



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

ASOCIACIÓN ENTRE LA LENGUA MATERNA Y ACCESO A INFORMACIÓN
EN SALUD ORAL EN NIÑOS PERUANOS

ASSOCIATION BETWEEN THE MOTHER TONGUE AND ACCESS TO ORAL
HEALTH INFORMATION IN PERUVIAN CHILDREN

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA

AUTORES

ALBERTO ALVARO GASPAR POSTILLON

ALDANA LUCIA MARIATEGUI OCHOA

BRITNEY THAYS RAMOS GARCIA

ASESORA

MARIA CLAUDIA GARCES ELIAS

LIMA - PERÚ

2025

JURADO

Presidente: MG. ESP. CARLOS EDUARDO ALFARO PACHECO

Vocal: MG. ESP. CESAR DAVID ROJAS SENADOR

Secretario: ESP. KARLA LUCERO AVALOS BALTODANO

Fecha de Sustentación: 24 de febrero de 2025

Calificación: Aprobado

ASESOR DE TESIS

ASESORA

MG. ESP. MARIA CLAUDIA GARCES ELIAS

DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA SOCIAL

ORCID: 0000-0003-4873-7661

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía y fortaleza. A mi papá, por su apoyo incondicional y por ser mi ejemplo de dedicación. A mi mamá, por su amor y confianza. A mi abuelo, quien siempre estará en mi corazón. A mis hermanos, por su infinito amor. A toda mi familia, amigos y compañeros, por ser parte de esta increíble etapa. Este logro también es de ustedes.

Britney Thays Ramos Garcia

A mis padres, por ser un pilar fundamental, por su amor incondicional y enseñanzas que han guiado mi camino. Este logro es tanto mío como suyo. A mi familia, por su apoyo constante, por sus palabras de aliento y por estar siempre presentes. A mis amigos, por acompañarme en cada etapa de esta travesía. A todos ustedes, les dedico esta tesis con todo mi cariño y gratitud.

Alberto Alvaro Gaspar Postillón

A mi padre, el Dr Jorge Mariategui, por ser mi maestro y mi guía en mi aprendizaje. Aprender de ti ha sido un regalo, pero más aún ha sido sentir tu apoyo incondicional en cada paso de mi camino. A mi madre, Diana, por su amor infinito y por confiar en mí siendo mi paciente, acompañándome con cariño. Este logro es tan mío como suyo, porque sin ustedes, nada de esto sería posible.

Aldana Lucia Mariategui Ochoa


AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestra asesora por su tiempo, dedicación y paciencia en cada etapa de este proyecto. A nuestra familia por su apoyo incondicional. Finalmente, a todas las personas que, de una u otra manera, contribuyeron a la realización de esta tesis. A cada uno de ustedes, nuestro más sincero agradecimiento.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

ASOCIACIÓN ENTRE LA LENGUA MATERNA Y ACCESO A INFORMACIÓN
EN SALUD ORAL EN NIÑOS PERUANOS

ASSOCIATION BETWEEN THE MOTHER TONGUE AND ACCESS TO ORAL
HEALTH INFORMATION IN PERUVIAN CHILDREN

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA

AUTORES

ALBERTO ALVARO GASPAR POSTILLON
ALDANA LUCIA MARIATEGUI OCHOA
BRITNEY THAYS RAMOS GARCIA

ASESORA

MARIA CLAUDIA GARCES ELIAS

LIMA - PERÚ
2025

19% Similitud estándar

1 Exclusiones →

Fuentes

Mostrar las fuentes solapadas (

- 1 Internet
revistas.upch.edu.pe
14 bloques de texto
- 2 Internet
faest.cayetano.edu.pe
10 bloques de texto
- 3 Internet
www.researchgate.net

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág
Resumen	
Abstract	
I.Introducción	1
II.Objetivos	3
III.Materiales y métodos	3
IV.Resultados	10
V.Discusión	11
VI.Conclusiones	14
VII.Referencias bibliográficas	15
VIII.Tablas	18
Anexos	

RESUMEN

Introducción: La salud oral abarca el cuidado y mantenimiento de las estructuras bucales, mientras que la falta de prácticas adecuadas de higiene contribuye al desarrollo de enfermedades bucodentales. En el Perú existen alrededor de 48 lenguas nativas, lo que podría dificultar la comunicación entre el personal de salud y los pacientes. **Objetivo:** Determinar la asociación entre la lengua materna y el acceso a la información sobre salud oral en niños peruanos durante el 2023. **Métodos y materiales:** Estudio transversal que empleó las respuestas a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2023. Se evaluaron los registros de la lengua materna de niños de 0 a 11 años. El acceso a información sobre salud oral se definió como la variable dependiente, mientras que la lengua materna de los niños y sus padres fue la variable independiente. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, un análisis bivariado mediante la prueba de Chi cuadrado y, finalmente, un análisis multivariado. **Resultados:** El 57,44% (n = 1,959) de los niños peruanos menores de 12 años tuvieron acceso a información sobre salud bucal, proporcionada principalmente por el Ministerio de Salud. Las lenguas amazónicas y originarias tuvieron mayor acceso a esta información, destacando las lenguas Matsigenka/Machiguenga y Ashaninka. Factores como la lengua materna, región, altitud y seguro de salud estuvieron significativamente relacionados con el acceso. En el análisis multivariado, se encontró que las lenguas altoandinas y amazónicas mostraron una relación positiva con el acceso a la información, aunque no fue estadísticamente significativa. **Conclusiones:** No existe una asociación entre la lengua materna y el acceso a la información sobre salud oral en niños peruanos. Sin embargo, la altitud de residencia sí demostró ser un factor asociado.

Palabras clave: lenguaje, salud bucal, niño, Perú (DeCS)

ABSTRACT

Introduction: Oral health encompasses the care and maintenance of oral structures, while lack of adequate hygiene practices contribute to the development of oral diseases. In Peru, there are around 48 native languages, which could hinder communication between health personnel and patients. **Objective:** To determine the association between the mother tongue and access to oral health information in Peruvian children during 2023. **Materials and methods:** Cross-sectional study that used the responses to the Demographic and Family Health Survey (ENDES) of the year 2023. Records of the mother tongue of children from 0 to 11 years old were evaluated. Access to oral health information was defined as the dependent variable, while the independent variable was the mother tongue of the children and their parents. A descriptive analysis of the variables was performed, a bivariate analysis through the Chi square test, to conclude with a multivariate analysis. **Results:** 57.44% (n= 1 959) of Peruvian children under 12 years of age had access to information on oral health, provided mainly by the Ministry of Health. Amazonian and indigenous languages had greater access to this information, with Matsigenka/Machiguenga and Ashaninka standing out. Factors such as mother tongue, region, altitude and health insurance were significantly related to access. In the multivariate analysis, it was found that high Andean and Amazonian languages showed a positive relationship with access to information, although it was not statistically significant. **Conclusions:** There is no association between mother tongue and access to oral health information in Peruvian children. However, altitude of residence did prove to be an associated factor.

Keywords: language, oral health, child, Peru (MeSH)

I. INTRODUCCIÓN

La salud oral es un componente de la salud general que abarca el cuidado y mantenimiento de los dientes, encías y otras estructuras bucales. A través de prácticas adecuadas de higiene oral, como visitas periódicas al odontólogo, el uso de hilo dental y el cepillado regular, se previenen enfermedades como caries dental, gingivitis, entre otras patologías orales. Las enfermedades bucodentales, a pesar de ser prevenibles, interfieren de manera significativa en el sector salud y afectan a la población, provocando dolor y malestar en el estilo de vida de las personas, siendo prevalentes entre las enfermedades más comunes a nivel mundial (1). Sin embargo, a pesar de su importancia, la información sobre salud oral no siempre está disponible para todos los individuos de la población peruana, lo que contribuye a la desigualdad en la prevalencia de enfermedades bucodentales. Esto se puede evidenciar en las diferencias entre clases sociales y económicas, especialmente en países de ingresos bajos y medios (2).

La lengua materna, también conocida como lengua primaria o primera lengua, es la que se adquiere en la infancia y puede referirse a la primera lengua aprendida por cada ser humano o con la que se identifican más. Se puede tener más de una lengua materna. En Perú existen alrededor de 48 lenguas nativas, 44 habladas en la Amazonía y 4 en los Andes. Muchas de estas lenguas son desconocidas, por lo que las personas que las hablan presentan ciertas limitaciones en áreas como la educación y la salud (3-5). En cuanto a la educación, las comunidades campesinas cuentan con recursos educativos limitados, como se menciona en los Censos Nacionales de 2017, donde solo el 40% de las comunidades campesinas contaban con una institución educativa de nivel secundario y el 24% de las comunidades

nativas de la Amazonía. Esto dificulta la continuidad y finalización de los estudios de niñas y adolescentes indígenas (6).

Por otro lado, en el área de la salud, existe una falta de comunicación entre los pacientes y el personal de salud, especialmente entre las mujeres indígenas y campesinas, quienes no comparten la misma lengua materna que el proveedor de atención. En el caso de Perú, se presenta un índice de mortalidad materna elevado; de todo el continente americano, este país es el que destaca en este aspecto. De acuerdo con datos oficiales, en Perú fallecen 185 mujeres por cada 100,000 nacidos vivos, lo que genera una ineficiente comunicación (7, 8).

En un estudio realizado sobre el conocimiento en salud bucal en poblaciones migrantes y minorías étnicas (9), se concluyó que en el aspecto de la etnia hay una diferencia de conocimientos y prácticas que pueden estar relacionados con las costumbres y creencias propias de cada grupo. Sin embargo, aún no existe información sobre la relación entre la salud oral y la lengua materna. Por lo tanto, este estudio busca abordar la importancia de la información sobre salud oral y las posibles barreras que existen para acceder a ella, tales como la infraestructura, el nivel económico, las necesidades de las poblaciones (10) y la lengua materna. Se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la asociación entre la lengua materna y el acceso a la información sobre salud oral en niños peruanos durante el 2023?

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la asociación entre la lengua materna y el acceso a información en salud oral en niños peruanos durante el 2023.

Objetivos específicos:

1. Describir las características de los niños peruanos durante el año 2023.
2. Describir el acceso a información en salud oral según la lengua materna y las características de los niños menores de 12 años de edad en el Perú en el año 2023.
3. Determinar la asociación entre el acceso a información en salud oral y lengua materna en niños menores de 12 años en el Perú en el año 2023.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Dada las características del estudio, fue de tipo transversal

Población

Establecido por las respuestas a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2023, dirigido por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) de la República del Perú, se consideraron las respuestas de los individuos entre 0 a 11 años de edad, dando en total 143,486 registros en el año en cuestión. La ENDES es una encuesta que se realiza anualmente bajo la modalidad de entrevistas residenciales, con un plan de muestreo estratificado bietápico de

representantes de grupos ocupacionales del país, región, zona urbana y rural. Además, se presentan registros de la lengua materna de niños entre 0 y 11 años. Se consideró un tamaño de muestra de 18 045 encuestados en 2023.

Criterios de selección

Criterios de inclusión: Datos presentes en la ENDES del año 2023, correspondientes a niños menores de 12 años.

Criterios de exclusión: No se consideraron los registros donde hubo data incompleta para las variables evaluadas en la investigación.

Definición operacional de variables (Anexo 1)

1. Acceso a información en salud oral: Evolución en la cual un sujeto acepta información acerca del cuidado de salud bucodental personal de el mismo para su utilidad propia y comunidad. La pregunta del cuestionario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú a considerar será la siguiente: En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año ¿usted ha recibido información sobre el cuidado e higiene de los dientes, lengua y boca de las niñas y niños de una persona o medio de comunicación?, lo restante de preguntas están en el cuestionario. Es una variable cualitativa dicotómica, tomando valores de 1: Si y 2: No.

2. Proveedor de información de salud bucal: Organismo estatal o privado a cargo de brindar información de salud bucal con la finalidad de mejorar la salud bucal de sus habitantes. Información obtenida del módulo Encuesta de Salud de la ENDES, de la base de datos CSALUD08, de la pregunta QS807: ¿Dónde recibió la

información?. Se toma los valores de 1: MINSA, 2: EsSalud, 3: FFAA y PNP, 4: Municipalidad, 5: Sector privado, 6: ONG/Iglesia, 7: Organización de base, 8: Medios de comunicación, 9: Institución educativa, y 10: Familiares/vecinos/amigos. Es una variable cualitativa nominal politómica,

3. Lengua materna: Lengua que se adquiere en la infancia también puede referirse a la primera lengua aprendida en cada ser humano o con la cual se identifican más. Lo manifestado se obtendrá del módulo Encuesta de MEF de la ENDES - REC 91. La pregunta fue: ¿Cuál es el idioma o lengua materna con el que aprendió a hablar en su niñez? (Pregunta 119) . Posteriormente esta variable fue estructurada la categoría de respuesta son las mismas para los 3. La variable es cualitativa, nominal y politómica. Se clasifica en 1: Español, 2: Quechua, 3: Aymara, 4: Otro idioma nativo y 5: No sabe/no responde.

4. Tipo de lengua materna: Lengua que se adquiere en la infancia también puede referirse a la primera lengua aprendida en cada ser humano o con la cual se identifican más. Variable construida a raíz de la variable “Lengua materna”. La variable es cualitativa, nominal y politómica. Se categorizó en: 1: Castellano, 2: lenguas altoandinas y 3: lenguas amazónicas.

5. Tipo de lengua de origen: Lengua que se adquiere en la infancia también puede referirse a la primera lengua aprendida en cada ser humano o con la cual se identifican más. Variable construida a raíz de la variable “Lengua materna”. La variable es cualitativa, nominal y dicotómica. Se categorizó en: 1: Castellano, 2: lenguas originarias

6. Región: Se refiere al área o territorio con características comunes de la población como clima , producción o topografía. Los datos recolectados de la

sección Características del Hogar provendrán del banco de datos RECH0, el cual está relacionado con el indicador HV024. La variable será cualitativa, de escala nominal politómica, y presenta los valores correspondientes a los veinticuatro departamentos de Perú, incluyendo la provincia constitucional del Callao.

7. Región natural: Se refiere a la zona geográfica donde habita la población. Estos datos se recolectarán de la sección Características del hogar, corresponde al indicador SHREGION. La variable es cualitativa, nominal y politómica, con valores: 1: Lima metropolitana, 2: Resto de la costa, 3: Sierra y 4: Selva, que a su vez corresponde al banco de datos RECH23.

8. Ámbito de residencia: Se refiere al lugar donde el individuo habita por un determinado tiempo. La variable es cualitativa, nominal y dicotómica, con valores: 1: Urbano y 2: Rural. Estos datos se recolectarán del módulo Características del Hogar de la ENDES, del banco de datos RECH0, correspondiente al indicador HV025.

9. Lugar de residencia: Se refiere al sitio donde habitan los individuos de una población. La variable cualitativa, ordinal politómica, con valores: 1: Capital, ciudad grande, 2: Ciudad pequeña, 3: Pueblo, y 4: Campo. Estos datos se recolectarán de la sección Características del Hogar RECH0, del ítem HV026.

10. Altitud : Distancia en sentido vertical referente al nivel del mar. Dicotómica nominal, de tipo cualitativa. Con valores: menos de 2500 msnm y de 2500 a más msnm.

11. Índice de riqueza: Se refiere a la medida de nivel económico de una población , tanto producción de bienes en un territorio como los servicios. La variable cualitativa, ordinal politómica, con valores: 1: 1er quintil, 2: 2do quintil, 3: 3er quintil, 4: 4to quintil y 5: 5to quintil. Estos datos se recolectarán de la sección Datos Básicos de MEF RECH11, ítem V190.

12. Tenencia de seguro de salud: Se refiere a contar con servicios que brindan cuidado a la salud del individuo. Está información es relevante para conocer sobre cada uno de los individuos, y será obtenida a partir de los datos de la sección de Características del Hogar. RECH0, correspondiente a las preguntas : ¿(NOMBRE) está afiliado(a) o inscrito(a) en: ESSALUD, Seguro Integral de Salud o en algún otro seguro de salud? (SH11) La variable cualitativa, nominal politómica, con valores agrupados: 1: SIS, 2: EsSalud, 3: FFAA y PNP, 4: Seguro privado y 5: No tiene.

13. Sexo: Se considera la sexualidad de cada individuo, según los datos que se obtendrán del cuestionario CSALUD08, la pregunta indicada será: ¿Cuántos años cumplidos tiene? (QS20) La variable es cualitativa, nominal y dicotómica, con valores: 1: Hombre y 2: Mujer.

14. Edad: Se describe como tiempo de vida de cada persona de la población del estudio. La variable es cualitativa, nominal y dicotómica, con valores agrupados: 1: De 1 a 5 años y 2: De 6 a 11 años. Los datos obtenidos fueron sacados de la sección CSALUD08, ítem QS23: ¿Cuántos años cumplidos tiene?

Procedimientos y técnicas

En primer lugar, se ingresó al sitio web oficial del proveedor de información (www.inei.gob.pe), se accedió a “base de datos”, luego “microdatos”, seguido de “consulta encuesta”. Dentro de esa ventana se seleccionó el año 2023 como el periodo de tiempo y se registró el nombre completo de la encuesta en el buscador, que en consecuencia permitió extraer las bases de datos de las secciones correspondientes a evaluar:

MÓDULO	BASE DE DATOS	NOMBRE	PREGUNTA
Encuesta de Salud	CSALUD08	806	Acceso a información sobre salud bucal
		QS807	Proveedor de información de salud bucal
		QS20	Sexo
		QS23	Edad
Características del Hogar	RECH0	SH11	Tenencia de seguro de salud
		HV024	Región

		HV025	Área de residencia
		HV026	Lugar de residencia
Datos Básicos de MEF	REC0111	V190	Índice de riqueza
Características de la Vivienda	RECH23	SHREGION	Región natural
Datos básicos de MEF	REC91	S119	Idioma o lengua materna con el que aprendió a hablar en su niñez.

Una vez que se descargaron las bases de datos, el software estadístico STATA 15.1 las fusionó (merge). Los conjuntos de datos incompletos se descartaron en esta base de datos resultante y, finalmente, se realizó el análisis de datos.

Plan de análisis

En este estudio se utilizó el software estadístico STATA SE/15.1 definiéndose un nivel de confianza del 95% y un valor de p menor a 0,05. Se inició con un análisis de cada variable de forma descriptiva para obtener frecuencias absolutas y relativas. Se continuó con el análisis bivariado mediante las pruebas de Chi cuadrado que determinaron la asociación entre las variables del estudio. Finalmente, en el análisis multivariado se aplicó la Regresión de Poisson con el propósito de obtener razones de prevalencia crudas (RP) y ajustadas (RPa). Además, se estableció un nivel de

confianza del 95% y un valor de p indicativo de significancia estadística menor a 0.05.

Aspectos éticos del estudio

Este análisis se hizo con la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH) (Anexo 2). Cabe mencionar que los datos están presentes públicamente en el portal web del INEI, todos los registros están encriptados y la identidad de los encuestados permanecerá en el anonimato.

IV.RESULTADOS

El acceso a información en salud oral en niños peruanos menores de doce años fue del 57.44% (n= 1 959). El principal proveedor de esta información fue el Ministerio de Salud, con un 51.93% (n= 1 109). En cuanto a la lengua materna, los resultados fueron los siguientes: Matsigenka/Machiguenga destacó con un 100% (n= 2), seguido de Ashaninka con un 94.95% (n= 17), otra lengua nativa u originaria con un 91.21% (n= 10) y el castellano con un 56.89% (n= 1 498). Respecto al tipo de lengua materna, las lenguas amazónicas representaron el 69.59% (n= 54), mientras que en términos de lengua de origen, las lenguas originarias alcanzaron un 59.67% (n= 461). En relación a la región natural, Lima Metropolitana presentó un 63.92% (n= 237). En cuanto al área de residencia, el sector urbano mostró un 58.67% (n= 1 197), y en cuanto al lugar de residencia, la capital presentó un 63.92% (n= 237). Respecto a la altitud, aquellos situados a 2 500 msnm o más reportaron un 59.41% (n= 593). En el índice de riqueza, el grupo "muy rico" mostró un 65.86% (n= 194).

El 59.14% (n= 1 704) de los participantes indicó tener seguro de salud. En relación al sexo, las mujeres destacaron con un 59.24% (n= 603). Finalmente, en cuanto a la edad, el grupo de 0 a 5 años presentó un 58.95% (n= 1 012). El análisis bivariado reveló que las variables lengua materna, tipo de lengua de origen, región natural, altitud y tenencia de seguro de salud mostraron una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$). (Tabla 1).

En el análisis multivariado ajustado, se encontró que las lenguas altoandinas presentaron una asociación positiva con el acceso a información en salud oral, aunque esta no fue estadísticamente significativa (RPa: 1.10, IC95%: 0.98 - 1.23; $p > 0.05$). De manera similar, las lenguas amazónicas también mostraron una asociación positiva no significativa con el acceso a dicha información (RPa: 1.15, IC95%: 0.86 - 1.53; $p > 0.05$). En cuanto a los tipos de lengua de origen, las lenguas altoandinas igualmente mostraron una asociación positiva no significativa con el acceso a información en salud oral (RPa: 1.11, IC95%: 0.99 - 1.23; $p > 0.05$) (Tabla 2).

V. DISCUSIÓN

La lengua materna es aquella que se adquiere en la infancia y con la cual cada persona se siente identificada. También se le conoce como lengua primaria o lengua nativa. En Perú, existen aproximadamente 48 lenguas nativas, de las cuales 44 se hablan en la región amazónica y 4 en la zona andina. Este aspecto es relevante en el ámbito de la salud, ya que a menudo existe una barrera comunicacional entre los pacientes y el personal de salud cuando no comparten la misma lengua materna (3-5). En cuanto a los datos sobre salud dental, más de la mitad de los niños que cuentan con menos de 12 años en Perú recibieron dichos datos en el transcurso del

año 2023. En comparación, estudios realizados en 2016 y 2017 informaron que más del 60% de este grupo de edades recibió información sobre salud oral(11, 12).

El presente estudio, que analizó la relación entre la lengua materna y el acceso a información en salud bucal en niños peruanos, concluyó que no existe una asociación directa significativa entre ambas variables. Probablemente, esto se debe a que en el Perú, los determinantes sociales de la salud como los socioeconómicos y políticos, permiten el acceso a la salud sin alguna diferencia en relación a la lengua materna. En otras palabras, el idioma nativo de los niños o de sus padres no parece influir directamente en los saberes acerca de la salud bucal de los niños. De forma similar, un estudio llevado a cabo en 2018, que analizó la conexión entre el acceso de las madres a la información sobre salud y el acceso a la información sobre salud bucal en Perú de los niños menores de 12 años, concluyó que no se encontró una relación significativa entre estas variables, esto indicaría que no existe vínculo significativo entre la información sobre salud bucal brindada por el sector público e información sobre salud (13).

Por otro lado, se identificó que un factor relacionado con el acceso a la información sobre salud bucal en niños peruanos es la altitud, específicamente en zonas a más de 2.500 metros sobre el nivel del mar. Es decir, que a mayor altitud, el acceso a información es mayor. De manera similar, Ventocilla et al encontraron que en Perú los niños residentes en zonas de mayor altitud accedieron a atención odontológica en mayor proporción que los que residían en otras regiones de menor altitud(14). Es relevante señalar que esta variable no diferencia entre las grandes ciudades de las zonas altoandinas del Perú, como Puno (3 810 msnm), Huancayo (3 245 msnm), Cajamarca (2 750 msnm), Cusco (3 414 msnm) y Cerro de Pasco (4 342 msnm).

Dado que estas ciudades son capitales de diferentes regiones del país, pueden ofrecer un mejor acceso a la información sobre salud bucal.

La investigación presenta algunas limitaciones. En primer lugar, los datos fueron obtenidos mediante la encuesta elaborada por la ENDES, en la cual los encuestados responden de manera autoreportada. Esto podría generar un sesgo debido a la subjetividad de las respuestas; sin embargo, el uso de alternativas cerradas como método de respuesta ayuda a reducir la probabilidad de este mismo. Además, se perdió un porcentaje de los datos debido a la falta de información completa, lo que llevó a su eliminación de la base de datos. Asimismo, al tratarse de estudios transversales, no es posible establecer una relación causal directa entre las variables analizadas.

Finalmente, al reflexionar sobre la relación entre el acceso a la información sobre salud bucal y la lengua materna en los niños peruanos en el año 2023, es esencial adoptar un enfoque más integral. A pesar de no haberse encontrado una relación directa entre la lengua materna y la salud bucal, es importante reconocer que la lengua puede influir en el acceso a servicios y en la educación sanitaria. En este sentido, destaca la relevancia de la diversidad cultural, ya que se encontró una relación significativa entre la interculturalidad y el acceso a atención dental en Latinoamérica(15). Por otro lado, el factor de la altitud subraya la necesidad de abordar la salud infantil desde una perspectiva multidimensional, que considere tanto las barreras lingüísticas como las geográficas y sociales, con el fin de mejorar el acceso a la atención.

VI. CONCLUSIONES

De manera general, en el presente estudio se determinó que no existe asociación entre la lengua materna y el acceso a la información en salud oral en niños peruanos. Sin embargo, la altitud de residencia si demostró ser un factor asociado, observándose que a mayor altitud, mayor acceso a información en salud oral.

De manera específica:

1. Los niños peruanos menores de doce años accedieron a información en salud oral, mientras que la lengua materna más hablada fue el castellano.
2. En el análisis bivariado, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el acceso a información en salud oral y las variables lengua materna, lengua de origen, región natural, altitud y tenencia de seguro de salud.
3. En el análisis multivariado, el modelo de regresión ajustado mostró una asociación positiva entre el acceso a información en salud oral y el tipo de lengua materna, así como con el tipo de lengua de origen; sin embargo, ninguna de estas asociaciones alcanzó significancia estadística.

VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. Consultado el 13 de enero del 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. Smith J, Johnson A, Perez R, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, et al. The impact of oral health on overall well-being. J Public Health. 2019;45(6):1234-40.
3. Universidad Pompeu Fabra. Glosario: Lengua materna. Consultado el 13 de enero del 2025. Disponible en: <https://www.upf.edu/web/ecodal/glosario-lengua-materna#:~:text=La%20lengua%20materna%20es%20la,un%20mismo%20y%20único>
4. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Día Internacional de la Lengua Materna: ¿Por qué la educación multilingüe es esencial para el desarrollo? Consultado el 13 de enero del 2025. Disponible en: <https://www.unesco.org/es/articles/dia-internacional-de-la-lengua-materna-por-que-la-educacion-multilingue-es-esencial-para-el>
5. Ministerio de Cultura del Perú. Banco de Datos de Pueblos Indígenas: Lenguas. Consultado el 13 de enero del 2025. Disponible en: <https://bdpi.cultura.gob.pe/lenguas>
6. Defensoría del Pueblo del Perú. El Gobierno debe aplicar reformas contra desigualdades que afectan a las mujeres indígenas. Consultado el 13 de enero del 2025. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/deunavezportodas/gobierno-debe-aplicar-reformas-contra-desigualdades-que-afectan-a-las-mujeres-indigenas/>

7. Amnistía Internacional. Perú: Desigualdad en el acceso a salud pone en peligro a indígenas pobres. Consultado el 13 de enero del 2025. Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/latest/press-release/2009/07/peru-desigualdad-acceso-salud-peligro-indigenas-pobres-20090709/>
8. Banco Mundial. Discriminados por hablar su idioma natal: Perú, quechua. Consultado el 13 de enero del 2025. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2014/04/16/discriminados-por-hablar-su-idioma-natal-peru-quechua>
9. Valdez R, Spinler K, Kofahl C, Seedorf U, Heydecke G, Reissmann DR, et al. Oral Health Literacy in Migrant and Ethnic Minority Populations: A Systematic Review. *J Immigr Minor Health*. 2022;24(4):1061-80.
10. Chomba-Chico G. Barreras percibidas en el acceso y uso de servicios de salud por parte de mujeres indígenas en la región Ucayali, Perú. (Tesis para título cirujano dentista). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021.
11. Alemán-Longhi MA, Román-Ocampo MA, Stucchi-Altamirano CRC. Acceso a información de salud bucal en niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú en el año 2016. (Tesis para título cirujano dentista). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018
12. Ávalos-Baltodano K, Tomairo-Agapito J, Villar-Zapata JC, León-Manco RA, Carbajal-Rodríguez G. Asociación entre el acceso a la información sobre higiene bucal y el cepillado de dientes en niños del Perú. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. 2020;32(1):57-66.
13. López-Cabrera MV, Rojas-Huayta VM. Asociación entre el acceso de la madre a la información sobre salud y el acceso de los niños menores de 12 años a

la información sobre salud bucal en el Perú, 2018. Rev Estomatol Herediana. 2023;33(4):287-94.

14. Ventocilla Vargas N, Salinas Zevallos V, Vásquez Julca K, León Manco RA. Asociación entre el acceso a los servicios odontológicos y la altitud de la residencia de niños peruanos. Rev Cubana Estomatol. 2023;60(2).

15. Tuesta-Bernaola NS, Pastor-Palomino R. Etnicidad en el Perú e inequidad en el acceso del servicio dental de salud. (Tesis para título cirujano dentista). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019.

VIII. TABLAS

Tabla 1. Acceso a información sobre salud bucal según lengua materna y características de niños menores de 12 años de edad en el Perú, 2023.

Variables	n	%	Acceso a información sobre salud bucal				p*
			Sí		No		
			n	%	n	%	
Total	3337	100.00	1959	57.44	1378	42.56	
Proveedor de información							
Ministerio de Salud	-	-	1109	51.93	-	-	
Seguridad Social (EsSalud)	-	-	125	5.63	-	-	
FF.AA / PNP	-	-	2	0.06	-	-	
Sector Privado	-	-	244	18.09	-	-	
Medios de comunicación	-	-	230	16.35	-	-	
Otros	-	-	113	7.94	-	-	
Lengua materna							
Castellano	2609	80.28	1498	56.89	1111	43.11	
Quechua	574	15.04	358	56.37	216	43.63	
Aimara	73	2.44	49	70.88	24	29.12	
Ashaninka	20	0.88	17	94.95	3	5.05	0.020
Awajún/Aguaruna	30	0.39	16	57.14	14	42.86	
Shipibo/Konibo	17	0.58	9	23.23	8	76.77	
Matsigenka/ Machiguenga	2	0.10	2	100.00	0	0.00	
Otra lengua nativa u originaria	12	0.29	10	91.21	2	8.79	
Tipo de lengua materna							
Castellano	2609	80.28	1498	56.89	1111	43.11	
Lenguas altoandinas	647	17.48	407	58.40	240	41.60	0.057
Lenguas amazónicas	81	2.24	54	69.59	27	30.41	
Tipo de lengua de origen							
Castellano	2609	80.28	1498	56.89	1111	43.11	
Lengua originaria	728	19.72	461	59.67	267	40.33	0.025
Región natural							
Lima metropolitana	385	28.58	237	63.92	148	36.08	
Resto Costa	820	27.97	439	48.98	381	51.02	
Sierra	1048	27.77	679	59.80	369	40.20	<0.001
Selva	765	15.68	433	56.54	332	43.46	
Área de residencia							
Urbano	2037	75.07	1197	58.67	840	41.33	
Rural	981	24.93	591	53.75	390	46.25	0.534
Lugar de residencia							
Capital	385	28.58	237	63.92	148	36.08	
Pequeña ciudad	751	18.89	451	59.55	300	40.45	
Pueblo	901	27.60	509	52.63	392	47.37	0.380
Campo	981	24.93	591	53.75	390	46.25	
Altitud							
Menos de 2500 msnm	2103	75.85	1195	56.81	908	43.19	
De 2500 a más msnm	915	24.15	593	59.41	322	40.59	0.001
Índice de riqueza							
Muy pobre	903	23.16	526	53.90	377	46.10	
Pobre	774	22.19	443	53.38	331	46.62	
Medio	593	23.12	345	55.67	248	44.33	0.088
Rico	458	19.08	280	63.12	178	36.88	
Muy rico	290	12.45	194	65.86	96	34.14	
Tenencia de seguro de salud							
Sí	2860	83.14	1704	59.14	1156	40.86	
No	477	16.86	255	49.06	222	50.94	0.047
Sexo							

	Hombre	2274	72.28	1356	56.75	918	43.25	0.310
	Mujer	1063	27.72	603	59.24	460	40.76	
Edad	De 0 a 5 años	1758	39.08	1012	58.95	746	41.05	0.134
	De 6 a 11 años	1579	60.92	947	56.47	632	43.53	

n: Frecuencia absoluta. %: Frecuencia relativa. p: Significancia estadística. *Prueba de Chi-cuadrado.

Tabla 2. Asociación entre el acceso a información sobre salud bucal y lengua materna de niños menores de 12 años de edad en el Perú, 2023.

Variables	Acceso a información sobre salud bucal								
	Modelo nulo	Modelo crudo				Modelo ajustado 4			
		Coefficiente	RP	IC95%	p	Coefficiente	RPa	IC95%	p
Modelo 1: Lengua materna									
Tipo de lengua materna									
Castellano	Ref.				Ref.				
Lenguas altoandinas	0.08	1.09	0.97-1.22	0.156	0.09	1.10	0.98-1.23	0.111	
Lenguas amazónicas	0.15	1.16	0.87-1.55	0.313	0.14	1.15	0.86-1.53	0.335	
Tipo de lengua de origen									
Castellano	Ref.				Ref.				
Lenguas originarias	0.09	1.10	0.98-1.23	0.100	0.10	1.11	0.99-1.23	0.073	
Varianza	0.21				0.21				
Coefficiente de correlación intraclase (CCI %)	0.14				0.03				
p	<0.001				<0.001				
Modelo 2: Características geográficas									
Región natural									
Lima metropolitana	Ref.								
Resto Costa	-0.14	0.87	0.74-1.19	0.083	-	-	-	-	
Sierra	0.05	1.05	0.89-1.24	0.541	-	-	-	-	
Selva	-0.08	0.92	0.78-1.08	0.299	-	-	-	-	
Área de residencia									
Urbano	Ref.								
Rural	0.02	1.02	0.91-1.13	0.763	-	-	-	-	
Lugar de residencia									
Capital	Ref.								
Pequeña ciudad	-0.02	0.98	0.83-1.14	0.758	-	-	-	-	
Pueblo	-0.09	0.92	0.79-1.07	0.275	-	-	-	-	
Campo	-0.01	0.99	0.80-1.23	0.955	-	-	-	-	
Altitud									
Menos de 2500 msnm	Ref.								
De 2500 a más msnm	0.12	1.13	1.01-1.26	0.030	-	-	-	-	
Varianza	0.10								
Coefficiente de correlación intraclase (CCI %)	0.87								
p	<0.001								
Modelo 3: Características sociodemográficas									
Índice de riqueza									
Muy pobre	Ref.								
Pobre	0.01	1.01	0.88-1.15	0.937	-	-	-	-	
Medio	0.02	1.02	0.88-1.19	0.762	-	-	-	-	
Rico	0.06	1.07	0.91-1.25	0.441	-	-	-	-	
Muy rico	0.15	1.16	0.97-1.39	0.107	-	-	-	-	
Tenencia de seguro de salud									
Si	Ref.								
No	-0.09	0.91	0.80-1.05	0.202	-	-	-	-	
Sexo									
Hombre	Ref.								
Mujer	-0.04	0.96	0.97-1.07	0.484	-	-	-	-	
Edad									
De 0 a 5 años	Ref.								
De 6 a 11 años	0.05	1.05	0.96-1.15	0.300	-	-	-	-	
Varianza	2.98	1.19							
Coefficiente de correlación intraclase (CCI %)	0.06	0.28							
p	<0.001	<0.001							

RP: Razón de prevalencias. aRP: Razón de prevalencias ajustado. IC95%: Intervalo de confianza al 95%. p: Significancia estadística.

a: Ajustado por región natural, altitud y tenencia de seguro.

ANEXO 1: Cuadro de operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPOS	ESCALA	VALORES
Acceso a información del cuidado de salud bucal:	Evolución en el cual un sujeto acepta información acerca del cuidado de salud bucodental personal de el mismo para su utilidad propia y comunidad	La pregunta del cuestionario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú a considerarse fue la siguiente: En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año ¿usted ha recibido información sobre el cuidado e higiene de los dientes, lengua y boca de las niñas y niños de una persona o medio de comunicación?, lo restante de preguntas están en el cuestionario.	Cualitativa	Dicotómica	1: Si 2: No
Proveedor de información de salud bucal:	Organismo estatal o privado a cargo de brindar información de salud bucal con la finalidad de mejorar la salud bucal de sus habitantes.	Información obtenida del módulo Encuesta de Salud de la ENDES, de la base de datos CSALUD08, de la pregunta QS807: ¿Dónde recibió la información?	Cualitativa	Nominal politómica	1: MINSA 2: EsSalud 3: FFAA y PNP 4: Municipalidad 5: Sector privado 6: ONG/Iglesia 7: Organización de base 8: Medios de comunicación 9: Institución educativa 10: Familiares/ vecinos/ amigos

Lengua materna:	Está compuesta por 3 variables: lengua materna niño, lengua materna madre y lengua materna padre. Lengua que se adquiere en la infancia también puede referirse a la primera lengua aprendida en cada ser humano o con la cual se identifican más.	Se obtuvo del módulo Encuesta de MEF de la ENDES - REC 91. Las preguntas fueron: ¿Cuál es el idioma o lengua materna con el que aprendió a hablar en su niñez? (Pregunta 119) ,¿Cuál es el idioma o lengua materna de su madre? (Pregunta 119A) ¿Cuál es el idioma o lengua materna de su padre? (Pregunta 119B) ; la categoría de respuesta son las mismas para los 3.	Cualitativa	Nominal y politómica	1: Español 2: Quechua 3: Aymara 4: Otro idioma nativo 5: No sabe/no responde
Tipo de lengua materna:	Lengua que se adquiere en la infancia también puede referirse a la primera lengua aprendida en cada ser humano o con la cual se identifican más.	Variable construida a raíz de la variable “Lengua materna”.	Cualitativa,	Nominal y politómica.	1: Castellano, 2: Lenguas altoandinas 3: Lenguas amazónicas.
Tipo de lengua de origen:	Lengua que se adquiere en la infancia también puede referirse a la primera lengua aprendida en cada ser humano o con la cual se identifican más.	Variable construida a raíz de la variable “Lengua materna”.	cualitativa,	nominal y dicotómica.	1: Castellano 2: lenguas originarias

Ámbito de residencia:	Se refiere al lugar donde el individuo habita por un determinado tiempo.	Datos recolectados del módulo Características del Hogar de la ENDES, del banco de datos RECH0, correspondiente al indicador HV025.	Cualitativa	Nominal y dicotómica	1: Urbano 2: Rural.
Lugar de residencia:	Se refiere al sitio donde habitan los individuos de una población.	Datos recolectados de la sección Características del Hogar RECH0, del ítem HV026.	Cualitativa	Ordinal politómica	1: Capital, ciudad grande 2: Ciudad pequeña 3: Pueblo 4: Campo.
Región natural:	Se refiere a la zona geográfica donde habita la población.	Datos recolectados de la sección Características del hogar, corresponde al banco de datos RECH23, que a su vez, corresponde al indicador SHREGION.	Cualitativa	Nominal y politómica	1: Lima metropolitana 2: Resto de la costa 3: Sierra 4: Selva.
Altitud : de tipo Con valores: menos de 2500	Distancia en sentido vertical referente al nivel del mar.	Según lo indicado en la base de datos ENDES	cualitativa.	Dicotómica nominal,	1: menos de 2500 msnm 2: de 2500 a más msnm.

msnm y de 2500 a más msnm.					
Índice de riqueza	Se refiere a la medida de nivel económico de una población , tanto producción de bienes en un territorio como los servicios.	Datos recolectados de la sección Datos Básicos de MEF RECH11, ítem V190.	Cualitativa	Ordinal politómica	1: 1er quintil 2: 2do quintil 3: 3er quintil 4: 4to quintil 5: 5to quintil.
Tenencia de seguro de salud:	Está información es relevante para conocer sobre cada uno de los individuos, y fue obtenida a partir de los datos de la sección de Características del Hogar.	RECH0, correspondiente a las preguntas : ¿(NOMBRE) está afiliado(a) o inscrito(a) en: ESSALUD, Seguro Integral de Salud o en algún otro seguro de salud? (SH11)	Cualitativa	Nominal politómica	1: SIS 2: EsSalud 3: FFAA y PNP 4: Seguro privado 5: No tiene.
Sexo:	Se considera la sexualidad de cada individuo	Según los datos obtenidos del cuestionario CSALUD08, la pregunta indicada fue: ¿Cuántos años cumplidos tiene? (QS20)	Cualitativa	Nominal y dicotómica	1: Hombre 2: Mujer.
Edad:	Se refiere a la cantidad de años de vida de cada persona de la población del estudio.	Los datos obtenidos fueron sacados de la sección CSALUD08, ítem QS23: ¿Cuántos años cumplidos tiene?	Cualitativa	Nominal y dicotómica	1: De 1 a 5 años 2: De 6 a 11 años.

ANEXO 2: Constancia de aprobación de ética



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONSTANCIA-CIEI-56-6-25

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo la categoría de revisión **EXENTO**. La aprobación será informada en la sesión más próxima del comité.

Título del Proyecto : "ASOCIACIÓN ENTRE LA LENGUA MATERNA Y ACCESO A INFORMACIÓN EN SALUD ORAL EN NIÑOS PERUANOS"
Código SIDISI : 217247
Investigador(a) principal(es) : Gaspar Postillon Alberto Alvaro
Mariategui Ochoa Aldana Lucia
Ramos Garcia Britney Thays

La **aprobación** incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. Protocolo de investigación, versión 2.0 de fecha 28 de enero del 2025.

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. La categoría de **EXENTO** es otorgado al proyecto por un periodo de cinco años en tanto la categoría se mantenga y no existan cambios o desviaciones al protocolo original. El investigador está exonerado de presentar un reporte del progreso del estudio por el periodo arriba descrito y sólo alcanzará un informe final al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **Jueves 31 de enero del 2030**.

El presente proyecto de investigación sólo podrá iniciarse después de haber obtenido la(s) autorización(es) de la(s) institución(es) donde se ejecutará.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 31 de enero del 2025



Manuel Raul Perez Martinot
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación
Universidad Peruana Cayetano Heredia