada de Keyes adicionando el factor tiempo.

Figura 1: Interacción de Factores



* Extraído de Triada de Keyes (9).

La etiología de la caries de inicio temprano es una interacción compleja de varios factores en el cual se incluyen factores biológicos, conductuales y socioeconómicos que fomentan el desarrollo de caries dental, se basa en la pérdida de mineralización del tejido dental a partir de ácidos producidos por bacterias que fermentan los carbohidratos, los factores etiológicos inclinan la balanza hacia la desmineralización y en contra de la remineralización (10).

Los factores patológicos contribuyen a la probabilidad de inicio y progresión de la caries. La hiposalivación, el consumo frecuente de alimentos alto en azúcares y la existencia de bacterias acidogénicas pueden inclinar el equilibrio de la caries hacia la desmineralización y la progresión de la caries. Por otro lado, el aumento de factores protectores como el flujo salival, los antimicrobianos y el flúor pueden restablecer el equilibrio hacia la remineralización y provocar la detención de la caries (11).

No solo la caries dental se desarrolla a partir de estos factores también intervienen la situación económica y los factores sociales por lo que se considera que los niños que tienen un nivel bajo de economía son la población más vulnerable para iniciar caries dental ya que no cuentan con acceso a atención odontológica preventiva en el cual se pueda orientar al niño y cuidador sobre los cuidados preventivos en cuanto a buenos hábitos de higiene y dieta (4).

b. Higiene dental

Según las recomendaciones de la AAPD y la Academia Europea de Odontopediatría (EAPD), el papel de los cuidadores es muy importante ya que ayuda a realizar y llevar buenos hábitos de higiene bucal en los menores de seis años, no obstante, el porcentaje de cuidadores que no supervisan ni ayudan a sus hijos durante el cepillado es muy alto. Se ha observado que las madres tienen un papel clave en la configuración de buenas costumbres de higiene bucal en los niños. Cuanta más importancia conceden las madres a su propia higiene bucal, mayor será la frecuencia del cepillado de sus hijos (12).

El cepillado se considera uno de los métodos mecánicos de control de la placa más fiables (13). El inicio de una buena técnica de cepillado deber ser lo más antes posible así el niño tendrá menor posibilidad de iniciar caries de inicio temprano, el

cepillo debe ser guiado por un adulto hasta que el menor pueda realizar su higiene dental de manera eficaz, en el Perú se estableció una norma técnica en la que los dentífricos deben tener una concentración mínima de 1000 ppm de flúor pero se ha evidenciado que aun en el mercado existen la venta de dentífricos con una concentración menor a lo establecido (14).

La higiene dental se debe realizar con un dentífrico fluorado siendo su concentración de 1000 a 1500 (ppm) de flúor (15).

La cantidad de dentífrico para niños menores de 3 años es de un grano semejante al de un arroz. A partir de los 3 a 6 años la cantidad del dentífrico se recomienda que sea semejante al de una alverjita (16).

En los últimos años la odontología ha evolucionado utilizando técnicas mínimamente invasivas cuyo propósito es lograr tratamientos óptimos conservando el máximo de la estructura dentaria, en el cual para que esta técnica sea exitosa se requiere de medidas preventivas como la higiene dental (17).

c. Dieta

“En los últimos años, algunos países de baja y mediana economía han atravesado una transición nutricional de la lactancia exclusiva a una alimentación mixta y con dietas tradicionales a alimentos y bebidas ultra procesados y azucarados. Estos cambios en la dieta han contribuido a aumentos dramáticos en el desarrollo de afecciones crónicas vinculadas con la dieta, incluidas caries dental, obesidad, diabetes tipo 2 y afecciones cardiovasculares” (18)

La dieta durante el inicio de los 2 años de vida de un niño es relevante para un correcto desarrollo, crecimiento y salud. Por lo que se debe evitar el consumo de refrigerios y refrescos azucarados ya que estos alimentos aumentan el riesgo de producir enfermedades no transmisibles. Por lo que, el alto consumo y frecuente de azúcares libres es un agente de riesgo primario para la caries dental (19).

Según la OMS, la ingesta de azúcar libre se define como “monosacáridos y disacáridos agregados a los refrigerios y refrescos industriales y los azúcares presentes naturalmente en la miel, los jarabes, las bebidas frutadas naturales y los concentrados de jugos de frutas; OMS recomienda que la ingesta de azúcar libre

se limite a <10% de la energía total para disminuir el riesgo de aumento de peso no saludable y <5% de energía total para reducir el riesgo de la caries dental” (20).

La ingesta excesiva de azúcar se contempla como un factor de riesgo para desarrollar distintas afecciones no transmisibles como enfermedades cardíacas, enfermedades renales, diabetes, accidentes cerebrovasculares, trastornos mentales y neurológicos, afecciones respiratorias crónicas y cáncer.

Según una declaración de la FDI y la Asociación Internacional de Investigación Dental, el azúcar es el factor principal para desarrollar caries dental, por lo que se considera como la enfermedad no transmisible más extendida y prevenible. Estudios indican que los hábitos dietéticos aprendidos durante la primera infancia son de vital importancia para los hábitos posteriores ya que se crea una base alimentaria saludable (21). En cuanto a salud bucal, el riesgo de que una persona desarrolle caries dental por la dieta se refiere al contenido de azúcar que puedan tener los alimentos ya sean procesados o no procesados y estos originar a la vez caries dental. Por lo que se recomienda enfatizar a las personas sobre los buenos hábitos alimenticios y limitar el consumo de alimentos cariogénicos (22).

La sacarosa es uno de las sustancias cristalinas más cariogénicas de la dieta, seguido de la fructosa, maltosa, lactosa, sorbitol y glucosa, los cuales se polimerizan en fracciones de dextranos, lo cual hace que su propiedad adherente retenga a las bacterias en la superficie dental.

Estas sustancias forman ácidos orgánicos que provocan pérdida de mineralización de la superficie del esmalte dentario. Los refrigerios que contengan almidones y azúcares por su corto tiempo en disolverse, tienden a desarrollar caries dental durante el descanso nocturno debido a que el flujo salival disminuye casi hasta cero (23).

El flúor es la sustancia más importante para reducir el riesgo de caries dental ya que ayuda a la remineralización de los cristales parcialmente disueltos haciendo que la superficie del esmalte sea más resistente a los ácidos; existen otras sustancias que promueven la remineralización de las piezas dentarias y prevención de caries dental como la caseína, utilizada como fosfopéptido de caseína-fosfato cálcico amorfo (CPP-ACP), El fosfopéptido de caseína formaría nanoclusters con fosfato

cálcico amorfo, induciendo un aumento en la concentración de calcio y fosfato en la placa dental, la película adquirida y en la superficie del diente. La sobresaturación de calcio y fosfato en la biopelícula con respecto al esmalte o la dentina amortigua los iones de calcio y fosfato libres [Reynolds, 2009]. CPP-ACP estabiliza el calcio y el fosfato y actúa con un efecto tampón sobre el pH del biofilm dental, permitiendo un aumento del calcio y el fosfato en el biofilm, reduciendo la desmineralización y favoreciendo la remineralización este agente se puede agregar a alimentos como leche, chicle o dulces (24). El xilitol es un edulcorante natural de poliol de cinco carbonos que promueve la mineralización al aumentar el flujo de saliva, especialmente en asociación con el uso de chicle. Este efecto lo comparten otros edulcorantes poliol como el sorbitol y el maltitol. Sin embargo, el xilitol se diferencia de ellos en que no es fermentado por el microbiota oral. También se ha demostrado que el consumo de xilitol reduce el potencial de producción de ácido de la placa (25).

d. Fluorización

El flúor es un mineral que abunda en la naturaleza siendo uno de los elementos más importantes para la prevención y tratamiento de la caries dental. El flúor se encuentra en los dentífricos fluorados, enjuagatorios con flúor, alimentos y aguas fluoradas.

En concentraciones adecuadas el flúor no es un elemento tóxico para las personas (26). En el 2017, el ministerio de salud publicó la Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niños el cual recomienda iniciar la higiene dental desde la erupción del primer diente deciduo con pastas dentales de 1000 a 1500 ppm de flúor, se debe tener en cuenta la concentración de pasta dental fluorada que se utiliza por edades.

- En niños menores de tres años la cantidad es similar a un grano de arroz que equivale a 0.1 ml. En esta etapa se pueda utilizar pastas dentales de 1000 a 1500 ppm de F, para que esta concentración sea tóxica se tendría que realizar 13 cepillados dentales al día con un dentífrico de 1000 ppm F o 8 cepillados dentales con un dentífrico de 1500 ppm F asumiendo que se traguen 100% del dentífrico.

- En niños mayores de tres años la cantidad de dentífrico fluorado es similar a un guisante (alverja) que equivale a 0.25 ml, para que esta concentración sea toxica se tendría que realizar 8 cepillados dentales al día con un dentífrico de 1000 ppm F O 6 cepillados con un dentífrico de 1500 ppm F asumiendo que se trague el 100% del dentífrico (27).

1.2. Nivel socioeconómico

El nivel socioeconómico se define como el nivel económico y social que tiene un individuo en comparación con otras personas en una comunidad, siendo sus indicadores grado de instrucción, ingresos, trabajo y situación social.

El nivel socioeconómico se puede considerar como un factor influyente para la calidad de vida, bienestar económico, social y salud de las personas. En su mayoría, este factor se emplea como un indicador de la inequidad social y económica (28). según el último reporte del INEI, la pobreza en el Perú en el año 2022 fue de 27.5% y en el año 2023 fue de 29.0%, evidenciándose un aumento de 1.5%. En Arequipa hubo un incremento de 13.7% en el año 2023 a 13.9% en el 2022 estas cifras demuestran que miles de peruanos sufren deficiencias económicas para poder cubrir sus necesidades básicas como vivienda, educación, alimentación y atención médica (1).

Según el informe de actualización de Proyectos Macroeconómicos 2024 – 2027. El Perú se encuentra en una fase de recuperación en el cual el peso bruto interno PBI aumentaría 3.1% en 2024, esto se debe al incremento de exportaciones, inversión privada y exploración minera. A pesar de la recuperación que el Perú viene atravesando se evidencian desafíos que podrían detener este avance como la inestabilidad política, impacto negativo en el cambio climático, lentos avances en la reducción de la pobreza y la desigualdad (29).

La constitución política del Perú establece que la salud es un derecho universal por lo que el gobierno debe garantizar la cobertura de salud y más aún enfocarse en los grupos más vulnerables para que estos puedan acceder a los servicios preventivos, tratamientos y de rehabilitación a pesar de los esfuerzos del estado se evidencia que al tener un sistema de salud fragmentado y que los centros de salud se concentran en las ciudades esto hace difícil que no todos los pobladores más aun de zonas rurales donde hay mayor incidencia de pobreza puedan acceder a los servicios de salud (30).

Cuando un miembro de la familia enferma y más si se trata de un niño o adolescente este afecta negativamente al hogar. Por lo que se considera necesario tener en cuenta los datos familiares como situación socioeconómica de los pacientes y sus familias, es importante destacar que el nivel económico influye en el desarrollo integral del niño y adolescente. Kisnerman considera que es importante conseguir los datos sanitarios de los pacientes ya que estos pueden ayudar a elaborar planes de salud y así lograr realizar políticas transformadoras (31).

Así mismo dentro de los objetivos de desarrollo sostenible se encuentra el objetivo 8 que habla del crecimiento económico y trabajo decente la cual enfatiza la importancia de lograr trabajo decente y pleno para todos y la igualdad de remuneración por un trabajo de igual valor; al lograr este objetivo la persona obtendrá ingresos dignos mejorando su estabilidad económica y mejorando su calidad de vida.

En las poblaciones vulnerables con niveles económicos bajos tienden a tener mayor prevalencia de caries de inicio temprano ya que tienen poco acceso a una atención dental adecuada y una educación deficiente sobre prácticas de higiene bucal. El tratamiento de la caries dental, en especial en niños pequeños, puede ser costoso y llevar mucho tiempo, lo que lleva a las familias a perder horas de trabajo para poder asistir a las citas o controles con su odontólogo para así poder mejorar la salud bucal de su hijo lo que afectaría a la economía familiar (32).

En agosto del año 2023 La Asociación Peruana de Empresas de Investigación (APEIM) actualizó la fórmula de los niveles socioeconómicos del Perú. Esta fórmula se apoya en la Encuesta Nacional de Hogares que realiza el INEI para elaborar los indicadores de pobreza (33).

Los 5 niveles socioeconómicos que se consideran son:

Nivel 1	A	Alto
Nivel 2	B	Medio
Nivel 3	C	Bajo superior
Nivel 4	D	Bajo inferior
Nivel 5	E	Marginal

* Extraído de Asociación Peruana de Empresas de Investigación

Las variables que se tienen en cuenta son:

- **Grado de instrucción:** Hace referencia al nivel educativo de los padres de familia o apoderado
- **Comodidades del hogar:** Hace referencia a los bienes materiales que posee el hogar, en esta variable se considera electrodomésticos y medios de comunicación lo cual pueda definir la clase económica de la familia.
- **Características de la vivienda:** Se consigna el tipo de material con la que la casa está construida, en esta variable se considera el tipo de material del piso.
- **Acceso a salud en caso de hospitalización:** Es una variable que indica a donde acude los miembros de la familia en caso de enfermar o sufrir un accidente.
- **Ingresos económicos de la Familia:** Indica el ingreso económico que tiene una familia para sustentar sus gastos.
- **Hacinamiento:** Hace referencia al número de habitaciones de un hogar (34).

1.3. Indicadores epidemiológicos de la caries dental

Los indicadores epidemiológicos permiten recolectar datos sobre la condición bucal y de saber la necesidad de tratamiento de la población.

a. Índice CPO D

En 1938 Klein H, Palmer CE, Knutson JW desarrollo este índice para obtener datos de la incidencia de caries dental en la población adulta; este índice es de fácil aplicación permitiendo medir la experiencia de caries dental.

Se define como el resultado de dientes permanentes cariados, el cual resulta de la suma de dientes con caries, perdidos por caries dental y obturados presentes en boca entre todas las personas evaluadas.

- **Dientes cariados C:** Se define cuando la pieza dentaria presenta caries dental con cavidad en cualquier superficie de la pieza dentaria.
- **Dientes perdidos P:** es el diente el cual fue extraído por caries dental.

- **Dientes obturados O:** es el diente que fue rehabilitado con un material de restauración (35).

b. Índice ceo-d

En 1944 un investigador elaboro el índice ceo-d, siendo complemento del índice CPO que evalúa al índice de caries de la población adulta; es por ello que se diseñó el índice ceo d para la población infantil que evalúa:

- Diente temporal cariado
- Diente temporal con extracción indicada por caries
- Diente temporal obturado

Por lo que se permite obtener con este índice la experiencia de caries y nivel de severidad (36).

- Muy alto: más de 6.6
- Alto: 4.5- 6.5
- Moderado: 2.7- 4.4
- Bajo: 1.3- 2.6
- Muy bajo: 0 – 1.2

Para ambos índices epidemiológicos se debe tener en cuenta:

- Sí a la evaluación odontológica existe duda sobre si el diente está sano o cariado se considerará como sano
- No se debe considerar a un diente como obturado o ausente si su tratamiento se basó a un traumatismo
- Si un diente esta restaurado y cariado se considera como diente cariado (37).

1.4. Calidad de vida

Según la OMS “La percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.

En el que se considera la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno” (38).

1.5. Salud Bucal

La OMS define la Salud Bucal como “El estado de la cavidad bucal, estructuras orofaciales y dientes como elementos fundamentales para que las personas puedan realizar correctamente algunas funciones vitales como comer, respirar y hablar. También, influye en aspectos psicosociales como la autoconfianza, el bienestar y la capacidad de socializar y trabajar sin dolor, malestar o vergüenza. La salud bucal puede variar con el tiempo, desde la infancia hasta la senectud, por lo que es importante para la salud general, lo cual ayuda a la persona lograr su desarrollo máximo y pueda ser parte de la sociedad de manera plena” (39)

La FDI desarrolló una nueva definición de “salud bucal que enfatiza la capacidad óptima de un individuo para el desempeño efectivo de tareas valiosas y una fuerte integración con el entorno que lo rodea” (40)

Es importante lograr y mantener la salud bucal de la primera infancia ya que estudios demuestran que los infantes que desarrollaron caries dental tienden a desarrollar esta patología en la dentición permanente por sus hábitos aprendidos, además la pérdida temprana de dientes deciduos causa problemas de desnutrición y este a su vez retraso en su crecimiento afectando su CdV (5).

La caries dental y enfermedades periodontales no solo afectan la salud bucal sino también la salud general estudios recientes muestran que las infecciones bucales pueden desarrollar enfermedades cardiovasculares, arteriosclerosis, infarto en el miocardio, alterar el control de la diabetes, aumentar el riesgo de artritis reumatoide por lo que la salud bucal tiene gran importancia en la salud general de las personas (41).

Por lo que se considera que la salud de la cavidad oral no se debe considerar exclusivamente como el bienestar de los dientes ya que al referirnos sobre salud bucal englobamos salud general y calidad de vida de la persona ya que por medio de esta las personas pueden desarrollar algunas funciones básicas como hablar comer deglutir

sonreír realizar sus tareas diarias sin presencia de dolor y poder relacionarse con la sociedad sin sentir miedo o vergüenza (42).

1.6. Calidad de Vida relacionada con la Salud Bucal

“La calidad de vida relacionado con la salud bucal involucra cuatro dimensiones: función bucal, apariencia orofacial, dolor orofacial e impacto psicosocial, que reflejan como los problemas bucales impactan en la vida de cada persona” (43)

La caries dental es una de las patologías bucales más predominante en los niños a nivel mundial; al no ser tratadas puede provocar dolor, abscesos e infecciones tanto locales como sistémicas. Esta patología puede dar lugar a consecuencias que afecten negativamente a la calidad de vida de los niños, como problemas en la capacidad de masticar y hablar, disminución del rendimiento escolar, alteraciones psicológicas, por ejemplo, trastornos del sueño, y factores relacionados con las relaciones sociales, como evitar sonreír y hablar. Además, entre los niños con experiencias de caries no tratadas se informó un impacto negativo en la familia, por ejemplo, culpa de los padres, ausentismo laboral y dificultades financieras por los costos altos de los tratamientos (44).

La salud bucal es importante para la calidad de vida de niños jóvenes y ancianos, según estudios las enfermedades bucodentales afectan a los pobres y a los socialmente desfavorecidos ya que la mayoría no cuenta con acceso a servicios básicos, incluidos servicios de salud bucal (45).

Según La AAPD sugiere que los infantes deben visitar al odontólogo dentro de los 6 meses posteriores a la erupción el primer diente deciduo o al año de edad. Teniendo como objetivo educar a los padres sobre las medidas preventivas para mantener una buena salud bucal o brindar una atención oportuna para evitar en un futuro realizar tratamientos complejos que puedan afectar la calidad de vida de los niños.

La OMS sugiere que la salud bucal sea parte integral de la practica interprofesional en los sectores de atención primaria de salud como en la vacunación (46).

La salud bucal está relacionada con la salud general y calidad de vida de los pacientes estudios anteriores demuestran que los infantes menores de tres años tenían un peso menor en al menos 1 kg que lo infantes sanos, por lo que se considera importante

impulsar la promoción de la salud bucal, informar a los padres o cuidadores sobre la importancia de aplicar buenos hábitos de higiene dental en el hogar (47).

En el 2014 las Naciones Unidas para los asentamientos humanos describe que 1 de cada 8 personas vive en barrios marginales con deficiencia para el acceso de agua potable, no cuentan con seguridad y espacios sufrientes para vivir, lo residentes de este sector no cuentan con un acceso pleno a servicios básico como atención médica y dental por lo que las patologías bucodentales al igual que las enfermedades crónicas afectan a las personas sociales menos desfavorecidas; en un estudio que se realizó en el 2021 en una comunidad informal amazónica Claverito se evidencio que las personas se desplazan por la selva en busca de una mejor oportunidad de vida en el cual se crea cada vez más comunidades informales donde no se cuenta con los servicios básicos afectando su calidad de vida, también se evidencio que existe alto porcentaje de caries dental para los niños y sus cuidadores (45).

1.7. Cuestionario ECOHIS

Fue desarrollado por Pahel en el 2007 y validado en algunos países como Francia, EEUU, Turquía, Brasil, Argentina, Tanzania, Australia, Malasia y Perú; en el Perú fue validada por López Ramos y col. Este instrumento se usa para determinar la escala de impacto sobre la salud bucodental en la primera infancia, consta de 13 preguntas donde se toma en cuenta el impacto en el niño y de la familia.

- **Impacto en el niño**

Consta de 9 items, relacionada con cuatro áreas: síntomas, función, psicología y autoimagen.

- **Impacto en la familia**

Consta de 4 items relacionados con la angustia de los padres y la función familiar (48).

La calificación de este cuestionario se basa en trece interrogantes con una puntuación de 0 a 5, siendo:

- Nunca: 0
- Casi nunca: 1
- Ocasionalmente: 2
- A menudo: 3
- Muy a menudo: 4
- No sabe: 5

Para determinar la CdV del menor se asignará una puntuación a cada pregunta, la puntuación total va desde 0 a 52 por lo que se sumará las puntuaciones para llegar a un promedio final, este instrumento nos ayuda a obtener información si existe un impacto positivo o negativo relacionada con la CdV del niño (49).

2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.1. Locales

En una investigación realizada en Arequipa, se evaluó la relación entre el nivel socioeconómico de los padres, el índice de masa corporal y la prevalencia de caries dental en escolares de 8 a 16 años de dos instituciones educativas del distrito de Yanahuara. El estudio fue de tipo observacional, prospectivo, transversal y comparativo, con enfoque relacional. Se emplearon la observación clínica intraoral y encuestas como técnicas de recolección de datos, considerando muestras de 324 y 138 estudiantes. El análisis se efectuó mediante la prueba de Chi cuadrado. Los hallazgos evidenciaron que los estudiantes de la institución estatal presentaron niveles socioeconómicos más bajos, incluso con presencia de nivel marginal, en comparación con la institución privada. Asimismo, se identificó mayor frecuencia de alteraciones en el índice de masa corporal y una mayor prevalencia de caries dental en niveles moderados y altos en la institución estatal (50).

2.2. Nacionales

En un estudio desarrollado en Lima, se analizó la percepción de los padres sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal en niños de 3 a 5 años con y sin caries de infancia temprana severa. La investigación fue observacional, analítica y transversal, con una muestra de 200 niños seleccionados aleatoriamente. Se aplicaron el cuestionario ECOHIS y el índice ceo-s, utilizando pruebas estadísticas como Kolmogorov-Smirnov y U de Mann-Whitney. Los resultados mostraron que los niños con caries severa presentaron puntajes significativamente más altos en el ECOHIS, lo que indica un impacto negativo en su calidad de vida percibida por los padres (51).

Otro estudio realizado en Lima describió las características socioeconómicas y sociodemográficas de familias de pacientes hospitalizados en un instituto pediátrico. Se trató de una investigación descriptiva y analítica con una muestra probabilística de 573 pacientes. Los resultados evidenciaron que la mayoría provenía de condiciones de pobreza o pobreza extrema, con limitaciones en vivienda, educación y acceso a servicios de salud. Se concluyó que estos factores constituyen determinantes importantes en el estado de salud y reflejan desigualdades en el acceso a servicios sanitarios (31).

En otra investigación llevada a cabo en Lima, se evaluaron factores asociados a la caries de infancia temprana severa en niños de 2 a 5 años mediante un diseño de casos y controles. La muestra incluyó 264 niños. Los resultados indicaron asociación significativa con variables como la edad de inicio del cepillado dental y el uso de pasta fluorada, mientras que las variables sociodemográficas no mostraron relación significativa con la enfermedad (14).

En la región amazónica, se desarrolló un estudio para analizar la relación entre la salud bucal infantil y la calidad de vida familiar en una comunidad informal. Se evaluaron 66 niños y 35 cuidadores mediante índices clínicos y cuestionarios específicos. Se encontró una alta prevalencia de caries no tratada y una asociación significativa entre la experiencia de caries en los niños y el impacto en la calidad de vida familiar, así como con la condición bucal de los cuidadores (45).

Asimismo, un estudio basado en datos de la Encuesta Nacional de Hogares analizó las desigualdades socioeconómicas en el uso de servicios médicos en el Perú. Se incluyeron más de 52 mil participantes, evidenciando que el acceso a consultas médicas se concentra en los grupos de mayor nivel económico. Factores como tipo de seguro, residencia urbana y nivel de riqueza influyeron significativamente en el acceso, destacando la persistencia de inequidades en salud (30).

2.3. Internacionales

En Italia, se investigó la prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 71 meses, evaluando factores asociados. El estudio incluyó 76 niños y utilizó cuestionarios y exámenes clínicos. Se encontró que aproximadamente el 40% presentaba caries, asociándose significativamente con hábitos alimentarios ricos en azúcares y el uso de chupetes con sustancias azucaradas, confirmando el carácter multifactorial de la enfermedad (2).

En China, se evaluó la prevalencia de caries dental en niños de 5 años mediante un estudio con 1281 participantes. Se identificó una prevalencia del 51%, asociada a factores como consumo de bebidas azucaradas, inicio tardío del cepillado y nivel educativo materno. Estos resultados resaltan la importancia de estrategias preventivas dirigidas a factores conductuales y educativos (5).

En Polonia, se analizó el nivel de conocimiento de mujeres gestantes sobre prevención de caries en la primera infancia mediante una encuesta a 1000 participantes. Se evidenció que un mayor nivel educativo y mejores condiciones económicas se relacionan con mayor conocimiento, mientras que persistieron vacíos importantes en temas clave de prevención (12).

Un estudio en Brasil evaluó la relación entre la salud bucal materna, la experiencia de caries en niños y el bienestar infantil. A través de cuestionarios y evaluación clínica, se encontró que tanto la condición bucal de la madre como la del niño influyen significativamente en el bienestar del menor y en la dinámica familiar (43).

En Kuwait, se investigó el impacto de la caries dental no tratada en la calidad de vida de niños preescolares y sus cuidadores. Los resultados evidenciaron que una mayor

severidad de caries se asocia con un deterioro significativo en la calidad de vida, tanto a nivel individual como familiar (48).

Finalmente, en Ecuador se evaluó la prevalencia de caries en niños de 5 a 8 años mediante un estudio descriptivo transversal. Se encontró una prevalencia del 100%, identificándose factores de riesgo como hábitos de higiene inadecuados, escasa atención odontológica y dieta cariogénica, lo que resalta la necesidad de intervenciones preventivas (52).



CAPITULO II: METODOLOGÍA

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

a. Precisión de la técnica

Se utilizaron dos técnicas de recolección de datos, la observación clínica para identificar la presencia de caries dental, y la encuesta para recopilar información relacionada con el nivel socioeconómico de los padres y la calidad de vida de los niños.

b. Esquematización

Tabla 1: Variables, técnicas e instrumentos

Variables	Técnicas	Instrumentos
Nivel socioeconómico	Encuesta	Cuestionario
Caries dental	Observación clínica	Odontograma
Calidad de vida	Encuesta	Cuestionario

Nota. Elaboración Propia.

1.2. Instrumentos

a. Instrumento documental

- **Descripción del instrumento**

Para la variable del nivel socioeconómico se utilizó un cuestionario basado en el marco conceptual de la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM). Este instrumento posee una confiabilidad excelente, como lo demuestra el alfa de Cronbach, con un valor de 0.9017.

Para determinar la calidad de vida de los niños estudiados, se empleó el cuestionario de la Escala de Impacto en la Salud Bucal de la Primera Infancia (ECOHis). En su versión adaptada al Perú, este instrumento presenta un alfa de Cronbach de 0.948. Asimismo, para evaluar la variable caries de inicio temprano, se empleó el odontograma, en la cual se valora el índice ceo-d, un indicador epidemiológico desarrollado y validado por la OMS.

- **Estructura del instrumento**

Tabla 2: Estructuración del instrumento

Variable	Instrumento	Indicador	Subindicadores	Items		
Nivel socioeconómico VI. 1	Cuestionario del Nivel Socioeconómico	Grado de instrucción de los padres	Primaria completa/incompleta	1		
			Secundaria incompleta	2		
			Secundaria completa	3		
			Superior no universitaria	4		
			Estudios universitarios incompletos	5		
			Estudios universitarios completos	6		
			Postgrado	7		
			Posta medica/farmacia/naturista	8		
			Hospital del Ministerio de Salud/ Hospital de la solidaridad	9		
			Seguro Social/Hospital FFAA/Hospital de Policía	10		
		Acceso a los servicios de salud	Medico particular en consultorio	11		
			Medico particular en clínica privada	12		
			Menos de 1025 soles/mes	13		
		Ingreso familiar	Entre 1026 – 1300 soles/mes	14		
			Entre 1301 – 1500 soles/mes	15		
			Mayor a 1500 soles/mes	16		
		Habitaciones para dormir	Número de personas que viven en el hogar		17	
					18	
		Tipo de piso de la vivienda		Tierra/ Arena	19	
				Cemento sin pulir	20	
				Cemento pulido	21	
				Mayólica/loseta/cerámicos	22	
				Parquet/madera pulida/ alfombra/ mármol/ terrazo	23	
Caries dental VD. 1	Odontograma			ceo - d	Diente cariado	1
					Diente con indicación de extraer	2
		Diente obturado	3			
Calidad de vida VD. 2	Cuestionario ECOHis	Impacto en el niño	Dominio síntomas	1		
			Dominio función	2		
		Impacto en la familia	Dominio psicología	3		
			Dominio autoimagen	4		
			Dominio angustia de los padres	5		
			Dominio función de la familia	6		

Nota. Elaboración Propia.

b. Instrumentos mecánicos

Tabla 3: Instrumentos a utilizar

INSTRUMENTOS MECÁNICOS	MEDICIÓN	CANTIDAD
Espejos bucales	Unidad	50
exploradores	unidad	50
Bandejas metálicas	Unidad	30
esterilizador	Unidad	1
Pinzas para algodón	Unidad	30
Caja de instrumental	Unidad	5
Cámara de fotos	Unidad	1
Porta residuo	Unidad	2
Porta algodón	Unidad	2
Impresora	Unidad	1
Laptop	Unidad	1

Nota. Elaboración Propia.

1.3. Materiales

Tabla 4: Materiales requeridos

INSTRUMENTOS MECÁNICOS	MEDICIÓN	CANTIDAD
Hojas Bond A4	Millar	1
Lapiceros	Unidad	5
Corrector	Unidad	1
folder A4	Unidad	3
Grapas	Unidad	1
Engramador	Unidad	1
Tinta de impresora	Unidad	1
Laptop	Unidad	1
Guantes quirúrgicos	Caja	5
Gorros quirúrgicos	Caja	3
Mandil	Unidad	5
Barbijo KN95	Caja	5
Campos descartables	1 paquete	200
Esterilizador	Unidad	1

Nota. Elaboración Propia.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

a. Ámbito general

La investigación se llevó a cabo en la ciudad de Arequipa, específicamente en el distrito de Mariano Melgar, sector Alto San Martín, en la Institución Educativa Inicial Generalísimo San Martín.

b. Ámbito específico

La población de estudio estuvo conformada por niños y niñas cuyas edades oscilan entre los 3 y 5 años.

2.2. Ubicación Temporal

El estudio se desarrolló durante el semestre par del año 2024, realizándose la recolección de datos en el mes de octubre del mismo periodo.

2.3. Unidad de estudio

a. Características de la población

a.1. Criterios de inclusión

- Estudiantes cuyos padres firmaron el consentimiento informado.
- Estudiantes de ambos sexos.
- Estudiantes con edad de 3 a 5 años.
- Estudiantes que aceptaron colaborar con la evaluación clínica.
- Padres de familia que aceptaron ser encuestados.

a.2. Criterios de exclusión

- Escolares menores de 3 y mayores de 5 años.
- Escolares cuyos padres no firmaron el consentimiento informado.
- Estudiantes que no accedieron a participar en la evaluación clínica oral.
- Padres de familia que no aceptaron participar en la aplicación encuestas.

b. Magnitud de la población

Estuvo conformada por 165 estudiantes con los criterios de inclusión

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Se obtuvo la autorización de la directora de la IEI Generalísimo San Martín.
- Se coordinó con la directora para realizar una reunión con los padres de familia o apoderados, en la cual se explicó el propósito de la investigación.
- Se entregaron los consentimientos informados a todos los padres de familia o apoderados que aceptaron participar en la investigación.
- Se coordinó con las profesoras del nivel inicial de 3, 4 y 5 años para la entrega de consentimientos informados a los alumnos cuyos padres no asistieron a la reunión.
- Se estableció un cronograma con la directora y docentes para la aplicación del estudio en los niños de 3, 4 y 5 años cuyos padres o apoderados aceptaron participar.
- Se entregaron los asentimientos informados a los niños de 3, 4 y 5 años cuyos padres o apoderados autorizaron su participación en el estudio.
- Se habilitó un espacio en el área de tópico para realización del examen clínico oral.
- Se efectuó el examen clínico oral a los niños de 3, 4 y 5 años que cumplieron con los criterios de inclusión. Para la evaluación estomatológica, se utilizó equipo de protección personal, que incluyó barbijo KN95, guantes, gorro y mandil; asimismo, para la exploración oral se emplearon espejo intraoral, sonda de exploración esterilizada y linterna de luz blanca.
- Se procedió al análisis estadístico de los datos utilizando el programa SPSS, con el fin de presentar los resultados obtenidos.

3.2. Recursos

a. Recursos humanos

Investigadora : Bach. Giovanna Roxana Chipana Apaza

Asesora : Mg. María del Socorro Barriga Flores

b. Recursos físicos

Se contó con el aula de clases como espacio físico y con la infraestructura necesaria para el desarrollo de la investigación.

c. Recursos económicos

El estudio fue financiado en su totalidad por la investigadora.

3.3. Prueba piloto

Se llevó a cabo una prueba piloto de carácter inclusivo, considerando el 5 % del total de la población de estudio.

3.4. Criterios para el manejo de resultados

a. Plan de procesamiento

Una vez aplicado el instrumento, la información obtenida fue adecuadamente organizada en una matriz de sistematización en el programa SPSS. Posteriormente, se elaboraron tablas que contienen los datos, utilizando gráficos de barras para facilitar la correcta interpretación, en función de los objetivos, y la hipótesis planteada en la investigación.

b. Plan de análisis

El análisis de los datos se efectuó considerando la naturaleza y escala de medición de las variables. Las variables nivel socioeconómico, caries dental y calidad de vida, de tipo cualitativo ordinal, fueron analizadas mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias absolutas y relativas (porcentuales).

Para el análisis inferencial se empleó la prueba estadística de Chi cuadrado (χ^2) de homogeneidad, con el propósito de determinar la asociación entre las variables en estudio, en concordancia con su carácter categórico.

Se estableció un nivel de significancia estadística de 0,05 ($p < 0,05$), criterio que permitió decidir la aceptación o rechazo de la hipótesis planteada.

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

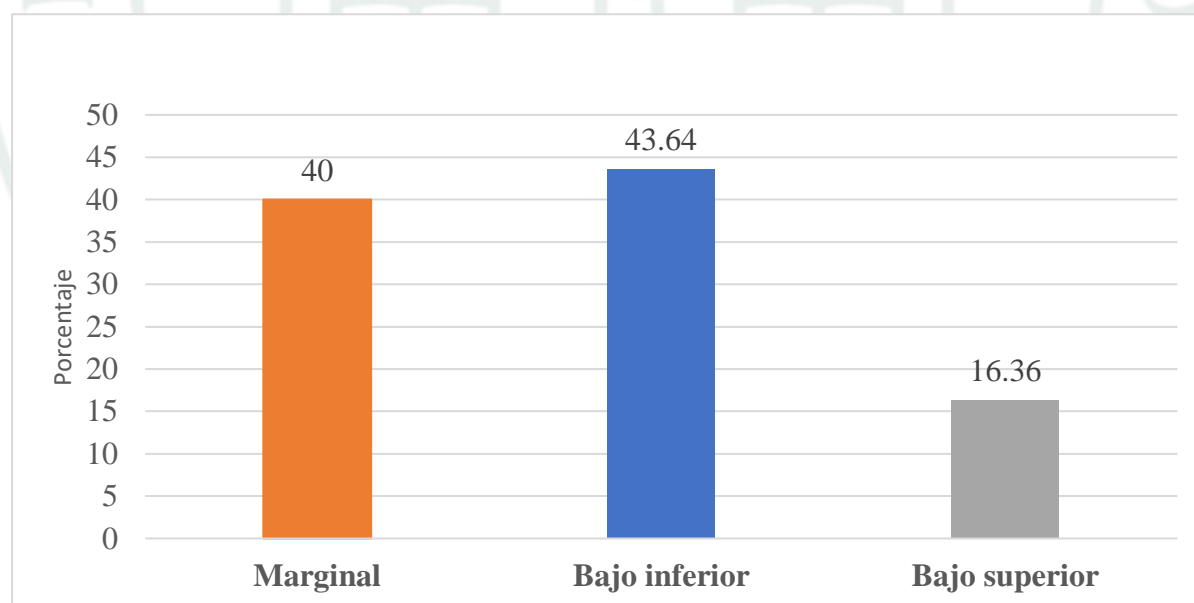
1. RESULTADOS

Tabla 5: Nivel socioeconómico de los padres

Nivel Socioeconómico	N°	%
Marginal	66	40.00
Bajo inferior	72	43.64
Bajo superior	27	16.36
Total	165	100.00

Nota. Elaboración Propia.

Figura 2: Nivel socioeconómico de los padres.



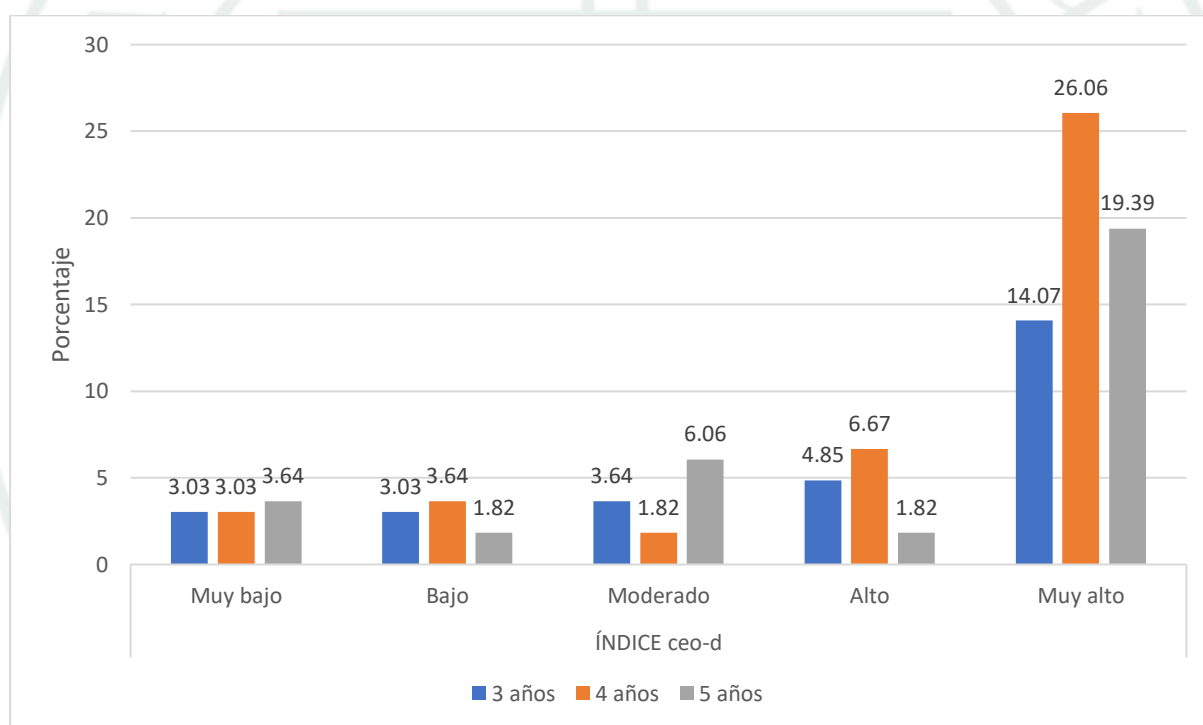
Nota. Elaboración Propia.

Se observa que los padres de familia de la I.E. Inicial Generalísimo San Martín presentaron un nivel socioeconómico bajo inferior, con un 43.64%; seguido por el nivel marginal con un 40%; y finalmente, el nivel bajo superior, con un 16.36%.

Tabla 6: Índice ceo-d en niños según edad

Edad	ÍNDICE ceo-d											
	Muy bajo		Bajo		Moderado		Alto		Muy alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
3 años	5	3.03	5	3.03	6	3.64	8	4.85	19	14.07	43	26.06
4 años	5	3.03	6	3.64	3	1.82	11	6.67	43	26.06	68	41.21
5 años	6	3.64	3	1.82	10	6.06	3	1.82	32	19.39	54	32.73
Total	16	9.70	14	8.48	19	11.52	22	13.33	94	56.97	165	100.00

Nota. Elaboración Propia.

Figura 3: Índice ceo-d en niños según edad.

Nota. Elaboración Propia.

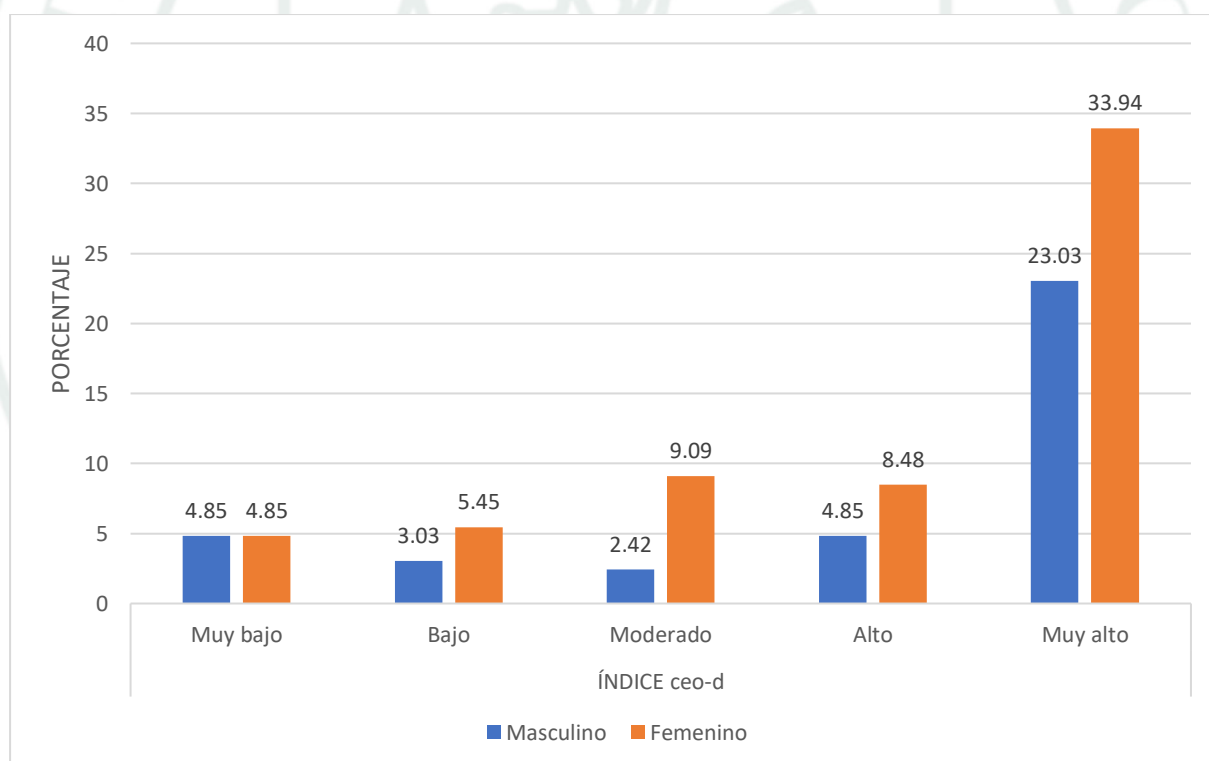
Se evidencia que en los tres grupos etarios predominó el Índice ceo-d muy alto con porcentajes respectivos de 14.07%, 26,06% y 19.39% para niños de 3, 4 y 5 años de edad, haciendo un acumulado del 56.97%, seguido por el índice alto con el 13.33%; luego el índice moderado, con el 11.52%; a continuación, el índice muy bajo con el 9.70%; y finalmente el índice bajo con el 8.48%. consecuentemente los índices alto y muy alto predominaron en niños de 4 años; índices moderado y muy bajo fueron más prevalentes en niños de 5 años; y el índice bajo fue más frecuente en niños de 4 años.

Tabla 7: Índice ceo-d en niños según género.

Genero	ÍNDICE ceo-d											
	Muy bajo		Bajo		Moderado		Alto		Muy alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	8	4.85	5	3.03	4	2.42	8	4.85	38	23.03	63	38.18
Femenino	8	4.85	9	5.45	15	9.09	14	8.48	56	33.94	102	61.82
Total	16	9.70	14	8.48	19	11.52	22	13.33	94	56.97	165	100.00

Nota. Elaboración Propia.

Figura 4: Índice ceo-d en niños según género.



Nota. Elaboración Propia.

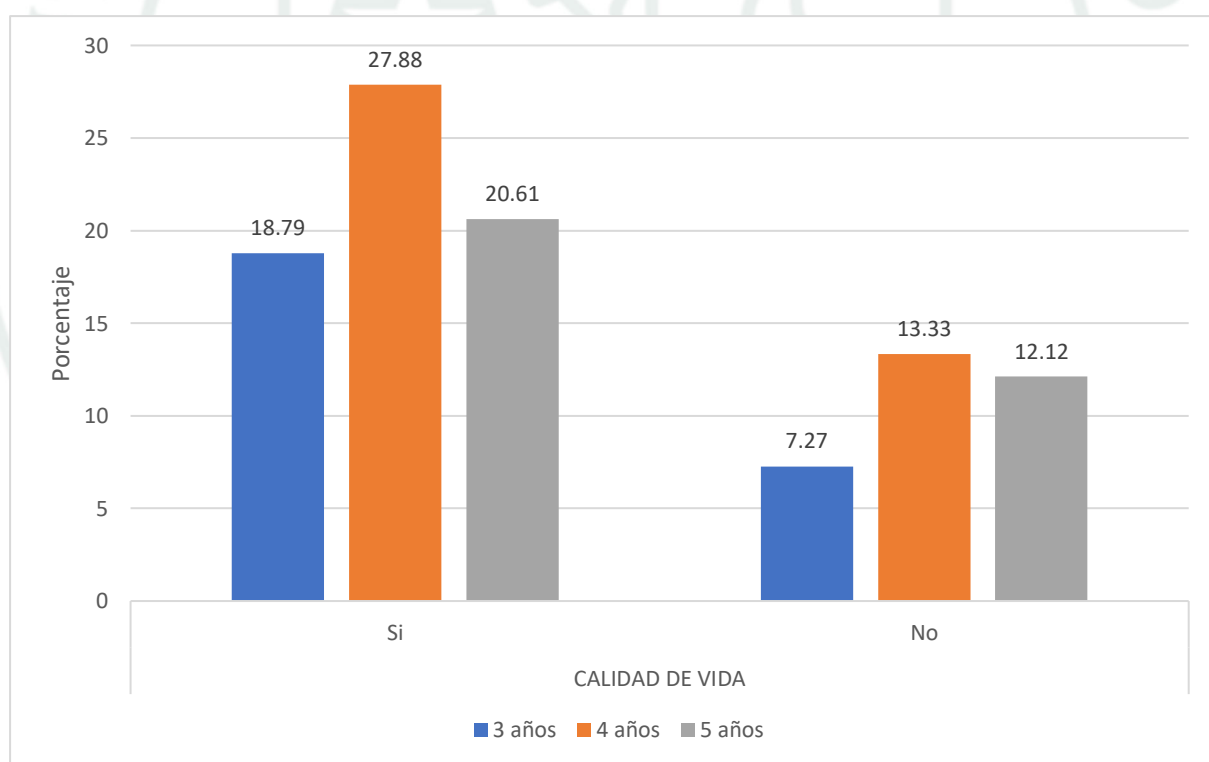
Se observa que, en el género masculino, prevaleció el Índice ceo-d muy alto con un 23.03%. En el género femenino predominó el mismo índice, pero en una mayor frecuencia, alcanzando un 33.94%, siendo el índice moderado el menos prevalente en el género masculino, con un 2.42%, y el índice muy bajo el menos frecuente en el género femenino con el 4.85%.

Tabla 8: Calidad de vida en niños según edad.

Edad	CALIDAD DE VIDA					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
3 años	31	18.79	12	7.27	43	26.06
4 años	46	27.88	22	13.33	68	41.21
5 años	34	20.61	20	12.12	54	32.73
Total	112	67.88	53	32.12	165	100.00

Nota. Elaboración Propia.

Figura 5: Calidad de vida en niños según edad.



Nota. Elaboración Propia.

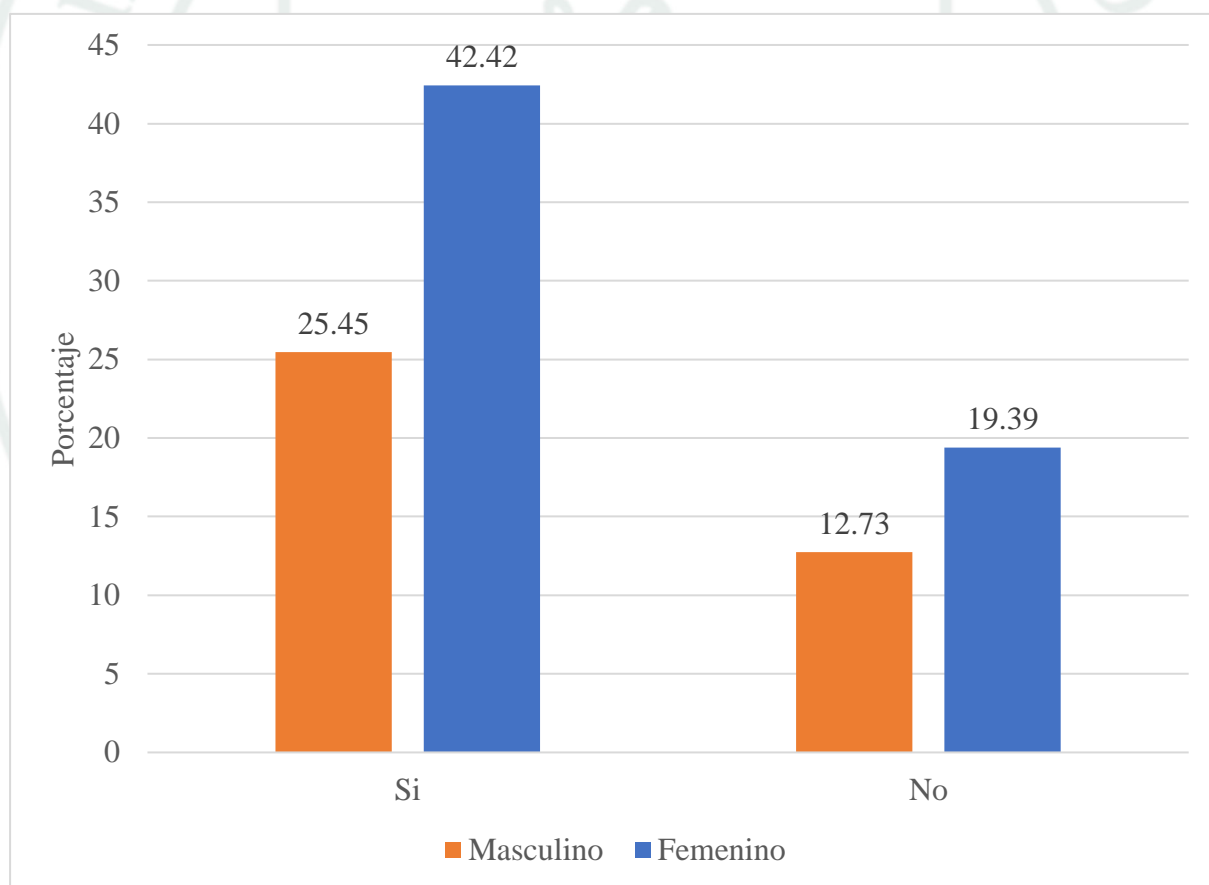
Se observa que la calidad de vida se vio afectada en niños de todas las edades evaluadas. Sin embargo, los niños de 4 años presentaron el mayor nivel de afectación, con el 27.88%, seguido por los niños de 5 años con el 20.61%, y finalmente los niños de 3 años con el 18.79%.

Tabla 9: Calidad de vida en niños según género.

Genero	CALIDAD DE VIDA					
	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	42	25.45	21	12.73	63	38.18
Femenino	70	42.42	32	19.39	102	61.82
Total	112	67.88	53	32.12	165	100.00

Nota. Elaboración Propia.

Figura 6: Calidad de vida en niños según género.



Nota. Elaboración Propia.

Se observa que la calidad de vida fue afectada con mayor frecuencia en niños de género femenino las cuales ostentaron un 42.42%, en contraposición a su análogo masculino que acuso un 25.25% de afectación.

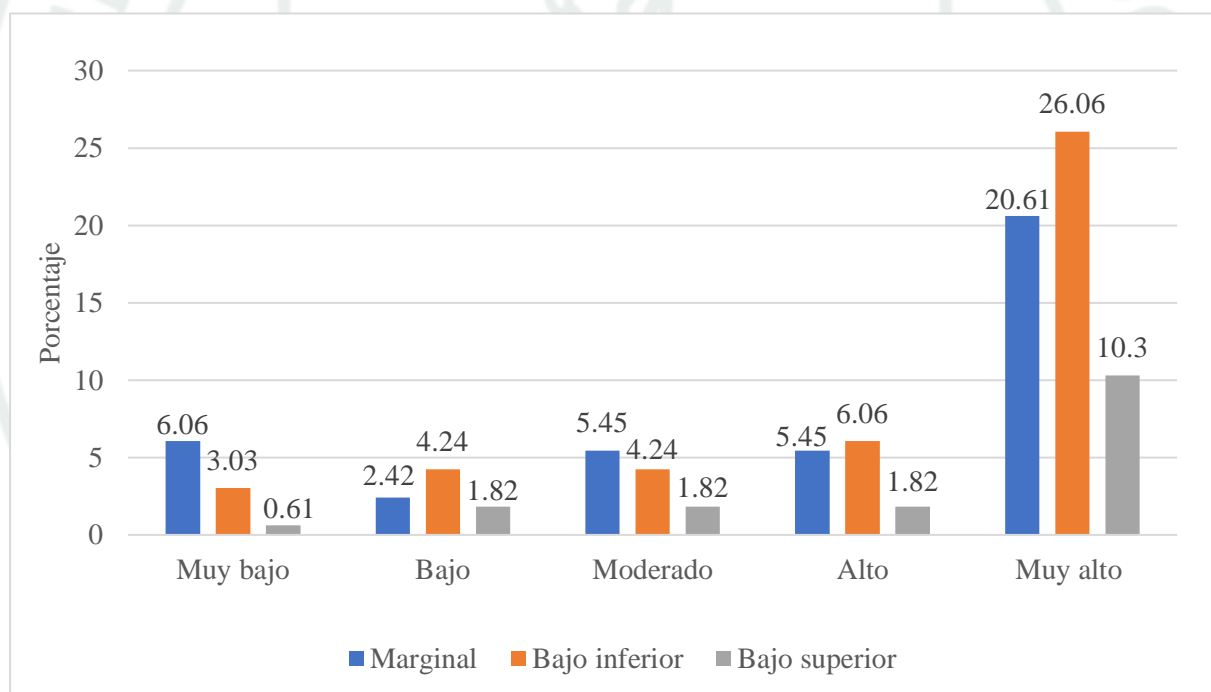
Tabla 10: Influencia del nivel socioeconómico de los padres en el Índice ceo-d de los niños.

Nivel socioeconómico	ÍNDICE ceo-d											
	Muy bajo		Bajo		Moderado		Alto		Muy alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Marginal	10	6.06	4	2.42	9	5.45	9	5.45	34	20.61	66	40.00
Bajo inferior	5	3.03	7	4.24	7	4.24	10	6.06	43	26.06	72	43.64
Bajo superior	1	0.61	3	1.82	3	1.82	3	1.82	17	10.30	27	16.37
Total	16	9.70	14	8.48	19	11.52	22	13.33	94	56.97	165	100.00

$p < 0.05$

Nota. Elaboración Propia.

Figura 7: Influencia del nivel socioeconómico de los padres en el Índice ceo-d de los niños



Nota. Elaboración Propia.

Se observa que el nivel socioeconómico marginal, bajo inferior y bajo superior se vincularon mayormente a un Índice ceo-d muy alto, con porcentajes respectivos del 20.61%, 26.06 y 10.30%, siendo el nivel bajo inferior el que más influyó en el índice, a juzgar por el mayor porcentaje mostrado según el contraste de la prueba Chi cuadrado, existe relación estadística significativa entre el nivel socioeconómico de los padres y el Índice ceo-d de los niños de la I.E. Inicial Generalísimo San Martín.

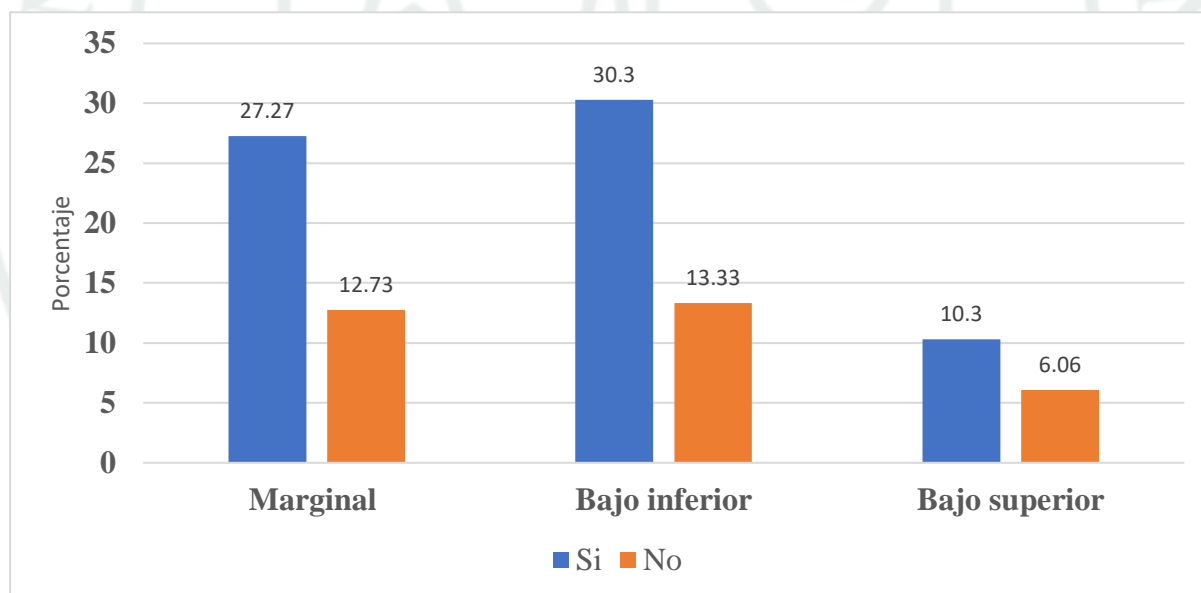
Tabla 11: Influencia del nivel socioeconómico de los padres en la calidad de vida de los niños.

Nivel socioeconómico	CALIDAD DE VIDA				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Marginal	45	27.27	21	12.73	66	40.00
Bajo inferior	50	30.30	22	13.33	72	43.64
Bajo superior	17	10.30	10	6.06	27	16.36
Total	112	67.88	53	32.12	165	100.00

P < 0.05

Nota. Elaboración Propia.

Figura 8: Influencia del nivel socioeconómico de los padres en la calidad de vida de los niños.



Nota. Elaboración Propia.

Se observa los tres niveles socioeconómicos que se relacionaron mayormente a afectación de la calidad de vida, con el 27.27%, 30.30% y 10.30% para los niveles marginal, bajo inferior y bajo superior, siendo el bajo inferior el más influyente. De acuerdo a la prueba estadística Chi cuadrado, existe relación estadística significativa entre el nivel socioeconómico de los padres y calidad de vida de los niños de la I.E. Inicial Generalísimo San Martín.

2. DISCUSIÓN

El principal hallazgo evidencia la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico de los padres y el índice ceo-d en los niños, así como entre dicha variable y la calidad de vida, observándose un predominio de nivel socioeconómico bajo inferior (43,64%), junto con una mayor frecuencia de índice ceo-d muy alto (56,97%) y una afectación de la calidad de vida relacionada con la salud bucal en el 67,88% de los casos.

En investigaciones previas se ha reportado un predominio de nivel socioeconómico marginal y un índice ceo-d mayormente moderado (25%) (50), resultados que difieren de los obtenidos en el presente estudio, donde se identificó una mayor proporción de nivel socioeconómico bajo inferior y un índice ceo-d muy alto.

Asimismo, se ha descrito que la calidad de vida relacionada con la salud bucal se ve significativamente afectada en niños con caries de inicio temprano, especialmente en sus formas severas (51), lo cual coincide con los resultados obtenidos, donde se evidenció un impacto negativo en más de dos tercios de la población evaluada.

De igual manera, se ha informado una alta prevalencia de caries dental no tratada en población infantil, asociada a un deterioro considerable en la calidad de vida familiar (45), lo que guarda concordancia con los hallazgos del presente estudio.

Otros estudios han reportado prevalencias de caries de inicio temprano cercanas al 40,79% (2), así como valores alrededor del 51% en poblaciones infantiles (5), datos que, si bien no coinciden exactamente en términos porcentuales, muestran una tendencia similar a la elevada frecuencia de caries observada en esta investigación.

También se ha evidenciado que la severidad de la caries dental no tratada repercute negativamente en la calidad de vida de los niños en edad preescolar (48), relación que resulta consistente con lo observado en este estudio, donde la caries de inicio temprano se asocia directamente con el deterioro del bienestar.

Finalmente, se ha reportado una prevalencia de caries del 100% en población escolar (52), lo que, aunque no coincide de manera exacta con los resultados obtenidos, refleja una tendencia general elevada de la enfermedad, la cual tiene implicancias importantes en la calidad de vida de los niños.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

Se estableció que el nivel socioeconómico de los padres ejerce una influencia significativa tanto en la presencia de caries de inicio temprano como en la calidad de vida de los niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial Generalísimo San Martín, evidenciándose una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

SEGUNDA:

En relación con el nivel socioeconómico de los padres, predominó el nivel bajo inferior con un 43,64%, seguido del nivel marginal con un 40%, y en menor proporción el nivel bajo superior con un 16,36%.

TERCERA:

Respecto al índice ceo-d, se observó que la mayoría de los niños presentó un nivel muy alto (56,97%), seguido del nivel alto (13,33%), moderado (11,52%), muy bajo (9,70%) y, finalmente, bajo (8,48%).

CUARTA:

La evaluación de la calidad de vida evidenció que esta se encuentra afectada en el 67,88% de los niños estudiados.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda desarrollar futuras investigaciones que evalúen la relación entre el nivel socioeconómico de los padres, la caries de inicio temprano y la calidad de vida en niños menores de cinco años, considerando tanto instituciones educativas públicas como privadas, con el propósito de ampliar la comprensión del problema y valorar la posibilidad de generalizar los resultados obtenidos.
2. Se sugiere al responsable del programa de Promoción de la Salud del Centro de Salud Generalísimo San Martín implementar actividades educativas dirigidas a padres y estudiantes, abordando temas como alimentación saludable, técnicas adecuadas de cepillado y uso del hilo dental, además de promover su participación en evaluaciones preventivas y tratamientos oportunos.
3. Se recomienda a la dirección de la Institución Educativa Inicial Generalísimo San Martín gestionar alianzas con facultades de Odontología de universidades locales, a fin de desarrollar programas de educación en salud bucal orientados a niños y padres de familia.
4. Se propone a futuros investigadores analizar la relación entre el Índice de Higiene Oral Simplificada y la calidad de vida en pacientes pediátricos con dentición decidua, con el objetivo de determinar la influencia de la acumulación de placa en la aparición de caries de inicio temprano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto nacional de estadística e informática [internet]. Lima: INEI; 2024. Pobreza monetaria afecto al 29,0% de la población el año 2023; 9 mayo 2024 [citado 13 de mayo del 2024]. Disponible de <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/951234-pobreza-monetaria-afecto-al-29-0-de-la-poblacion-el-ano-2023>
2. MINSA. La caries dental es la enfermedad más común entre la población infantil. [internet]. 2024[citado 10 de mayo de 2024]; Disponible.: <https://www.elperuano.pe/noticia/209887-minsa-la-caries-dental-es-la-enfermedad-mas-comun-entre-la-poblacion-infantil>
3. Abanto J, Tsakos G, Olegario IC, et al. Impact of pulpectomy versus tooth extraction in children's oral health-related quality of life: A randomized clinical trial. *Community Dent Oral Epidemiol.* [internet]. 2024[citado 07 de mayo de 2024];52(1): 13-23 disponible de: doi: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12895>
4. Severino M, Caruso S, Ferrazzano G, Pisaneschi A, Fiasca F, Caruso S, & De Giorgio S. Prevalence of Early Childhood Caries (ECC) in a paediatric population: An epidemiological study. *European journal of paediatric dentistry,* [internet].2021[citado 07 de mayo de 2024]; 22(3):189-198. Disponible de: doi: <https://doi.org/10.23804/ejpd.2021.22.03.3>
5. Liu Y., Zhu J., Zhang H. et al. Estado de caries dental y factores relacionados entre niños de 5 años en Shanghai. *BMC Oral Health* [internet].2024[citado 07 de mayo de 2024]; 459 (2024). Disponible de: doi: doi.org/10.1186/s12903-024-04185-x
6. Mathur, VP, Dhillon, JK Caries dental: una enfermedad que requiere atención. *Indian J Pediatr* [internet]. 2018 [citado 23 de agosto de 2024]; 85:202–206. Disponible en <https://ezproxy.ucsm.edu.pe:2089/10.1007/s12098-017-2381-6>
7. Xu, H., Ma, X., Wang, J. et al. Exploración del estado y los factores influyentes de la caries dental en niños en edad preescolar de 3 a 6 años en la ciudad de Xingtai. *BMC Oral Health* [internet]. 2024 [citado 25 de agosto de 2024] 24, 951. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04663-2>

8. Cortés A., Martignon S., Douglas G. (2019). La presentación visual de la caries dental. En: Ferreira Zandona, A., Longbottom, C. (eds) Detección y Evaluación de Caries Dental [internet]. 1ed. Springer, Cham [citado 29 de junio 2024]. Disponible de: https://ezproxy.ucsm.edu.pe:2089/10.1007/978-3-030-16967-1_3
9. Martínez R, Ruza C. Intervención bucodental [internet] España: Ediciones Paraninfo, S.A. España, 2021 [citado el 26 de agosto de 2024]. 8p. Disponible de:https://www.google.com.pe/books/edition/Intervenci%C3%B3n_bucodental/4aMIEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=triada+de+keyes++caries+dental&pg=PA7&printsec=frontcover
10. Vernazza, CR (2021). Prevención e Intervenciones en el Cuidado de la Salud Bucal en Niños. En: Albadri, S., Stevens, CL (eds) Odontología pediátrica para el odontólogo general. Guías para médicos de BDI [internet]. Springer, Cham; 2021 [citado 07 de mayo 2024]. Disponible de https://ezproxy.ucsm.edu.pe:2089/10.1007/978-3-030-66372-8_3
11. Phoebe P.Y. Lam, Helene Chua, et al. Risk Predictors Of Early Childhood Caries Increment—A Systematic Review And Meta-Analysis. Journal of Evidence-Based Dental Practice [internet]. 2022 [citado 07 de mayo 2024]; 22(3) Disponible de: doi: <https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2022.101732>
12. Domosławska-Żylińska, K., et al. Conocimientos de las mujeres embarazadas polacas sobre la prevención de caries en la primera infancia y la higiene bucal en los niños. BMC Public Health [internet]. 2024 [citado 07 de mayo 2024]; 24(70). Disponible de: doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17604-5>
13. Elis Mutlu, et al. Evaluation of remineralizing potential of hydroxyapatite, phosphopeptide-amorphous calcium phosphosphate and fluoride dentifrices using SEM/EDX analysis: A randomized controlled in-vitro study. Pediatric Dental Journal [internet]. 2022 [citado 07 de mayo 2024]; 32 (3):176 – 185 Disponible de: doi: <https://doi.org/10.1016/j.pdj.2022.07.001>
14. Munayco Per, Pereyra ZH, Cadillo IMM. Factores asociados con la caries de infancia temprana severa en niños peruanos. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2022 [citado el

08 de mayo de 2024];59(1) Disponible de:

<https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3527>

15. Benson, P. E., Parkin, N., Dyer, F., Millett, D. T., & Germain, P. Fluorides for preventing early tooth decay (temloszed lesions) during fixed brace treatment. The Cochrane database of systematic reviews [internet] 2019. [citado el 08 de mayo de 2024],2019(11):CD003809 disponible de: doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003809.pub4>
16. Ministerio de Salud [internet]. Lima: MINSA; c2017. Minsa recomienda uso de pasta dental con fluor desde que aparece el primer diente de leche; 17 agosto 2017 [citado 08 de mayo 2024]. Disponible de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/13390-minsa-recomienda-uso-de-pasta-dental-con-fluor-desde-que-aparece-el-primer-diente-de-leche>
17. Yasir Ayahya. Una revisión narrativa de técnicas mínimamente invasivas en odontología restauradora. The Saudi Dental Journal [internet] 2024 [citado el 27 de agosto de 2024]; 36(2): 228-233. Disponible de: <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2023.11.005>
18. Chinnakotla B, Susarla SM, Mohan DC, Turton B, Husby HM, Morales CP, Sokal-Gutiérrez K. Asociaciones entre Educación Materna y Nutrición Infantil y Salud Bucal en una Población Indígena del Ecuador. Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública [internet].2023 [citado el 09 de mayo de 2024]; 20(1):473. Disponible de: doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph20010473>
19. Bell LK, Nguyen HV, Ha DH, Devenish-Coleman G, Golley RK, Do LG, Scott JA. Predictores de las trayectorias de ingesta de azúcares libres en la primera infancia: resultados del estudio de cohorte de nacimiento SMILE. Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública[internet]. 2024[citado el 09 de mayo de 2024]; 21(2):174. Disponible de: doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph21020174>
20. Yu, J., Mahajan, A., Darlington, G. et al. Ingesta de azúcar libre de refrigerios y bebidas en niños canadienses en edad preescolar y preescolar:un estudio transversal. BMC Nutr [internet].2023 [citado el 09 de mayo de 2024]; 9 (44). Disponible de: doi: <https://doi.org/10.1186/s40795-023-00702-3>

21. Nakai Y, Mori-Suzuki Y. Validez transcultural de un cuestionario dietético para estudiar la caries dental en niños japoneses. Cuidado de la salud. [internet]. 2023 [citado el 09 de mayo de 2024]; 11(7):1036. Disponible de: doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare11071036>
22. Verástegui Baldarrago GA. Potencial cariogénico de los alimentos en las loncheras y su influencia en la salud bucal de niños preescolares. Revista Odontológica Basadrina. [internet]. 2020 [citado el 09 de mayo de 2024]; 4 (2) 26-32. Disponible de: doi: <https://doi.org/10.33326/26644649.2020.4.2.959>
23. Guzmán Oxza JE, Loza-Sosa JM, Flores-Tola CB, Crespo Mariscal E. Influencia del consumo de alimentos cariogénicos y presencia de caries dental en la etapa escolar. RUSXXI [Internet]. 30 de junio de 2023 [citado 10 de mayo de 2024];3(9):30-42. Disponible en: <https://doi.org/10.57246/rusxxi.v3i9.64>
24. Giacaman RA, Maturana CA, Molina J, Volgenant CMC, Fernández CE. Effect of Casein Phosphopeptide-Amorphous Calcium Phosphate Added to Milk, Chewing Gum, and Candy on Dental Caries: A Systematic Review. [internet]. 2023 [citado el 09 de mayo de 2024]; 57(2):106-118. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.1159/000530638>
25. Pienihäkkinen K, Hietala-Lenkkeri A, Arpalahti I y Soderling E. El efecto de los chicles y caramelos con xilitol sobre la aparición de caries en niños: una revisión sistemática con especial referencia al nivel de caries al inicio del estudio. Eur Arch Paediatr Dent. [internet]. 2024 [citado el 09 de mayo de 2024]; 25 (2): 145 – 160. Disponible de: doi: <https://doi.org/10.1007/s40368-024-00875-w>
26. Torres Benites, Sánchez Vargas, Escobar Cholan, León Manco. Barreras geográficas para el uso de pasta dental con fluoruro mayor a 1000 ppm en niños peruanos. J Oral Res. [internet]. 2022 [citado el 25 de agosto de 2024]; 11(6): 1-10. Disponible de: doi [10.17126/joralres.2022.071](https://doi.org/10.17126/joralres.2022.071)
27. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niños y niñas [internet]. Lima: MS; 2017 [citado el 25 de agosto de 2024]. Disponible de https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322902/Gu%C3%Ada_de_pr%C3%A1ctica_cl%C3%Adnica_para_la_prevenci%C3%B3n__diagn%C3%B3stico_y_tratami

ento_de_la_caries_dental_en_ni%C3%B1as_y_ni%C3%B1os__Gu%C3%Ada_t%C3%A9cnica20190621-17253-1sj2h61.pdf?v=1561140245

28. Portillo Alvarez, G. Relación Del Nivel Socioeconómico De Los Padres Con El Índice De Masa Corporal Y La Prevalencia De Caries Dental En Escolares De 8 A 16 Años De I.E.E. Antonio Jose De Sucre E I.E.P. Santa Rosa De Viterbo, Yanahuara – Arequipa 2023. [tesis en internet]. Perú: Universidad Católica De Santa María, 2023 [citado el 10 de mayo de 2024]. 92 p. Disponible de: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/87eab1ab-8bed-4e17-83e1-ca65d5c6a6d7/content>
29. Grupo Banco Mundial [internet]. Perú: Perú panorama general; 2024 [citado 26 de agosto de 2024]. Disponible de: <https://www.bancomundial.org/es/country/peru/overview>
30. Díaz R, Vargas R, Rojas C. et al. Desigualdades socioeconómicas en el uso de servicios de consulta médica en Perú, 2019. Int J Equity Health [internet].2024 [citado el 28 de junio 2024];23(10). Disponible de: <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02099-2>
31. Gantu I, Ccasani G, Pérez A. Características socioeconómicas y sociodemográficas de las familias de pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Salud San Borja, 2018. Horiz. Med. [Internet]. 2021 [citado el 10 de mayo 2024]; 21(4): e1518. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2021000400005
32. Foláyan MO, Amalia R, Kemoli, A, Ayouni I, Nguweneza A ,Duangthip D. et al. Revisión del alcance del vínculo entre crecimiento económico, trabajo decente y caries en la primera infancia. BMC Salud Bucal. [Internet]. 2024 [citado el 10 de mayo 2024]; 24 (77). Disponible de: doi: <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03766-6>
33. Asociación Peruana de Empresas de Inteligencia de Mercados. Niveles socioeconómicos 2023- 2024 [internet]. Lima: APEIM 2024 [citado el 12 de mayo de 2024] Disponible en: <https://apeim.com.pe/wp-content/uploads/2024/01/APEIM-Informe-de-Niveles-Socioeconomicos-2023-2024-Version-WEB.pdf>

34. Vera O, Vera F. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Rev. Cuerpo méd.* [Internet]. 2013 [citado el 10 de mayo 2024]; 6(1). Disponible de: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052303/rcm-v6-n1-ene-mar-2012_pag41-45.pdf
35. Universidad Nacional de Cordova [internet]. Cordova: Universidad Nacional de Cordova; 2014 [citado 12 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/15975/Indicadores%20epidemiologicos%20de%20la%20situacion%20de%20salud%20bucodental.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
36. Mena Silva P, Manuel Benítez R, Salvador Arroba J. Índice CPOD y ceo-d en niños de 5 a 8 años de una escuela en una localidad de Ecuador. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental* [internet]. 2021 [citado 08 de mayo de 2024]; 61 (4):777–784. Disponible de: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/11/1399953/396-1365-1-pb.pdf>
37. Rocha Lertzundi J, Gómez Gonzales W, Bernardo Santiago G. Índice ceo-d y su relación con la calidad de vida en la salud oral de preescolares de la I.E. Cesar Vallejo de Chorrillos, junio 2018. *Horiz. Med.* [Internet]. 2019 [citado 15 de junio 2024]; 19(1): 37-45. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2019000100007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n1.07>.
38. Institución Nacional de las personas adultas mayores [internet]. México. Calidad de vida para un envejecimiento saludable. 2021 [citado el 26 de agosto de 2024]. Disponible de: <https://www.gob.mx/inapam/es/41tems4llos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es#:~:text=De%20acuerdo%20con%20la%20OMS,%20expectativas%20est%C3%A1ndares%20y%20preocupaciones>.
39. Opoku P, Salu S, Azornu CK, Komesor J. Conocimiento, práctica y factores asociados sobre salud bucal entre estudiantes de secundaria de Koforidua, Ghana: un estudio transversal. *BMC Salud Bucal* [internet]. 2024 [citado 10 de mayo del 2024]; 24(449). Disponible de: Doi: <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04148-2>

40. Hollis Haotian Chai, Sherry Shiqian Gao, Kitty Jieyi Chen, Edward Chin Man Lo, Duangporn Duangthip, Chun Hung Chu, Tools. Evaluating Child Oral Health–Related Quality of Life, *International Dental Journal* [internet]. 2024 [citado 10 de mayo del 2024]; 74 (1): 15-24. Disponible de: Doi: <https://doi.org/10.1016/j.identj.2023.07.004>
41. Vakhaevich Y, Vladimirovna A, Andreevna P. El papel de la odontología en el contexto médico general: interrelación e impacto en la salud, enfermedades cardiovasculares, diabetes. *Revista Latinoamericana de Hipertensión* [internet]. 2024 [citado el 27 de agosto del 2024]; 19 (4). Disponible de: <https://zenodo.org/records/11260629>
42. Saadia A, Saman W, Muhammad T. Impact of dental caries on the daily lives of geriatric patients visiting dental hospitals in Rawalpindi, Pakistan, *J Dent Res Dent Clin Dent* [internet]. 2024 [citado 25 de junio del 2024]; 18(1) : 63-71. Disponible de: doi: 10.34172/joddd.40741
43. Silva BNS, de Campos LA, Maroco J, Alvarez Duarte Bonini Campos J. El perfil de impacto en la salud bucal y el bienestar de madres y niños en edad preescolar. *BMC Salud Bucal* [internet]. 2024 24, [citado el 07 de mayo 2024];24 (372). Disponible de: doi: <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04137-5>
44. Min SN, Duangthip D, Sherry S, Palinee D. Calidad de vida relacionada con la salud bucal y experiencias de caries auto informadas por niños de 5 años en Mandalay, Myanmar.[internet].2024 [citado el 07 de mayo 2024];24(31) Disponible de: doi: <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03803-4>
45. Horton M, Zolfaghari S, Bernabé E, Andrews L, Alarcón J, Echevarría M, et al. Una evaluación de la caries dental pediátrica y la calidad de vida familiar en una comunidad amazónica informal. *Annals Global Health* [internet]. 2021 [citado 10 de mayo del 2024]; 87(1): 87, 1–10. Disponible de: <https://doi.org/10.5334/aogh.3331>
46. Sasikarn Deeden, Tippanart Vichayanrat, Yuwadee Asvanund, Woranun Prapansilp, Araya Phonghanyudh, Knowledge. Attitudes, and Practices Towards ECC Prevention in Thai Medical Personnel. *International Dental Journal*, [internet]. 2024 [citado el 15 de mayo del 2024];74 (2): 253-259. Disponible de: doi: <https://doi.org/10.1016/j.identj.2023.08.008>

47. Masumo R, Ndekeru T, Carneiro L. Prevalencia de caries dental en dientes temporales y calidad de vida relacionada con la salud bucal entre niños preescolares de 4 a 6 años en Kisarawe, Tanzania. *BMC Salud Bucal* [internet]. 2020 [citado 26 de junio del 2024]; 46. Disponible de: <https://doi.org/10.1186/s12903-020-1032-x>
48. Alanzi A, Husain F, Husain H, Hanif, Baskaradoss JK. ¿La gravedad de la caries dental no tratada de los niños en edad preescolar influye en la calidad de vida relacionada con la salud bucal? *BMC Salud Bucal* [internet]. 2023 [citado 10 de mayo del 2024]; 23(552). Disponible de: doi: <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03274-7>
49. Maraví Gutiérrez J, Hayakawa Lastarria L, Geller Palti D. Calidad de vida relacionada a la salud oral de preescolares peruanos en el año 2018. *Revista odontopediatría Latinoamericana* [internet]. 2021 [citado 10 de mayo del 2024]; Disponible de: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/209>
50. Portillo Alvarez G. Relación del nivel socioeconómico de los padres con el índice de masa corporal y la prevalencia de caries dental en escolares de 8 a 16 años de la I.E.E. Antonio José de Sucre e I.E.P. Santa Rosa de Viterbo, Yanahuara [Tesis de pregrado]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2023. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/43tems/f1c3c28f-cabb-4dac-9c176af9bedaa0e9>
51. Munayco-Pantoja ER., Pereyra-Zaldívar H, Cadillo-Ibarra MM. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en niños peruanos con caries de infancia temprana severa. *Odontoestomatología*. [Internet]. 2020 [citado el 15 de mayo del 2024]; 22(36): 4-14. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.22592/ode2020n36a2>
52. Mena Silva P, Benítez R, Salvador Arroba J. Índice CPOD y ceo-d en niños de 5 a 8 años de una escuela en una localidad de Ecuador. *Bol. Malariol. Salud ambient* [internet]. 2021 [citado 20 de diciembre del 2024] 61(4): 777-784. Disponible de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1399953>



ANEXOS



**ANEXO 1:
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE
DATOS**

INSTRUMENTO 1

ENCUESTA SOCIOECONÓMICA

1. **¿Cuál es el grado de estudios de padres? Marque con un aspa (x); para ambos padres (M= Madre y P = Padre)**
 - a. Primaria completa / incompleta
 - b. Secundaria incompleta
 - c. Secundaria completa
 - d. Superior no universitario (p. ej. Instituto superior, otros)
 - e. Estudios universitarios incompletos
 - f. Estudios universitarios completos (bachiller, titulado)
 - g. Postgrado

2. **¿A dónde acude el jefe de hogar para atención medica cuando él tiene algún problema de salud?**
 - a. Posta medica / farmacia / naturista
 - b. Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de la Solidaridad
 - c. Seguro Social / Hospital FFAA / Hospital de policía
 - d. Medico particular en consultorio
 - e. Medico particular en clínica privada

3. **¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?**
 - a. Menos de 750 soles / mes aproximadamente
 - b. Entre 750 – 1000 soles / mes aproximadamente
 - c. 1001 – 1500 soles / mes aproximadamente
 - d. Mayor 1500 soles/ mes aproximadamente

4. **¿Cuántas habitaciones tiene su hogar, exclusivamente para dormir?**

5. **¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar? (sin incluir el servicio doméstico)**

6. **¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda?**
 - a. Tierra / arena
 - b. Cemento sin pulir (falso piso)
 - c. Cemento pulido / tapizón
 - d. Mayólica / loseta / cerámicos
 - e. Parquet / madera pulida / alfombra / mármol / terraza

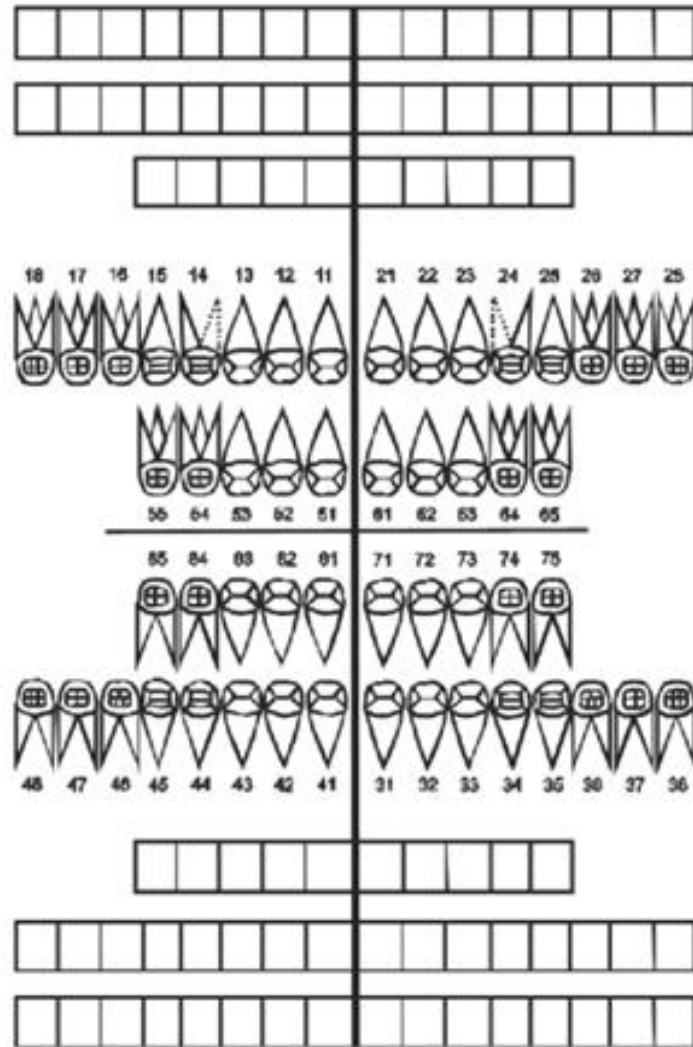
INSTRUMENTO 2

ODONTOGRAMA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA _____

NOMBRE: _____

NIVEL INICIAL: _____ EDAD: _____ FECHA: _____



ÍNDICE ceo - d	
Muy alto	Mas de 6.6
Alto	4.5 – 6.5
Moderado	2.7 – 4.4
Bajo	1.3 – 2.6
Muy bajo	0 – 1.2

c:	e:	O:	Ceo =
----	----	----	-------

INSTRUMENTO 3

CUESTIONARIO ESCALA DE IMPACTO DE SALUD ORAL EN LA PRIMERA INFANCIA ECOHIS

Los problemas con los dientes, la boca o la mandíbula y su tratamiento pueden afectar el bienestar y la vida cotidiana de los niños y sus familias. Para cada una de las siguientes preguntas, por favor coloque una X en el cuadrado situado junto a la respuesta que describe mejor la experiencia de su hijo o la suya propia. Considere toda la vida del niño, desde el nacimiento hasta la actualidad cuando responda cada pregunta.

IMPACTO DE LOS PROBLEMAS BUCALES CON EL NIÑO

1. ¿Con que frecuencia a su hijo ha tenido dolor en los dientes, boca o mandíbula?

Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo	No sabe/ no contesta
0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

2. ¿Con que frecuencia su hijo ha tenido dificultades para tomar bebidas calientes o frías, debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos?

Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo	No sabe/ no contesta
0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

3. ¿Con que frecuencia su hijo ha tenido dificultades para comer algunos alimentos a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos?

Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo	No sabe/ no contesta
0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

4. ¿Con que frecuencia su hijo ha tenido dificultades para pronunciar algunas palabras, por problemas dentales o tratamientos odontológicos?

Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo	No sabe/ no contesta
0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

5. ¿Con que frecuencia su hijo ha perdido días de asistencia a su actividad preescolar, de guardería o escuela por problemas dentales o tratamientos odontológicos?

Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo	No sabe/ no contesta
0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

6. ¿Con que frecuencia su hijo ha tenido problemas para dormir debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos?

Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo	No sabe/ no contesta
0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

7. ¿Con que frecuencia su hijo se ha manifestado enojado a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos?

Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo	No sabe/ no contesta
0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

8. ¿Con qué frecuencia su hijo ha evitado sonreír por problemas dentales o tratamientos odontológicos?

Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A menudo	Muy a menudo	No sabe/ no contesta
0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

9. ¿Con qué frecuencia su hijo ha evitado hablar debido a problemas dentales o tratamientos odontológicos?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente A menudo Muy a menudo No sabe/ no contesta
0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

IMPACTO DE LOS PROBLEMAS BUCALES CON EL PADRE O FAMILIAR

1. ¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de la familia se ha preocupado a causa de problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente A menudo Muy a menudo No sabe/ no contesta
0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

2. ¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de la familia se ha sentido culpable por los problemas dentales o tratamiento odontológicos de su hijo?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente A menudo Muy a menudo No sabe/ no contesta
0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

3. ¿Con qué frecuencia usted u otro miembro de la familia ha ocupado el tiempo de trabajo o actividad a causa de los problemas dentales o tratamientos odontológicos de su hijo?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente A menudo Muy a menudo No sabe/ no contesta
0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

4. ¿Con qué frecuencia los problemas dentales o tratamientos odontológico de su hijo han afectado a la economía de su hogar?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente A menudo Muy a menudo No sabe/ no contesta
0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()



**ANEXO 2:
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN**

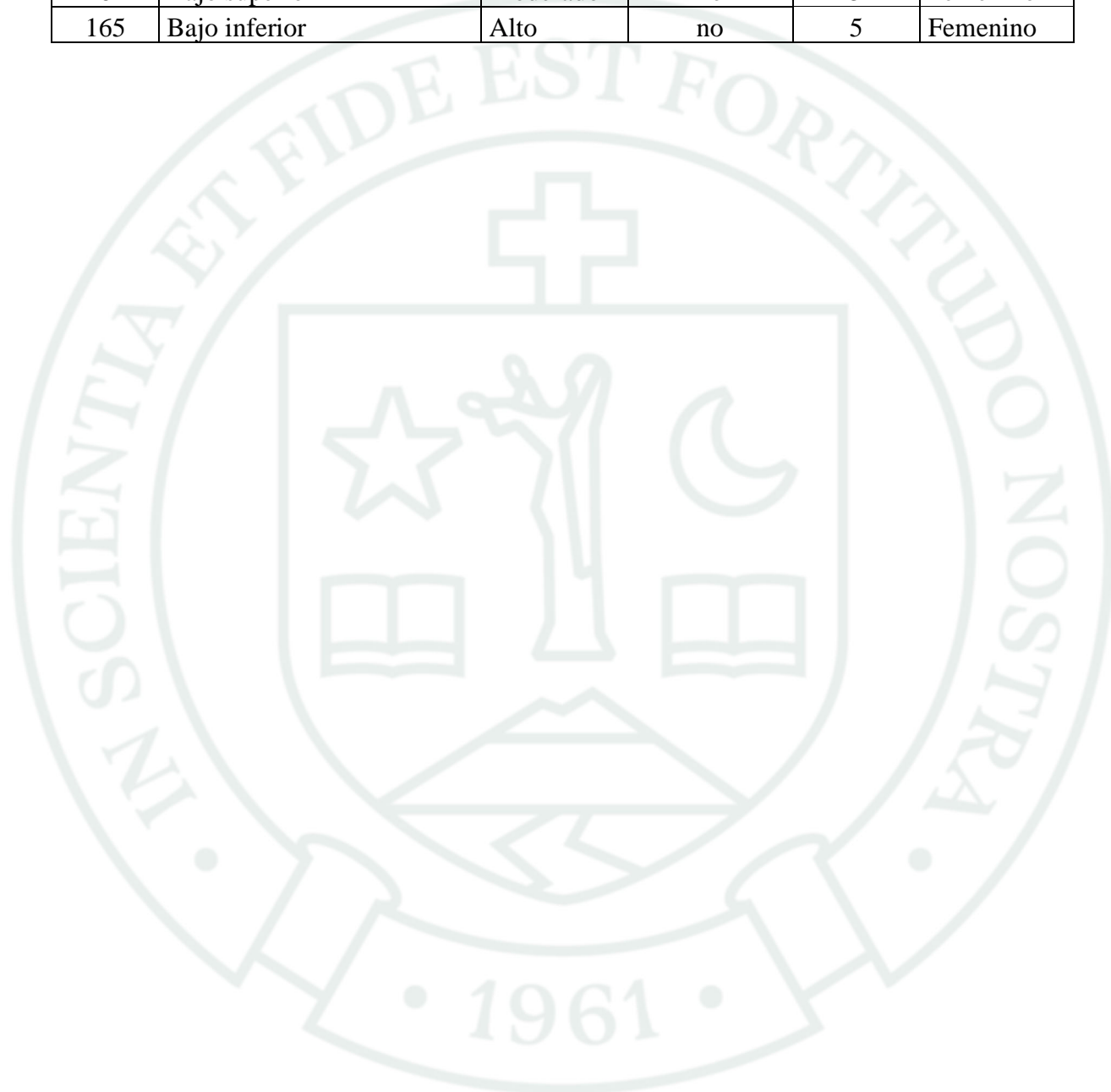
Nº	NIVEL SOCIOECONÓMICO	ÍNDICE ceo – d	CALIDAD DE VIDA	AÑOS	GÉNERO
1	Marginal	Muy alto	si	3	Femenino
2	Marginal	Muy alto	si	3	Masculino
3	Marginal	Muy alto	si	3	Femenino
4	Marginal	Moderado	si	3	Femenino
5	Bajo inferior	Muy alto	si	3	Masculino
6	Marginal	Muy alto	si	3	Femenino
7	Bajo inferior	Moderado	si	3	Masculino
8	Marginal	Alto	si	3	Masculino
9	Marginal	Alto	si	3	Femenino
10	Marginal	Alto	si	3	Masculino
11	Marginal	Moderado	si	3	Femenino
12	Bajo inferior	Bajo	no	3	Femenino
13	Bajo inferior	Muy bajo	no	3	Masculino
14	Marginal	Muy alto	si	3	Femenino
15	Bajo inferior	Muy alto	si	3	Masculino
16	Marginal	Muy alto	si	3	Femenino
17	Marginal	Bajo	si	3	Masculino
18	Bajo inferior	Muy bajo	no	3	Femenino
19	Bajo superior	Muy bajo	no	3	Masculino
20	Bajo superior	Muy alto	no	3	Masculino
21	Bajo inferior	Muy alto	si	3	Femenino
22	Bajo inferior	Bajo	no	3	Masculino
23	Bajo inferior	Muy alto	si	3	Masculino
24	Bajo inferior	Muy alto	si	3	Femenino
25	Bajo inferior	Muy alto	si	3	Femenino
26	Bajo inferior	Moderado	si	3	Femenino
27	Bajo inferior	Bajo	si	3	Femenino
28	Bajo inferior	Muy bajo	no	3	Femenino
29	Bajo superior	Moderado	si	3	Femenino
30	Bajo superior	Muy alto	si	3	Masculino
31	Marginal	Alto	si	3	Masculino
32	Bajo superior	Alto	si	3	Masculino
33	Bajo superior	Muy alto	si	3	Femenino
34	Bajo inferior	Alto	si	3	Femenino
35	Marginal	Muy alto	si	3	Femenino
36	Bajo inferior	Muy bajo	si	3	Femenino
37	Bajo superior	Alto	si	3	Femenino
38	Marginal	Muy alto	si	3	Femenino
39	Bajo superior	Alto	si	3	Masculino
40	Bajo inferior	Muy alto	no	3	Masculino

Nº	NIVEL SOCIOECONÓMICO	ÍNDICE ceo – d	CALIDAD DE VIDA	AÑOS	GÉNERO
41	Marginal	Moderado	no	3	Femenino
42	Bajo inferior	Muy alto	no	3	Femenino
43	Marginal	Bajo	no	3	Femenino
44	Marginal	Muy alto	no	4	Femenino
45	Bajo superior	Muy alto	si	4	Femenino
46	Marginal	Muy alto	si	4	Femenino
47	Marginal	Alto	no	4	Femenino
48	Bajo inferior	Muy alto	no	4	Femenino
49	Marginal	Muy alto	si	4	Femenino
50	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Masculino
51	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Femenino
52	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Femenino
53	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Femenino
54	Marginal	Muy alto	si	4	Femenino
55	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Femenino
56	Marginal	Muy alto	si	4	Femenino
57	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Femenino
58	Bajo superior	Muy alto	si	4	Femenino
59	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Femenino
60	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Femenino
61	Bajo superior	Alto	si	4	Femenino
62	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Femenino
63	Marginal	Muy bajo	si	4	Masculino
64	Marginal	Muy alto	no	4	Masculino
65	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Femenino
66	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Femenino
67	Marginal	Muy bajo	no	4	Masculino
68	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Masculino
69	Marginal	Muy alto	si	4	Masculino
70	Marginal	Muy alto	si	4	Femenino
71	Bajo inferior	Alto	no	4	Femenino
72	Bajo inferior	Muy bajo	si	4	Femenino
73	Marginal	Alto	si	4	Femenino
74	Marginal	Muy alto	si	4	Femenino
75	Bajo superior	Muy bajo	no	4	Masculino
76	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Femenino
77	Marginal	Alto	si	4	Femenino
78	Bajo inferior	Alto	si	4	Femenino
79	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Masculino
80	Bajo superior	Bajo	si	4	Femenino

Nº	NIVEL SOCIOECONÓMICO	ÍNDICE ceo – d	CALIDAD DE VIDA	AÑOS	GÉNERO
81	Marginal	Muy alto	si	4	Femenino
82	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Femenino
83	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Masculino
84	Marginal	Bajo	no	4	Masculino
85	Marginal	Muy alto	si	4	Masculino
86	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Femenino
87	Marginal	Alto	si	4	Femenino
88	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Masculino
89	Marginal	Alto	si	4	Femenino
90	Marginal	Muy alto	si	4	Masculino
91	Marginal	Muy alto	si	4	Masculino
92	Bajo inferior	Bajo	no	4	Femenino
93	Bajo inferior	Bajo	no	4	Femenino
94	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Femenino
95	Bajo superior	Bajo	si	4	Masculino
96	Bajo superior	Muy alto	no	4	Masculino
97	Medio	Alto	no	4	Masculino
98	Marginal	Muy alto	si	4	Masculino
99	Bajo inferior	Alto	no	4	Femenino
100	Medio	Muy bajo	no	4	Masculino
101	Bajo superior	Muy bajo	no	4	Masculino
102	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Masculino
103	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Femenino
104	Bajo inferior	Muy alto	si	4	Femenino
105	Marginal	Moderado	no	4	Femenino
106	Bajo inferior	Muy alto	no	4	Femenino
107	Bajo superior	Muy alto	no	4	Masculino
108	Bajo inferior	Muy alto	no	4	Masculino
109	Bajo inferior	Muy bajo	no	4	Femenino
110	Marginal	Bajo	no	4	Femenino
111	Bajo inferior	Moderado	no	4	Femenino
112	Marginal	Muy alto	si	5	Femenino
113	Bajo inferior	Muy alto	si	5	Masculino
114	Marginal	Muy alto	si	5	Femenino
115	Bajo superior	Muy alto	si	5	Masculino
116	Bajo superior	Muy alto	si	5	Masculino
117	Bajo inferior	Alto	si	5	Masculino
118	Bajo inferior	Muy alto	si	5	Femenino
119	Bajo inferior	Muy alto	si	5	Femenino
120	Marginal	Muy alto	si	5	Femenino

Nº	NIVEL SOCIOECONÓMICO	ÍNDICE ceo – d	CALIDAD DE VIDA	AÑOS	GÉNERO
121	Marginal	Muy alto	si	5	Masculino
122	Bajo superior	Moderado	si	5	Femenino
123	Bajo superior	Muy alto	si	5	Femenino
124	Bajo inferior	Muy alto	si	5	Masculino
125	Bajo superior	Muy alto	si	5	Masculino
126	Marginal	Muy bajo	no	5	Femenino
127	Marginal	Moderado	no	5	Masculino
128	Marginal	Muy alto	si	5	Masculino
129	Marginal	Muy alto	si	5	Masculino
130	Marginal	Muy bajo	no	5	Femenino
131	Bajo inferior	Moderado	si	5	Femenino
132	Marginal	Muy alto	si	5	Masculino
133	Marginal	Muy alto	si	5	Femenino
134	Marginal	Moderado	no	5	Femenino
135	Bajo inferior	Muy alto	si	5	Masculino
136	Marginal	Muy alto	si	5	Femenino
137	Bajo inferior	Muy alto	no	5	Masculino
138	Bajo inferior	Moderado	si	5	Femenino
139	Bajo inferior	Muy bajo	no	5	Masculino
140	Bajo inferior	Moderado	no	5	Masculino
141	Bajo inferior	Muy alto	si	5	Femenino
142	Marginal	Muy alto	no	5	Femenino
143	Bajo inferior	Muy alto	si	5	Femenino
144	Bajo inferior	Alto	si	5	Masculino
145	Bajo inferior	Muy alto	si	5	Femenino
146	Bajo inferior	Muy alto	si	5	Masculino
147	Marginal	Moderado	no	5	Femenino
148	Marginal	Bajo	no	5	Masculino
149	Marginal	Muy bajo	no	5	Femenino
150	Bajo inferior	Moderado	no	5	Femenino
151	Marginal	Moderado	no	5	Femenino
152	Marginal	Muy alto	si	5	Masculino
153	Marginal	Muy alto	no	5	Femenino
154	Bajo inferior	Alto	no	5	Femenino
155	Marginal	Moderado	no	5	Masculino
156	Bajo inferior	Bajo	no	5	Femenino
157	Marginal	Muy alto	no	5	Femenino
158	Marginal	Muy alto	si	5	Femenino
159	Marginal	Muy alto	si	5	Femenino
160	Bajo inferior	Bajo	si	5	Femenino

Nº	NIVEL SOCIOECONÓMICO	ÍNDICE ceo – d	CALIDAD DE VIDA	AÑOS	GÉNERO
161	Marginal	Muy alto	si	5	Masculino
162	Bajo inferior	Muy alto	si	5	Masculino
163	Bajo superior	Muy alto	si	5	Masculino
164	Bajo superior	Moderado	no	5	Femenino
165	Bajo inferior	Alto	no	5	Femenino





**ANEXO 3:
CONSENTIMIENTOS INFORMADOS**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente hago constar que se me ha informado sobre el trabajo de investigación titulado: Influencia del Nivel Socioeconómico de los padres sobre la Caries de Inicio Temprano y Calidad de Vida en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial Generalísimo San Martín. Arequipa 2024. A cargo de la Cirujana Dentista Giovanna Chipana Apaza de la Universidad Católica de Santa María.

El estudio contara con una encuesta que será enviada a los padres y/o tutor y un examen clínico bucal que se realizara al menor con un espejo y explorador esterilizado, para si poder llegar a un diagnóstico, el cual podrá conocer.

Por lo que habiendo recibido toda la información adecuadamente, acepto participar voluntariamente en este proceso de investigación, es por ello que reconozco que esta información es completamente confidencial y solo se usara con fines exclusivos para esta investigación. Cualquier información adicional se podrá llamar al celular 992678958.

Yo como APODERADO de; con DNI en pleno uso de mis facultades, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se realice el siguiente proyecto de investigación antes descrito.

Fecha

Firma del apoderado
DNI

ASENTIMIENTO INFORMADO

Nombre:

Tengo _____ años

Me han explicado el objetivo de la prueba que me van a realizar y además quiero decir que:



SI QUIERO PARTICPAR



NO QUIERO PARTICPAR



**ANEXO 4:
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA
REALIZAR EL PROYECTO DE TESIS**

SOLICITO: Autorización para realizar proyecto de tesis

SEÑORA:

LICENCIADA ROCÍO BURGA Q. DIRECTORA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL GENERALISIMO SAN MARTIN 0225458.

Yo, **Giovanna Roxana Chipana Apaza** identificada con número de DNI 47100621 y COP 36741, domiciliada en la calle 17 Q6 URB. Alameda Salaverry, Miraflores. Me presento ante usted y expongo.

Que, habiendo culminado la carrera profesional de odontología y segunda especialidad de odontopediatría y siendo estudiante de la maestría de Salud Pública de la Universidad Católica de Santa María, me dirijo a usted cordialmente para **SOLICITARLE PERMISO PARA PODER REALIZAR MI TRABAJO DE INVESTIGACIÓN** sobre: Influencia del Nivel Socioeconómico de los padres sobre la Caries de Inicio Temprano y Calidad de Vida en niños de 3 y 5 años de la Institución Educativa Inicial Generalísimo San Martín. Arequipa 2024. Para poder obtener el grado de Magister en Salud Pública, para lo cual se realizarán dos encuestas que serán enviadas a los padres y/o tutor y un examen clínico bucal que se realizará al menor, comprometiéndome a brindar los resultados obtenidos oportunamente a los padres y/o tutor que formen parte de la investigación, en el marco de la proyección a la comunidad bajo el enfoque de salud preventiva.

POR LO EXPUESTO

Ruego a usted acceder a la solicitud.

Arequipa 02 de octubre 2024



Directora Rocío Burga Q.

Recibido 02/10/24.



C.D Giovanna Chipana Apaza.





Foto 1



Foto 2



Foto 3



Foto 4



Foto 5



Foto 6