

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE ESTOMATOLOGIA

TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE PADRES EN
CENTROS EDUCATIVOS INICIAL PRIMARIA EN COMUNIDADES
INDIGENAS DEL RÍO NANAY, MARZO – JULIO 2021”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

AUTORES: BACH. ODON. KARLA VANESSA GOMEZ YALTA
BACH. ODON. ERICK DANIEL LLERENA GARGATE

ASESOR: CD. JACOBO MICHEL DIAZ YUMBATO. MGR

IQUITOS – PERÚ

2021

Contáctanos:

Iquitos – Perú
065 - 26 1088 / 065 - 26 2240
Av. Abelardo Quiñones Km. 2.5

Sede Tarapoto – Perú
42 – 58 5638 / 42 – 58 5640
Leoncio Prado 1070 / Martines de Compagñon 933

Universidad Científica del Perú
www.ucp.edu.pe

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

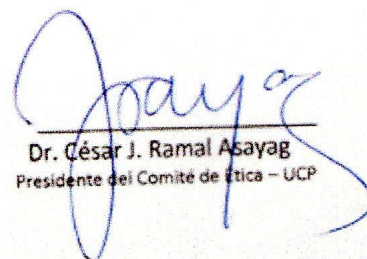
La Tesis titulada:

**"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE PADRES EN CENTROS
EDUCATIVOS INICIAL PRIMARIA EN COMUNIDADES INDIGENAS DEL RÍO
NANAY, MARZO – JULIO 2021"**

De los alumnos: **KARLA VANESSA GOMEZ YALTA Y ERICK DANIEL LLERENA
GARGATE**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la
revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **5% de plagio**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que
estime conveniente.

San Juan, 25 de Octubre del 2021.



Dr. César J. Ramal Asayag
Presidente del Comité de Ética – UCP

DEDICATORIA

Con el corazón en la mano, este logro es personal, muchas veces no fue fácil recordando que todo sacrificio tiene su recompensa, en este momento soy la más feliz.

A mis hermosos hijitos: Nini, Noah, Leo, Gaucho e Igor.

Karla Gomez Yalta

Lleno de alegría, regocijo y cariño, designo este proyecto a mis padres: Bentura e Isolina, quienes han sido mis baluartes para seguir adelante, en el fiel cumplimiento de mi profesión.

Es para mí un gran placer dedicarles a mis padres, que, con gran esfuerzo, esmero y mucho trabajo me lo he ganado.

Erick Daniel Llerena Gargate

AGRADECIMIENTO

Agradecidos con Dios, el cielo y el universo por permitirnos llegar a esta etapa.

A nuestros maestros, por sus enseñanzas, su motivación, por darnos ese empujoncito cuando creíamos que no podríamos hacerlo. Con mucho cariño cada recuerdo con ellos.




Agradecemos a nuestro asesor de tesis CD. Jacobo Diaz Yumbato, por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, por la paciencia todos estos meses.

A mis queridos padres: Betito Gomez y Ali Yalta por subirse conmigo en esta aventura llamada odontología, por haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron. Mi familia, personas que iluminan mi vida, a través de su amor, paciencia y consejos me ayudo a concluir esta meta.

Quiero manifestar mi eterno reconocimiento y agradecimiento a mi adorada madre, señora Isolina Gargate de Llerena y a mi querido padre Bentura Llera Zias, los mismos que me infundieron los más grandes principios íntegros de responsabilidad y cumplimiento con mi carrera, que sin importarles las dificultades estuvieron luchando junto a mí, gracias papito y mamita lindos por su sacrificio, los amo.

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con **Resolución Decanal N° 725-2020-UCP-FCS**, del 17 de Diciembre del 2020, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a las señoras:

 CD. Jorge Bardales Ríos, Dr.	Presidente
 CD. Renee Márquez Bazán	Miembro
 CD. María Piedad Ponce Mendoza, Mgr.	Miembro

Como Asesor: **CD. Jacobo Michel Díaz Yumbato, Mgr.**

En la ciudad de Iquitos, siendo las 11:00 a.m. horas, del día Viernes 26 de Noviembre del 2021, a través de la plataforma ZOOM, supervisado por el Secretario Académico del Programa Académico de ESTOMATOLOGÍA – de la Universidad Científica del Perú; se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la tesis: **"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE PADRES EN CENTROS EDUCATIVOS INICIAL, PRIMARIA DE COMUNIDADES INDIGENAS DEL RIO NANAY, MARZO – JULIO 2021"**.

Presentado por los sustentantes: **ERICK DANIEL LLERENA GARGATE**
KARLA VANESSA GOMEZ YALTA


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

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

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

La Sustentación es: **APROBADO POR MAYORIA CON LA NOTA 15 (Quince)**

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


CD. Jorge Bardales Ríos, Dr.
Presidente


CD. Renee Márquez Bazán
Miembro


CD. María Piedad Ponce Mendoza, Mgr.
Miembro

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

Iquitos - Perú

Sede Tarapoto - Perú

Contáctanos:

065 - 26 1088 / 065 - 26 2240

42 - 58 5638 / 42 - 58 5640

Av. Abelardo Quiñones km. 2.5

Leoncio Prado 1070 / Martínez de Compagñon 933

Universidad Científica del Perú

www.ucp.edu.pe

HOJA DE APROBACIÓN

TESIS, DENOMINADO: ““NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE PADRES EN CENTROS EDUCATIVOS INICIAL PRIMARIA EN COMUNIDADES INDIGENAS DEL RÍO NANAY, MARZO – JULIO 2021”




CD. Jorge Badales Ríos
Presidente



CD. Renee Márquez Bazañ
Miembro



CD. Mgr. María Piedad Ponce Mendoza
Miembro



CD. Mgr. Jacobo Diaz Yumbato
Asesor

INDICE DE CONTENIDO

CONSTANCIA DE ANTIPLAGIO.....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
ACTA DE SUSTENTACION	V
HOJA DE APROBACION	VI
INDICE DE TABLAS	IX
INDICE DE GRÁFICOS	XI
RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
CAPITULO I.....	15
1.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO.....	15
1.2 BASES TEÓRICAS.....	20
1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	32
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	33
2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	33
2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	35
2.2.1 PROBLEMA GENERAL	35
2.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS	35
2.3 OBJETIVOS	36
2.3.1 OBJETIVO GENERAL	36
2.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	36
2.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	36
2.5 HIPÓTESIS.....	38

2.6 VARIABLES, INDICADORES E ÍNDICES	38
2.6.1 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES	38
2.6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	39
 CAPITULO III.....	 40
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	40
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.1.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	40
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	41
3.2.1 POBLACIÓN	41
3.2.2 MUESTRA	41
3.3 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	42
3.3.1 TÉCNICA	42
3.3.2 INSTRUMENTOS.....	42
3.3.3 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
 CAPITULO IV	 44
4.1 RESULTADOS	44
 CAPITULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	 61
5.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	61
5.2 CONCLUSIONES	64
5.3 RECOMENDACIONES	65
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 70
 ANEXOS.....	 75
ANEXO N° 1	75
ANEXO N°2	78
ANEXO N° 3	84
ANEXO N° 4	86

INDICE DE TABLAS

- Tabla 01. Distribución de padres según grupo etario, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.
- Tabla 02. Distribución de padres según sexo, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.
- Tabla 03. Distribución de padres según comunidad de procedencia, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.
- Tabla 04. Distribución de padres según grado de instrucción, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.
- Tabla 05. Nivel de conocimiento de salud bucal de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.
- Tabla 06. Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.
- Tabla 07. Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.
- Tabla 08. Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.
- Tabla 09. Respuestas del cuestionario sobre conocimiento de salud bucal de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.
- Tabla 10. Relación del nivel de conocimiento sobre salud bucal de padres y el sexo, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.

Tabla 11. Relación del nivel de conocimiento sobre salud bucal de padres y el grupo etario, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.

INDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 01. Distribución de padres según grupo etario, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.
- Gráfico 02. Distribución de padres según sexo, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.
- Gráfico 03. Distribución de padres según comunidad de procedencia, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.
- Gráfico 04. Distribución de padres según grado de instrucción, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.
- Gráfico 05. Nivel de conocimiento de salud bucal de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.
- Gráfico 06. Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.
- Gráfico 07. Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.
- Gráfico 08. Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.
- Gráfico 09. Respuestas del cuestionario sobre conocimiento de salud bucal de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.
- Gráfico 10. Relación del nivel de conocimiento sobre salud bucal de padres y el sexo, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.

Gráfico 11. Relación del nivel de conocimiento sobre salud bucal de padres y el grupo etario, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.

RESUMEN

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE PADRES EN CENTROS EDUCATIVOS INICIAL PRIMARIA EN COMUNIDADES INDÍGENAS DEL RIO NANAY, MARZO – JULIO 2021

Por:

Gomez Yalta, Karla Vanessa

Llerena Gargate, Erick Daniel

El propósito de la presente investigación fue determinar el Nivel de Conocimiento sobre salud bucal de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021. La metodología empleada fue tipo cualitativo, el diseño fue no experimental de tipo Correlacional. La muestra estuvo conformada por 114 madres o padres de familia de los centros educativos de las comunidades Boras, Yahuas y Cocamas.

Se concluyó que: El nivel de conocimiento de salud bucal de padres de centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay fue regular con un 51.8%. El nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de padres de familia, fue de 68.4% regular, el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales 81.6% malo, así mismo el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental represento el 76.3% malo.

Palabras claves: Conocimiento, salud bucal. Comunidades indígenas

ABSTRACT

Knowledge level about oral health of parents in educational centers, initial, primary, in indigenous communities of Nanay river, March- July 2021.

By:

Gomez Yalta, Karla Vanessa
Llerena Gargarte, Erick Daniel.

The purpose of the present investigation was to determine the knowledge level about oral health of parents in educational centers, initial, primary, in indigenous communities of Nanay river, March- July 2021. The used methodology was qualitative, the design was non-experimental, correlational. The sample consisted, 114 mothers or fathers of the educational centers in communities Boras Yahuas and Cocamas.

It was concluded: the level of knowledge about oral health of parents in educational centers, initial, primary, in indigenous communities of Nanay river was regular with a 51.8%. The knowledge level about preventive measures of parents was 68.4% regular, the knowledge level about oral diseases 81.6% bad. In addition, the knowledge level about dental development was represented 76.3% bad.

Keywords: Knowledge, oral health, indigenous communities

CAPITULO I

1.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Sánchez Z. (Ecuador, 2019)¹ realizó el estudio “Nivel de conocimiento sobre salud bucal en representantes y su relación con el estado de salud oral en estudiantes del “Centro Educativo Sumak Kawsay” 2019-2020” cuyo **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento de salud bucal en representantes y su relación con el estado de salud oral en niños desde inicial hasta 6to de primaria. **Resultados:** El conocimiento de los representantes sobre salud bucal infantil fue regular (47,1%), mientras que el 60,3% de los estudiantes presentaron un IHOS regular. **Conclusiones:** El nivel de conocimiento sobre salud bucal se relacionó con el estado de salud bucal de los niños; el conocimiento de los padres y el estado de salud bucal de los niños fue regular.

Martínez M. et al. (Colombia, 2017)² realizó el estudio “Uso de dentífricos fluorados en niños: Bases conceptuales en un contexto confuso” cuyo **Objetivo:** Describir las cremas dentales fluoradas como parte de la prevención de la caries dental. **Resultados:** El uso inadecuado de cremas dentales puede contribuir a la ingesta total de fluoruros en niños menores de 3 años, siendo ésta una de las razones por las que han sido relacionadas con el desarrollo de fluorosis dental. El efecto anticaries de las cremas dentales en los niños está sujeto a variaciones relacionadas con el tipo y la concentración de flúor que contienen dichas cremas. En el caso de niños con caries activa, alta exposición al azúcar o altos índices de placa, se deben utilizar pastas dentales con flúor convencional (1000-1500 ppm F), pero cuando el flúor puede tener un efecto adverso relacionado con la ingestión por parte de niños pequeños, sobrepasando los límites permitidos, se puede acudir al uso de dentífricos fluorados de baja concentración. **Conclusiones:** El flúor puede tener un efecto adverso relacionado con la ingestión por parte de niños pequeños,

sobrepasando límites permitidos, en ese caso se puede usar de dentífricos fluorados de baja concentración.

Mena C. et al. (Colombia, 2015)³ realizó el estudio “Nivel de conocimiento en salud oral en estudiantes de la I.E.D. Rodrigo de Bastidas Santa Marta” cuyo **Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimiento en salud oral en estudiantes bachilleres. **Resultados:** Los estudiantes encuestados presentan un alto nivel de conocimiento en prevención en salud oral, nivel de conocimiento medio en uso de elementos auxiliares (seda dental y flúor), alto grado de conocimiento en caries, nivel de conocimiento medio respecto a enfermedad periodontal y hábitos orales. El 99% de los encuestados esta entre los 11 y 12 años de edad. Los estudiantes en un 48.2% coincidieron en estar muy de acuerdo en que el cepillado dental se debe acompañar de una pasta dental con flúor; para el 53.9% de los estudiantes se debe cambiar el cepillo dental cada 3 meses. **Conclusiones:** Los estudiantes están de acuerdo en que la institución educativa debe contar con el apoyo de un profesional en odontología.

Ferreira G. et al. (Paraguay, 2016)⁴ realizó la investigación “Salud bucal en preescolares y nivel de conocimiento sobre higiene bucal de sus madres, en escuelas públicas y privadas de San Lorenzo, Paraguay” cuyo **Objetivo:** Interrelacionar el estado de salud bucal en preescolares y el nivel de conocimiento de higiene bucal que tienen sus madres. **Resultados:** Fueron evaluados 221 niños en 8 escuelas. La participación fue de 57%. El índice ceo.d fue de 2,54 (DE=3,72) para escuelas privadas y 3,02 (DE=4,10) para escuelas públicas. **Conclusiones:** En las escuelas públicas existe un nivel de salud bucodental más bajo y un menor número de madres con alto conocimiento, mientras que en las privadas el menor número tienen conocimiento medio.

Jara C. (Ecuador, 2015)⁵ realizó el estudio “Nivel de conocimiento odontológico de los padres y su relación con salud oral en niños y niñas de 6 a 10 años, en la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo, durante el periodo marzo-julio de 2015” cuyo **Objetivo:** Establecer el nivel de conocimiento en relación con la salud oral. **Conclusiones:** Los padres encuestados presentaron un nivel bueno de conocimiento odontológico.

ANTECEDENTES NACIONALES

Huamán B. (Chimbote, 2019)⁶ realizó el estudio “Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 1er grado de secundaria de la I.E. “Newton College”, distrito de Chimbote, departamento de Ancash, octubre 2015” cuyo **Objetivo:** determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 1er grado de secundaria de la I.E. “Newton College, del distrito de Chimbote, departamento de Áncash. **Resultados:** se obtuvo de manera general, que un 96.2 % mostró un nivel regular en cuanto a nivel de conocimiento sobre salud bucal. En cuanto al nivel de conocimiento sobre medidas preventivas con un porcentaje de 69.2 % se mostró un nivel regular dominante en relación a los otros niveles; sobre el nivel de conocimiento de enfermedades bucales, el 55.8% mostro un nivel regular y; con respecto al nivel de conocimiento sobre desarrollo dental el 71.2% tuvo un nivel malo en relación a los otros niveles. **Conclusiones:** El nivel de conocimiento de los alumnos del primer es regular con un 96.2 %.

Luna Y. (Puno, 2016)⁷ realizó el estudio “Relación de Nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia y profesores con la higiene oral de los niños con capacidades especiales en Puno, Julio-Setiembre 2016” cuyo **Objetivo:** Determinar la relación entre el nivel de conocimiento en salud bucal entre los padres de familia y profesores con la higiene oral de niños con capacidades especiales. **Resultados:** El nivel de conocimiento tanto de padres de familia como de profesores fue regular (56,4%); y tiene una relación con el índice de higiene oral que también fue regular (75%). **Conclusiones:**

Existe una relación entre el nivel de conocimiento de los padres y profesores con el índice de higiene oral de los niños con capacidades especiales.

Mattos V. et al. (Lima, 2015)⁸ realizó el estudio “Hábitos de empleo y nivel de información sobre pasta dental fluorada en preescolares, padres y profesores de instituciones educativas estatales de Lima Metropolitana y el Callao” cuyo **Objetivo:** El propósito de la investigación fue determinar el nivel de conocimiento sobre pasta dental fluorada según la fuente de información sobre flúor en padres y profesores de preescolares. El nivel de conocimiento se categorizó en tres niveles: bajo (0-2 puntos), medio (3-5 puntos) y alto (6- 7 puntos). **Resultados:** El nivel de conocimiento sobre crema dental fluorada fue el nivel medio tanto en los padres (n=68, 45 %) como en los profesores (n=52, 58,4 %). El ítem: el cepillado de dientes con pasta dental con flúor puede sanar la caries inicial, presentó la menor cantidad de aciertos en su respuesta con 50 (33,1 %) y 19 (21,4 %) padres y profesores respectivamente. Cuando se relacionan el nivel de conocimiento con las fuentes de información sobre flúor se encontró que en el caso de los padres, la charla educativa (p=0,014) y el dentista (p=0,003) estaban asociados, mientras que en el caso de los profesores, solo se encontró asociación estadísticamente significativa con la charla educativa (p=0,013). Conclusiones: El nivel predominante de conocimientos sobre pastas fluorada en los padres y profesores fue el nivel medio y estuvo asociada al dentista y la charla educativa como fuentes principales de información.

Avalos J. et al. (Lima, 2015)⁹ realizó la investigación “Nivel de conocimiento en salud oral relacionado a la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana” cuyo **Objetivo:** determinar el nivel de conocimientos en salud oral relacionada a la calidad de la higiene oral de la población escolar de 9-12 años de edad en la I.E. 1120 “Pedro A. Labarthe”, Lima-Perú, 2012. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 76 escolares seleccionados mediante muestreo no probabilístico con voluntarios. **Resultados:** arrojaron que la

mayor parte de la muestra presento un “regular” conocimiento en salud oral (72,4%), seguido por “bueno” (22,4%). En cuanto a la calidad de la higiene oral, la mayor parte de la muestra presento un “mala” (59,2%), seguido por “regular” (38,2%). **Conclusiones:** Aunque la mayor parte de la muestra presento un “regular” conocimiento en salud oral, la mayoría presento una higiene oral deficiente. Lo que demuestra que aportar información es insuficiente si es que esta no logra motivar y provocar la modificación del comportamiento, instaurando hábitos más saludables en salud oral.

ANTECEDENTES REGIONALES

García G. (Iquitos, 2019)¹⁰ realizó el estudio “. Nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral e índice de higiene oral de sus hijos, del puesto de salud I-2 Primero de Enero, Iquitos – 2019” cuyo **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral e índice de higiene oral de sus hijos del Puesto de Salud I-2 Primero de Enero, Iquitos, 2018. **Resultados:** El 26.2% de las madres presentan un buen nivel de conocimiento sobre salud oral, el 43.1% regular y el 30.8% mal nivel; el 39.2% con un buen conocimiento sobre la prevención, el 40% con un mal conocimiento sobre las enfermedades bucales, y el 50.8% con un mal conocimiento sobre la formación de los dientes. El 42.3% de los niños menores de 5 años presenta un mal nivel de higiene oral, el 39.2% regular. El 41.2% de las madres con un buen conocimiento sobre salud oral tienen hijos con un buen índice de higiene oral. **Conclusiones:** El nivel de conocimiento de la madre se asocia significativamente ($p=0.000$) con la higiene oral de su menor hijo de 5 años.

Pérez P. et al. (Iquitos, 2019)¹¹ realizó el estudio “Efecto de programa preventivo sobre conocimiento de salud bucal en madres de niños de la I.E.I. N° 591. Modelo, Loreto 2019” cuyo **Objetivo:** Determinar el efecto del programa preventivo sobre conocimiento sobre salud bucal en madres de niños de la I.E.I. N°591 Modelo, Loreto 2019. **Resultados:** grupo etario

predominante fueron las madres jóvenes en un 61.3%. El 37.9% de madres tuvieron secundaria incompleta. Antes de la aplicación del programa el nivel de conocimiento fue malo en el grupo experimental y de control. Después de la aplicación del programa preventivo el nivel de conocimiento fue bueno en grupo experimental, y en el grupo control se mantuvo el nivel de conocimiento malo. **Conclusiones:** La aplicación de un programa preventivo en salud bucal mejora significativamente el conocimiento de las madres de niños menores de 5 años.

1.2 BASES TEÓRICAS

A. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL

CONOCIMIENTO

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomado por sí solos, poseen menor valor cualitativo.

El conocimiento es una capacidad humana y no una propiedad de un objeto, su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje.

Transmitir una información es fácil, mucho más que transmitir conocimiento.

Esto implica que cuando hablamos de gestionar conocimiento, queremos decir que ayudamos a personas a realizar esa actividad.

Carece de valor si permanece estático. Sólo genera valor en la medida en que se mueve, es decir, cuando es transmitido o transformado. Genera conocimiento mediante el uso de la capacidad de razonamiento o inferencia (tanto por parte de humanos como de máquinas); tiene estructura y es

elaborado, implica la existencia de redes de ricas relaciones semánticas entre entidades abstractas o materiales.

Puede ser explícito (cuando se puede recoger, manipular y transferir con facilidad) o tácito. Este es el caso del conocimiento heurístico resultado de la experiencia acumulada por individuos. Puede estar formalizado en diversos grados, pudiendo ser también informal. La mayor parte del conocimiento transferido verbalmente es informal.¹³

SALUD BUCAL

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, se define como la ausencia de cualquier trastorno bucodental, defectos congénitos, enfermedades periodontales, que dañen la boca y el conglomerado oral.¹⁴

La salud bucal es el bienestar estructural y funcional de todos los componentes que conforman la cavidad bucal así como también sus glándulas anexas. Cuando se habla de salud bucal se debe tener en cuenta aquellas afecciones relacionadas con el proceso masticatorio, como parte funcional de la cavidad oral.¹⁴

La salud es una relación integral entre una serie de aspectos tanto biológico, psicológico, espiritual, social e intelectual, por ende la salud bucal es considerada parte importante de él. Actualmente la salud bucal es el equilibrio estructural y funcional de la zona cráneo facial. Las Enfermedades crónicas como el sida, la diabetes, y los trastornos nutricionales pueden generar efectos nocivos en la cavidad bucal. Entre las principales enfermedades que la afectan es la caries dental, la periodontopatía y maloclusion.¹⁵

MEDIDAS PREVENTIVAS

CUIDADO DE LA CAVIDAD ORAL

1. Hábitos de rutina: La limpieza dental, se realiza después de cada comida y se utiliza un cepillo que puede ser sintético o electrónico, que debe ser cambiado después de tres meses de uso, también es importante el pasta dental con flúor, el uso del hilo dental, haciendo que este rodee el diente y del enjuague bucal; todo ello permitirá que se remueva restos de alimentos y evitara la formación de placa dental. Asimismo, se debe tener una alimentación balanceada, no fumar, tener cuidado con los fármacos que tengan efectos secundarios como el daño en la cavidad bucal, como también visitar al odontólogo mínimo una vez al año, aún más si se inicia una quimioterapia o radioterapia.¹⁶

2. Alimentos y salud bucal: El realizar una limpieza dental con poca frecuencia ocasiona la proliferación de microorganismos en la cavidad bucal, permitiendo que los residuos alimentarios se transformen en ácidos y puedan dañar el esmalte dental, aún más si se ingiere alimentos ricos en glucosa, asimismo también permite la acumulación de sarro, por ende, la caries y a la pérdida dentaria. Por ello se mencionarán algunas sugerencias que permitirán alcanzar o mantener una buena salud dental como: Tener una alimentación saludable, balanceada, que contenga carbohidratos, proteínas y minerales. Es importante conocer que el consumo de carbohidratos es más dañino para la salud bucal que otros alimentos, sin embargo, los minerales de las verduras y el calcio de los productos lácteos permiten limpiar y fortalecer cavidad bucodental. Es recomendable no forzar los dientes consumiendo frutos secos, evitar bebidas gasificadas y alimentos expuestos a altas y bajas temperaturas. Evitar el consumo del tabaco porque daña las encías. Evitar comer entre comidas, porque habrá menos producción de saliva y los dientes se expondrán más tiempo a los ácidos, dañándolos. Las afecciones

bucodentales más usuales son la caries, gingivitis o infecciones, por ello la limpieza bucal debe tomarse su tiempo, de esta manera no solo evitaremos estas afecciones si no tendremos unos dientes bien estéticos. Las visitas al odontólogo debe ser un hábito y se debe iniciar desde temprana edad, con un control cada 6 meses o mínimo una vez al año ¹⁷

3. La higiene dental: desde la infancia es importante para mantener en óptimas condiciones la cavidad bucal. Los cuidados diarios deben estar orientados al uso del cepillo, hilo dental, la revisión odontológica y tener una dieta equilibrada. El papel de los padres es importante en la formación de prácticas saludables en los niños con respecto a la salud bucal. En el pasado quedo las soluciones rápidas como la extracción dentaria, actualmente las acciones se dirigen a la prevención, ya que la gran mayoría de la población presenta caries. Es importante saber que cuando el sarro se ha formado en el diente la única manera de erradicarlo es la profilaxis realizada por el odontólogo y no con el cepillado o el uso de enjuagues bucales.¹⁷

PASTAS DENTALES FLUORADAS

Aunque las pastas dentales deben ser, por ley, etiquetadas con ingredientes activos e inactivos, no todos los componentes son siempre claros de etiquetar. Las pastas dentales usualmente contienen excipientes y principios activos. Algunas pastas dentales contienen “glicerina”, que puede ser manufacturado sintéticamente o derivado de grasa animal. Siendo está contraindicada para su uso en asuntos culturales o religiosos. El primer principio activo añadido a la pasta dental fue el fluoruro (introducido en USA en 1955 como un agente anticaries y en el Reino Unido a mediados de 1960s). Muchas pastas dentales actualmente envían múltiples beneficios adicionalmente del control de la caries. Tales pastas dentales necesitan ser formuladas cuidadosamente para asegurar que los ingredientes activos no sean inactivados. Por ejemplo, el

carbonato de calcio se une el fluoruro de sodio para hacerlo bastante inefectivo como agente anticaries; el monofluorofosfato de sodio, por el otro lado, no es inhibido.¹⁸⁻¹⁹

REGULACIÓN

Una pasta dental puede ser clasificada como un cosmético o medicina dependiendo del reclamo que sea hecho y del nivel de ciertos constituyentes.

La función principal de una pasta dental es la limpieza de dientes que es considerada un beneficio cosmético. El uso de palabras tales como “protege”, “limpia”, “refresca el aliento”, “lucha con las bacterias que pueden causar problemas de encía” “blanquea” o “lucha con el tártaro” se consideran reclamos cosméticos. Las pastas dentales que contienen hasta 1500 ppm de flúor pueden hacer afirmaciones tales como, “protección cavitaria”, “ayuda a prevenir la caries dental”, y “lucha contra la caries dental”, todas las cuales son afirmaciones cosméticas. Los productos cosméticos pueden ser comercializados sin autorización de algún cuerpo regulador, pero el fabricante tiene la obligación de asegurar que tales productos son seguros y no causan daño a la salud bajo condiciones normales de uso. Directivas cosméticas ahora obligan al fabricante incluir toda la lista de ingredientes en el producto, en orden o nivel descendiente. Un expediente completo sobre el producto conteniendo información sobre materiales sin tratar, manufacturación, seguridad y prueba de reclamos debe estar disponible en una dirección específica para inspección por una autoridad competente.

Se considera una medicina cualquier sustancia usada completamente o principalmente para el propósito de tratar o prevenir una enfermedad. Afirmaciones tales como, “reduce la hipersensibilidad”, “reduce la gingivitis”, “reduce el sangrado gingival” o “controla la periodontitis”, “previene/trata la caries dental” son reclamos medicinales y en USA deben ser aprobadas por la Agencia Regulatoria de Productos del Cuidado de la Salud y Medicinas, que

requiere evidencia para apoyar la efectividad y seguridad de tales productos. Esto toma la forma de una solicitud para autorización de mercadeo para vender el producto.

Hay tres tipos de licencia de productos:

- Licencia de venta general
- Farmacia
- Prescripción, solamente

Una pasta dental fluorada conteniendo hasta 1500 ppm de flúor puede ser catalogada tanto como cosmética o medicina dependiendo de la afirmación hecha por el producto. Las pastas dentales conteniendo más de 1500 ppm de flúor son catalogadas automáticamente como medicinas de prescripción solamente.¹⁸⁻¹⁹

RECOMENDACIONES PARA SU USO

La utilización de dentífricos fluorados, por su reconocida importancia en la prevención y control de la caries dental, debe ser estimulado en la población, pero debe ser empleado de forma racional a fin de evitar el desarrollo de fluorosis dental.²⁰⁻²¹

El inicio para el uso de pasta dental en un niño debe ser entre dos y tres años, edad en la que ya tiene la capacidad de escupir. Los niños de corta edad requieren de supervisión durante

el cepillado, debiendo el padre o alguna persona adulta dispensar la pasta dental en el cepillo del niño aplicando pequeñas cantidades de dentífrico,

además, debe cuidar que el niño no trague la pasta. Algunos recomiendan que en niños entre dos y tres años se debe aplicar solamente una mancha de pasta sobre el cepillo ya que cuanto más pequeño un niño, más probable que trague el dentífrico, posteriormente, cuando el niño tenga entre cuatro y seis años se puede aplicar pasta del tamaño de una lentejita o emplear la técnica transversal, la que ha demostrado ser una técnica simple, fácilmente estandarizada, segura y aceptada por los padres.

Los niños menores de seis años deben emplear pasta dental para niños, que contiene menos concentración de flúor (500 a 600 ppm de flúor). En el caso que se emplee una pasta familiar (para adulto) entonces se debería reducir la cantidad de pasta aplicada en el cepillado.²²

ENFERMEDADES BUCALES

CARIES DENTAL

Según Hinojosa H; Nos dice que “La caries dental se describe como una enfermedad infecciosa y transmisible de los dientes que se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados, debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta, como resultado se produce la desmineralización .²³

Bajo otras circunstancias, puede considerarse como una enfermedad infecciosa causada por la flora normal de la cavidad oral .Como muchas enfermedades infecciosas, una masa crítica de bacterias cariogénica es un prerrequisito, y esta masa crítica puede obtenerse solo en presencia de sacarosa, un sustrato en el que la caries se desarrolla.²³

La infección bacteriana es necesaria, pero no suficiente para el desarrollo de la enfermedad; deben estar presente una serie de factores (*factores de riesgo*), para que se desarrolle la misma.²⁴⁻²⁵

PLACA DENTAL

La cavidad oral humana es un ecosistema complejo que soporta una microflora extremadamente diversa que consta de aproximadamente 500 especies de microorganismos. Son ubicuos en el microbiota oral de los seres humanos. *S. mutans* se considera un agente etiológico principal de la caries dental, donde puede causar la disolución del esmalte de los dientes por los productos finales ácidos resultantes del metabolismo de los carbohidratos. La superficie del diente es un hábitat natural indispensable para *S. mutans*.²⁶

TRATAMIENTO y PREVENCIÓN

Para prevenir la formación de la caries dental, se recomienda la remoción de la placa mediante el cepillo dental. La madre debe limpiar los dientes de su pequeño desde que estos aparecen en boca primero con una gasa y posteriormente con un cepillo de cerdas suave y de tamaño adecuado a la boca del niño. El niño puede comenzar a cepillarse por sí mismo, sólo cuando tiene la habilidad motriz necesaria. El uso de dentífrico debe indicarse cuando el niño ya no lo ingiera, en cantidad mínima y deben usarse pastas dentales infantiles. También existen métodos químicos de prevención y tratamiento; como es el caso de la Clorhexidina. Los enjuagues diarios recomendados por el odontólogo, reducen la cantidad de placa bacteriana.

Es fundamental que la embarazada controle la cantidad de placa bacteriana en su boca durante la gestación y así disminuya la posibilidad de infectar al

niño. Debe preocuparse de tratar las lesiones de caries que puede tener y mejorar la higiene bucal.²⁷

Otras medidas de prevención apuntan al uso de sustancias que mejoren la resistencia del huésped a la acción del ácido producido por las bacterias y es así como se recomienda el uso de flúor, ya sea por vía sistémica o local. También se prioriza la aplicación de sellantes en las fisuras de las superficies oclusales de molares y premolares jóvenes, para proteger las piezas dentarias. Estos actúan como barrera al paso de los microorganismos, otras medidas están dirigidas a mejorar la calidad de la dieta, disminuyendo el consumo de hidratos de carbono .²⁸

LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES

El inicio y progresión de las enfermedades periodontales está influido por una serie de factores locales y sistémicos. Los factores locales incluyen la existencia de enfermedad preexistente, la presencia de áreas de retención de placa y restauraciones defectuosas. Los factores sistémicos pueden tener relación más o menos evidente con la enfermedad periodontal. ²⁹

Numerosos estudios que examinan los múltiples marcadores y factores potenciales de riesgo, han documentado que la probabilidad de enfermedad grave se ve aumentada por ciertos factores "de fondo": sexo u origen negro o filipino, la edad avanzada, el nivel socioeconómico bajo, ciertas enfermedades sistémicas (diabetes), el tabaco y la presencia de determinadas bacterias. Se ha observado igualmente que los distintos factores pueden ser importantes según los grupos de población, de donde la raza o edad parecen influir sobre la expresión de la enfermedad.³⁰

Se denomina enfermedad periodontal o periodontopatías a todos los procesos patológicos que pueden sufrir los tejidos de sostén y revestimiento de los

dientes. Estas suelen aparecer en edades tempranas de la vida en forma de gingivitis y si no son precozmente diagnosticadas y tratadas pueden evolucionar hacia lesiones más complejas en el adulto, la periodontitis.³¹

GINGIVITIS

Es el tipo de enfermedad periodontal que se caracteriza por una inflamación de las encías. La causa directa de la gingivitis es la placa: una película suave, pegajosa y sin color formada por bacterias, que se deposita constantemente sobre los dientes y encías; se observa con más frecuencia en los pacientes jóvenes; los tejidos blandos que rodean al diente son los afectados; Está asociada a la deficiente higiene bucal y a los cambios hormonales de la pubertad.³¹

PERIODONTITIS

Es una enfermedad crónica inflamatoria que afecta a los tejidos de soporte y protección del diente causando pérdida de dientes, discapacidad, disfunción masticatoria y estado nutricional deficiente. Asimismo, las manifestaciones de la periodontitis son sangrado, halitosis, recesión gingival y pérdida de dientes, pueden tener un impacto más allá del individuo que las padece. La periodontitis también compromete el habla, reduce la calidad de la vida y es una carga creciente para la economía. Además, algunos estudios han asociado las enfermedades periodontales con varias condiciones y enfermedades sistémicas, tales como diabetes, VIH, aterosclerosis, enfermedad cardiovascular, artritis reumatoide, efectos adversos en el embarazo, obesidad y síndrome metabólico.³²

B. PADRES DE COMUNIDADES INDIGENAS

La Constitución Política del Perú, acepta la diversidad cultural y étnica de la Nación, reconoce la validez e interés en la protección del acervo cultural de los pueblos indígenas, reconoce el valor oficial de las lenguas indígenas, reconoce el derecho de estos pueblos a obtener la titularidad y hacer uso y aprovechamiento de las tierras que les han pertenecido, reconoce el derecho a resolver sus conflictos internos mediante el ejercicio del derecho consuetudinario.³³ Los departamentos que presentan población indígena son: Amazonas, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Junín, Loreto, Madre de Dios, Pasco, San Martín y Ucayali.³⁴

BORA

Se ubican principalmente en la zona nor-oriental del departamento de Loreto, cerca de la frontera con Colombia. Según los resultados de los censos nacional 2017, por sus costumbres y sus antepasados han sido 1,151 personas que se han autoidentificado como parte del pueblo Bora a nivel nacional; y por el trabajo de campo que ha realizado el Ministerio de Educación, 748 personas han manifestado que hablan la lengua Bora. Además, los datos obtenidos por el Ministerio de Cultura, la población de las comunidades del pueblo Bora se estima en 781 personas.³⁵

YAGUA

Constituyen el único pueblo indígena cuya lengua pertenece a la familia lingüística Peba-Yagua. Asimismo, se trata también de uno de los pueblos con mayor participación en los circuitos turísticos del departamento de Loreto. Viven principalmente en el departamento de Loreto, en la zona de frontera con Colombia y Brasil. Según los resultados de los censos nacional 2017, por sus costumbres y sus antepasados han sido 1,843 personas que se han

autoidentificado como parte del pueblo Yagua a nivel nacional; y por el idioma o lengua materna con el que aprendió a hablar en su niñez han sido 712 personas que han manifestado que hablan la lengua yagua que corresponde al 0,015% del total de lenguas originarias a nivel nacional. Además, los datos obtenidos por el Ministerio de Cultura, la población de las comunidades del pueblo Yagua se estima en 10,119 personas.³⁵

COCAMA

El pueblo Kukama Kukamiria vive principalmente en el departamento de Loreto. Según los resultados de los censos nacional 2017, por sus costumbres y sus antepasados han sido 10,762 personas que se han autoidentificado como parte del pueblo Kukama Kukamiria a nivel nacional; y por el idioma o lengua materna con el que aprendió a hablar en su niñez han sido 1,185 personas que han manifestado que hablan la lengua Kukama Kukamiria que corresponde al 0,02% del total de lenguas originarias a nivel nacional. Además, los datos obtenidos por el Ministerio de Cultura, la población de las comunidades del pueblo Kukama Kukamiria se estima en 37,053 personas.³⁵

Todos los grupos étnicos de esta Cuenca amazónica tenían creencias en seres sobrenaturales, fuerzas y poderes de la naturaleza y espíritus, pero no tenían un concepto definido de Dios. Celebraban ritos de paso (el primer corte de pelo, matrimonio, muerte...) y ritos de iniciación chamánica. Creían en la vida después de la muerte, en la reencarnación, en la existencia del alma y en los espíritus de los muertos, de los animales, de árboles y plantas y de seres espirituales que habitaban la Selva. Estas comunidades poseían curanderos y chamanes que, por medio de plantas alucinógenas o visionarias (Ayahuasca, Toé, Tabaco, Camalonga...), contactaban con los espíritus, como medio de la técnica de localización y curación de la enfermedad. Los chamanes tenían, además, un gran conocimiento científico de la inmensa variedad de árboles y

de las plantas medicinales y de sus aplicaciones. También tenían gran variedad de mitos que expresaban sus creencias en los espíritus de la Naturaleza, revelaban su concepción del mundo y del universo.³⁶

Para la alimentación de los pobladores amazónicos existen diversas especies domesticadas, algunas de las cuales se han extendido a zonas extrarregionales, como yuca, camote, maní, guayaba, piña, cacao, papaya, vainilla; siendo las especies frutales las más numerosas, con gran potencial de aporte a la alimentación humana y al desarrollo de una agroindustria local.

Tienen hábitos de fumar cigarro, mapacho y masticar hoja de coca, no acuden a sus establecimientos de salud, al menos que tengan un dolor de diente muy fuerte, teniendo como prevalencia la caries dental, gingivitis y el mal aliento.³⁷

1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

CONOCIMIENTO: Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje o a través de la introspección.

SALUD BUCAL: Ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.

COMUNIDADES INDÍGENAS: Conjuntos de familias que se reconozcan como tales por el hecho de descender de poblaciones que habitaban el territorio nacional en la época de la conquista o colonización e indígenas o indios a los miembros de dicha comunidad.

CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La presente investigación toma como punto de referencia el servicio de salud de calidad, la cual debe ser impartida con un conocimiento adecuado por el personal de salud a los centros educativos de comunidades indígenas y específicamente en el área de salud bucal, sin tener antecedentes previos de estudios realizados, consideramos de mucha importancia enfocarnos en esta población vulnerable.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define salud bucal como una condición exenta de dolor bucodental, cáncer bucal, infecciones de la boca, enfermedades periodontales, caries dental, que pueda resultar en pérdida de los dientes y otros problemas que limitan al individuo afectado la capacidad masticar, hablar o gesticular, afectando el bienestar psicosocial. Asimismo, tiene estimaciones de un estudio realizado en el año 2016 indicando que la morbilidad por enfermedades bucodentales, afectan a la mitad de la población, con un promedio de 3580 millones de individuos, aseverando también que la enfermedad más prevalente es la caries.³⁸

La instrucción de la salud bucal debe comenzar a temprana edad, generando prácticas cotidianas en la prevención y control de enfermedades bucales más prevalentes.³⁹

La organización panamericana de salud (OPS), revela que 9 de cada 10 personas a nivel global están en riesgo de obtener alguna enfermedad bucal, que abarca desde la caries hasta enfermedades en las encías que podría incluir el cáncer bucal.⁴⁰

Instituciones de investigación en los EEUU, las cuales realizan el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) refieren que las caries que no son tratadas, en promedio están comprendidas entre 2 y 19 años de edad.⁴¹

Asimismo, refiere además que la proporción de caries no tratadas varía de 25.0% entre los 2-5 años y un 54.7% entre los 6-19 años en el periodo 2015-2016; Del mismo modo informaciones registran que los niveles de caries no tratadas son altas: un 19.5% en preescolares de 2-5 años y un 22.9% en niños de 6-19 años.⁴²

Según resultados de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal del Ministerio de Salud (MINSA), las caries dentales afectan al 95% de peruanos; este panorama se debe a la falta de prácticas de higiene y una alimentación correcta. El MINSA reporta índices de CPOD en niños con un 5, 86 el cual nos indica que el Perú presenta una incidencia muy elevada de caries, la más alta a nivel de latinoamericano, aumentando relativamente según avanza la edad, de tal manera que cuando este escolar llegue a la adultez será parcial o totalmente desdentado.⁴³ El MINSA y la Oficina General de Epidemiología señala que la incidencia de caries dental en el Perú es en promedio el 85.6%. Los departamentos con más incidencia fueron: Cerro de Pasco (98.9%), Apurímac (98.3), Puno (98.5) y Ayacucho (97.6%).⁴⁴

El trastorno bucodental es atribuida muchas veces a factores sociales, con agravios en los grupos más vulnerables, en ese contexto ese encuentran las comunidades indígenas de la selva peruana, que representan un cuarto de la población peruana, las cuales afrontan una discriminación estructural, pese a ejercer a menudo de guardianes de la naturaleza.

Uno de cada cuatro peruanos es indígena, por tanto, vive la realidad de un país completamente diferente al resto. Para Alicia Abanto, adjunta para cuestiones medioambientales e indígenas de la Defensoría del Pueblo peruana, "la discriminación racial, la exclusión, la pobreza, la desigualdad y las amenazas a sus modos de vida y sus territorios son algunos de los principales desafíos que afrontan los pueblos indígenas en el Perú". A esto añade cuestiones de no menor importancia, como el acceso a la educación básica regular o a servicios de salud de calidad, y la erradicación de la violencia contra la mujer.⁴⁵

Los centros educativos de las comunidades indígenas que serán tomados en el presente estudio se encuentran ubicados a los márgenes del río Nanay, dichos centros educativos están comprendido dentro de una zona rural, la cual brinda los servicios en sus dos niveles: inicial y educación primaria.

Derivado de lo anterior, el presente estudio plantea como interrogante de investigación ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021?

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.2.1 PROBLEMA GENERAL

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021?

2.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo - julio 2021?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo - julio 2021?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo - julio 2021?

2.3 OBJETIVOS

2.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021

2.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021
- Conocer el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021
- Establecer el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021

2.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Justificación teórica:

El estudio se realizará con el propósito de proveer los conceptos acerca de conocimiento de salud bucal orientado a la prevención de enfermedades bucales en los padres de familia de los estudiantes de los centros educativos de las comunidades indígenas, asimismo esta información será una base teórica para futuras investigaciones en este grupo poblacional vulnerable, siendo de nivel aplicativo.

Justificación social:

Desde el punto de vista de la inclusión social, la presente investigación determinará el nivel de conocimiento de los padres de familia de los estudiantes en salud bucal en los centros educativos de las comunidades indígenas, buscando en un futuro la prevención de enfermedades bucales mediante el conocimiento para mejorar la higiene y el uso de nuevas estrategias preventivo promocionales. Además, el ámbito de estudio es el ideal, puesto que no hay estudios del tema en poblaciones indígenas

Justificación práctica:

El estudio se realizará para evaluar y porcentual los niveles de conocimiento de los padres de los estudiantes en la población indígena, sobre la salud bucal, siendo esta área muy importante para el ministerio de salud, y de esta manera mejorar las estrategias de prevención de afecciones desde temprana edad, iniciando desde los centros educativos.

Justificación metodológica:

El presente trabajo se realizó con la finalidad de conocer y justificar metodológicamente, para ello se utilizará el método científico, con el uso de un instrumento para el estudio de la variable salud bucal; el instrumento aplicado será tomado de una investigación la cual se ha realizado pruebas de validez, mediante juicio de expertos y confiabilidad, concluyendo que el instrumento es fiable.

2.5 HIPÓTESIS

El nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo - julio 2021 es regular.

2.6 VARIABLES, INDICADORES E ÍNDICES

2.6.1 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Dependiente.: Nivel de conocimiento de salud bucal

Variable Independiente.: Padres de familia

2.6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	INDICE	MEDICIÓN
<p>Variable dependiente</p> <p>Nivel de conocimiento de salud bucal</p>	<p>Grado de información que se tiene respecto a los cuidados y practicas adecuadas de la cavidad oral.</p>	<p>Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas</p> <p>Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales</p> <p>Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental</p>	<p>Enfermedades bucales: Caries dental</p> <p>Gingivitis</p>	<p>Bueno= 6-8</p> <p>Regular= 3-5</p> <p>Malo= 0-2</p> <p>Bueno= 5-6</p> <p>Regular= 3-4</p> <p>Malo= 0-2</p> <p>Bueno= 3-4</p> <p>Regular= 1-2</p> <p>Malo= 0-1</p>	<p>Nominal</p>
<p>Variable independiente</p> <p>Padres de familia de Comunidades indígenas</p>	<p>Padres de familias que se reconozcan como tales por el hecho de descender de poblaciones de indios o indígenas de dicha comunidad.</p>	<p>Boras</p> <p>Yaguas</p> <p>Cocamas</p>	<p>Genero</p> <p>Edad</p>	<p>Masculino</p> <p>Femenino</p> <p>15-20</p> <p>21-39</p> <p>40-60</p>	

CAPITULO III

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

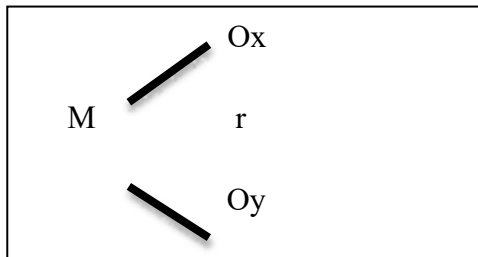
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo Cualitativo.

3.1.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño que se presenta es No Experimental de tipo Correlacional, porque en la investigación existió un grado de control mínimos de las variables; no hubo manipulación de las variables, porque además se pretendió determinar la relación entre las variables de estudio, TRANSVERSAL porque estudia a los sujetos en un mismo momento.

El esquema es el siguiente:



Dónde:

M = Muestra

R = Relación entre Variable.

O = Observaciones obtenidas en cada una de las variables.

Ox = Variable dependiente.

Oy = Variable independiente.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 POBLACIÓN

La población del presente estudio estará conformada por 160 padres de familia de centros educativos inicial primaria de comunidades indígenas.

3.2.2 MUESTRA

Estará conformada por: 114 padres de familia de acuerdo a la fórmula de Población Finita.

$$n = \frac{z^2 \times p \times q \times N}{e^2 (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

N = Tamaño de la población.

Z = Nivel de confianza.

p = Probabilidad a favor.

1-p = Probabilidad en contra.

e = Error.

Calculando la muestra:

$$n = \frac{z^2 \times p \times q \times N}{e^2 (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$
$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 160}{0.05^2 (160 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$
$$n = \frac{3.84 \times 40}{0.3975 + 0.96}$$
$$n = \frac{153.6}{1.35} = 113.77$$

Se utilizó un nivel de confianza del 95%, un error del 5%.

La fórmula nos dio un tamaño muestral de 114 padres de familia, redondeando los decimales.

Para la unidad de muestreo se utilizó el muestreo probabilístico (Aleatorio Simple).

3.3 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1 TÉCNICA

Para efectos de estudio, se realizará de la siguiente manera:

Identificar la población en estudio.

Se realizará el cuestionario a la población del estudio.

Se tabularán los datos.

Se procesarán los datos en el programa estadístico informático (SPSS 22.0).

Se procederá a analizar la información y elaborar el informe.

3.3.2 INSTRUMENTOS

El proceso de recolección de datos se realizará mediante la aplicación de un cuestionario validado por Juicio de expertos por CD. Yalina Ester Huamancondor Borja en 2015. Este cuestionario constara de 18 preguntas cerradas o estructuradas dirigida a los padres de familia de centros educativos inicial primaria de comunidades indígenas del río Nanay.

3.3.3 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La investigación se realizará con los padres de centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021

Se realizará un cuestionario con los padres de centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021

3.4 PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

La información recogida será ingresada en una base de datos de Excel, siendo luego procesada con el software SPSS 15.0, los resultados se presentan a través de estadística descriptiva mediante tablas univariadas de frecuencias relativas y gráficos.

CAPITULO IV

4.1 RESULTADOS

Los resultados se presentan acorde a los objetivos planteados de la investigación. La muestra de estudio estuvo conformada por 114 padres pertenecientes a comunidades indígenas de entre 15 a 60 años de edad.

La tabla 01 muestra que el 12,3% fueron padres de 15 a 20 años, el 51,7% fueron padres de 21 a 39 años y el 36% fueron padres de 40 años a más edad.

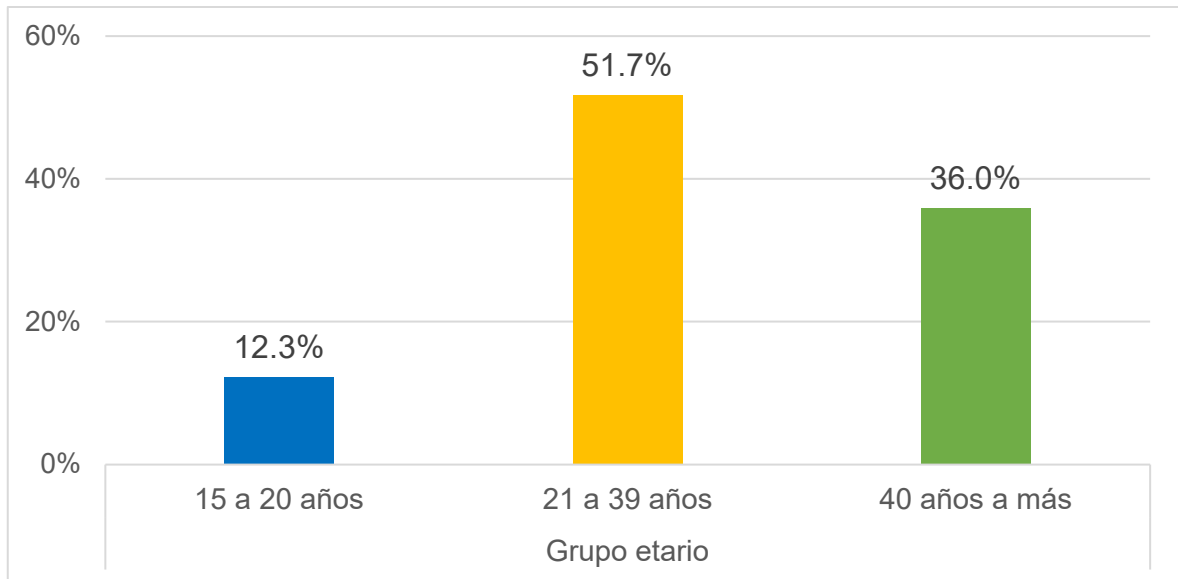
Tabla 01. Distribución de padres según grupo etario, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
15 a 20 años	14	12,3
21 a 39 años	59	51,7
40 años a más	41	36,0
Total	114	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Gráfico 01.

Distribución de padres según grupo etario, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.



La tabla 02 muestra que el sexo femenino fue el más predominante con el 67,9% y el sexo masculino con el 30,7%.

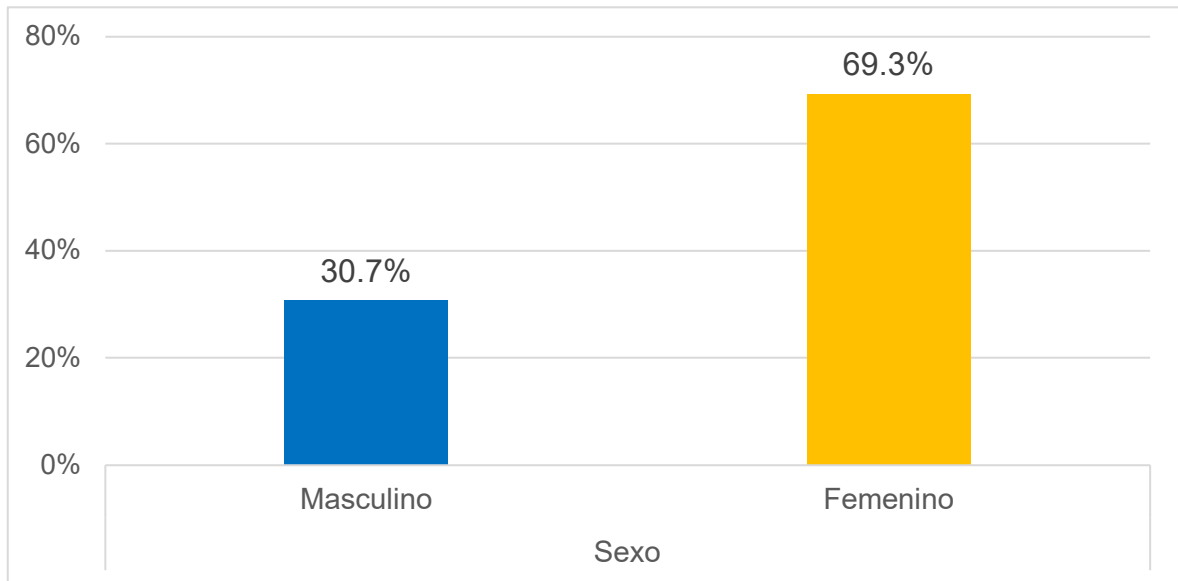
Tabla 02. Distribución de padres según sexo, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	35	30,7
Femenino	79	69,3
Total	114	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Gráfico 02.

Distribución de padres según sexo, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.



La tabla 03 muestra que el 20,2% son de la comunidad Boras, el 33,3% son de la comunidad Yaguas y el 46,5% son de la comunidad Cocama.

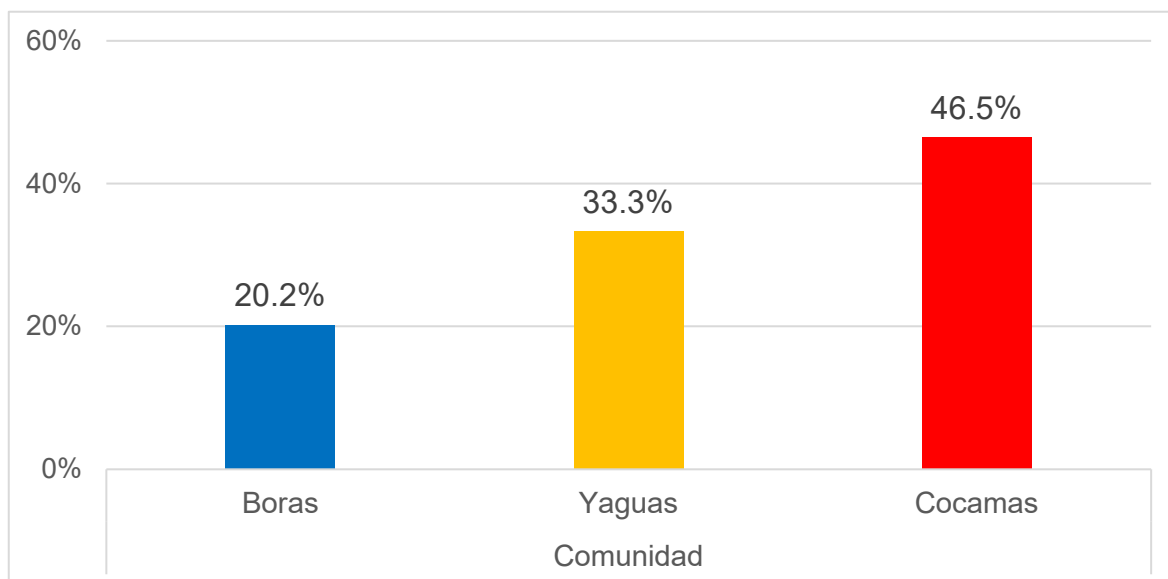
Tabla 03. Distribución de padres según comunidad de procedencia, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.

Comunidad	Frecuencia	Porcentaje
Boras	23	20,2
Yaguas	38	33,3
Cocamas	53	46,5
Total	114	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Gráfico 03.

Distribución de padres según comunidad de procedencia, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.



La tabla 04 muestra que el 1% tiene instrucción inicial, el 23,6% tiene instrucción primaria, el 15,8% tiene instrucción secundaria y el 59,6% no refiere instrucción alguna.

Actualmente el COVID-19 se ha expandido con fuerza por toda nuestra región, afectando seriamente a las poblaciones indígenas que habitan en zonas con baja o insuficiente cobertura de salud y servicios sociales.

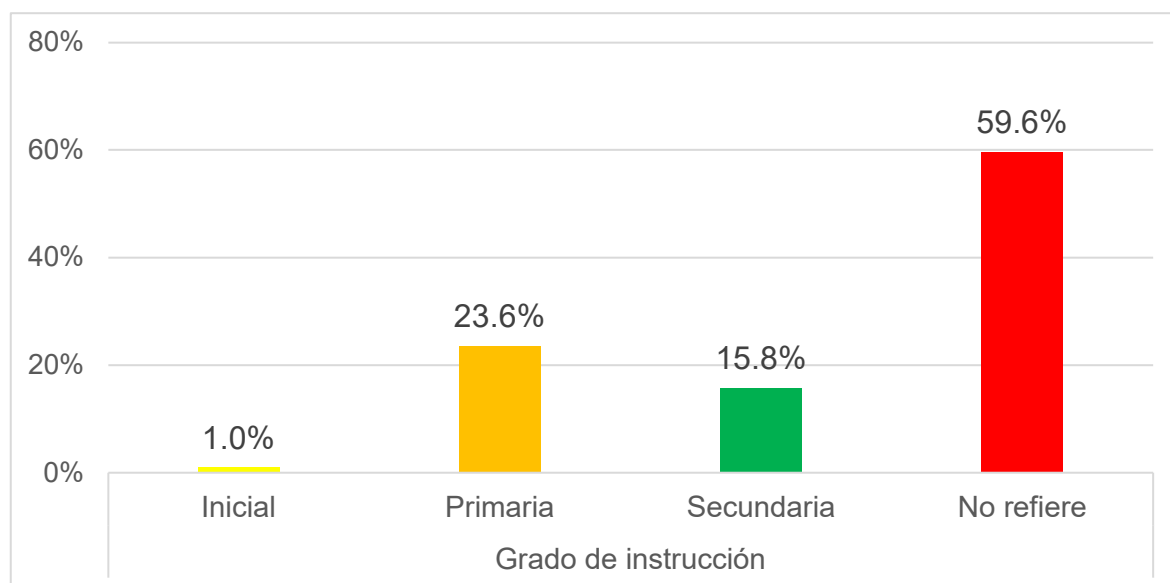
Tabla 04. Distribución de padres según grado de instrucción, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Inicial	1	1,0
Primaria	27	23,6
Secundaria	18	15,8
No refiere	68	59,6
Total	114	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Gráfico 04.

Distribución de padres según grado de instrucción, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.



La tabla 05 muestra que solo el 0,9% tiene un conocimiento bueno, el 51,8% tienen un conocimiento regular y el 47,3% tienen un conocimiento malo. La media de puntuación del conocimiento sobre salud bucal fue de $7,80 \pm 2,05$.

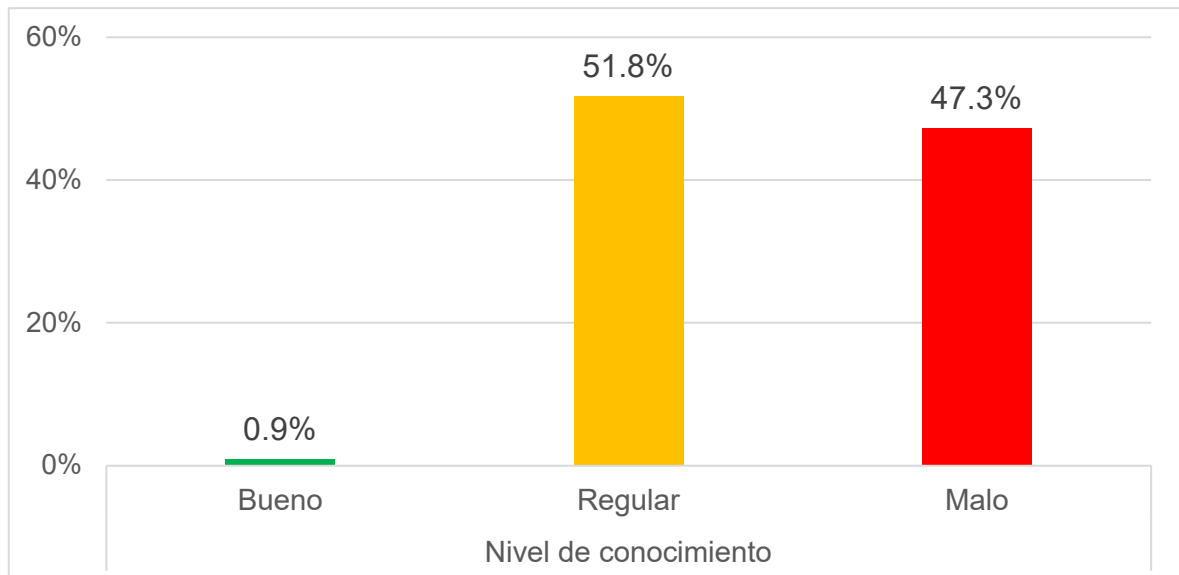
Tabla 05. Nivel de conocimiento de salud bucal de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno (15 a 18)	1	0,9
Regular (8 a 14)	59	51,8
Malo (0 a 7)	54	47,3
Total	114	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Gráfico 05.

Nivel de conocimiento de salud bucal de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.



La tabla 06 muestra que el 1,8% tiene un conocimiento bueno, el 51,7% tienen un conocimiento regular y el 47,3% tienen un conocimiento malo. La media de puntuación del conocimiento sobre medidas preventivas fue de $4,82 \pm 1,29$.

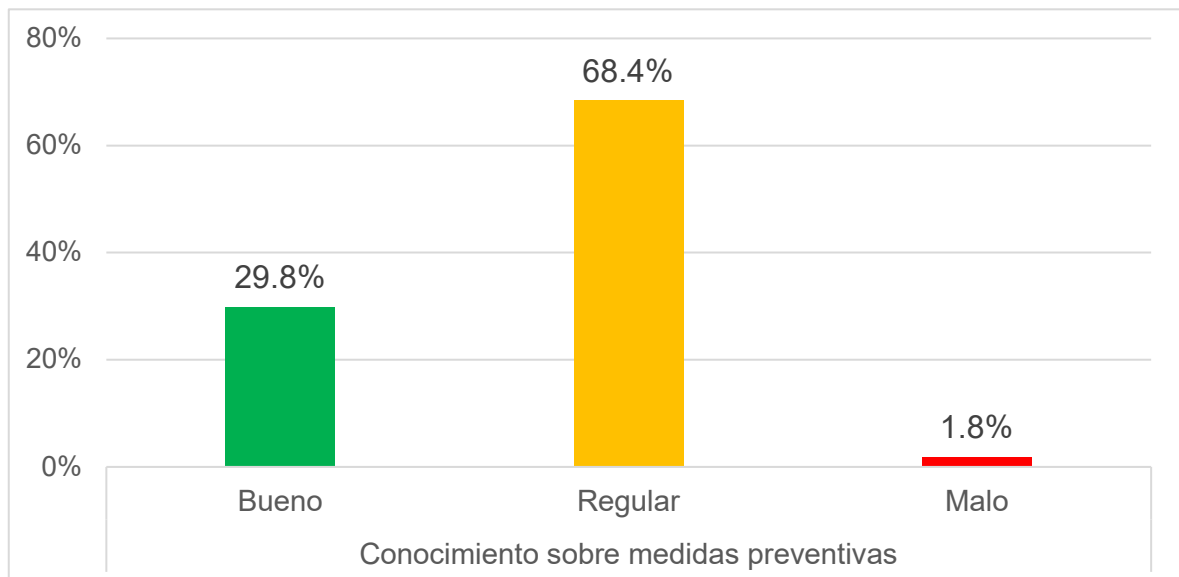
Tabla 06. Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno (6 a 8)	34	29,8
Regular (3 a 5)	78	68,4
Malo (0 a 2)	2	1,8
Total	114	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Gráfico 06.

Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.



La tabla 07 muestra que el 2,6% tiene un conocimiento bueno, el 15,8% tienen un conocimiento regular y el 81,6% tienen un conocimiento malo. La media de puntuación del conocimiento sobre enfermedades bucales fue de $1,87 \pm 0,98$.

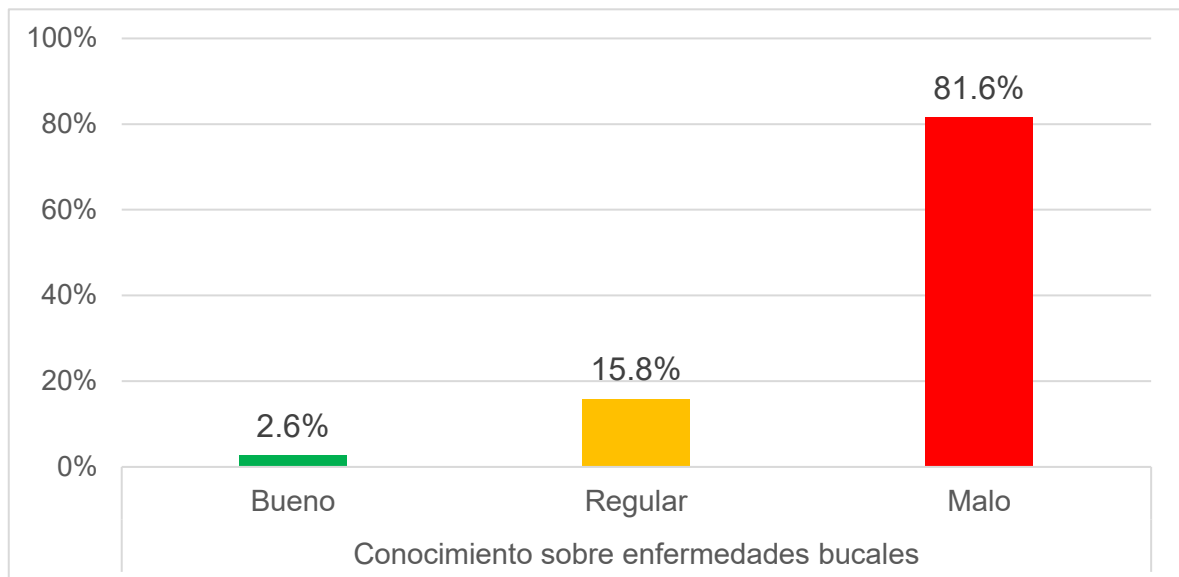
Tabla 07. Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno (5 a 6)	3	2,6
Regular (3 a 4)	18	15,8
Malo (0 a 2)	93	81,6
Total	114	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Gráfico 07.

Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.



La tabla 08 muestra que el 2,6% tiene un conocimiento bueno, el 21,1% tienen un conocimiento regular y el 76,3% tienen un conocimiento malo. La media de puntuación del conocimiento sobre desarrollo dental fue de $1,11 \pm 0,67$.

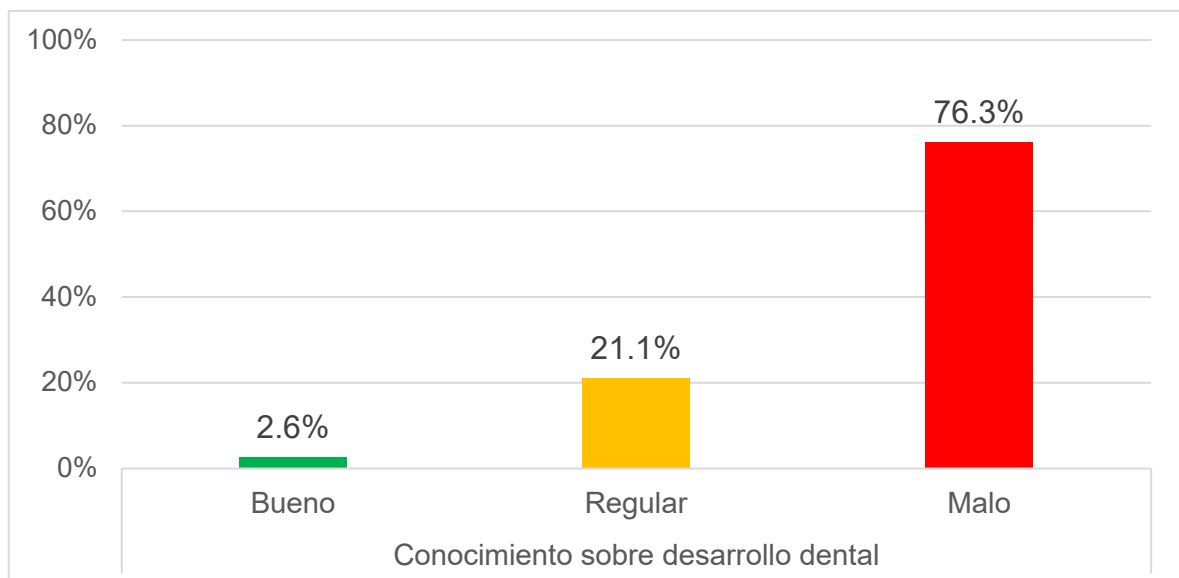
Tabla 08. Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno (5 a 6)	3	2,6
Regular (3 a 4)	24	21,1
Malo (0 a 2)	87	76,3
Total	114	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Gráfico 08.

Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.



La tabla 09 muestra las respuestas correctas e incorrectas del cuestionario sobre conocimiento de salud bucal de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.

A la pregunta 1 el 51,8% refieren conocer las medidas preventivas en salud bucal y el 48,2% no conoce. A la pregunta 2 el 83,3% refiere conocer el momento de cepillado de los dientes y el 16,7% no conoce. A la pregunta 3 el 56,1% refiere que alimentación llevada durante la gestación afecta a los dientes del bebe y el 43,9% no conoce. A la pregunta 4 el 86% considera que el fluor es importante para los dientes del niño y el 14% no conoce. A la pregunta 5 el 75,4% refiere que lavar las encías del bebe antes que salgan los dientes es buena práctica y el 24,6% no conoce. A la pregunta 6 el 70,2% refiere que hacer dormir al niño con el biberón no es buena práctica y el 29,8% refiere que sí. A la pregunta 7 el 50,9% refiere conocer que, si un niño se succiona el dedo, chupones u otras cosas afectará su dentición y el 49,1% refiere que no. A la pregunta 8 el 95,6% no conoce a qué edad se debe llevar a los niños por primera vez al dentista y sólo el 4,4% conoce. A la pregunta 9 el 86,8% refiere no conocer que es la placa bacteriana y el 13,2% refiere conocer. A la pregunta 10 el 99,1% refiere no conocer que es la caries del biberón y sólo el 0,9% conoce. A la pregunta 11 el 82,5% refieren conocer que la caries dental es una enfermedad contagiosa y el 17,5% refiere que no. A la pregunta 12 el 50,9% refieren que no es cierto que por cada embarazo se pierde un diente y el 49,1% refieren que sí. A la pregunta 13 el 80,7% no conoce lo que es una gingivitis y solo el 19,3% refiere conocer. A la pregunta 14 el 79,8% refieren no conocer que es la enfermedad periodontal y el 20,2% refieren conocer. A la pregunta 15 el 96,5% no conocen cuando empiezan a formarse los dientes de un niño y el 3,5% refieren conocer. A la pregunta 16 el 85,1% no conocen cuantos tipos de dentición tienen los niños y el 14,9% refieren conocer. A la pregunta 17 el 86% no conocen cuantos dientes temporales tienen los niños y el 14% refieren conocer. A la pregunta 18 el

78,9% refieren conocer cuando aparecen en boca los dientes de un bebé y el 21,1% refiere no conocer.

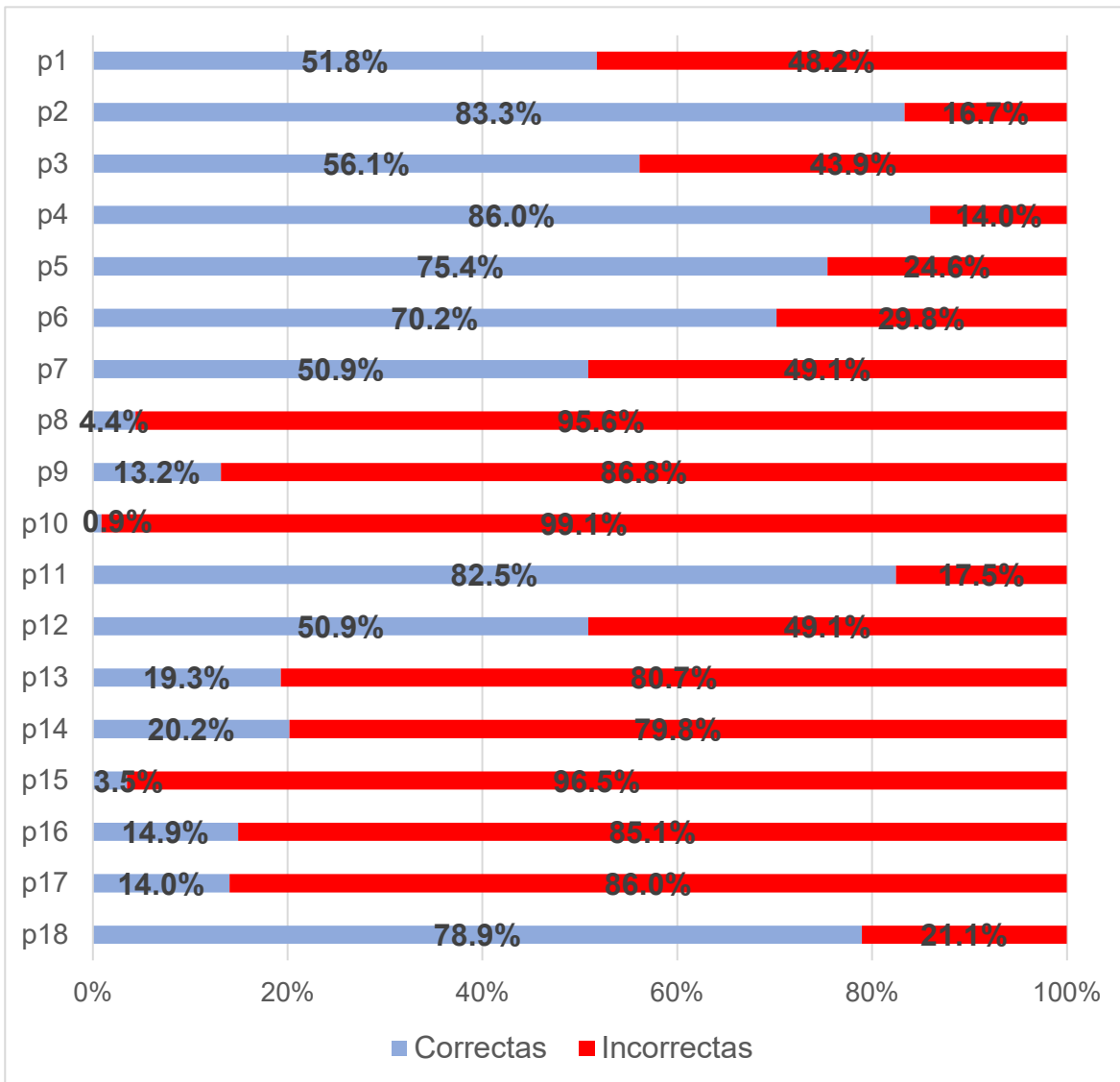
Tabla 09. Respuestas del cuestionario sobre conocimiento de salud bucal de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.

Ítems del conocimiento sobre automedicación	Tipo de respuesta			
	Correcta		Incorrecta	
	n°	%	n°	%
¿Cuáles considera Ud. son medidas preventivas en Salud bucal?	59	51.8%	55	48.2%
Principalmente, ¿cuándo debo cepillarme los dientes?:	95	83.3%	19	16.7%
¿La alimentación llevada durante la gestación afecta los dientes del bebé?	64	56.1%	50	43.9%
¿Considera al flúor importante para los dientes del niño?	98	86.0%	16	14.0%
¿Lavar las encías del bebé antes de que salgan los dientes es buena práctica?	86	75.4%	28	24.6%
¿Hacer dormir al niño con el biberón es buena práctica?	80	70.2%	34	29.8%
¿Cree que si un niño se succiona el dedo, chupones u otras cosas afectará su dentición?	58	50.9%	56	49.1%

¿A qué edad se debe llevar a los niños por primera vez al dentista?	5	4.4%	109	95.6%
La placa bacteriana es:	15	13.2%	99	86.8%
La caries de biberón es	1	0.9%	113	99.1%
¿Considera a la caries una enfermedad contagiosa?	94	82.5%	20	17.5%
Considera cierto que “por cada embarazo, se pierde un diente”	58	50.9%	56	49.1%
La gingivitis es:	22	19.3%	92	80.7%
La enfermedad periodontal es	23	20.2%	91	79.8%
¿Sabe cuándo empiezan a formarse los dientes de un niño?	4	3.5%	110	96.5%
¿Sabe cuántos tipos de dentición tienen los niños?	17	14.9%	97	85.1%
¿Sabe cuántos dientes temporales tienen los niños?	16	14.0%	98	86.0%
¿Sabe cuándo aparecen en boca los dientes de un bebé?	90	78.9%	24	21.1%

Gráfico 09.

Respuestas del cuestionario sobre conocimiento de salud bucal de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021.



En la tabla 10 se muestra que, del 100% del sexo masculino el 51,4% tuvieron un conocimiento regular y el 48,6% tuvieron un conocimiento malo. Del 100% del sexo femenino el 1,3% tuvieron un conocimiento bueno, el 51,9% tuvieron un conocimiento regular y el 46,8% tuvieron conocimiento bueno.

A la prueba de chi cuadrado (X^2) se encontró un $X^2= 0.460$; $gl=2$; $p=0.795$ ($> \alpha= 0.05$) el cual indica que, no existe relación estadísticamente significativa entre las variables nivel de conocimiento de padres y el sexo.

Asimismo, se observa un predominio del nivel de conocimiento regular en ambos sexos.

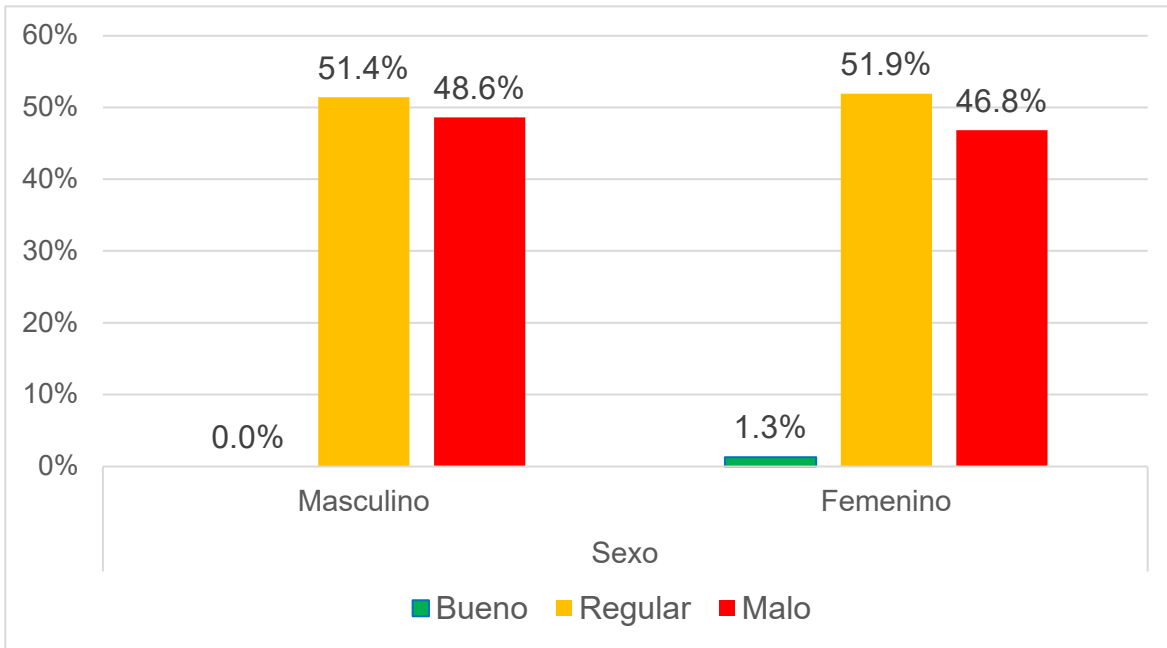
Tabla 10. Relación del nivel de conocimiento sobre salud bucal de padres y el sexo, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.

Nivel de conocimiento	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Bueno	0	0,0	1	1,3	1	0,9
Regular	18	51,4	41	51,9	59	51,8
Malo	17	48,6	37	46,8	54	47,3
Total	35	100,0	79	100,0	114	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos $X^2= 0.460$; $gl=2$; $p=0.795$

Gráfico 10.

Relación del nivel de conocimiento sobre salud bucal de padres y el sexo, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.



En la tabla 11 se muestra que, del 100% de personas del grupo etario de 20 a 39 años el 50% tuvo conocimiento regular y malo respectivamente. Del 100% de personas del grupo etario de 40 a 50 años el 1,7% tuvo conocimiento bueno, el 54,2% tuvo conocimiento regular y el 44,1% tuvo conocimiento malo. Del 100% de personas del grupo etario de 51 a 60 años el 48,8% tuvieron conocimiento regular y el 51,2% tuvieron conocimiento malo.

Asimismo, se observa un predominio del nivel de conocimiento regular en el grupo etario de 40 a 50 años.

A la prueba de chi cuadrado (X^2) se encontró un $X^2= 1.365$; $gl=4$; $p=0.850$ ($> \alpha= 0.05$) el cual indica que, no existe relación estadísticamente significativa entre las variables nivel de conocimiento de padres y el grupo etario.

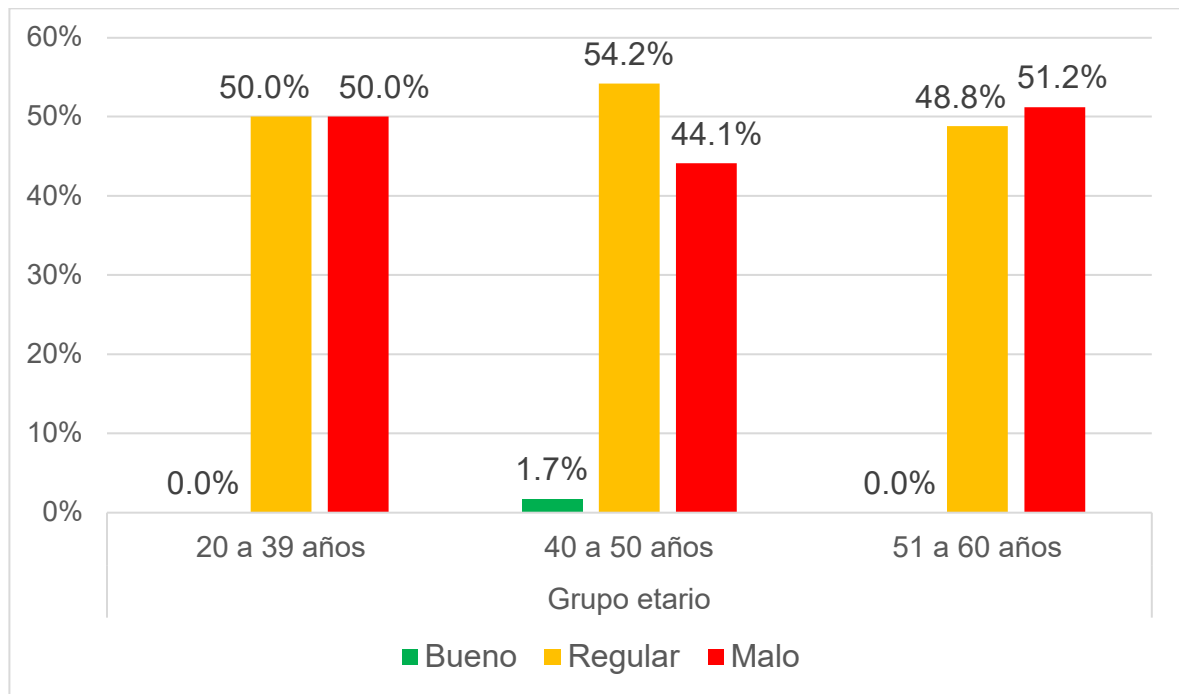
Tabla 11. Relación del nivel de conocimiento sobre salud bucal de padres y el grupo etario, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.

Nivel de conocimiento	Grupo etario						Total	
	20 a 39 años		40 a 50 años		51 a 60 años		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Bueno	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	0,9
Regular	7	50,0	32	54,2	20	48,8	59	51,8
Malo	7	50,0	26	44,1	21	51,2	54	47,3
Total	14	100,0	59	100,0	41	100,0	114	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos $X^2= 1.365$; $gl=4$; $p=0.850$

Gráfico 11.

Relación del nivel de conocimiento sobre salud bucal de padres y el grupo etario, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.



CAPITULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados que se obtuvieron en el presente estudio fueron los siguientes:

El nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de padres de familia, el porcentaje más relevante fue de 68.4% regular, el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales, fue de 81.6% malo, así mismo el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental represento el 76.3% malo, de estos resultados al compararse con el estudio de Huamàn B. (Chimbote, 2019) coincide en que el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas también fue regular, a pesar que el presente estudio para acceder a estos lugares de difícil acceso los profesionales de salud llegan para impartir su conocimiento periódicamente. Además Huaman B. (Chimbote, 2019) registro en su estudio en el ítem de nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales el 55.8% regular difiriendo con nuestros resultados que arrojaron un 81.6% malo debido a su poca facilidad de acceso y las creencias que ellos tienen para tratar los primeros síntomas. Sumando a todo ello el grado de instrucción de los padres de familia de las comunidades indígenas boras, yahuas y cocamas del presente estudio es de 59.6% las cuales refiere no tener nivel de instrucción; motivo por el cual se dedican a trabajar arduamente desde temprana edad en la caza, pesca y especialmente en la confección de artesanías. Huaman B. (Chimbote, 2019) también coincide en que el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental es malo, lo que tiene similitud con nuestros resultados por la antes descripto.

El Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, en este estudio es preocupante debido a que el 68,4% tienen un conocimiento regular, este conocimiento es muy importante porque debe ser transmitido a sus hijos para el cuidado de la cavidad bucal, permitiendo que los instrumentos a usarse en las medidas preventivas sean las adecuadas. En este contexto las cremas dentales deben utilizarse según las especificaciones, evitando sus efectos

adversos relacionado con la ingestión de flúor en niños pequeños sobrepasando límites permitidos, lo cual lo recomendable sería que utilicen dentífricos fluorados de baja concentración como lo concluye Martínez M. et al. (Colombia, 2017).

El bajo nivel de conocimiento en salud bucal en las comunidades indígenas nos muestra la falencia de campañas de salud en odontología y debe ser tomarse en cuenta por las autoridades en eminencia tanto locales, regionales y nacionales, ya que se debería contar con un odontólogo periódicamente en estas instituciones indígenas facilitando los medios para llegar a ellos de acuerdo a sus costumbres y tradiciones, de esta manera se avizora comunidades libres de enfermedades bucales por lo que el nivel del conocimiento sería alto, esto nos muestra el estudio de Mena C. et al. (Colombia, 2015), con la presencia de un odontólogo en instituciones educativas, mejorando de este modo el conocimiento de salud oral.

Sánchez Z. (Ecuador. 2019) en su estudio concluyo que el nivel de conocimiento sobre salud bucal se relacionó con el estado de salud bucal de los niños; asimismo el conocimiento de los padres y el estado de salud bucal de los niños fue regular; dicho esto, en la presente investigación no se tomó en cuenta el estado de salud bucal de los niños debido a la crisis sanitaria de COVID – 19 pero la variable identificaría otros problemas más como enfermedades y patologías bucales existentes en los niños.

Ferreira G. (Paraguay, 2016) el conocimiento general fue: 19.0% alto, el 60,.0% medio y el 21.0% fue bajo. También utilizo índices de ceo-d son demuestran que el 25.3% presentan < 15 piezas sanas, el 29.8% entre 16-19 piezas sanas, el 44.7% presentan 20 piezas sanas. Obteniéndose un valor de ceo- d de 2,81 (DE=3,93) sirviéndonos como referencia para un contraste de futuras investigaciones lo cual sería importante poder ejecutarlo para tener unos valores reales y poder llevar una mejor atención para los niños de las comunidades indígenas de nuestra región.

El nivel de conocimiento bueno de los padres determina que el estado de salud de los niños y su familia sean buenos, en tal sentido los padres cumplen un papel muy importante sobre la educación de la higiene oral de sus hijos y los conocimientos de estos pueden o no determinar los niveles de índices de caries según Jara C. (Ecuador, 2015)

La hipótesis planteada del presente estudio se cumple ya que el resultado obtenido sobre el nivel de conocimiento de las comunidades indígenas del río Nanay: Bora, Yagua y Cocama es regular debido a los problemas mencionados.

5.2 CONCLUSIONES

1. El mayor grupo entrevistado en la presente investigación fueron los Cocamas con 46.5% que se encuentran distribuidos en malocas en la comunidad de Padre Cocha, los Yaguas 33.3% y Boras 20.2% al margen río Momon.
2. La mayor frecuencia de grupo etario fue de 21 a 39 años con 51.7%
3. El sexo predominante en esta investigación fue femenino en un 67.9% y masculino en 30.7%
4. Referente al grado de instrucción los padres de familia de las comunidades entrevistadas refieren no tener grado de instrucción alguna, representando el 59.6%.
5. El nivel de conocimiento de salud bucal de padres de centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay fue regular con un 51.8%
6. El nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay fue regular con un 68.4%
7. El nivel sobre enfermedades bucales de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay fue malo con un 81.6%.
8. El nivel de conocimiento sobre desarrollo dental de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay fue malo con un 76.3%
9. Con respecto a la relación del nivel de conocimiento y el sexo, el estudio no demostró diferencias significativas.
10. La hipótesis planteada del presente estudio se cumple ya que el resultado obtenido sobre el nivel de conocimiento de las comunidades indígenas del río Nanay: Bora, Yagua y Cocama es regular debido a los problemas mencionados.

5.3 RECOMENDACIONES

1. Ejecutar programas preventivos en salud bucal para mejorar significativamente el conocimiento de los padres de las comunidades indígenas del rio Nanay.
2. Solicitar al gobierno regional con urgencia mejorar y crear nuevas carreteras para la facilidad y acceso a los profesionales de salud a aquellas comunidades indígenas del rio nanay para impartir conocimiento y atenciones de servicio de salud.
3. Instruir y sensibilizar a los padres de las comunidades indígenas la importancia de la salud bucal, para que aquellos mismo tomen conciencia del cuidado de la salud bucal hacia sus hijos.
4. Los colegios juegan un rol muy importante de aquellas comunidades indígenas, en la cual deben instruir a los niños al cuidado de sus dientes para evitar a un futuro la perdida de sus piezas dentarias.

ESTADISTICA COMPLEMENTARIA

En la tabla 12 se muestra que, del 100% de padres de la comunidad Bora el 65,2% tuvo conocimiento regular y el 34,8% tuvo conocimiento malo. Del 100% de padres de la comunidad Yagua el 47,4% tuvo conocimiento regular y el 52,6% tuvo conocimiento malo. Del 100% de padres de la comunidad Cocama el 1,9% tuvieron conocimiento bueno, el 49,1% tuvo conocimiento regular y malo respectivamente.

Asimismo, se observa un predominio del nivel de conocimiento regular en padres de la comunidad Bora.

A la prueba de chi cuadrado (X^2) se encontró un $X^2= 3.195$; $gl=4$; $p=0.526$ ($> \alpha= 0.05$) el cual indica que, no existe relación estadísticamente significativa entre las variables nivel de conocimiento de padres y la comunidad de procedencia.

Tabla 12. Relación del nivel de conocimiento sobre salud bucal de padres y la comunidad de procedencia, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.

Nivel de conocimiento	Grupo etario						Total	
	de Boras		Yaguas		Cocamas		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Bueno	0	0,0	0	0,0	1	1,9	1	0,9
Regular	15	65,2	18	47,4	26	49,1	59	51,8
Malo	8	34,8	20	52,6	26	49,1	54	47,3
Total	23	100,0	38	100,0	53	100,0	114	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos $X^2= 3.195$; $gl=4$; $p=0.526$

En la tabla 13 se muestra una media de puntuación de $8,43 \pm 2,08$ en padres de la comunidad Bora, en padres de la comunidad Yagua la media de puntuación fue de $7,39 \pm 1,63$ y en padres de la comunidad Cocama la media de puntuación fue de $7,81 \pm 2,26$.

Se puede apreciar que los padres de la comunidad Bora tuvieron un mayor conocimiento que la de padres de las comunidades Yagua y Cocama.

Tabla 13. Comparación del nivel de conocimiento sobre salud bucal de padres según la comunidad de procedencia, en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del río Nanay, marzo – julio 2021.

Boras	N	Válido	23
		Perdidos	0
	Media		8,43
	Desviación estándar		2,085
	Mínimo		5
	Máximo		12
Yaguas	N	Válido	38
		Perdidos	0
	Media		7,39

		Desviación estándar	1,636
		Mínimo	4
		Máximo	10
Cocamas	N	Válido	53
		Perdidos	0
		Media	7,81
		Desviación estándar	2,262
		Mínimo	4
		Máximo	15

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

- Prueba de chi cuadrado (X^2) entre las variables nivel de conocimiento de padres y sexo.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	0,460 ^a	2	0,795
Razón de verosimilitud	0,750	2	0,687
N de casos válidos	114		

- Prueba de chi cuadrado (X^2) entre las variables nivel de conocimiento de padres y grupo etario.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,365 ^a	4	0,850
Razón de verosimilitud	1,750	4	0,687
N de casos válidos	114		

- Prueba de chi cuadrado (X^2) entre las variables nivel de conocimiento de padres y grupo etario.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,365 ^a	4	0,850
Razón de verosimilitud	1,750	4	0,687
N de casos válidos	114		

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Jeniffer. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en representantes y su relación con el estado de salud oral en estudiantes del “Centro Educativo Sumak Kawsay” 2019-2020. Ecuador (2019). Tesis para obtener el título profesional de Odontóloga.
2. Martínez María et al. Uso de dentífricos fluorados en niños: Bases conceptuales en un contexto confuso. Colombia (2017) Revisión de tema.
3. Mena Carlos et al. Nivel de conocimiento en salud oral en estudiantes de la I.E.D. Rodrigo de Bastidas Santa Marta. Colombia (2015). Tesis para obtener el título profesional de Odontólogo.
4. Ferreira Marta et al. Salud bucal en preescolares y nivel de conocimiento sobre higiene bucal de sus madres, en escuelas públicas y privadas de San Lorenzo, Paraguay. Artículo original. *Pediatr. (Asunción)* Vol. 4; N° 2, Agosto 2016
5. Nivel de conocimiento odontológico de los padres y su relación con salud oral en niños y niñas de 6 a 10 años, en la Escuela Ernesto Aveiga de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo, durante el periodo marzo-julio de 2015. Tesis para obtener el título de odontóloga.
6. Huamancondor Yanila. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 1er grado de secundaria de la I.E. “Newton College”, distrito de Chimbote, departamento de Ancash, octubre 2015. Perú (2015). Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista.
7. Luna Yessica. Relación de Nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia y profesores con la higiene oral de los niños con capacidades especiales en Puno, Julio-Setiembre 2016. Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista.
8. Mattos Manuel. Hábitos de empleo y nivel de información sobre pasta dental fluorada en preescolares, padres y profesores de instituciones

educativas estatales de Lima Metropolitana y el Callao, Perú 2011. Lima (2015). Tesis para optar el grado académico de Doctor en Estomatología.

9. Ávalos-Márquez et al. Nivel de conocimiento en salud oral relacionado a la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. Lima (2015). Artículo científico.
10. Tony García. Nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral e índice de higiene oral de sus hijos, del puesto de salud I-2 Primero de Enero, Iquitos – 2019. Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista
11. Joana Pérez et al. Efecto de programa preventivo sobre conocimiento de salud bucal en madres de niños de la I.E.I. N° 591. Modelo, Loreto 2019. Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista.
12. Avalos Marquez et al. Nivel de Conocimiento en Salud Oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. Lima (2015). Artículo científico
13. Universidad europea de Madrid. El conocimiento, trabajo de investigación, 2007-2008
<http://www.esp.uem.es/isbc/Trabajo_Conocimiento_Gorka.pdf>
14. Organización Mundial de la Salud. Educación para la Salud. Manual sobre Educación Sanitaria en atención primaria de Salud. Ginebra. 1989.
15. Organización Mundial de la Salud. Glosario Promoción de la Salud. Ginebra. 1998
16. Yorde E. Cómo lograr una vida saludable. An Venez Nutr [Internet]. 2014 Jun [citado 2017 Ago 04] ; 27(1): 129-142. Disponible en: [22014000100018&lng=es](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S22014000100018).
17. Rodríguez C. Atención primaria de Estomatología, su articulación con el médico de la familia. Rev Cubana Estomatol. 1997; 34 (1): 28-39. Rodríguez C. Enfermedades bucodentales. 1 Ed. Bogotá. Instituto Colombiano de Cultura Hispánica. 2006.

18. Davies R, Scully C, Preston A. Dentrifices – an update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15(6):e976-82.
19. Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas. Norma Técnica Sanitaria para la adición de fluoruros en cremas dentales, enjuagatorios y otros productos utilizados en la higiene bucal. Lima (Perú): Ministerio de Salud; 2001.
20. Barbería E, Cárdenas D, Suarez MC, Maroto M. Fluoruros tópicos: Revisión sobre su toxicidad. *Rev Estomatol Herediana*. 2005;15(1):86-92.
21. Davies RM, Ellwood RP, Davies GM. The rational use of fluoride toothpaste. *Int J DentHigiyene*. 2003;1:3-8
22. Emiliano MD, Gondim AM. Dentifrícios fluoretados e sua utilizacao em crianças. *Arquivos em Odontologia*. 2004;40(2):127-137.
23. Gilberto H. Diagnóstico de caries dental. Libro [online].2015; Cap.1. [Citado : 01 de noviembre 2016] Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/909165/Henostroza-Diagnostico-de-Caries-Dental> .
24. Felton G, et al. Características epidemiológicas de prevalencia da cáries dentaría na denticao decídua, em pacientes de nivel socio-económico médio-alto. *Rev Paul Odontol* 1986;8(1):2-6.
25. Erickson PR, Alderegia. Estimation of the caries- realted risk associated with formula. *Pediatr Dent* 1998;20(7):395-403.
26. Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. Cap. 1. Guías prácticas clínicas de caries dental. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. pp. 23-34.
27. Cvitkovitch DG, et al. Quorum sensing and biofilm formation in Streptococcal infections. *The Journal of Clinical Investigation*.2003;112(11) Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC281653/>.

28. Añé G, et al. Estudio de hábitos y conocimientos sobre higiene bucal en un grupo de niños. *Rev Cubana Estomatol* 1987;24(1):59-66.
29. Lamas C, et al. Evaluación de 2 métodos educativos sobre higiene bucal. *Rev Cubana Estomatol* 1987;24(1):101-12.
30. Rioboo C, et al. Factores de riesgo de la enfermedad periodontal: factores genéticos. *Avances en Periodoncia* [Internet]. 2005 [citado 2017 Ago 04]; 17(2): 69-77. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169965852005000200003&lng=es.
31. Doncel P, et al. Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. *Rev Cub Med Mil* [Internet]. 2011 Mar [citado 2017 Ago 03] ; 40(1): 40-47. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0138-65572011000100006&lng=es>.
32. Theytaz GA, et al. Gingival changes and secondary tooth eruption in adolescents and adults: a longitudinal retrospective study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2011, 139:S129-32.
33. Dávila J. Gutiérrez O. y Racimos de Ungurahui. 2007. El Punto de Inicio: Libre determinación – Un estudio de Caso en Perú. *FOREST PEOPLES PROGRAMME*. Perú. 32 Pág.
34. GOULDING M, et al. 2011. La cuenca del río INAMBARI. Ambientes acuáticos, biodiversidad y represas.; DOUROJEANNI, M., et al. 2011. Amazonía Peruana en 2021; FINER M, et al. 2008. Los proyectos petroleros y gasíferos en la Amazonía occidental, otros.
35. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI) (2017) *Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades nativas y comunidades campesinas*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
36. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2033/TESISOCHOA.pdf?sequenc>
37. <https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/sispod/pdf/63.pdf>

38. Organización Mundial de Salud. [En línea]. Salud Bucodental. [Actualizado 24 de septiembre del 2018]. [Fecha consultada: 02 de noviembre del 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/contact-us>.
39. Cisneros G, Hernández Y. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. MEDISAN [online]. 2011, vol.15, n.10, pp.1445-1458. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008
40. Organización Panamericana de Salud. [en línea]. La salud bucodental es esencial para la salud general. [Fecha consultada: 25 de octubre del 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8387:2013-oral-health-vital-overall-health&Itemid=135&lang=es
41. Llodra J, Bravo M, Cortes F. Encuesta de Salud Oral en España (2000). RCOE [online]. 2002, vol.7, pp.19-63. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2002000200003
42. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. [en línea]. La Salud Bucodental. [fecha consultada: 23 de octubre del 2019]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/index.html>
43. Martínez J, Fernández I. Ancianos y salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001
44. MINSA. [en línea]. Salud Bucodental. [fecha consultada: 29 de octubre del 2019]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2019/pp/anexo/ANEXO2_5.pdf
45. <https://www.dw.com/es/per%C3%BA-el-pa%C3%ADs-que-dej%C3%B3-solos-a-sus-ind%C3%ADgenas/a-51517966>

ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN PADRES DE
CENTROS EDUCATIVOS INICIAL PRIMARIA DE COMUNIDADES
INDIGENAS DEL RIO NANAY, MARZO – JULIO 2021

INVESTIGADOR (a) : BACH. GOMEZ YALTA KARLA VANESSA
BACH. LLERENA GARGATE ERICK DANIEL

a. Introducción

Reciba de nuestra parte un afectuoso saludo, somos los bachilleres en Estomatología de la Universidad Científica del Perú, y estamos invitando a los padres o madres de familia de los centros educativos inicial primaria de las comunidades indígenas del río Nanay para ser participe en forma voluntaria en el presente estudio sobre el Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de centros educativos inicial primaria de comunidades indígenas del río Nanay, marzo-julio 2021, cualquier duda que usted tenga sobre el presente estudio puede consultarnos y nosotros aclararemos gustosamente sus interrogantes.

b. Propósito del Estudio

El presente estudio tiene como objetivo determinar el Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de centros educativos inicial primaria de comunidades indígenas del río Nanay, marzo-julio 2021 con el propósito de que los resultados obtenidos sobre esta investigación sean de gran aporte en el campo de la odontología en nuestra ciudad.

c. Participantes

Los participantes al estudio son padres o madres de niños de centros educativos inicial primaria de las comunidades indígenas, su participación es voluntaria y confidencial; es decir anónima; es así que durante el desarrollo de la investigación usted puede negarse a continuar participando a pesar de haber aceptado en un primer momento dicho consentimiento.

d. Procedimiento

Si usted acepta participar en este estudio sucederá lo siguiente:

1. El investigador le brindará un cuestionario el cual se le pide a usted completar marcando la respuesta correcta con un aspa.
2. Por consiguiente, el investigador recolectará dicho cuestionario para la investigación.
3. El tiempo participación en el estudio está calculado entre 25 a 30 minutos.

e. Confidencialidad

Los cuestionarios serán anónimas, debidamente codificadas; evitando registrar nombres ni documentos de identificación; siendo la información obtenida de uso exclusivo de la investigación; las fichas serán eliminadas o destruidas al finalizar el estudio.

f. Derecho del participante

Si usted ha decidido participar en el presente estudio, podrá retirarse en cualquier momento, o también no participar en una parte del estudio sin causar perjuicio alguno.

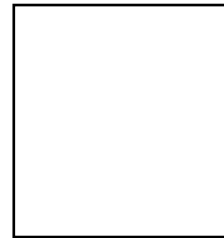
g. Donde conseguir información

Si usted desea realizar cualquier consulta, queja o comentario por favor no dude en comunicarse con Karla Gomez Yalta o con Erick Llerena Gargate, donde gustosamente será atendido.

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

He leído y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, considerando la importancia que tiene mi participación para el beneficio de mi persona y de la comunidad; por lo que acepto voluntariamente participar en el presente estudio.

Me queda claro que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.



.....

Firma del Participante

Huella digital

DNI:

Fecha:

ANEXO N°2

Instrumento de recolección de datos

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN PADRES DE CENTROS EDUCATIVOS INICIAL PRIMARIA EN COMUNIDADES INDIGENAS DEL RÍO NANAY, MARZO – JULIO 2021

1. Presentación.

El presente instrumento tiene como objetivo “Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de los centros educativos primarios en comunidades indígenas del rio Nanay

2. Instrucciones.

La presente encuesta será realizada por una (01) investigadora de la Facultad de Odontología de la Universidad Científica del Perú.

El presente cuestionario será entregado a los padres de familia de los centros educativos primarios en comunidades indígenas del rio Nanay para seleccionar y marcar la respuesta según su percepción a la pregunta indicada. Para que la respuesta sea válida se marcara una (01) alternativa con una cruz o aspa en la letra indicada.

3. Contenido.

I. DATOS GENERALES.

I. DATOS GENERALES:

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada pregunta de esta parte del cuestionario y marque con una equis (X) dentro del paréntesis lo que corresponda a su realidad. Sea totalmente sincero (a).

Edad:... Años

Comunidad donde vive:.....

Grado de instrucción:

Inicial ()

Primaria ()

II. DATOS ESPECÍFICOS:

1. Ha ido alguna vez al dentista:

SI () NO ()

2. Actualmente recibe tratamiento odontológico:

SI () NO ()

3. Responda el motivo de su última visita al dentista: (Sólo responda esta pregunta, si es que Usted sí asistió alguna vez al dentista)

Consulta () Profilaxis () Curaciones () Dolor de dientes/muelas () Extracción ()

Otros () Especifique:.....

Responda el motivo por el cual Ud. no asiste al dentista (Sólo responda esta pregunta, si es que Ud. NO está asistiendo actualmente al odontólogo)

Porque no me duele ningún diente () Por miedo () Motivos económicos () Falta de tiempo () Otros. () Especifique:.....

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MEDIDAS PREVENTIVAS

1 ¿Cuáles considera Ud. son medidas preventivas en Salud bucal?

- a) Dulces, cepillo dental, pasta dental ()
- b) Flúor, pasta dental, leche ()
- c) Cepillo, hilo dental, sellantes (X)

2. Principalmente, ¿cuándo debo cepillarme los dientes?:

- a) Antes del desayuno ()
- b) Después del desayuno ()
- c) Antes de acostarme ()
- d) Después de todas las comidas (X)

3. ¿La alimentación llevada durante la gestación afecta los dientes del bebé?

SI (X) NO ()

4. ¿Considera al flúor importante para los dientes del niño?

SI (X) NO ()

5. ¿Lavar las encías del bebé antes de que salgan los dientes es buena práctica?

SI (X) NO ()

6. ¿Hacer dormir al niño con el biberón es buena práctica?

SI () NO (X)

7. ¿Cree que si un niño se succiona el dedo, chupones u otras cosas afectará su dentición?

SI (X) NO ()

8. ¿A qué edad se debe llevar a los niños por primera vez al dentista?

- a) Al erupcionar el primer diente ()
- b) Desde que nace (X)
- c) Cuando le duela algún diente ()
- d) Cuando le salgan todos sus dientes ()

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ENFERMEDADES BUCALES

9. La placa bacteriana es:

- a) Restos de dulces y comida ()
- b) Manchas blanquecinas en los dientes ()
- c) Restos de alimentos y microorganismos (X)
- d) No sé ()

10. La caries de biberón es:

- a) La caries causada por dulces ()
- b) La caries que afecta los dientes de leche (X)
- c) La caries causada por falta de aseo ()
- d) No sé ()

11. ¿Considera a la caries una enfermedad contagiosa?

SI (X) NO ()

12. Considera cierto que “por cada embarazo, se pierde un diente”

SI () NO (X)

13. La gingivitis es:

- a) El dolor de diente ()
- b) La enfermedad de las encías (X)
- c) Inflamación del labio ()
- d) No sé ()

14. La enfermedad periodontal es:

- a) Heridas en la boca ()
- b) La que afecta a los soportes del diente (X)
- c) La pigmentación de los dientes ()
- d) No sé ()

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DESARROLLO DENTAL

15. ¿Sabe cuándo empiezan a formarse los dientes de un niño?

- a) A las 6 semanas de gestación (X)
- b) A los 6 meses de gestación ()
- c) A los 6 meses de nacido ()
- d) No sé ()

16. ¿Sabe cuántos tipos de dentición tienen los niños?

- a) 1 ()
- b) 2 (X)
- c) 3 ()
- d) No sé ()

17. ¿Sabe cuántos dientes temporales tienen los niños?

- a) 10 ()
- b) 20 (X)
- c) 24 ()
- d) No sé ()

18. ¿Sabe cuándo aparecen en boca los dientes de un bebé?

- a) A los 3 meses de nacido ()
- b) A los 6 meses de nacido (X)
- c) Al año de nacido. ()
- d) No sé ()

Anexo N° 3

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN PADRES DE CENTROS EDUCATIVOS INICIAL PRIMARIA DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS DEL RÍO NANAY, MARZO-JULIO 2021

Título	Problema general y específicos	Objetivo general y específicos	Hipótesis general	Variables e indicadores	Diseño de investigación	Método y técnicas de investigación	Población y muestra de estudio
<p>NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN PADRES DE CENTROS EDUCATIVOS INICIAL PRIMARIA DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS DEL RÍO NANAY, MARZO-JULIO 2021</p>	<p>Problema General: -¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021?</p> <p>Problemas Específicos -¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio</p>	<p>Objetivos Generales -Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de padres en centros educativos primarios en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021</p> <p>Objetivos Específicos -Determinar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de padres en centros</p>	<p>El nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo - julio 2021 es regular.</p>	<p>Variable dependiente (Y) Nivel de conocimiento de salud bucal</p> <p>Variable Independiente (X) - Padres de familia</p>	<p>No experimental de tipo correlacional. Transversal.</p>	<p>Técnica: -Entrevista Cuestionario</p>	<p>Estará conformada por 114 padres de familia de centros educativos inicial primaria de comunidades indígenas del rio Nanay, marzo-julio 2021</p>

	<p>Nanay, marzo - julio 2021?</p> <p>- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo - julio 2021?</p> <p>-¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental de padres en centros educativos primarios en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo - julio 2021?</p>	<p>educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021</p> <p>- Conocer el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021</p> <p>Establecer el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del rio Nanay, marzo – julio 2021</p>					
--	--	---	--	--	--	--	--

ANEXO N° 4

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	INDICE	MEDICIÓN
Variable dependiente Nivel de conocimiento de salud bucal	Grado de información que se tiene respecto a los cuidados y practicas adecuadas de la cavidad oral.	Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental	Enfermedades bucales: Caries dental Gingivitis	Bueno= 6-8 Regular= 3-5 Malo= 0-2 Bueno= 5-6 Regular= 3-4 Malo= 0-2 Bueno= 3-4 Regular= 1-2 Malo= 0-1	Nominal
Variable independiente Padres de familia de Comunidades indígenas	Padres de familias que se reconozcan como tales por el hecho de descender de poblaciones de indios o indígenas de dicha comunidad.	Boras Yaguas Cocamas	Genero Edad	Masculino Femenino 15-20 21-39 40-60	

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

COMUNIDAD SAN ANDRES – BORAS





COMUNIDAD YAHUAS







COMUNIDAD COCAMAS



