

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA Y PRIVADA DE LA SALUD

Tesis

**Eficacia de la implementación de un programa de
salud bucal en los pobladores de la comunidad nativa
Kochiri-Megantoni en la región Cusco, 2021-2022**

Roxana Carolina Gutierrez Huanca

Para optar el Grado Académico de
Maestro en Gestión Pública y Privada de la Salud

Cusco, 2024

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

A : Mg. JAIME SOBRADOS TAPIA
Director Académico de la Escuela de Posgrado
DE : Mg. AUGUSTO QUISPE CHAU
Asesor del Trabajo de Investigación
ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de Trabajo de Investigación
FECHA : 03/11/2024

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarlo y en vista de haber sido designado Asesor del Trabajo de Investigación titulado "**EFFECTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD BUCAL EN LOS POBLADORES DE LA COMUNIDAD NATIVA KOCHIRI – MEGANTONI EN LA REGIÓN CUSCO**", perteneciente a **Bach. ROXANA CAROLINA GUTIERREZ HUANCA**, de la **MAESTRIA EN GESTIÓN PÚBLICA Y PRIVADA DE LA SALUD**; se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado **15 %** de similitud (informe adjunto) sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores (Nº de palabras excluidas: <20) SI NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad.

Recae toda responsabilidad del contenido de la tesis sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios de legalidad, presunción de veracidad y simplicidad, expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales – RENATI y en la Directiva 003-2016-R/UC.

Esperando la atención a la presente, me despido sin otro particular y sea propicia la ocasión para renovar las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



Mg. AUGUSTO ALFREDO QUISPE CHAU
DNI. N°: 09870968

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, GUTIERREZ HUANCA ROXANA CAROLINA, identificada con Documento Nacional de Identidad N° 70665796, de la MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA Y PRIVADA DE LA SALUD, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. La Tesis titulada "EFICACIA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD BUCAL EN LOS POBLADORES DE LA COMUNIDAD NATIVA KOCHIRI – MEGANTONI EN LA REGIÓN CUSCO, 2021 - 2022", es de mi autoría, la misma que presento para optar el Grado Académico de MAESTRO EN GESTIÓN PÚBLICA Y PRIVADA DE LA SALUD.
2. La Tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. La Tesis es original e inédita, y no ha sido realizada, desarrollada o publicada, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicada ni presentada de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

Lima, 03 de Mayo de 2024.



GUTIERREZ HUANCA ROXANA CAROLINA
DNI. N° 70665796



Huella

Arequipa
Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo
Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco
Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Collasuyo
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima
Av. Alfredo Mendiola 5210, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

"EFICACIA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SALUD BUCAL EN LOS POBLADORES DE LA COMUNIDAD NATIVA KOCHIRI

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
2	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	1%
4	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%
5	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.uroosevelt.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	es.slideshare.net Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1%

9	Submitted to Pontificia Universidad Catolica Madre y Maestra PUCMM Trabajo del estudiante	<1 %
10	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
11	repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	ciencialatina.org Fuente de Internet	<1 %
13	dspace.uces.edu.ar:8180 Fuente de Internet	<1 %
14	Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote Trabajo del estudiante	<1 %
15	repositorio.ucp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	Submitted to Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas Trabajo del estudiante	<1 %
17	tesis.unap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
18	eprints.uanl.mx Fuente de Internet	<1 %
19	Submitted to UNIV DE LAS AMERICAS Trabajo del estudiante	<1 %

20	repositorio.une.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
21	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	<1 %
22	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	<1 %
23	Submitted to Universidad de Guayaquil Trabajo del estudiante	<1 %
24	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
25	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
26	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
27	Submitted to unah Trabajo del estudiante	<1 %
28	www.revistaodontopediatria.org Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo

Asesor

Mg. Augusto Alfredo Quispe Chau

Agradecimiento

Agradecer a la población nativa de Kochiri – Megantoni en la región Cusco por compartir experiencias y ser parte de un cambio para mejorar sus estilos de vida.

Índice

Asesor	ii
Agradecimiento	iii
Índice de Tablas	vii
Índice de Figuras	viii
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	xi
Capítulo I Planteamiento del Estudio	12
1.1. Planteamiento y formulación del problema	12
1.1.1 Planteamiento del problema	12
1.1.2 Formulación del problema	13
A. Problema general	13
B. Problemas específicos	13
1.2. Determinación de objetivos	14
1.2.1. Objetivo general	14
1.2.2. Objetivos específicos	14
1.3. Justificación e importancia del estudio	14
1.3.1 Justificación Teórica	14
1.3.2 Justificación Práctica	15
1.4. Limitaciones de la presente investigación	16
Capítulo II Marco Teórico	17
2.1. Antecedentes de la Investigación	17
2.1.1. Antecedentes Internacionales	17
2.1.2. Antecedentes Nacionales	18
2.1.3. Antecedentes Locales	20
2.2. Bases teóricas	20
2.2.1. Programa de salud bucal	20
2.2.2 Salud Bucodental	22
2.2.3 Índice de Higiene Oral	23
2.2.2. Índice de Knutson	24
2.2.3. Nivel de conocimientos	25
2.2.4. Prevalencia de caries	25

2.2.5.	Patologías de salud bucal.....	26
2.2.6.	Atenciones odontológicas básicas.....	26
2.2.7.	PROGRAMA DE SALUD BUCAL -KOCHIRI.....	27
2.3.	Definición de términos básicos.....	29
Capitulo III	Hipótesis y Variables.....	31
3.1.	Hipótesis.....	31
3.1.1.	Hipótesis general.....	31
3.1.2.	Hipótesis específicas.....	31
3.2.	Operacionalización de variables.....	31
3.2.1.	Variable independiente (V1).....	31
3.2.2.	Variable dependiente (V2).....	32
3.2.3.	Instrumento.....	32
3.2.4.	Matriz de operacionalización de variables.....	32
Capitulo IV	Metodología del Estudio.....	34
4.1.	Método, Tipo o alcance de investigación.....	34
4.1.1.	Método.....	34
4.1.2.	Tipo o alcance.....	34
4.2.	Diseño de la investigación.....	34
4.3.	Población y muestra.....	35
4.3.1.	Población.....	35
4.3.2.	Muestra.....	35
A.	Criterios de inclusión.....	35
B.	Criterios de exclusión.....	35
4.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	36
Proceso de recolección de datos.....		36
Técnicas de procesamiento.....		37
Técnica de análisis de datos.....		37
4.5.	Criterios éticos.....	39
Capitulo V	Resultados.....	40
5.1.	Resultados y análisis.....	40
5.2.	Discusión de Resultados.....	48
Conclusiones.....		51
Recomendaciones.....		52

Anexos	62
Apéndice 1: Referencia de la Tabla N°1	62
Apéndice 2: Permiso de atención	63
Apéndice 3: Cuestionario sobre nivel de conocimientos de Salud Bucal	64
Apéndice 4: Odontograma	66
Apéndice 5: Documentos Usados	68
Apéndice 6: Plan de Actividades del Programa de Salud Bucal	69
Apéndice 7: Programa “Salud Bucal”	70
Apéndice 8:	76
Apéndice 9: Fotografías	79

Índice de Tablas

Tabla 1 Tabla de referencia de la ciudad de Cusco a la comunidad nativa de Kochiri.	15
Tabla 2 Programas de Salud bucal en la Primera Infancia en Perú.....	21
Tabla 3 Operacionalización de las variables.....	32
Tabla 4 Tabla de rango de promedios	41
Tabla 5 Tabla de prueba estadística	41

Índice de Figuras

Figura 1. Criterio para calificar los componentes sobre desechos (DI-C).....	23
Figura 2. Criterio para calificar los componentes sobre cálculo (DI-C).....	23
Figura 3. Prevalencia de caries según el sexo. PRE y POST programa.....	40
Figura 4. Prevalencia de caries según el rango de edad. PRE y POST programa.	41
Figura 5. Prevalencia de caries según residencia. PRE y POST programa.	42
Figura 6. Nivel de conocimiento según el sexo. PRE y POST programa.	43
Figura 7. Nivel de conocimiento según rango de edad. PRE y POST programa.	44
Figura 8. Nivel de conocimiento según residencia	45
Figura 9. Índice de higiene oral simplificado (IHOs) según el sexo	46
Figura 10. Índice de higiene oral simplificado (IHOs) según rango de edad	47
Figura 11. Índice de higiene oral simplificado (IHOs) según residencia	48

Resumen

La Salud bucal de poblaciones nativas en la selva cusqueña es un problema de salud pública, la cual debe ser abordada mediante la implementación de programas sobre salud bucal, los mismos que deben ser evaluados, para así poder determinar la eficacia de su aplicación. El objetivo del estudio fue determinar la eficacia del programa de salud bucal en los habitantes de la comunidad nativa Kochiri – Megantoni ubicados en la región Cusco. El diseño fue cuantitativo, pre experimental sin grupo control, prospectivo y comparativo. Se seleccionó a 238 pobladores de manera no aleatoria por conveniencia, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados obtenidos fueron: pre programa, se encontró una alta prevalencia de caries (más del 90%), con niveles de conocimiento sobre salud bucal deficientes y un índice de higiene oral simplificado (IHOs) mayoritariamente malo (52%) y muy malo (49%). Tras la implementación del programa, se observó una mejora significativa en los conocimientos sobre salud bucal, así como su IHOs y una reducción en la prevalencia de caries. Con estos resultados obtenidos, se llegó a la conclusión de que la aplicación del programa de salud bucal fue eficaz para la mejora de salud bucal de los pobladores de Kochiri.

Palabras claves: Conocimiento, salud bucal, programa de salud bucal.

Abstract

The oral health of native populations in the Cusco jungle is a public health problem, which must be addressed through the implementation of oral health programs, which must be evaluated, in order to determine the effectiveness of their application. The objective of the study was to determine the effectiveness of the oral health program in the inhabitants of the Kochiri – Megantoni native community located in the Cusco region. The design was quantitative, pre-experimental without a control group, prospective and comparative. 238 residents were selected non-randomly for convenience, who met the inclusion and exclusion criteria. The results obtained were: pre-program, a high prevalence of caries was found (more than 90%), with poor levels of knowledge about oral health and a simplified oral hygiene index (SHI) that was mostly bad (52%) and very bad (49%). After the implementation of the program, a significant improvement in oral health knowledge was observed, as well as their OHIs and a reduction in the prevalence of cavities. With these results obtained, it was concluded that the application of the oral health program was effective in improving the oral health of the residents of Kochiri.

Keywords: Knowledge, oral health, oral health program.

Introducción

Los profesionales de la salud somos agentes motivadores de cambio, y cualquier acción participativa debe estar vinculada al comportamiento del paciente, generando así modificaciones en su conducta.

En Perú, se identifican problemas de salud bucal en grupos humanos más desatendidos y postergados, como las poblaciones rurales y nativas. En la selva peruana, existe un alto número de comunidades nativas que no tienen acceso a servicios de salud debido a la falta de establecimientos con equipamiento médico, medios de transporte para referencias en emergencias, y las dificultades de acceso a servicios y bienes sanitarios. Este problema tiene su origen en barreras geográficas, culturales, económicas y lingüísticas.

El Estado, través del Ministerio de Salud formula políticas, las mismas que no presentan diferencias significativas respecto a las administraciones anteriores. Las políticas vigentes no consideran la supervisión y sanción necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas públicas, lo que dificulta una mejora efectiva de dichas intervención. Y el año 2022 se aprueba la necesidad publica de la aplicación de la Ley N° 31540, que muestra el interés nacional de formulación y ejecución de la política nacional de salud bucal.

En el presente estudio, se evaluó el nivel de conocimiento, la prevalencia de caries y la higiene oral. Basándonos en estos resultados, se implementó un programa que consistió en sesiones educativas demostrativas y procedimientos restaurativos sobre salud bucal. Finalmente, se determinó la eficacia de dicha implementación, logrando capacitar y atender a un gran número de habitantes, lo que nos llena de satisfacción como profesionales, al saber que nuestro trabajo no solo impacta a corto plazo, sino que también beneficia el futuro de cada persona.

Capítulo I

Planteamiento del Estudio

1.1. Planteamiento y formulación del problema

1.1.1 Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud informa que 3.500 millones de personas en todo el mundo sufren patologías bucodentales, representando a más del 50% de la población mundial (OMS, 2022). En Perú, la prevalencia de caries supera el 85.6%, según estudios realizados entre el 2012 y 2014 (MINSa, 2020), no se tienen cifras actualizadas.

En un estudio en La Convención, Cusco, reveló que la prevalencia de caries en preescolares supera el 90%. (Bolaños, 2018). Asimismo, en el distrito de Megantoni, el 77% de las atenciones por consulta externa es por lesiones cariosas en el 2021, considerando el total de la población de ese año, que fue 7587 habitantes (REUNIS, 2024).

Según el presente estudio, la comunidad nativa Kochiri - Megantoni en la región Cusco, el 90% de la población presenta lesiones cariosas. Actualmente todas las cifras mencionadas siguen en constante aumento, debido al crecimiento poblacional, cambios en las condiciones de vida, la falta de exposición al flúor, el acceso a alimentos azucarados y la atención dental insuficiente (OMS, 2022).

Debido a estos resultados la Gestión Pública en salud ha evolucionado continuamente desde sus inicios, adaptándose a las circunstancias políticas, sociales, económicas y culturales de la población, y variando según el tiempo y lugar. (Dimock, 1939; Barzelay, 2001; Valdez, 2019). A pesar de esfuerzos en promoción y prevención de enfermedades bucales (OMS, 2019), los modelos odontológicos han progresado de manera limitada. En Perú, por ejemplo, en 2021 se observó una leve disminución del 0.5% en comparación con 2020 (MINSa, 2022; FDI&IADR, 2019), y el desempeño presupuestal de Enfermedades No transmisibles fue bajo a nivel local en 2022 fue (MINSa, 2022). Esto podría deberse a varios

factores, como el desconocimiento sobre salud bucal, falta de acceso a servicios de salud bucal, barreras lingüísticas, económicas, escasa intervención del Estado, y la carencia de servicios básicos como electricidad y agua potable (José, 2018; The Lancet, 2020). Por lo tanto, es fundamental que la gestión pública se enfoque en garantizar el acceso equitativo a derechos y en promover el bienestar y desarrollo humano, teniendo en cuenta estas barreras y características (MIDIS, 2021).

Por todo el mencionado anteriormente, el objetivo del estudio fue determinar la eficacia de la implementación de un programa de salud bucal en los pobladores de la comunidad nativa Kochiri – Megantoni en la región Cusco, con el fin de mejorar la salud bucal en esta población.

1.1.2 Formulación del problema

A. Problema general

¿Cuál es la eficacia de la implementación de un programa de salud bucal, según la higiene bucal, nivel de conocimientos sobre salud bucal y prevalencia de caries en los pobladores de la comunidad nativa Kochiri – Megantoni en la región Cusco, 2021 - 2022?

B. Problemas específicos

a. ¿Cuál es la eficacia de la implementación de un programa de salud bucal, en función de la prevalencia de caries mediante el Índice de Knuston, según sexo, edad, residencia, en los pobladores de Kochiri – Megantoni en la región Cusco, 2021 - 2022?

b. ¿Cuál es la eficacia de la implementación de un programa de salud bucal, en función del Nivel de conocimiento sobre Salud bucal, según sexo, edad, residencia, en los pobladores de Kochiri – Megantoni en la región Cusco, 2021 - 2022?

- c. ¿Cuál es la eficacia de la implementación de un programa de salud bucal, en función del Índice de higiene oral simplificado (IHOs), según sexo, edad, residencia, en los pobladores de Kochiri – Megantoni en la región Cusco, 2021 - 2022?

1.2. Determinación de objetivos

1.2.1. Objetivo general

Determinar la eficacia del programa de Salud bucal según la higiene bucal, nivel de conocimientos sobre salud bucal y prevalencia de caries en los pobladores de la comunidad nativa Kochiri – Megantoni en la región Cusco, 2021 - 2022.

1.2.2. Objetivos específicos

- a. Determinar la eficacia del programa de Salud bucal en función de la prevalencia de caries pre y post programa mediante el Índice de Knuston, según sexo, edad y residencia, en los pobladores de Kochiri – Megantoni en la región Cusco, 2021 - 2022.
- b. Determinar la eficacia del programa de Salud bucal en función del Nivel de conocimiento de Salud bucal pre y post programa, según sexo, edad y residencia, en los pobladores de Kochiri – Megantoni en la región Cusco, 2021 - 2022.
- c. Determinar la eficacia del programa de Salud bucal en función del Índice de higiene oral simplificado (IHOs) pre y post programa, según sexo, edad y residencia, en los pobladores de Kochiri – Megantoni en la región Cusco, 2021 - 2022.

1.3. Justificación e importancia del estudio

1.3.1 Justificación Teórica

El Estado, a través del Ministerio de Salud formula políticas, las mismas que no presentan diferencias con el pasar del tiempo y mucho menos en las intervenciones enfocadas a la mejoría de la salud bucal en poblaciones

indígenas; pudiendo deber principalmente a barreras geográficas (Oré, 2019), lingüísticas, culturales y económicas. Tomando de base la “Línea de brechas sociales por origen étnico”, el cual revela graves inequidades, con el 60,5% de los pueblos indígenas amazónicos viviendo en pobreza (ENAP-SERVIR, 2021; MINCU, 2015). Además, en los andes y la amazonia peruana, hay un aproximado de 55 pueblos indígenas y originarios organizados en comunidades nativas y campesinas (MINCU, 2015), de los cuales gran porcentaje no tienen acceso directo a servicios de salud, servicios básicos, adecuado nivel educativo y nutrición saludable.

1.3.2 Justificación Práctica

Es fundamental la evaluación de la eficacia de la implementación de programas de salud bucal, asegurando así, que los recursos se destinen de acuerdo a necesidades reales y se utilicen óptimamente, mejorando la salud bucal de la población. identificando los componentes efectivos del programa y cuáles necesitan adaptaciones culturales apropiadas, logrando ser aceptados y sostenidos por la población, sin importar el lugar y tiempo. Los hallazgos de este estudio proporcionar información valiosa para la formulación y mejora de políticas públicas siendo estas más inclusivas y efectivas. Y así estudios futuros, en comunidades indígenas, y donde los grupos humanos están entre los más olvidados y postergados por el Estado, Por estas razones, es justificable dirigir investigaciones hacia la evaluación de la eficacia de programas de salud bucal, para verificar su eficacia en el tiempo y evidenciar mejoras en salud bucal reales y sostenibles.

El estudio se llevó a cabo en Kochiri, ubicado a 452 m.s.n.m. (centros poblados del Perú, 2022), aproximadamente a 25 horas de la ciudad del Cusco.

Tabla 1

Tabla de referencia de la ciudad de Cusco a la comunidad nativa de Kochiri.

ORDEN	TRAMO	TRANSPORTE	MEDIO	Km	TIEMPO (h)
1	Cusco – Quillabamba	Terrestre	Bus/Auto	201	4 – 6
2	Quillabamba – Ivochote	Terrestre	Auto	210	7 – 9
3	Ivochote – Kirigueti	Fluvial	Peque	430	6 – 8

4	Kirigueti – Kochiri	Fluvial	Bote	250	4 – 6
---	---------------------	---------	------	-----	-------

Nota: Elaboración propia.

Tomar en cuenta que el transporte (bote) con destino a Kochiri es organizado por los representantes de la comunidad, debido a la lejanía del lugar y la falta de transporte público. Por lo tanto, es necesario estar en el lugar de partida a tempranas horas y previa coordinación.

Al conocer la problemática sobre la precariedad de la salud bucal, tanto en población infantil como adulta, es necesario y urgente la intervención del Estado y los profesionales de salud. Y de esta necesidad surge la iniciativa de implementar un programa de salud bucal ajustado a la realidad.

1.4. Limitaciones de la presente investigación

- Limitado acceso de vías de comunicación, para el desplazamiento hacia la comunidad nativa Kochiri, partiendo de la ciudad del Cusco se va en transporte terrestre y fluvial, que en ocasiones están en dependencia de las condiciones meteorológicas de la zona (AMBIENTAL, 2019).
- Difícil intercambio lingüístico, debido a que la lengua originaria y nativa de los pobladores de la comunidad es Machiguenga y algunos Ashánincas, teniendo en cuenta que dichas lenguas presentan un gran nivel de complejidad en su redacción y pronunciación, por lo que se optó en capacitar a líderes de la comunidad y así ser intermediarios en la comunicación entre el paciente y profesional y algunos ser promotores de salud (Luis Andrade Ciudad, 2018).
- Falta de acceso al servicio de energía eléctrica. El lugar donde se realizó el estudio no cuenta con servicio de energía eléctrica (Revista HAZ, 2019).

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Encontramos a Manso y col. (2021), realizaron un estudio en Spíritus, Cuba, para evaluar la efectividad del Programa Educativo de Salud Bucal "Cuida tu Sonrisa y la de los tuyos" en 54 niños de la escuela primaria Diego Ramón Valdez Abstención. El estudio, de diseño cuasi experimental pre y post intervención, mostró que antes del programa ningún estudiante tenía conocimientos y prácticas suficientes sobre salud bucal. Tras la intervención, el porcentaje de estudiantes con conocimientos adecuados subió al 72.2%, las actitudes mejoraron del 22.2% al 88.9%, y la eficiencia del cepillado pasó del 13% al 83.3%. El programa resultó efectivo en mejorar conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal

De Morais (2020), realizó un análisis del programa Brasil Sonriente Indígena, en Buenos Aires desde la Implementación de la Política nacional de salud bucodental en 2008 hasta 7 años después de su implementación en 2018, se tuvo como resultados que la estructura de la red de atención está por debajo de los deseado y hubo dificultades para cumplir las pautas recomendadas.

Tsai y col (2017), realizaron una investigación sistemática donde examinaron la evidencia sobre la efectividad de los programas que apuntan a mejorar la salud bucal de las poblaciones indígenas en todo el mundo, y presenta un análisis cualitativo para explorar el diseño y la implementación de estas iniciativas. Los resultados incluyeron 19 estudios; de los cuales 16 informaron resultados positivos, y 12 de ellos informaron hallazgos estadísticamente significativos. Se llegó a la conclusión que los programas exitoso consideran la adecuación

cultural en su diseño, incluyendo la amplia participación de la comunidad antes, durante y después de la implementación.

Parker y col (2016), el objetivo del estudio es describir el impacto de las condiciones de salud bucal entre un muestra de conveniencia de adultos indígenas australianos y comparar los hallazgos con datos representativos a nivel nacional, los datos se obtuvieron del proyecto de alfabetización en salud bucal indígena (IOHLP), con sede en Australia del Sur, donde se concluyó, que los adultos indígenas que viven en zonas rurales muestran altos niveles de afectación de la salud bucodental, lo que puede exacerbar las desventajas sociales y de salud que experimenta este grupo marginado.

En estudios realizados a nivel internacional, se encontró a Días y Col. (2014), quienes realizaron un estudio en la colonia indígena Maká em Paraguay enfocándose en describir el estado de salud bucal. Esta investigación evaluó el estado bucal de 98 adultos jóvenes; resaltando que el índice de O'Leary reportó el 100% (deficiente higiene bucal) en 75% de evaluados. Concluyeron que el índice CPOD fue alto (18,8).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

En investigaciones realizadas a nivel nacional, se encontró a Núñez (2023), quien evaluó el efecto de un programa virtual para la mejora de la higiene bucal dirigido a padres de niños de 4 años de la I.E. N° 107 en Huancavelica, teniendo como resultado: el conocimiento sobre salud bucal de los padres después de aplicar el programa, 64% de padres mejoraron su nivel de conocimientos el 100% de niños mejoraron la higiene bucal, por lo que se concluyó que la implementación tuvo un efecto positivo.

Vásquez (2022), determinó la relación entre el nivel de conocimiento en salud bucal y prevalencia de enfermedades dentales en 23

gestantes del del Centro de Salud de la comunidad nativa Huampami, el enfoque del estudio fue cuantitativo de diseño no experimental descriptivo y transversal. como resultados se obtuvo que existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y la prevalencia de enfermedades dentales. Además de que el nivel de conocimiento de las gestantes fue bajo y moderada prevalencia de caries, según el índice CPO-D.

Villaseca (2021), quien desarrolló en Sullana-Piura y buscó determinar el Impacto de un programa virtual de salud bucal en tiempos de pandemia covid-19 en estudiantes. El estudio se llevó a cabo bajo 3 sesiones: “Medidas preventivas contra caries dental”, “Cepillado dental y Dieta beneficiosa” y “Hábitos bucales deformantes”, se realizó un test antes de estas sesiones y al final de estas para determinar el impacto del programa. Los resultados arrojaron un impacto positivo del programa virtual.

Gómez (2021), evaluó en centros educativos en comunidades indígenas del Rio Nanay en Iquitos, a el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres (114), la metodología empleada fue cualitativa de diseño no experimental de tipo correlacional y se concluyó que el nivel de conocimientos de salud bucal de los padres fue malo y regular en la mayoría de los casos.

La intervención realizada por Rojas (2019), en Huancayo, tuvo como propósito desarrollar un modelo de atención odontológica que combine la medicina tradicional y occidental, involucrando a las familias indígenas a la participación en el cuidado de su salud bucal. se concluyó que es importante desarrollar un modelo de atención Odontológica con enfoque intercultural y adecuación cultural de la consulta, tratamiento, consejería y orientación en salud bucal.

2.1.3. Antecedentes Locales

Dentro de los antecedentes locales, se tiene a Laquihuanaco y Lizarme (2019), quienes investigaron la prevalencia de caries dental en estudiantes de la comunidad campesina de Panpipata en la región de Cusco, donde se evaluaron a 134 estudiantes mediante un estudio de tipo descriptivo y transversal utilizando una ficha odontológica. se obtuvo una prevalencia de caries del 88.8%.

Barriga (2018), quién identificó la prevalencia y grado de severidad de caries según el índice CAST en 272 niños del hospital de Quillabamba en la región de Cusco, mediante una investigación no experimental, transversal, descriptivo y observacional. Teniendo como resultado que la prevalencia de caries fue de 91.9% y el grado de morbilidad fue del 53.7%.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Programa de salud bucal

Conjunto de actividades organizadas para mejorar la salud bucal de una comunidad deben tener un enfoque multidisciplinario, brindando educación y promoción para niños, padres y cuidadores. Es crucial revisar y actualizar regularmente los documentos relacionados con este enfoque para incorporar las últimas investigaciones sobre el manejo de enfermedades orales, asegurando que la información sea precisa y conforme a las mejores prácticas actuales en el cuidado dental (Rojas, 2021).

Un programa surge para mejorar condiciones de salud de problemas catalogados como impacto en salud pública, dirigidos a específicas poblaciones, y son medidas gracias a la eficacia o eficiencia del programa, al logro de los objetivos y finalmente por el uso de los recursos al menor costo posible. (Maldonado, 2017).

Los componentes de un programa son: Objetivos, recursos, metas, propósitos, beneficiarios y/o destinatarios. (Maldonado, 2017).

En 1986 se creó el primer programa de salud bucal por el MINSA del Perú, para niños de zonas socioeconómicas bajas, el programa tuvo como finalidad; disminuir la prevalencia de caries, brindar educación y promoción sobre salud bucal en niños y sus padres (Israel M., 2019).

Tabla 2

Programas de Salud bucal en la Primera Infancia en Perú.

Guías de prácticas clínicas y programas de salud bucal		
Programa Nacional de salud bucal- MINSA	1986	Promueve la restauración de lesiones cariosas y la promoción de la salud bucal en niños de 3 años, de zonas socioeconómicas bajas.
Resolución ministerial Nro. 454-2001-MINSA	2005	Promueve la aplicación de ionómeros de vidrio modificado con resina como material de obturación en dientes primarios y permanentes jóvenes.
Programa de promoción de la salud – MINSA	2005	Propone programas de promoción de la salud en instituciones educativas, a través de los ejes centrales; y disminuir las enfermedades de la cavidad oral.
Plan nacional de salud bucal MINSA	2007	Propone reforzar e implementar hábitos de higiene bucal y el uso correcto de flúor en poblaciones en riesgo: preescolares, escolares, gestantes; y disminuir las enfermedades de la cavidad bucal.
Escuelas saludables – MINSA	2013	Herramienta que promueve la salud bucal. Propone que el personal de salud trabaje con docentes de educación inicial y primaria sobre el cuidado de la salud bucal.
Guía de práctica clínica para la prevención de la caries dental – MINSA	2017	Presenta estrategias enfocadas en el control de la caries dental en la infancia. Recomienda el control de azúcar en la dieta y el uso adecuado del flúor tópico con, medida preventiva de manera profesional y la pasta dental > 1000 ppm flúor en casa, por lo menos 2 veces al día.
Norma técnica de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño – MINSA	2017	Promueve un programa de salud bucal con un enfoque preventivo y multidisciplinario. Los promotores de salud y el personal asistencial no odontológico deben ser capaces de identificar las patologías bucales más frecuentes y orientar a los padres con respecto a su prevención.

Fuente: Tomado de Herrera Rojas, N., Vega & Díaz Pizan, M. (2021).

Recientemente el MINSA en Perú; implemento un programa para prevenir caries dental en niños del bicentenario, “Niños y niñas del Bicentenario libres de caries dental”, el cual tiene como objetivo, dentro del corto y mediano plazo, controlar y disminuir la incidencia y prevalencia de la caries dental en la población infantil (MINSA, gob.pe, 2022).

2.2.2 Salud Bucodental

El bienestar bucodental abarca la salud general de la boca y sus estructuras, como labios, encías y paladar. No se trata solo de estar libre de dolor o enfermedades como cáncer bucal, infecciones y caries, sino también de poder realizar funciones esenciales como morder, masticar, sonreír y hablar, lo que afecta nuestro bienestar (MINSA, 2024).

Factores de riesgo

Muchas enfermedades y problemas bucales comparten factores de riesgo que se pueden modificar, como el uso de tabaco y alcohol, y dietas poco saludables altas en azúcares libres. Estos factores son comunes a las cuatro principales enfermedades no transmisibles (ENT): enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias.

Además, se ha comprobado una relación bidireccional entre la diabetes y el desarrollo y progresión de la periodontitis. También se ha establecido una conexión causal entre un alto consumo de azúcar y la diabetes, la obesidad y la caries dental.

- **Desigualdades en salud bucodental:** Las enfermedades bucales afectan más a personas de bajos recursos y socialmente desfavorecidas. Existe una fuerte relación entre el estatus socioeconómico (ingresos, ocupación y educación) y la prevalencia y gravedad de estas enfermedades, una tendencia que persiste desde la infancia hasta la vejez y en todos los niveles de ingresos.
- **Prevención:** La morbilidad por enfermedades bucales y otras no transmisibles puede reducirse mediante medidas de salud pública que aborden los principales factores de riesgo. Estas incluyen mantener una dieta equilibrada baja en azúcares, rica en frutas y verduras, consumir suficiente agua, eliminar el tabaco, reducir el alcohol, y asegurar una

adecuada exposición al flúor y el uso de pasta dentífrica fluorizada (1000 a 1500 ppm) dos veces al día.

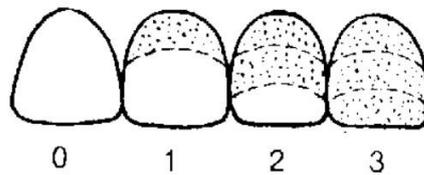
- **Acceso a servicios de salud bucodental:** La distribución desigual de profesionales dentales y la falta de centros adecuados limitan el acceso a la atención primaria bucodental. Además, los altos costos de estos servicios pueden provocar gastos catastróficos, aumentando el riesgo de empobrecimiento y dificultades económicas. (OMS, 2022).

2.2.3 Índice de Higiene Oral

Este Índice es modificado por GREENE & VERMILLION, se usa en estudios epidemiológicos y en la valoración de los programas de educación sobre la Salud Bucal. También evalúa el grado de aseo bucal de un individuo (Barcelona, 2017) y tiene la denominación de Índice de higiene oral simplificado (IHOs), el que consta de dos elementos: un Índice de desechos simplificado (DI-S) y un Índice de cálculo simplificado (CIS). Cada uno se valora en una escala de cero a tres. Para el examen se emplea espejo bucal y explorador dental o sonda periodontal (OMS). Las superficies dentales examinadas son las vestibulares del primer molar superior, derecho e izquierdo, el incisivo central superior, y el incisivo central inferior y las linguales del primer molar inferior, izquierdo y derecho. Cada superficie dental está dividida horizontalmente en tercios gingival, medio e incisal. Para el CI-S (figura 2), se coloca un explorador dental en el tercio incisal del diente y se desplaza hacia el tercio gingival; para el DI-S se observan las pigmentaciones mediante el uso de un agente revelador (figura 1). (Iruretagoyena, s.f., 2020).

Figura 1

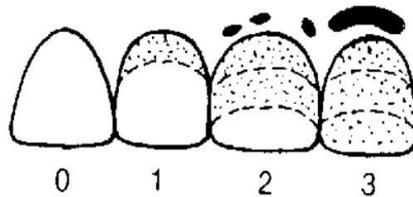
Criterio para calificar los componentes sobre desechos (DI-S)



Fuente: Iruretagoyena, Marcelo Alberto.

Figura 2

Criterio para calificar los componentes sobre cálculo (CI-S)



Fuente: Iruretagoyena, Marcelo Alberto

La calificación OHI-S por persona es el total de las calificaciones DIS y CI-S por sujeto. Y los valores clínicos obtenidos son:

- Óptimo: 0
- Regular: 1
- Malo: 2
- Muy malo: más de 3 (Iruretagoyena, s.f., 2020).

2.2.2. Índice de Knutson

Existe una gran variedad de índices para la medición de la prevalencia de caries, para lo cual se consideraron las características y limitaciones de la población del estudio y teniendo como resultado final el uso del Índice de Knutson, debido a su viabilidad por su sencillez en su aplicación, el corto periodo de tiempo de su registro, es muy económica y finalmente ser aceptado por la comunidad (debido a las características propias del paciente) por lo que no debe ser engorroso ni molesto al momento de su aplicación (Fernández Miralis, 2014).

Este Índice cuantifica los dientes afectados en una población; todos aquellos que presenten uno o más dientes afectados, sin considerar el grado de severidad de la lesión cariosa ni el número de los dientes dañados. Como decir; de 100 personas examinadas, 70 presentan la lesión cariosa, por tanto, se expresa que la prevalencia de caries es del 70% en la población examinada (Fernández Miralis, 2014).

2.2.3. Nivel de conocimientos

Hay varias teorías sobre cómo se adquiere el conocimiento. Algunas son muy importantes y merecen nuestra atención porque nos ayudan a entender cómo las personas aprenden y comprenden el mundo que les rodea. Tipos de conocimientos:

a) Conocimiento cotidiano: Se adquiere a través de la experiencia diaria y se transmite de generación en generación.

b) Conocimiento técnico: Surge de respuestas mundiales a problemas específicos.

c) Conocimiento empírico: Se obtiene de forma casual y carece de un método sistemático.

d) Conocimiento científico: Es altamente eficaz y va más allá de lo empírico, utilizando métodos rigurosos para obtener conocimiento.

Y al hablar de conocimientos sobre salud bucal, se divide el conocimiento sobre medidas preventivas, el conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento sobre desarrollo dental. (Javier, 2022).

2.2.4. Prevalencia de caries

A nivel mundial, casi 2000 millones de individuos tienen caries en sus dientes permanentes, y alrededor de 514 millones de niños están afectados por caries en sus dientes temporales. (Organización Mundial de la Salud, 2022).

2.2.5. Patologías de salud bucal

Las infecciones bucales pueden aumentar el riesgo de varias enfermedades sistémicas, como enfermedades cardíacas, respiratorias, diabetes y problemas durante el embarazo.

Principales enfermedades bucales:

Problemas de tejidos blandos, mucosas, encías y garganta.

- Infección Severa Facial o Periamigdalar
- Gingivoestomatitis
- Faringoamigdalitis estreptocócica
- Candidiasis oral
- Faringoamigdalitis Viral

Caries dentales

- Infección aguda dental
- Infección crónica dental
- Caries poco profunda.

Malformaciones que comprometen la cavidad oral

- Fisura labial y paladar hendido
- Otras malformaciones. (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

2.2.6. Atenciones odontológicas básicas

Intervenciones odontológicas esenciales destinados a preservar y cuidar la salud bucal, con un énfasis en la promoción, la prevención y la recuperación.

Intervenciones odontológicas, tales como:

- Intervención promocional, centradas en fomentar habilidades en la población para mantener y cuidar la salud dental. Ejemplo: consejerías en aspectos relacionados a higiene bucal, dieta saludable y cambio de hábitos nocivos.
- Intervención preventiva, enfocadas en prevenir enfermedades bucales y deben ser promovidas principalmente durante la infancia. Ejemplo: aplicaciones de sellantes en fosas y fisuras y topicaciones de flúor.

- Intervención recuperativa, dirigidas a reducir el impacto negativo y a proporcionar cuidado en situaciones de emergencias odontológicas. Ejemplo: consulta odontológica, restauraciones y exodoncias. (PERSONAS, 2005).

2.2.7. PROGRAMA DE SALUD BUCAL -KOCHIRI

La implementación del programa de salud bucal tiene como propósito mejorar la salud bucal de Kochiri.

Debido a la escasa investigación referidos a la evaluación e implementación de programas de salud bucal y a la limitada intervención de profesionales dedicados a la salud bucal en estas zonas geográficas del país, se presentó un plan de trabajo del programa de salud bucal a las autoridades locales de la región, donde se notó indiferencia en dichos temas por parte de las autoridades, mencionando que los responsables directos de dichas actividades es el MINSA, en este caso la Red de Salud La Convención, que mediante la Microred de Salud Camisea, trabajan en la estrategia de salud bucal, pero revisando las atenciones por consulta externa de lesiones cariosas en el distrito de Megantoni de años pasados al 2021, no se observa una mejora significativa (REUNIS, 2024).

Por lo que se instó en visitar la misma comunidad y presentar el programa a las autoridades de la comunidad; considerando la existencia de regalías procedentes del canon gasífero que la comunidad cuenta (previa gestión) con acceso de requerimientos de diferentes sectores, para este caso el servicio de salud bucal, pudiendo ser solventados en su totalidad.

Al cabo de meses de ajustes y adaptaciones se aprobó el programa; se acondicionó el ambiente (ver apéndice 8) para las actividades y se realizaron los requerimientos de insumos y equipos necesarios para la aplicación del programa. Después se realizó una reunión con toda la población, donde se explicó detalladamente sobre los beneficios, etapas del programa y cuán importante es la disposición de los

participantes, teniendo dificultades en la comunicación lingüística, pero que al final fueron resueltas.

Como acuerdos finales se tuvo: La participación voluntaria de los pobladores, quienes firmaron un permiso de atención, el jefe de la comunidad autorizó las atenciones para la mayoría de los estudiantes, por lo que él fue quien firmó los permisos, en dicho documento se les informa sobre el programa y sus beneficios póstumos y que para ser válida la autorización se pide firma y/o huella digital, apellido y nombre y DNI. (Apéndice 2). El asesor de la comunidad nos brindó un nexa que nos ayudó con la traducción y la mejor comunicación entre paciente y profesional para garantizar el éxito del programa. Dicho personal fue capacitado en temas de salud bucal durante, con maquetas, imágenes y material audiovisual de forma que sea más dinámico y entendible. El traductor es un personal que está a la disposición de la directiva de la comunidad, por lo que sus honorarios van por parte de la directiva. Una vez quedando en acuerdo con los profesores y representantes de los anexos con respecto al cronograma de atención y haciendo algunos cambios en los horarios, se nos proporcionó el listado de la relación total de los alumnos y pobladores de la comunidad.

Se inició las actividades con la etapa de diagnóstico, el cual se desarrolló el mes de octubre a noviembre del 2021, la intervención consistió en la aplicación de un cuestionario inicial muy básico sobre conocimientos de salud bucal y la realización de un odontograma junto con IHOs inicial. Gracias a esta intervención se logró obtener datos iniciales, los cuales fueron usados como base para la aplicación del programa.

El objetivo planteado por el programa es reducir la prevalencia de caries y las malas prácticas de higiene bucal, generando así buenos hábitos de higiene bucal. El cual consistió en una serie de actividades que se realizó en sesiones y a los profesores encargados y dirigentes de cada anexo se les brindó el cronograma (apéndice 7) en donde se

registraron las actividades a realizar, las cuales se han dividido por anexos e instituciones educativas.

El programa consta de atenciones odontológicas basándonos en el odontograma e Índice de higiene oral. Las fichas de atenciones son de limpiezas, curaciones, extracciones y fluorizaciones. Y también consta de cinco sesiones con un tiempo aproximado de 25 minutos (tres sesiones educativas, una sesión demostrativa y un mini teatro) con temas relacionados con los objetivos del programa y para la función teatral se diseñó un mimo con un tema sobre salud bucal para una mejor comprensión en el teatro. Se diseñaron materiales para una mejor captación del tema, se confeccionó un libreto que trata sobre la importancia del cuidado de nuestros dientes creando personajes basados en el tema bucal y teniendo como enseñanza el cuidado de la salud bucal (apéndice 3). Para la realización del mimo (el cual es una técnica más expresiva y adecuada para este caso) se contó con la colaboración de los niños de sexto grado, y gracias a ellos se logró que la población estuviera inmersa en el proceso de interculturalidad y así facilitarnos la llegada a la población respecto al mensaje que se quiso instaurar.

Para finalizar se realizó la etapa de evaluación post implementación del programa, donde se aplicó el cuestionario muy básico sobre conocimientos de salud bucal y la realización de un odontograma junto con IHOs final, claro está que los datos se recolectaron con los mismos parámetros de los datos iniciales. La descripción más detallada se puede encontrar en el apéndice 7 de los anexos.

2.3. Definición de términos básicos

- Caries: es una enfermedad crónica y una de las más prevalentes alrededor del mundo. Su riesgo está influido por factores biológicos, ambientales, conductuales y los relacionados con el estilo de vida, como contar con alto número de bacterias, un inadecuado flujo salival,

mala higiene bucal, deficiente administración de fluoruro y alimentación cariogénica (Castillo, 2021).

- Cepillado dental: es una de las estrategias para controlar las enfermedades más frecuentes de la boca. Eliminando la placa bacteriana de entre los dientes y encías. (Ministerio de Salud, 2007).
- Consulta Odontológica: “Es la entrevista del usuario con el Odontólogo, para definir el estado de salud oral” (Bolivia, 2003).
- Dieta anticariogénica: Es el consumo limitado de alimentos ricos en carbohidratos y bebidas azucaradas (Barcelona, 2017).
- Higiene Bucal: Consiste en modificar la microflora oral para mantener saludables los tejidos periodontales y dentales (Cartolin, 2021). Las personas, sin importar su capacidad, deberían cepillarse los dientes, al menos dos veces al día (JHONATAN, 2017).
- Comunidad nativa: Organización con personería jurídica integrada por un grupo de personas con vínculos ancestrales, que ocupa determinado territorio de la selva amazónica y mantiene sus tradiciones y sus formas de organización. (Diccionario panhispánico del español jurídico, 2020)
- Salud bucodental: definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “la ausencia de dolor bucal o facial, de infecciones o llagas bucales, de enfermedades de las encías, caries, pérdida de dientes y otras patologías o trastornos que limiten la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, y que repercutan en el bienestar psicosocial”.

Capítulo III

Hipótesis y Variables

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

- Hipótesis nula (H₀): La implementación del programa de Salud bucal según la higiene bucal, nivel de conocimientos sobre salud bucal y prevalencia de caries no es eficaz en los pobladores de la comunidad nativa Kochiri – Megantoni en la región Cusco, 2021 - 2022.
- Hipótesis alternativa (H_a): La implementación del programa de Salud bucal según la higiene bucal, nivel de conocimientos sobre salud bucal y prevalencia de caries es eficaz en los pobladores de la comunidad nativa Kochiri – Megantoni en la región Cusco, 2021 - 2022.

3.1.2. Hipótesis específicas

- A. La prevalencia de caries mediante el Índice de Knuston, según sexo, edad, residencia, en los pobladores de Kochiri - Megantoni en la región Cusco, 2021 – 2022 es muy alta antes de la aplicación del programa.
- B. El Nivel de conocimiento sobre Salud Bucal según sexo, edad, residencia, en los pobladores de Kochiri – Megantoni en la región Cusco, 2021 – 2022 es pésimo antes de la aplicación del programa.
- C. El Índice de higiene oral simplificado (IHOs) según sexo, edad, residencia, en los pobladores de Kochiri – Megantoni en la región Cusco, 2021 - 2022 es malo y muy malo antes de la aplicación del programa.

3.2. Operacionalización de variables

3.2.1. Variable independiente (V1)

V1: Programa de Salud Bucal.

3.2.2. Variable dependiente (V2)

V2: Estado de Salud bucal de población Kochiri.

3.2.3. Instrumento

- Ficha de recolección de Datos, fue tomada de un estudio relacionado con el tema de investigación, dicho cuestionario consta de dos partes: datos generales (edad, sexo y residencia) y la segunda parte contiene cuatro preguntas para medir los conocimientos sobre Salud Bucal. Apéndice 3.
- Odontograma, fue tomada la del MINSA, la cual se llenó con las consideraciones adecuadas. Apéndice 4.

Los instrumentos se usaron antes y después de la aplicación del programa de salud bucal.

3.2.4. Matriz de operacionalización de variables

La operacionalización de las variables se establece de acuerdo con la siguiente identificación y tabla N°3.

Tabla 3

Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES	TÉCNICA
Programa de salud bucal.	Conjunto de intervenciones, estrategias y actividades para mejorar las condiciones de salud bucal.	Sesiones preventivo promocionales y recuperativas.	Independiente	Nominal	Verificación de la aplicación del programa.	Sesiones educativas, Atenciones preventivas y recuperativas
Salud bucal de los pobladores.	Salud bucal no se trata solo de estar libre de dolor o enfermedad	Prevalencia de caries	Dependiente	Nominal	Presencia de caries o no.	Índice de Knutson, donde: SI: 1 NO: 0
		Higiene oral		Ordinal	Grado de prácticas	IHOs, donde:

	des bucales, sino también de poder realizar funciones esenciales como morder, masticar, sonreír y hablar.				de higiene oral.	Optimo: 0 Regular: 1 Malo: 2 Muy malo: 3
		Conocimientos sobre salud bucal		Ordinal	-Para que nos sirven los dientes -Cuántas veces debemos cepillarnos los dientes -Que usas para lavarte los dientes -Cantidad de pasta dental.	Cuestionarios de 4 preguntas, donde: Excelente: 4 Bueno: 3 Regular: 2 Malo: 1 Pésimo: 0

Fuente: Elaboración propia.

Capítulo IV

Metodología del Estudio

4.1. Método, Tipo o alcance de investigación

4.1.1. Método

Método cuantitativo.

4.1.2. Tipo o alcance

La investigación realizada tiene características del tipo: operacional, aplicado, prospectivo, longitudinal, comparativo (Sampieri, 2014).

4.2. Diseño de la investigación

El lugar donde se realizó el estudio tuvo dificultades éticas y culturales, limitaciones prácticas, problemas logísticos y conductuales, los que imposibilitaron la aleatorización de la muestra y poder implementar al menos un grupo control para la investigación. En consecuencia, se optó por realizar un diseño pre experimental (Sampieri, 2014). Y comparativo, donde se compara la variable dependiente antes y después de la aplicación de la variable independiente (programa) y a si observar la el resultado.

Esquema del diseño:

Modelo pre experimental sin grupo control con “diseño pretest- postest con un solo grupo”.

G = O1 - X - O2

Dónde:

O1= antes de aplicación del programa

X= aplicación del programa de salud bucal

O2= después de aplicación del programa

Inferencia positiva: para tener buena salud oral o un buen resultado del programa, la población debe tener implementado el programa de salud bucal y que dicho programa, tenga como resultado una buena salud oral de la población.

Inferencia negativa: Si tienes un mal programa de salud bucal, se va a tener mala salud bucal de la población.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

La población se conformó por 329 personas, entre mujeres y varones, en la comunidad nativa Kochiri – Megantoni en la región Cusco.

4.3.2. Muestra

La muestra del estudio fue no aleatoria por conveniencia, la cual estuvo constituida por 238 pobladores de la comunidad que acudieron a consulta, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

A. Criterios de inclusión

Los participantes, que fueron considerados dentro del estudio como unidades de muestreo, cumplieron con los siguientes criterios:

- Ser pobladores de la comunidad nativa.
- Poblador examinado anticipadamente.
- Poblador que acepte participar en el estudio.
- Poblador que radique cerca del establecimiento de salud (menos de 3 horas).

B. Criterios de exclusión

Los participantes que presentaron alguno de los criterios listados a continuación, no fueron considerados como unidades de muestreo del estudio:

- No ser poblador de la comunidad.
- Ser menor de 6 años o mayor de 60 años.
- Que no acepten participar en el estudio.
- Vivir a más de 3 horas del centro de salud odontológico.

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Proceso de recolección de datos

Fueron consideradas las siguientes etapas:

Etapa 1: Solicitudes y ajustes.

- Se solicitó a la Escuela de Postgrado la carta de presentación respectiva para ser remitida a la autoridad competente de la comunidad en la que se establecerá la investigación. (apéndice 5).
- Adaptación del programa de salud bucal al contexto sociocultural (apéndice 8).
- Se solicitó a las autoridades de las instituciones educativas (inicial y primaria) la nómina de los estudiantes y a el jefe de la comunidad el padrón de los pobladores de los diferentes anexos. Después se entregó el plan de actividades del programa (apéndice 6) a las autoridades correspondientes.
- Se conoció las instalaciones del ambiente acondicionado para la ejecución del programa, al mismo tiempo de verificar la funcionalidad y cantidad adecuada de los insumos y equipos requeridos previamente.
- Verificación de la cantidad y calidad de fichas odontológicas, cuestionarios de salud y permisos de atención (apéndice 2).
- Con el apoyo del interprete se logró concientizar a la población y así aceptaron la participación en el programa mediante su firma y huella e la ficha de autorización.

Etapa 2: fase diagnostica.

- Recolección de datos mediante la ficha odontológica y un cuestionario a cada asistente, para recopilar los datos complementarios respecto a Índice de higiene oral, nivel de conocimiento sobre salud bucal y prevalencia de caries (apéndice 3 y 4).

Etapa 3: Intervención propiamente dicha.

- Atenciones odontológicas (preventivas y restaurativas).
- Charlas educativas y demostrativas (apéndice 7 y 8).
- Recomendaciones sobre la alimentación y técnicas de higiene bucal (apéndice 7).

Etapa 4: fase de evaluación.

- Determinación del índice de higiene oral final, desarrollo del cuestionario post intervención y el llenado de odontograma final.

Etapa 5: Análisis de datos.

- elaboración de una base de datos en office Excel registrando los datos del Índice de caries, Índice de higiene oral y nivel de conocimientos sobre salud bucal (pre y post programa).

Técnicas de procesamiento

Se trató de un muestreo no probabilístico porque cada unidad de análisis fue seleccionada por conveniencia, de acuerdo con la asistencia de cada poblador al establecimiento, quienes autorizaron su participación mediante un permiso de atención, y después responder un cuestionario sobre nivel de conocimientos sobre salud bucal y ser registrados en la base de datos junto con sus odontogramas, dichos procedimientos se realizaron con maquetas e imágenes didácticas y debido a la limitación del idioma en la comunicación se tuvo la ayuda del traductor de la comunidad, quien fue un intermediario entre la comunicación del poblador y el investigador. Dichos datos fueron subidos a un Excel y SPSS donde se analizaron los resultados obtenidos.

Técnica de análisis de datos

Primero se realizó una Prueba de Kolmogorov-Smirnov, para verificar si las puntuaciones de la muestra siguen o no una distribución normal.

Tabla 4*Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra*

		total
N		476
Parámetros normales ^{a,b}	Media	4.8025
	Desviación estándar	1.20651
Máximas diferencias extremas	Absoluta	.174
	Positivo	.161
	Negativo	-.174
Estadístico de prueba		.174
Sig. asintótica (bilateral)		,000 ^c

- a. La distribución de prueba es normal.
- b. Se calcula a partir de datos.
- c. Corrección de significación de Lilliefors.

El p-valor (Sig. Asintótica (bilateral) = 0.000) indica que debe rechazarse la hipótesis H_0 de normalidad, de forma que los datos evaluados no se distribuyen normalmente, por lo tanto, se utilizó una prueba no paramétrica.

Tabla 5*Rango de promedio y suma de rangos.*

CONDICIÓN	N°	RANGO PROMEDIO	SUMA DE RANGOS
Pre programa	238	132.59	31557.00
Post programa	238	344.41	81969.00
Total	476		

Nota: elaboración propia.

En la presente tabla se han considerado dos variantes, una pre intervención y una post intervención, en ambos grupos se consideraron 238 participantes.

El rango promedio de los dos grupos debería ser aproximadamente igual, pero en el cuadro se observa que hay una diferencia de alrededor de 132 (344.41 menos 132.59). siendo mayor el del post programa.

Tabla 6

Estadísticos de prueba^a

Nivel de confianza	95%
U de Mann-Whitney	3116.000
W de Wilcoxon	31557.000
Z	-17.273
Sig. Asintótica (bilateral)	.000
a. Variable de agrupación: condición	

Nota: elaboración propia.

SPSS calcula dos estadísticos: U de Mann-Whitney y W de Wilcoxon, como ambos estadísticos son equivalentes SPSS muestra un único valor de p-valor (Sig. Asintótica (bilateral) de .000). Además, en el cálculo de dicho p-valor aplica una aproximación a la distribución normal, la cual sólo es válida para este estudio.

El p-valor asociado al contraste, 0.000, nos conduce a rechazar la hipótesis nula (H_0), aceptando la hipótesis alterna (H_a), que consiste en: La implementación del programa de Salud bucal según la higiene bucal, nivel de conocimientos sobre salud bucal y prevalencia de caries es eficaz en los pobladores de la comunidad nativa Kochiri – Megantoni en la región Cusco, 2021 - 2022. por tanto, es eficaz.

4.5. Criterios éticos

El desarrollo de toda la investigación estuvo alineado a los principios éticos de Helsinki y aquellas consideraciones médicas humanas.

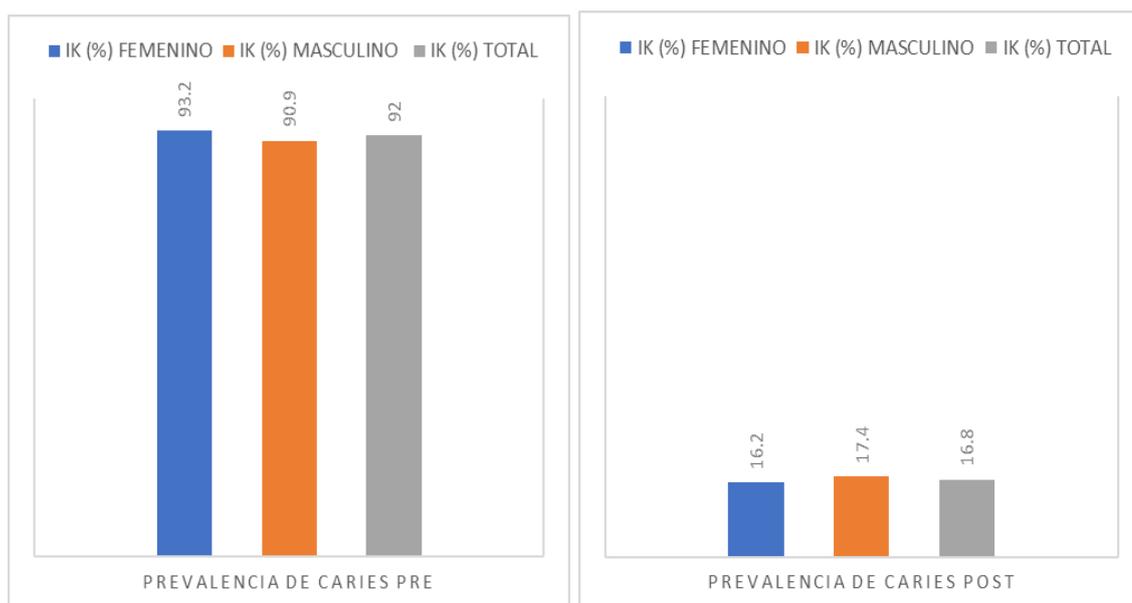
Se garantizó la protección de la persona, respetando su identidad, dignidad y privacidad (mediante el uso de la ficha de permiso de atención, el cual fue elaborado por el investigador), para así propiciar la integridad y bienestar de los participantes (apéndice 2).

Se garantiza la veracidad de la información y se ha respetado la propiedad intelectual de los diferentes autores, citando adecuadamente las referencias bibliográficas, de acuerdo con los principios del reglamento de propiedad intelectual.

Capítulo V Resultados

5.1. Resultados y análisis

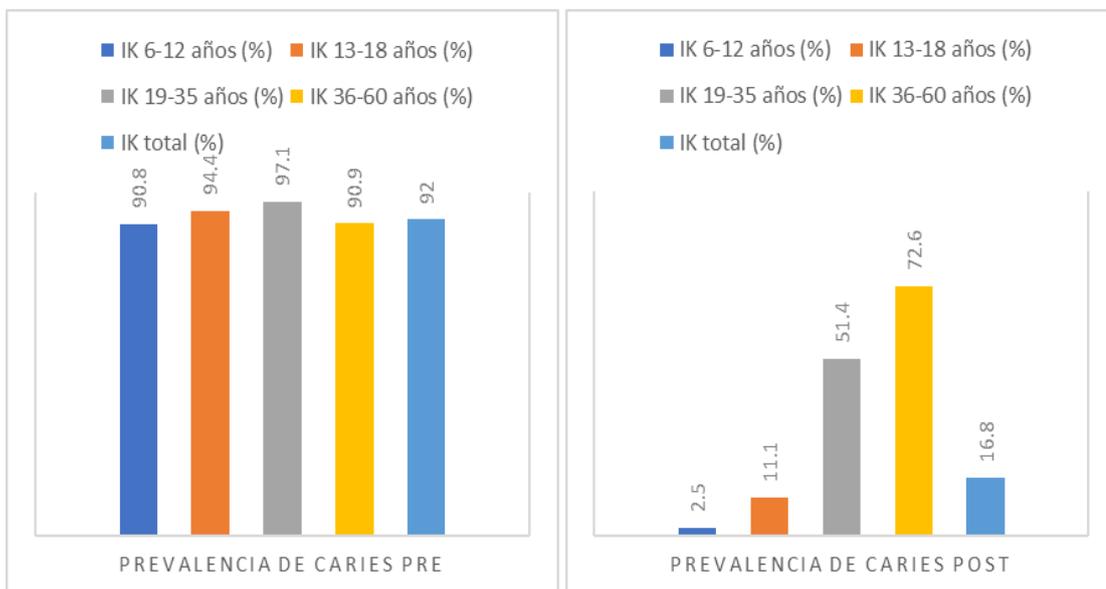
Figura 1. Prevalencia de caries según el sexo. PRE y POST programa.



Nota: IK corresponde al Índice de KNUTSON el cual mide la prevalencia de caries en una población.

El gráfico nos muestra que antes de la aplicación del programa de salud bucal, la prevalencia de caries según el sexo era más del 90%. Posterior a la implementación del programa, se muestra que esta prevalencia de caries disminuyó a un 16.8% en ambos sexos, demostrando una notable disminución en la prevalencia de caries con la implementación del programa de salud bucal.

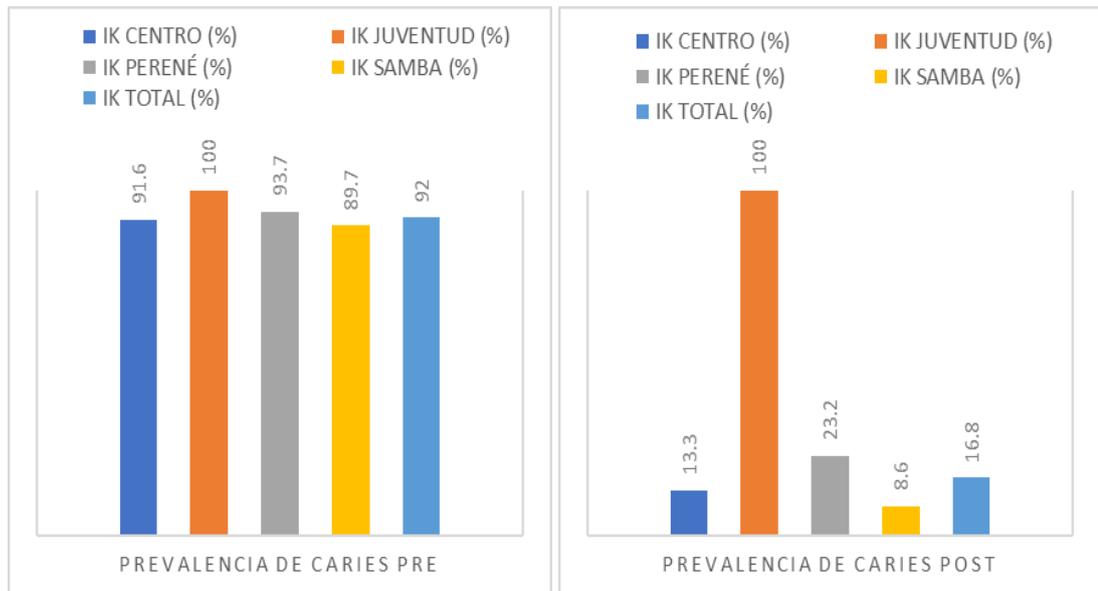
Figura 2. Prevalencia de caries según el rango de edad. PRE y POST programa.



Nota: IK corresponde al Índice de KNUTSON el cual mide la prevalencia de caries en una población.

Los resultados obtenidos muestran que en el pre programa de salud bucal, la prevalencia de caries según el rango de edad fue más del 90 %, y post programa muestra que esta prevalencia de caries disminuyó significativamente en el rango de edad de 6 a 12 años (2.5 %), lo que no se observó con el rango de 36 a 60 años (72,6 %). Lo que podría demostrar que los mejores resultados se obtienen cuando se trabaja con la población infantil.

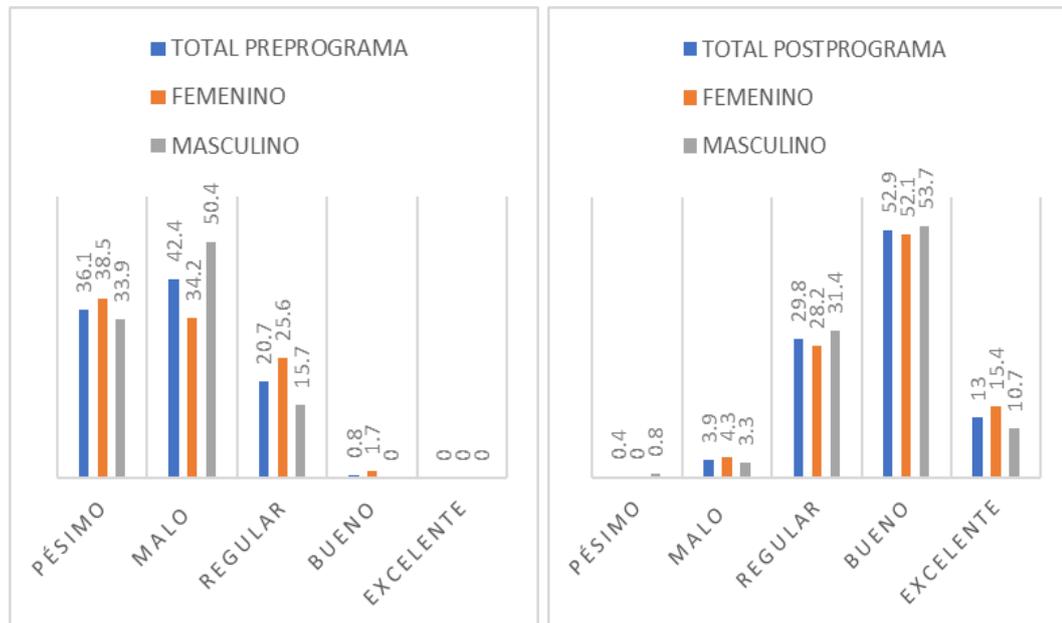
Figura 3. Prevalencia de caries según residencia. PRE y POST programa.



Nota: IK corresponde al Índice de KNUTSON el cual mide la prevalencia de caries en una población.

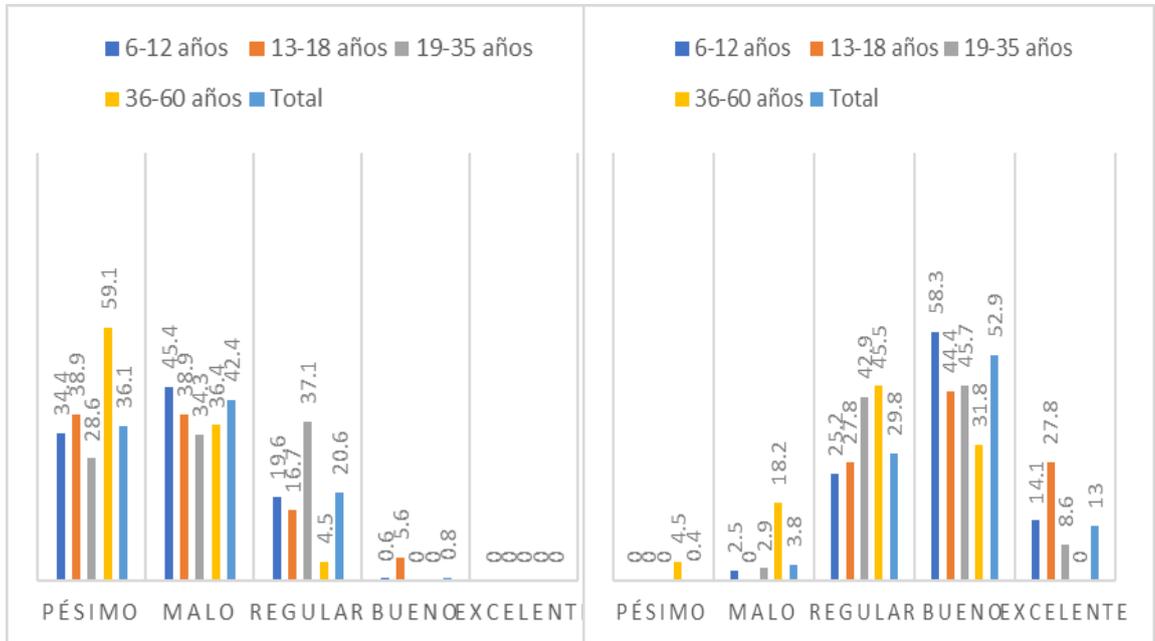
Los resultados obtenidos muestran que en el pre programa de salud bucal, la prevalencia de caries según residencia fue más del 90%, siendo en su totalidad en Juventud el 100% que fue integrada por dos pobladores, y el post programa muestra que esta prevalencia de caries disminuyó significativamente en Samba (8.6%) y lo que no pasó con Juventud (100%). Lo que podría demostrar que los mejores resultados se obtienen cuando se trabaja en conjunto con los dirigentes de cada barrio. Y que es de importancia la distancia (lejanía) de los barrios para la eficacia del programa, recalcando que Juventud es uno de los barrios más alejados del Establecimiento de Odontología.

Figura 4. Nivel de conocimiento según el sexo. PRE y POST programa.



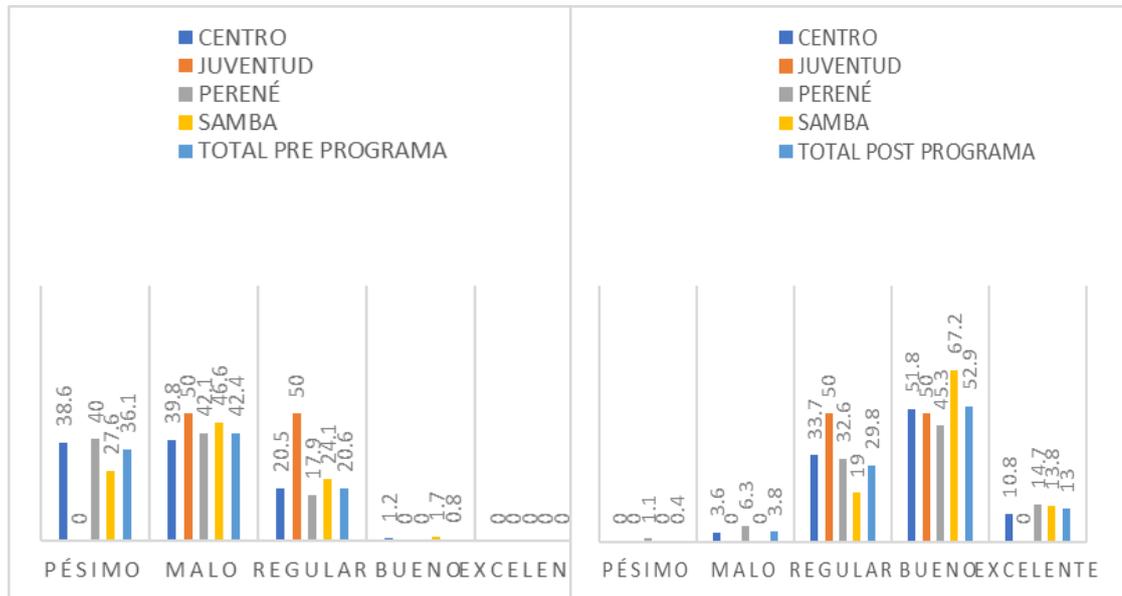
Nota: Los resultados obtenidos demuestran que antes de la aplicación del programa de salud bucal, el nivel de conocimiento según el sexo era pésimo y malo en su mayoría y post programa pasaron a tener un nivel de conocimiento regular, bueno y excelente en ambos sexos. Lo que demuestra que el nivel de conocimientos de los pobladores de Kochiri mejoró en ambos sexos.

Figura 5. Nivel de conocimiento según rango de edad. PRE y POST programa.



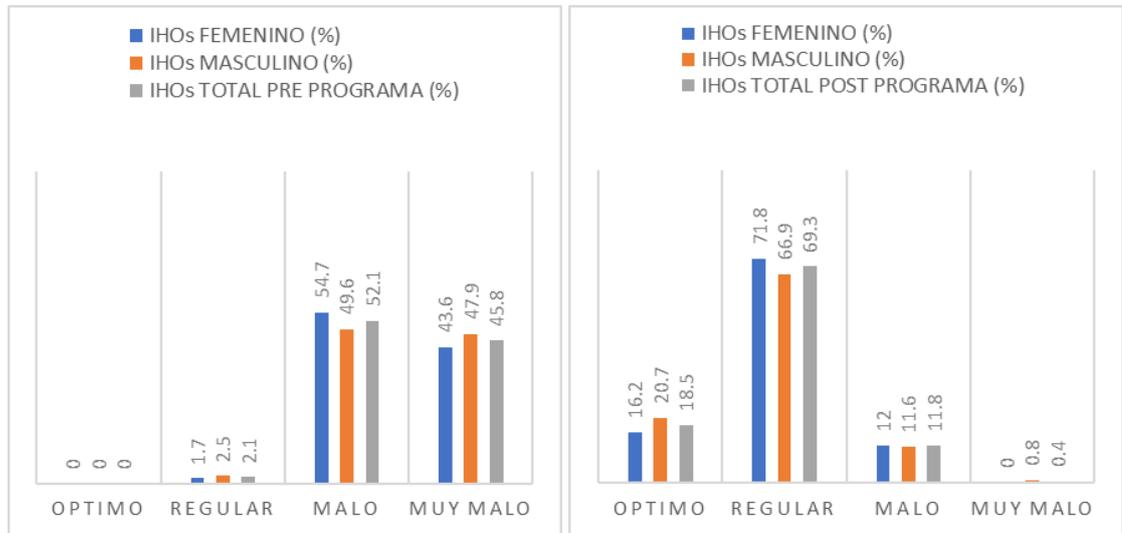
Nota: Los resultados obtenidos demuestran que antes de la aplicación del programa de salud bucal, el nivel de conocimiento según el rango de edad era pésimo, malo y regular en su mayoría, y post programa pasaron a tener un nivel de conocimiento regular, bueno y excelente. Teniendo mayor evidencia en el rango de edad de 6 a 12 años y 13 a 18 años. Lo que demuestra que el nivel de conocimientos de los pobladores de Kochiri según el rango de edad mejoró en (describir en qué grupos etarios hubo mayor mejoría, y en cuáles no hubo tanta mejoría).

Figura 6. Nivel de conocimiento según residencia



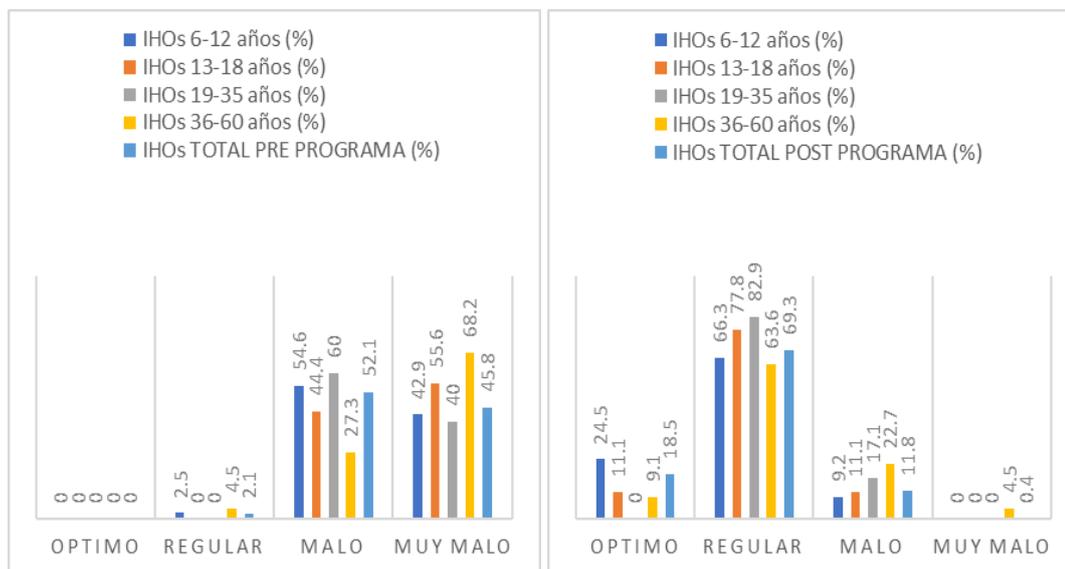
Nota: Los resultados obtenidos muestran que el nivel de conocimiento de salud bucal según su residencia antes de la aplicación del programa de salud bucal era pésimo y malo en su mayoría, mejorando post aplicación del programa dicho nivel de conocimiento sobre salud bucal, evidenciándose de mejor forma en Samba y Centro. Lo que demuestra que el nivel de conocimientos de salud bucal de los pobladores de Kochiri, según residencia, mejoró. Por lo que se asevera que la mejoría depende del lugar de residencia (mientras el poblador resida más cercano al establecimiento odontológico, existirá una eficacia positiva del programa).

Figura 7. Índice de higiene oral simplificado (IHOs) según el sexo



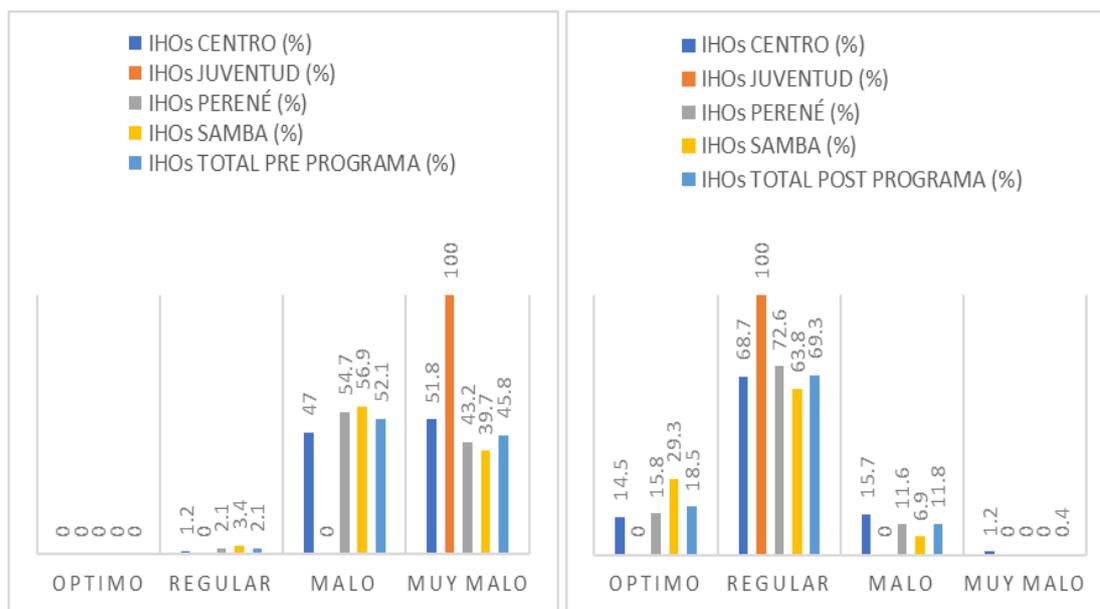
Nota: Los resultados muestran que el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOs) según el sexo, pre realización del programa de salud bucal, era malo y muy malo en su mayoría, mejorando dicho índice post implementación del programa, notándose que solo hubo un poblador de sexo masculino que no mejoró el IHOs.

Figura 8. Índice de higiene oral simplificado (IHOs) según rango de edad



Nota: Los resultados muestran que el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOs) según el rango de edad antes de la aplicación del programa de salud bucal, era malo y muy malo en su mayoría, mejorando post aplicación del programa a índice óptimo y regular. Lo que demuestra que el IHOs de casi todos los pobladores de Kochiri mejoró, excepto en un poblador que pertenece al rango de edad de 36 a 60 años.

Figura 9. Índice de higiene oral simplificado (IHOs) según residencia



Nota: Los resultados obtenidos muestran que el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOs) según su residencia, pre programa de salud bucal, era malo y muy malo en su mayoría, mejorando post aplicación del programa de salud bucal a un índice óptimo y regular. Lo que demuestra que el IHOS de casi todos los pobladores de Kochiri mejoró, excepto en un poblador de Centro el que quedó con un IHOs de muy malo.

5.2. Discusión de Resultados

La investigación se realizó en la comunidad nativa Kochiri, provincia La Convención región Cusco. El programa de salud bucal se ajustó con un enfoque intercultural según las características de la población local (véase apéndice 8), permitiendo la realización de charlas, sesiones educativas y una representación teatral. Esto generó interés en la población objetivo y produjo resultados positivos y alentadores, respetando la cultura, tradiciones y formas de pensar, tal como mencionó Tsai y col (2017) y Rojas (2019), quién presentó una propuesta para la problemática de Salud Bucal de Poblaciones Indígenas, brindando un aporte innovador hacia la concepción de un modelo de atención de salud bucal intercultural reflejado en la relación entre la medicina tradicional y la medicina occidental.

Los estudios de De Morais (2020), Manso y col. (2021) y Núñez (2023) muestran resultados positivos similares al del presente estudio sobre la eficacia de la implementación del programa en la comunidad nativa Kochiri – Megantoni, Cusco. Estos hallazgos destacan la eficacia de la implementación del programa en términos de higiene bucal, conocimientos y prevalencia de caries, atribuyendo el éxito a la participación comunitaria y al enfoque intercultural del programa, como también los sugieren Rojas (2019) y Tsai y col (2017). Tsai y su equipo, en una revisión sistemática de programas de salud bucal en poblaciones indígenas en todo el mundo, encontraron que 16 de los 19 estudios tuvieron resultados positivos, alineándose con el estudio. además, durante la pandemia del COVID -19, Villaseca (2021) observó que el programa virtual de salud bucal también tuvo impacto positivo, mejorando la salud bucal durante la crisis sanitaria.

Las principales enfermedades bucodentales siguen en aumento a nivel mundial, afectando a más del 50% de la población, especialmente a personas de bajos recursos y con acceso limitado a servicios de salud, como las comunidades nativas y campesinas. Estudios internacionales respaldan esta tendencia: Días y col (2014), encontraron una alta prevalencia de caries en la colonia indígena Maká en Paraguay y Parker y col (2016) concluyeron que los adultos indígenas en zonas rurales presentan altos niveles de problemas de salud bucodental.

Los estudios de enfermedades bucales en comunidades nativas Perú son limitados. Por ejemplo, Vázquez (2022) encontró una prevalencia moderada de caries en gestantes de la comunidad nativa de Huampami. Barriga (2018), en el hospital de Quillabamba, reportó una prevalencia de caries del 91.9%. Dado que la prevalencia general de caries en Perú es alrededor del 85%, las comunidades nativas, campesinas y rurales también enfrentan este problema, como lo mostró de Laquihuanaco y Lizarme (2017) con un 88.8% en la comunidad campesina de Panpipata. El presente estudio, que reporta una prevalencia de caries superior al 90% antes de la aplicación del programa, está en línea con estos hallazgos.

El conocimiento en salud bucal varía entre investigaciones. Vásquez (2022), encontró un nivel de conocimiento bajo y moderado en gestantes de la comunidad nativa Huampami. En el presente estudio, antes de la intervención, el conocimiento sobre salud bucal iba de “pésimo a mal, posiblemente debido a factores como el acceso limitado a servicios de salud, falta de cirujanos dentistas, deficiente educación en salud, junto con las barreras geográficas, culturales, económicas, lingüísticas y la falta de servicios básicos de saneamiento y energía eléctrica o simplemente a la inexistencia de la promoción sobre importancia de tener una adecuada salud bucal. Tras la implementación del programa, el conocimientos mejoró niveles regulares y buenos, similar a lo observado por Núñez (2023), quien reportó que el 64% de los participantes incrementaron su conocimiento después de aplicar el programa.

Días y col (2014) encontraron que el 75% de la población estudiada tenía una higiene oral deficiente. De manera similar, antes de aplicar del programa en el presente estudio, el índice de higiene oral simplificado (IHOs) en la población Kochiri fue malo (52%) y muy malo (49%). Sin embargo, después de la implementación del programa, la higiene oral mejoró. Núñez (2023) también reporta que el 100% de la población mejoró su higiene bucal tras la intervención..

En Perú, aunque hay numerosos estudios sobre la implementación de programas de salud bucal, los que se enfocan en poblaciones nativas son escasos.

Sin embargo, la investigación en Kochiri ha sido exitosa gracias al compromiso de las autoridades y líderes comunitarios. Los resultados indican que la participación activa de familias, autoridades y responsables locales tiene un impacto positivo, aunque hubo barreras para cumplir con las pautas recomendadas. Según De Morais (2020) y Rojas (2019), los resultados podrían mejorar con una gestión intercultural por parte de los agentes involucrados.

Conclusiones

1. Sí es eficaz la implementación del programa de Salud bucal según la higiene bucal, nivel de conocimientos sobre salud bucal y prevalencia de caries en los pobladores de la comunidad nativa Kochiri – Megantoni en la región Cusco, 2021-2022.
2. Sí es eficaz la implementación del programa de Salud bucal en función de la prevalencia de caries pre y post programa mediante el índice de Knuston, según sexo, edad y residencia, en los pobladores de Kochiri – Megantoni en la región Cusco, 2021 – 2022.
3. Sí es eficaz la implementación del programa de Salud bucal en función del Nivel de conocimiento de Salud bucal pre y post programa, según sexo, edad y residencia, en los pobladores de Kochiri – Megantoni en la región Cusco, 2021 – 2022.
4. Sí es eficaz la implementación del programa de Salud bucal en función del Índice de higiene oral simplificado (IHOs) pre y post programa, según sexo, edad y residencia, en los pobladores de Kochiri – Megantoni en la región Cusco, 2021 – 2022.

Recomendaciones

1. Se recomienda expandir la implementación a diferentes contextos, considerando el enfoque intercultural de cada área, con el fin de mejorar la salud bucal de un mayor número de personas. Esto hacerse en consonancia con las directrices actuales de la OMS, que establecen que la estrategia mundial sobre la salud bucodental, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud, busca alcanzar la cobertura sanitaria universal para la salud bucodental de todos los individuos y comunidades antes de 2030.
2. Se recomienda a las autoridades locales que celebren reuniones con los responsables de los Establecimientos de Salud y las autoridades municipales. De esta manera, a través de una colaboración efectiva, se podrá fortalecer el sector de Salud bucal en Kochiri de manera sostenible y obtener resultados positivos en el bienestar de la comunidad.
3. Se recomienda a las autoridades comunitarias, docentes y Establecimientos de Salud más cercanos, realicen evaluaciones continuas a la población de Kochiri respecto a su salud bucal, con el fin de mantener y materializar en el tiempo los conocimientos adquiridos durante la aplicación del programa.
4. Se recomienda brindar formación en estrategias educativas con enfoque intercultural a los profesionales de salud para fortalecer sus actividades y atenciones, con el objetivo de mejorar la calidad del servicio. Estas estrategias deben basarse en el estado de salud bucal de la población.

Referencias Bibliográficas

- Alan Neill, D. y Cortez Suarez, L. (2018). Procesos y Fundamentación de la Investigación Científica. Universidad Técnica de Machala.
<http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14231/1/Cap.3Niveles%20del%20conocimiento.pdf>
- Alanoca Cruz, D. (2023). *Efecto de un programa de intervención educativa en el nivel de conocimiento y comportamiento sobre higiene bucal en niños de la Institución Educativa 40676 La Mansión de Socabaya* [Tesis de Pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio de la Universidad Católica de Santa María.
- Alcalde Carillo, A. (2023). *Gestión de la salud bucal y calidad de atención del servicio de odontología de un hospital de Cajamarca*. [tesis de Maestría, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio de la Universidad Cesar Vallejo.
- Arias, F.G. (2012). *El proyecto de la investigación introducción a la metodología científica*. (6ta ed.). Editorial Episteme.
<https://abacoenred.org/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf-1.pdf>
- Barcelona, A. M. (2017, 6 de julio). *Dieta Saludable para prevenir las Caries*.
<https://www.ameasistencia.com/noticias/salud-dietapara-prevenir-caries>
- Barzelay, Michael, (2001), "La Nueva Gerencia Pública, Un ensayo bibliográfico para estudiosos de Latinoamérica y (otros)", CLAD Reforma y Democracia, 19.
- Blanco, P., Ayala, V., Tamayo, R. y Ortiz, B. (2021). *Efectividad De Un Programa de Salud Bucal dirigido al personal a Cargo del Adulto mayor y personas con movilidad reducida durante El Año 2021*. E-ISSN, volumen (2619-6301),14.
- Barriga Bolaños, J. (2018). *Prevalencia y grado de severidad de la caries según el índice Cast en pacientes pertenecientes al SIS del hospital de Quillabamba*. [tesis de Pregrado, UAC]. Repositorio de la Universidad Andina del Cusco.
<https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/1809>
- Bueno Alegría, J., Gutiérrez Rojojaime, F. y Guerrero Castellón, M. (2019). Índice CPOD y ceo-d de estudiantes de una escuela primaria de la ciudad de Tepic, Nayarit. *REVISTA LATINOAMERICANA DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRIA*. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2019/art-17/>

- Cabre, B.R. (2012). *Diseños cuasiexperimentales y longitudinales*. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/30783/1/D.%20cuasi%20y%20longitudinales.pdf>
- Carranza, N. (1998). Epidemiología de los trastornos gingival y periodontal. Edit. Mac Graw-Hill. *Periodontología Clínica*. Capítulo 5. (pp. 73).
- Claudia Burgis, J. F. (2016). *Salud bucal en nativos Maká de 12 a 15 años, Mariano Roque Alonso, Paraguay*. Revista Odontopediátrica, 20-36.
- De Morais, W. (2020). *Programa Brasil Sonriente Indígena: análisis del cuidado de la salud bucal y su eficacia en la sede del DSEI alto Río Negro en el periodo entre 2008 y 2018* [Tesis de doctorado, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales]. Repositorio Académico UCES. <http://dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/handle/123456789/5884>
- Delgado Aguilar, S. (2022). *Entendimiento sobre salud bucal en escolares de primaria del I.E. N°18255 Leoncio Prado empleando sesiones educativas a través de teleodontología, Chachapoyas – Amazonas* [Tesis de Pregrado, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio de la Universidad Norbert Wiener.
- Delgado Guerreros, E. (2021). *Efectividad de un programa preventivo de salud bucal en niños de la casa hogar Villa Martha Pachacamac 2021* [Tesis de Pregrado, Universidad Alas Peruanas]. Repositorio de la Universidad Alas Peruanas.
- Díaz C., Perez N. & Ferreira M. (2016). Evaluación de la salud oral en nativos de la comunidad Maká. *Revista del Nacional (Itauguá)*. 6(2). http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742014000200003
- Diccionario panhispánico del español jurídico*. (2020). <https://dpej.rae.es/lema/comunidad-nativa>
- Dimock, Marshall (1939), "The Study of Administration", in *The American political Science Review*, USA, vol, 31.
- Dirección General De salud de las personas. (2005). Norma técnica: *Atenciones odontológicas básicas en poblaciones excluidas y dispersas*. Ministerio de Salud. https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1095_DGSP186.pdf
- Escriba, J. D. (s.f.). "diseño de un programa de salud bucal para la disminución de la formación de placa bacteriana relacionado a los hábitos higiénicos"

dietéticos, en estudiantes del i.e. tungasuca". [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Federico Villareal] Repositorio institucional de la Universidad Nacional Federico Villareal.

Escuela Nacional de Administración Pública. (2021). Gestión Pública con enfoque intercultural: *la discriminación étnico-racional en el Perú*. Ministerio de Cultura. Española RA. Real Academia Española. (2023, 10 de septiembre). RAE.

<https://dle.rae.es/prevenci%C3%B3n?m=form>.

Explore Perú. centros poblados del Perú. (2022). DePeru.com. <https://www.deperu.com/centrospoblados/kochiri-44966>

FDI & IADR. WHA72 - Follow-Up to the High-Level Meeting on NCDs. (2019). Available online at: <https://www.fdiworldental.org/wha72-follow-highlevel-meeting-ncds>

Fleites Did et al. (2022). *Efectividad de un programa educativo sobre salud bucodental dirigido a familiares de niños en grado preescolar*. Revista Scielo, 26(4).

Flores Ramos, F. (2023). *Programa Preventivo de Higiene Oral para mejorar la Salud Bucal en Gestantes del Centro de Salud Catache* [Tesis de Maestría, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio de la Universidad Señor de Sipán.

Guarniz, I. (2020). *Intervención Educativa en el Nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares de la I.E. La Cantera en tiempos de Covid-19*. UPAO. Trujillo.

Gómez, E. (2021). Nivel de conocimiento sobre salud bucal de padres en centros educativos inicial primaria en comunidades indígenas del Río Nanay, marzo-julio 2021. [Tesis de pregrado, UCP]. Repositorio de la Universidad Científica del Perú. <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/1695>

Gonzales Cajchaya, G. (2023). *Impacto del nivel de conocimiento sobre la higiene oral en la calidad de vida relacionada a la salud bucal de los efectivos policiales de la región Arequipa*. [Tesis de Maestría, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio de la Universidad Católica de Santa María. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/a88c77b0-b58e-4a32-b002-2c2e2f9298e8>

Guerra, C. *Promoción y Prevención de la Salud Oral en Población Infantil de Zona*

- Rural Santa Ana, Municipio de Imués Nariño*. [Trabajo de Grado para Optar al Título de Especialista en Promoción y Comunicación para la Salud]. Medellín: Universidad CES, 2022.
- Hernández, S. R. (2014). Metodología de la investigación (6ta ed.). Editorial McGraw Hill. <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
- Iruretagoyena, M. A. (s.f.). *Salud dental para todos*. <https://www.sdpt.net/ID/indicesimplificadohigieneoral.htm>
- Israel, M., Ruiz, C., Gispert, A. (2019). *Efectividad de un Programa Educativo de Salud Bucal en Niños De La Institución Nacional Agropecuario 57 – Distrito Padre Felipe Luyando, Lima*. Scielo, volumen (26),4. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930432022000400835
- Jiménez Iglesias, J. (2018). Factores influyentes de la higiene bucodental en adultos. *Publicaciones didácticas*, 92(590), 5-11. <https://core.ac.uk/download/pdf/235854146.pdf>
- Kassebaum, N. J., Smith, A., Bernabé, E., Fleming, T. D., Reynolds, A. E., Vos, T., Murray, C., Marcenes, W., & GBD 2015 Oral Health Collaborators (2017). Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *Journal of dental research*, 96(4), 380 - 387. <https://doi.org/10.1177/0022034517693566>
- Luis Andrade Ciudad, R. H. (2018). Activismo, derechos lingüísticos e ideologías: la traducción e interpretación en lenguas originarias en el Perú. *INDIANA*, 139-163.
- León García, Z. y Aguirre Gavilán D.V. (2023). *Higiene oral asociado a la calidad de vida en gestantes atendidas en el centro de salud Vista Alegre, Ayacucho-2023* [Tesis de Pregrado, Universidad Continental], Universidad Continental.
- Macedo, J. (s.f.). *problemática de la salud en los pueblos amazónicos*. <https://www2.congreso.gob.pe/Sicr/GrupParlamentarios/indigena.nsf/vf08we>

[b/6DE4E904CFB20F6905257674007F2CB5/\\$FILE/Art.PIACongr.JoseMacedo.pdf](https://b/6DE4E904CFB20F6905257674007F2CB5/$FILE/Art.PIACongr.JoseMacedo.pdf)

Manso, D. (2021). *Salud Bucal en escolares de 5to grado* [Simposio]. X Simposio Visión Salud Bucal: IX Taller sobre Cáncer Bucal, Sancti Spíritus, Cuba.

<https://orcid.org/0000-0001-5523-0178>

Málaga Camasca, I. (2020) *Efectividad de un programa educativo de salud bucal en niños de la institución nacional agropecuaria 57 - distrito padre Felipe luyando - naranjillo - tingo maría, 2017* [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

Mayorga Ponce R., Graciano Ventura D., y Hernández A. (2022). Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo: Cuadro comparativo de Análisis Paramétrico y No Paramétrico. <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/9143-Manuscrito-51911-1-10-20220512.pdf>

Mendoza Barreto, F. M. (s.f.). (2020). *Costo-beneficio y costo-efectividad de programas preventivos de salud bucal en instituciones educativas, 2017* [tesis de Maestría, Universidad Peruana los Andes]. Universidad Peruana los Andes.

Meneses, G. A. (2017). Problemática actual en salud bucal en el Perú. *Postgrado Scientiarvm*, 5558.

Ministerio de Cultura. Base de datos de pueblos indígenas u originarios. BDPI. <https://bdpi.cultura.gob.pe/localidades/kochiri>

Ministerio de Salud. Módulo de Promoción de la Salud Bucal Higiene Oral Lima: ©MINSa; 2013

Ministerio de Salud. (2021, 4 de diciembre). Caries, Gingivitis y periodontitis se presentan con mayor prevalencia entre 3 y 15 años. Andina.

<https://andina.pe/agencia/noticia-caries-gingivitis-y-periodontitis-se-presentan-mayor-prevalencia-entre-3-y-15-anos-872180.aspx>

MINSa. (4 de febrero de 2022). *gop.pe*. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/581616-minsa-implementa-programapara-prevenir-caries-dental-en-ninos-del-bicentenario>

- Miralis, J., Baciela, MC., Castro C., Vallart, E. y Lezama, G. (2014). Índices epidemiológicos para medir la caries dental. 2 edición MINSAP.
<http://estsocial.sld.cu/docs/Publicaciones/Indices%20epidemiologicos%20para%20medir%20la%20caries%20dental.pdf>
- Mosby. Diccionario de odontología. segunda ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- Naidu, R. Nunn, J. Oral Health Knowledge, Attitudes and Behaviour of Parents and Caregivers of Preschool Children: Implications for Oral Health Promotion. *Oral Health Prev Dent.* 2020 Apr 1;18(1):245-252.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32618448/>
- Núñez Velásquez, A. y Sánchez Condor, I. (2023). *Evaluar el efecto de un programa virtual para la mejora de la higiene bucal dirigido a padres de niños de 4 años de la I.E N° 107 – Huancavelica* [Tesis de Pregrado, Universidad Continental]. Repositorio de la Universidad Continental.
- Laquihuanaco, F. & Lizarme, Valverde. (2019). Prevalência de caries dental em Estudantes de la comunidad campesina de Pantipata. *El Antoniano*, 132(1), 117-138. <https://doi.org/10.51343/anto.v132i1.32>
- Lupinta Lira, Y. (2023). *Efecto de un Programa Educativo sobre Higiene Bucal y el Índice de Higiene Oral antes, durante y después en niños de 6to Grado de Primaria En La I.E Cristo Rey Circa y la I.E.P Jesús Maestro* [Tesis de Pregrado, Universidad católica de Santa María]. Repositorio de la Universidad católica de Santa María.
- Observatorio Regional Amazónico. *Salud Indígena en las Fronteras*.
<https://oraotca.org/salud-en-las-fronteras/>
- Oré, E. A. (2019). *Desarrollo de un modelo de atención en salud bucal en pueblos indígenas. Satipo-Junín. Periodo 2018-2020*. Satipo-Junín.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). Módulo Salud Oral (978-92-75-33289-4). <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/si-oral1.pdf>
- Organización mundial de la Salud. (2022). Salud Bucodental.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health#>
- Pardo Albites, S. (2021). *Eficacia de un Programa Promocional Preventivo en Higiene Oral en la Escuela de Comandos del Ejército del Perú. Lima 2019* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Federico Villareal]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Federico Villareal.

- Programas de Salud bucal en la Primera Infancia en Perú. (2021). Revista De Odontopediatría Latinoamericana, 11(Suplemento). <https://doi.org/10.47990/alop.v11iSuplemento.480>
- Quintanilla Cobián, Laura. Fundamentos de Investigación en Psicología. 2da Ed. [adaptada a 7ma Ed. Normas APA]. Ed. Madrid: Universidad Nacional de Educación a distancia, 2020. Print. Grado (UNED); 6201104.
- Ramos García, M., Bernal Epe, W., Burbano, D. (2021). *Elaboración e implementación de una estrategia didáctica- pedagógica para la promoción de la higiene oral, dirigida a los agentes educativos del Nidos de Paz el Dorado de Comfacauca de la ciudad de Popayán*. [Tesis de Pregrado, Universidad Antonio Nariño] <http://repositorio.uan.edu.co/handle/123456789/5731>.
- R., M. G. (9 de mayo de 2018). CONVOCA.PE. <https://convoca.pe/investigacion/abundancia-y-muerte-conviven-en-el-distrito-mas-ricodel-peru>
- REUNIS. (2024). Estadística poblacional. Web: https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_estimada.asp
- REUNIS. (2024). Morbilidad General a nivel Nacional. Web: https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/morbilidad_HIS.asp
- Revista HAZ. (2019). Fundación acciona llevará luz eléctrica a 1400 familias en la Amazonía. *HAZ fundación*.
- Rivera, J. (2022). *Nivel de conocimiento de salud bucal y calidad de higiene oral en adolescentes, Colegio Particular "Francisco Bolognesi", Pasco*. [Tesis de Pregrado, UNDAC]. Repositorio de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.
- Rojas, L. (2016). *efectividad del programa educativo "lindas sonrisas" sobre la salud bucal en niños de 6 a 7 años de edad del I.E.P. glorioso - 1121 - Juliaca -2016* [Tesis de pregrado, UNAP]. Catalogo en linean Biblioteca Central SIGB-UNAPU. Universidad Nacional del Altiplano Puno.
- Rojas, E. (2019). *Desarrollo de un modelo de atención en salud bucal en pueblos indígenas. Satipo – Junín. Periodo 2018-2020*. [Tesis de maestría, Universidad Continental]. Repositorio de la Universidad Continental. <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/5491>

- Salud, F. (diciembre de 2008). *Balance de la Acción Gubernamental 2007 – 2008*.
Obtenido de eduvida.org: http://eduvida.org/frame_columnistas3.html.
- Sánchez, C. (08 de febrero de 2019). Normas APA – 7ma (séptima) edición.
Normas APA (7ma edición). <https://normas-apa.org/>
- Saldaña Acuña, K.V. (2023). *Programa preventivo de salud bucal para lograr actitudes, prácticas y conocimientos en los padres, centro de salud “El Obrero”, Sullana. Período 2021-2022* [Tesis de Pregrado, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio de la Universidad Señor de Sipán.
- Sotero Diaz, S. (2023). *Efectividad de los Métodos Educativos sobre Salud Bucal en niños de 8 a 10 años del I.E. Everardo Zapata Santillana - 2022*. [Tesis de Maestría, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio digital de la Universidad Privada Antenor Orrego.
- SPDA ACTUALIDAD AMBIENTAL. (2019, 22 de marzo). *El problema de las carreteras en la Amazonía resumido en 5 puntos*.
<https://www.actualidadambiental.pe/el-problema-de-las-carreteras-en-la-amazonia-resumido-en-5-puntos/>
- The Lancet (2020). Global health: time for radical change?. Editorial The Lancet,
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32131-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32131-0)
- Tejada de la Cruz, D. (2023). *Impacto de un Programa Preventivo de Salud Oral para Escolares de 6 A 8 años De La I.E.E Santa Beatriz De Silva* [Tesis de Pregrado, UPAGU]. Repositorio de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo.
- Tobar, E., Villamar, C., & Torres, J. (2021). Efectividad de la aplicación del programa de salud bucal del seguro social campesino en escolares de la escuela Aurora Estrada del recinto Tres Postes durante el periodo 2018-2019. RECIMUNDO, 5(1), 263-285.
[https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(1\).enero.2021.263-285](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(1).enero.2021.263-285)
- Tuesta O. (2023). *Efectividad de un Programa de Salud Bucal para disminuir el biofilm en niños de una Institución Educativa del Callao, 2019*. [Tesis de Pregrado, UNFV]. Repositorio de la Universidad Nacional federico Villareal. Universidad de Granada. Recuperado el 3 de julio de 2024 de <https://www.ugr.es/~bioestad/guiaspss/practica6/>
- Valdez Zepeda, A. (2019). Paradigmas emergentes en la gestión pública en

América Latina. *Revista Venezolana De Gerencia*, 24(86), 325-339.

<https://doi.org/10.37960/revista.v24i86.23765>

Chuquillanqui, I., Fernández, A., Calderón, L., & Patricio M. (2023). *Efectividad del Programa “SONRISA” en la incidencia en higiene oral en una institución educativa*. [Tesis de Pregrado, Universidad Continental]. Repositorio de la Universidad Continental.

<https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/12730?mode=full>

Vásquez, Y. (2022). *Conocimiento en salud bucal y prevalencia de enfermedades dentales de las gestantes del centro de salud comunitario Nativa Huampami*. [Tesis de maestría, UCV]. Repositorio de la Universidad Cesar Vallejo.

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/88715>

Verma P, Gupta L, Sarabahí S. *Diccionario dental de Jaypee Ciudad del saber*. Jaypee - Highlights Medical Publishers, Inc.; 2013.

Villasaca, A. (2021). *Impacto de un programa virtual sobre salud bucal en tiempos de pandemia covid-19 en adolescentes de la I.E.P. “Diego Thomson”- Sullana-Perú*. [Tesis de pregrado, UNP]. Repositorio de la Universidad Nacional de Piura. <https://repositorio.unp.edu.pe/handle/20.500.12676/2856>

Anexos

Apéndice 1: Referencia de la Tabla N°1

La investigación se realizó en la Amazonía peruana en la región **Cusco**.

Partiendo de la ciudad del Cusco en bus y/o auto con dirección a Quillabamba, el cual nos toma un aproximado de cinco a seis horas de viaje.

En el distrito de **Megantoni**, el antes perteneciente a Echarate. Estando en Quillabamba partimos en auto al Centro Poblado de Ivochote (puerto fluvial), en un viaje de siete horas aproximadamente, cabe mencionar que los autos para este lugar salen en horarios específicos (1:00 a. m. a 2:00 a. m.) esto debido a que el peque (embarcación fluvial de madera) parte desde Ivochote al Centro Poblado de Kirigueti y/o Camisea en un rango de las 8:00 a. m. hasta las 10:00 a. m. como máximo, con una duración de seis a ocho horas de viaje.

Estando en el centro poblado de Kirigueti se realiza una espera hasta que amanezca (día siguiente) para salir con dirección a Kochiri.

Tomar en cuenta que el transporte (bote) con dirección a Kochiri es enviado por los representantes de la comunidad, debido a la lejanía del lugar (inexistencia de transporte público).

Apéndice 2: Permiso de atención

En la recopilación de datos se hizo de conocimiento público a cada poblador la intención de la investigación, firmándose y/o huella digital un permiso de atención antes de ser partícipe del programa de Salud Bucal.

COMUNIDAD NATIVA KOCHIRI PERMISO DE ATENCIÓN

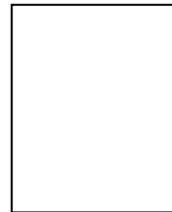
Por la presente yo:, Identificado con DNI número:, declaro tener conocimiento sobre el objetivo de la investigación, conociendo la importancia que tiene mi participación para el beneficio de mi persona y comunidad. Conociendo además que dichos procedimientos serán efectuados por la C.D. Roxana Carolina Gutierrez Huanca con numero de colegiatura 46141; por lo que acepto voluntariamente participar en el estudio.

Cusco,

.....

Firma

Huella



Apéndice 3: Cuestionario sobre nivel de conocimientos de Salud Bucal

Presentación:

El instrumento se preparó basándose en el estudio intitulado “Efectividad del programa educativo “Lindas Sonrisas” sobre la Salud Bucal en niños de 6 a 7 años de edad del I.E.P. glorioso - 1121 - Juliaca - 2016” (Apaza, 2016), realizado por Laura Edith Sybila Rojas Apaza para obtención del título de Cirujano Dentista en la Universidad Nacional del Altiplano.

Instrucciones:

El cuestionario sé entregó en dos tiempos (pre y post aplicación del programa) y tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los pobladores de Kochiri. Dicho cuestionario tiene cuatro preguntas básicas sobre Salud Bucal, cuyas respuestas son únicas y la sumatoria resultante de cada cuestionario representa:

4 preguntas correctas: Excelente

3 preguntas correctas: Bueno

2 preguntas correctas: Regular

1 preguntas correctas: Malo

0 preguntas correctas: Pésimo, respectivamente.

CUESTIONARIO

NOMBRE:..... EDAD:..... FECHA:

MARCA CON UNA "X" LA RESPUESTA CORRECTA

1. ¿PARA QUÉ NOS SIRVEN LOS DIENTES?



- A) HABLAR COMER B) LLORAR C) ESCUCHAR D) SONREIR E)

2. ¿Cuántas VECES COMO MINIMO DEBO DE CEPILLARME LOS DIENTE..?

- A) 1 B) 2 C) 3 D) NUNCA

3. ¿QUE USAS PARA LAVARTE LOS DIENTES.....?



- A) PASTA DENTAL B) PEINE C) HILO DENTAL D) CEPILLO
E) JABON

4. ¿LA CANTIDAD DE PASTA DENTAL DEBEMOS USAR DEBE DE SER DEL TAMAÑO DE?



- A) PALLAR B) ARVEJA C) DEL TAMAÑO DE MI CEPILLO

Odontograma final

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
55 54 53 52 51							61 62 63 64 65								
85 84 83 82 81							71 72 73 74 75								
48 47 46 45 44 43 42 41							31 32 33 34 35 36 37 38								

RIESGO DE CARIES			
Experiencia de caries	Menor a 2 superficies cariadas	2 a 6 superficies cariadas	Mayor a 6 superficies cariadas
Consumo de azúcares	Hasta 3v/día	4v/día	Mayor a 4 veces/día
Estado de higiene (IHO-s)	Buena	Regular	Mala
	0 a 1.	1.1 a 3	2.1 a 3
Riesgo de caries	BAJO	MODERADO	ALTO

	ABO
Persona Sana SBU	
Persona con patología Bucal	

*Si marco ABO con Patología Bucal completar:

* Tx. Recuperativo:	N° Restauraciones realizadas:	
	N° Exodoncias:	
* Tx. Especializado:		

*Sera llenado al finalizar el Plan de Tx.

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-s) **	Placa blanda *	Piezas		Placa calcificada**
		D	P	
 0 1 2 3	5.5 (v)	1.6 (v)		
	5.1 (v)	1.1 (v)		
	6.5 (v)	2.6 (v)		
	7.5 (L)	3.6 (L)		
	7.1 (v)	3.1 (v)		
	8.5 (L)	4.6 (L)		
INDICE DE PB Y PC				
IHO-s				

* aplica a grupo niño

** a partir de adolescente

Apéndice 5: Documentos Usados



La Gestión Académica de las Maestrías Semipresenciales - Escuela de Posgrado de la Universidad Continental señala que la Maestrista:

Gutiérrez Huanca, Roxana Carolina

Se encuentra actualmente cursando la Maestría en Gestión Pública y Privada de la Salud, y como parte del plan de estudios debe realizar las asignaturas de Seminarios de Investigación que, conlleva a desarrollar un proyecto de investigación. Por esto, se solicita brindar las facilidades a la Maestrista para que realice la investigación de su proyecto de tesis denominado "Efecto de la implementación de un programa de salud bucal en la comunidad nativa de Kochiri-region Cusco"

Se expide el siguiente documento a solicitud del interesado.

Lima, 31 de mayo del 2022

Claudia Zambrano Alva

Área Académica - EPG Lima

Gestora Académica de Programas Virtuales y Semipresenciales

Apéndice 6: Plan de Actividades del Programa de Salud Bucal

PLAN DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL

I. DATOS GENERALES:

- INSTITUCIÓN: COMUNIDAD NATIVA KOCHIRI-MEGANTONI-LA CONVENCION-CUSCO.
- PROGRAMA: SALUD BUCAL-PROGRAMA EDUCATIVO.
- DURACIÓN: 8 MESES (OCTUBRE 2021 A MAYO 2022).
- DIRIGIDO: ASESOR Y JEFE DE KOCHIRI.
- GESTOR: C.D. ROXANA CAROLINA GUTIERREZ HUANCA.

II. INTRODUCCIÓN

En la Salud integral, una de las prioridades debería ser el fortalecimiento de la salud bucal de los individuos. por lo que muchas investigaciones hacen énfasis en la búsqueda de acciones para la incorporación de la salud bucal en el hábito de las personas. Así mismo, la formación integral del individuo motiva su participación, la de su familia y la comunidad en general, para contribuir a la solución de diversos problemas como es la salud bucal, a través de la elaboración de proyectos de integración comunitaria.

III. PROBLEMÁTICA

La promoción de la salud bucal es en la actualidad una de las áreas de acción prioritarias, la cual debe ejecutarse mediante un trabajo de promoción-prevención, rehabilitación y educación en todas las edades del individuo, en especial en la edad escolar, debido a que ésta debe ser asumida como un escenario adecuado para fortalecer la salud integral. En este sentido, se deben generar propuestas de acciones orientadas a la prevención de los factores de riesgo que afectan la salud bucal de la población escolar.

IV. PROPUESTA

Implementación del programa, con el fin de formar el hábito de higiene oral en los pobladores de Kochiri, junto con la evaluación y tratamiento de su salud bucal.

CUADRO 1. Plan de acción

METODOLÓGIA	OBJETIVO	COLABORADORES	EVALUACIÓN
-Presentación y bienvenida -Organización -Evaluación bucal, 1er cuestionario (pre programa) -Aplicación del programa -evaluación bucal y 2do cuestionario (post programa) -agradecimiento	Desarrollar actividades odontológicas de promoción, prevención y restauración en los pobladores de Kochiri a través del programa de salud bucal.	-01 Cirujano Dentista.	La evaluación estará determinada por la participación activa de los pobladores y profesional en conjunto.

V. METAS

Impulsar el interés de los pobladores a formar el hábito de higiene oral y a largo plazo y promover la creación de planes y proyectos encaminados a fomentar la salud oral de los beneficiados.

Apéndice 7: Programa “Salud Bucal”

Programa “Salud Bucal”

El programa Salud Bucal, en una forma didáctica de realizar tratamientos y enseñanzas con técnicas acondicionadas a la realidad de la comunidad nativa Kochiri, para así incentivar hábitos de vida saludable que contribuyan con la mejora y el mantenimiento de su Salud bucal y general, los componentes del programa son:

Propósitos:

Desarrollar actividades odontológicas de promoción, prevención y restauración en los pobladores de Kochiri a través del programa de salud bucal.

Objetivos:

Mejorar la salud bucal a través de los hábitos higiénicos y dietéticos para así disminuir la placa y poder mejorar la salud bucal, además de restaurar la cavidad bucal.

Metas:

- Realizar odontogramas, fisioterapia oral y profilaxis a los pobladores de Kochiri.
- Difundir el programa a toda la población de Kochiri, mediante reuniones y/o sesiones.
- Realizar charlas y sesiones aplicativas, demostrativas y educativas en el cuidado de la salud bucal, higiene bucal, alimentación saludable y la importancia de la aplicación de flúor y elaboración de material educativo.
- Realizar los tratamientos de recuperativos, como obturaciones, extracciones, detartrajes, medicación, apertura cameral y radiografías. En toda la población de Kochiri.

Estrategias y técnicas:

- Cuestionario en temas de salud bucal pre aplicación del programa
- Un Índice inicial de higiene oral simplificado
- Odontograma inicial
- Sesión educativa
- Sesión demostrativa
- Sesión aplicativa

- Teatro (teatro con mimo)
- Atenciones odontológicas
 - Fisioterapia
 - Profilaxis
 - Detartraje
 - Exodoncias
 - Operatorias
 - Sellantes
 - Fluorización
 - Desbridamiento de abscesos dentales
 - Medicación
 - Apertura cameral
- Aplicación del cuestionario sobre salud bucal post aplicación del programa
- Índice de higiene oral simplificado final
- Odontograma final

Actividades:

- Actividades intramurales y extramurales (preventivos, promocionales y recuperativos).

Para el mejor estudio y aplicación del programa, la población fue dividida en tres grupos. El primer grupo estuvo conformado por niños de la escuela, el segundo grupo por los pobladores que residen a menos de 30 minutos y el tercer grupo por los pobladores que residen a más de 30 minutos y menores a 3 horas del estableciendo de odontología.

Los pacientes del primer grupo fueron atendidos en el consultorio de Odontología, ubicado en el Salón Comunal del CC. NN. De Kochiri y en la Institución Educativa N° 52112.

El segundo y el tercer grupo, que estuvo conformado por los pobladores en general, fueron atendidos en el consultorio de Odontología ubicado en el Salón Comunal del CC. NN. De Kochiri.

Un total de 238 pobladores accedieron al programa “Salud Bucal”, los cuales recibieron atención estomatológica, test, charlas y sesiones educativas, demostrativas y aplicativas.

- Actividades de gestión y administrativas

Dentro de las actividades administrativas se ejecutó el control semanal del número de pacientes que acudían al consultorio de odontología para participar en el programa de salud bucal mediante el conteo de odontogramas y cuestionarios.

Además, se ejecutó el registro del tratamiento en el odontograma, en una base de datos, junto con el registro Diario de Atención y otras actividades extramurales del programa.

Por otro lado, se gestionó la programación de charlas y sesiones educativas a los alumnos de las instituciones educativas y población en general de Kochiri.

Recursos:

- Humanos
 - Profesional Odontólogo
 - Traductor capacitado
 - Jefe de la comunidad
 - Asesor de la comunidad - director de I.E y I.E.I.
- Materiales
 - Fichas de permiso de atención
 - Hojas de cuestionarios
 - Odontogramas
 - Gigantografías
 - Rotafolio
 - Maquetas (cavidad bucal, cepillo y pasta dental)
- Físicos
 - Laptop
 - Proyector
 - USB
 - Parlantes
 - 01 unidad dental
 - 01 escritorio
 - 03 lavaderos de manos

Ámbito:

Comunidad Nativa Kochiri, Megantoni – La Convención – Cusco.

Beneficiarios:

Población de la comunidad nativa Kochiri.

Fases:

- Fase de diagnóstico (Intervención inicial – preprograma).
- Implementación del programa.
- Fase de evaluación (Intervención final - postprograma)

Matriz de actividades y cronograma:

N°	ACTIVIDADES	ESTRATEGIAS	CONTENIDOS	TIEMPO	FECHA DE APLICACIÓN
01	Presentación del programa (1° SESIÓN)	-Pre test -Exposición educativa -Participación	-Cuestionario de entrada -Presentación del equipo de trabajo y del Programa de salud bucal	30'	04/10/2021
02	Pre programa	-Odontograma inicial -IHOs inicial	Examen odontológico	20'	10/10/2021 - 19/11/2021
03	Atenciones recuperativas	Restauraciones, extracciones y profilaxis.	Mínimo 2 atenciones por paciente	30'	22/11/2021- 11/03/2022
04	“Boquitas” (2° SESIÓN)	-Exposición educativa -Participación -Demostración	-preguntas -partes de la boca -los dientes y su importancia -la boca y la salud general	30'	24/11/2021 27/11/2021 30/11/2021
05	“Boquitas llorón” (3° SESIÓN)	-Exposición educativa -Retroalimentación -Participación -Mini teatro	-dolor dental -Caries y enfermedad periodontal	35'	02/12/2021 07/12/2021 17/12/2021
06	“Boquitas feliz” (4° SESIÓN)	-Exposición educativa -Retroalimentación -Participación -Mini teatro -Entrega de kits de higiene bucal -compartir de merienda	-higiene bucal - elementos de higiene bucal -técnica de cepillado -Alimentos de dieta cariogénicos	35'	03/01/2022 10/01/2022 17/01/2022
07	“Mi dentista” (5° SESIÓN)	-Exposición educativa - Participación -Retroalimentación	-Importancia de visita odontológica -Profilaxis -Fluorización	30'	05/02/2022 12/02/2022 18/02/2022
08	Post programa	Odontograma final -IHOs final		20'	14/03/2022 - 24/04/2022
09	Clausura (6° SESIÓN)	-Reflexionamos sobre la importancia de la salud bucal -Post test	-Reflexión de acciones y compromisos - Cuestionario de salida -Despedida	55'	30/04/2022

SESIÓN	TEMAS	ACTIVIDADES	TIEMPO	MATERIALES	ENCARGADOS
1° SESIÓN	Presentación del programa de Salud Bucal	-Presentación del grupo y del programa -repartición de número de atención	10´	-fichas -lapiceros -ficheros -micrófono	-tesista -traductor -jefe de comunidad - asesor de la comunidad
		-Entrega de aperitivos a los asistentes.	10´	-rodajas de sandía y piñas.	
		-Diapositivas -Vídeo	10´	-data -laptop -parlantes -extensión -USB	

SESIÓN	TEMAS	ACTIVIDADES	TIEMPO	MATERIALES	ENCARGADOS
2° SESIÓN	"Boquitas"	-bienvenida y retroalimentación	5´	-micrófono -fichas animadas. -vaso de agua de cocona.	-tesista -traductor
		-diapositivas -videos -dibujos animados.	20´	Data -Laptop -Parlantes -Extensión -USB	
		-retroalimentación	5´	-maquetas	

SESIÓN	TEMAS	ACTIVIDADES	TIEMPO	MATERIALES	ENCARGADOS
3° SESIÓN	"Boquitas llorón"	-retroalimentación de sesión anterior	10´	-micrófono	-tesista -traductor -alumnos de sexto de primaria
		-exposición con diapositivas - "mini teatro de boquitas llorón"	30´	-data -Laptop -Parlantes -Extensión -USB -disfraces	
		-retroalimentación de sesión del día	5´	-maquetas	

SESIÓN	TEMAS	ACTIVIDADES	TIEMPO	MATERIALES	ENCARGADOS
4° SESIÓN	"Boquitas feliz"	-bienvenida y entrega de incentivos.	15´	-micrófono - kits de higiene bucal.	-tesista -traductor -alumnos de sexto de primaria.
		-diapositivas -entrega de merienda -demostración de cepillado dental	30´	-rodajas de piña -data -Laptop -Parlantes -Extensión -USB	

	- “mini teatro de boquitas feliz”		-maqueta -disfraces
--	-----------------------------------	--	------------------------

SESIÓN	TEMAS	ACTIVIDADES	TIEMPO	MATERIALES	ENCARGADOS
5° SESIÓN	“Mi dentista “	-retroalimentación de sesión anterior	5´	-micrófono	-tesista -traductor
		-exposición diapositivas con	20´	-data -Laptop -Parlantes -Extensión -USB	
		-retroalimentación de sesión del día	5´	-maquetas	

SESIÓN	TEMAS	ACTIVIDADES	TIEMPO	MATERIALES	ENCARGADOS
6° SESIÓN	Clausura	-retroalimentación	5´	-micrófono -maquetas	-tesista -traductor -jefe de la comunidad -asesor de la comunidad
		-reflexiones y compromisos	20´	-data -Parlantes -Extensión -USB	
		-cuestionario de salida	20´	-fichas -lapiceros -ficheros	
		-despedida y agradecimiento	10´	-micrófono	

Responsable:

C.D. Roxana Carolina Gutierrez Huanca

Apéndice 8:

Incorporación del Enfoque Intercultural en el diseño del Programa

Se incorporó en cada una de las fases del programa de salud bucal, considerando los factores culturales, lingüísticas, prácticos y sociales. Y así asegurar que la implementación sea eficaz y respetuosa con la comunidad.

Tomando en cuenta la lengua predominante y las experiencias previas con el sector salud y el Estado.

Pasos que se siguió:

a) Conocimiento del contexto cultural y social de Kochiri:

Se realizó una consulta, donde participaron líderes y miembros de la comunidad:

Se realizó una primera reunión con el jefe y al asesor de la comunidad, directores de las instituciones educativas (inicial y primaria) y presidentes de cada barrio; en dicha actividad se logró explicar detalladamente la finalidad y las metas del programa. y tuvo como finalidad:

Se conoció el contexto, ámbito geográfico, formas de expresión y lengua predominante, estructuras socioculturales locales y las experiencias previas con el sector salud y el Estado.

b) Comunicación asertiva en el dialogo intercultural: se elaboró materiales culturalmente apropiados y lingüísticamente accesibles, *usando recursos visuales usando imágenes y ejemplos que reflejan la vida cotidiana y costumbres con subtítulos en su lengua originaria (Matsigenka) para reforzar el aprendizaje.*

c) Ajustes en la implementación del servicio: se aseguró que los servicios sean accesibles y “cómodos” para todos los miembros de la comunidad, considerando barreras geográficas y logísticas que existen. *Para las atenciones odontológicas se optó por utilizar y acondicionar un ambiente en el salón comunal ubicado en el centro de Kochiri, cumpliendo ciertos requerimientos, ejemplo: el ambiente de atención no podía estar cerrado (la puerta y*

ventanas), el jefe de hogar estaba presente en las atenciones brindadas a su esposa o hijo, el profesional encargado de la atención no podía estar con indumentaria blanca.

- d) **Empoderamiento local:** el rol de las autoridades locales es y será importante para la sostenibilidad del programa.

Se realizó capacitaciones de líderes locales (quienes hablaban y entendían el español a parte de su propia lengua), quienes actuaron como promotores de salud o auxiliares dentales, lo cual mejoró la aceptación y eficacia del programa. se enseñó prácticas de higiene bucal de manera accesible y culturalmente sensible a los docentes de las instituciones educativas, los cuales promovieron la higiene bucal después del receso.

- e) **Adaptación de protocolos y procedimientos:** se respetó y adaptó el plan nacional de salud bucal a las tradiciones y practicas locales usando analogías familiares. *Ejemplo: ellos consideran al achote, como un símbolo de identidad cultural y pertenencia, usándolo para la pintura corporal, decorar y teñir vestimentas tradicionales, además de usarlo en extracto como tratamiento para el dolor e infección dental. Se opto por respetar dicha práctica y a la vez mostrar; como el cepillado regular puede prevenir la aparición de problemas que requieran el uso de estos remedios.*

- f) **Educación y sensibilización:**

- Para el profesional de salud bucal: *previo al inicio del programa se recibió una capacitación en “Gestión pública con enfoque intercultural”, para así mejorar la comunicación y efectividad del programa.*

-Para la población: *se realizó talleres y charlas en su lengua local sobre prácticas de salud bucal, las cuales fueron adaptados al entorno y costumbres locales.*

- g) **Monitoreo, evaluación y ajuste:** *se realizó reuniones de seguimiento mensualmente para obtener retroalimentación sobre el programa y ajustar las estrategias según las necesidades y comentaritos de los integrantes de la comunidad.*

h) Recomendaciones finales:

- Respetar la cultura: *se aseguró de que todos los aspectos del programa se respeten y valoré las prácticas culturales locales.*
- Construir confianza: *se participó en sus actividades comunales y eventos programados por su aniversario logrando así aceptación de los pobladores.*

Apéndice 9: Fotografías



Kochiri; local acondicionado para el programa.



Establecimiento de Odontología, respetando la identidad cultural.



Reunión con las autoridades, líderes y pobladores de la comunidad.