

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



Tesis

**Nivel de conocimiento y conductas sobre salud oral en docentes y padres
de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín,
Abancay, 2025.**

Asesora:

Mag. Huamán Salas Luz Aurora

Autor:

Pumapillo Valenzuela, José Antonio

Para optar el título profesional de:

Cirujano Dentista

Abancay- Apurímac - Perú

2026

Acta de sustentación



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Acta N°: 014-2026

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TÍTULO PROFESIONAL

En la ciudad de Abancay, a los 21 días del mes de mayo del 2026, siendo las 09:40 horas, se reunieron los integrantes del Jurado designado por **RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°0056-2026-UTEA-FCS-E.P-EST.,PE** de la Escuela Profesional de **ESTOMATOLOGÍA**, Facultad de Ciencias de la Salud:

Presidente :	Mag. Soria Serrano Sonia Margot
Dictaminante :	Mag. Meza Salcedo Rocio
Replicante :	Mag. Vargas Mateos Shiovan Yamileth

Para evaluar la sustentación, en la modalidad de:

☒ Tesis ☐ Trabajo de suficiencia profesional

Titulada:

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y CONDUCTAS SOBRE SALUD ORAL EN DOCENTES Y PADRES DE PREESCOLARES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA INICIAL N°228 - SAN MARTIN, ABANCAY, 2025

Desarrollado por el (los) Bachiller (es):

BR.: **Pumapillo Valenzuela Jose Antonio**

Para optar el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

Concluido el acto, el Jurado dictaminó que el (la) (los) mencionado(a) (s) bachiller (es) fue (ron) **APROBADO (S)**:

Por: **Unanimidad**
(Unanimidad o Mayoría) (*)

Emitiéndose el calificativo final de:

Bachiller (Apellidos y Nombres)	Calificación (**)
Br.: Pumapillo Valenzuela Jose Antonio	Aprobado

Siendo las 10:40 horas concluyó la sesión, firmando los integrantes del Jurado.

PRESIDENTE : Mag. Soria Serrano Sonia M.
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres)

(Firma)

DICTAMINANTE: Mag. Meza Salcedo Rocio
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres)

(Firma)

REPLICANTE : Mag. Vargas Mateos Shiovan Y.
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres)

(Firma)

Nota: Desaprobado: 0-10; Aprobado: 11-20
(*) Mayoría: Dos integrantes del jurado aprueban o desaprueban; Unanimidad: Todos los integrantes del jurado aprueban o desaprueban, Art. 18 RGGAT.
(**) 0 a 10: Desaprobado, 11 a 15: Aprobado, 16 a 18: Aprobado Notable, 19 y 20: Aprobado con Distinción, Art. 18 RGGAT.

Reporte de similitud



Página 2 de 132 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega: trm:oid::3117:598722150

11% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Exclusiones

- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 8%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Página 2 de 132 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega: trm:oid::3117:598722150

Metadatos complementarios

Datos del autor		
Apellidos y Nombres	:	Pumapillo Valenzuela José Antonio
Tipo de documento de identidad	:	DNI
Número de documento de identidad	:	74465229
URL ORCID	:	https://orcid.org/0009-0008-8705-0073
Datos del Asesor		
Apellidos y Nombres	:	Mg. Huamán Salas Luz Aurora
Tipo de documento de identidad	:	DNI
Número de documento de identidad	:	44113636
URL ORCID	:	orcid.org/0000-0002-7165-6707
Datos de la investigación		
Facultad	:	Ciencias de la Salud
Escuela Profesional	:	Estomatología
Línea de Investigación	:	Salud Pública Estomatológica
Rango de años en que se realizó la investigación	:	2025
Fuente de financiamiento	:	Autofinanciado
Porcentaje de similitud	:	11%
URL de OCDE	:	https://purl.org/pe-repo/ocde/ford# 3.02.14

Dedicatoria

Dedico este trabajo, de manera muy especial, a mis padres, José Pumapillo y Liz Pascaula Valenzuela, quienes, con su esfuerzo diario, sacrificio y dedicación incondicional hicieron posible que alcanzara este objetivo. Gracias por enseñarme el valor del trabajo y la perseverancia. Ustedes fueron el motor que me impulsó a no rendirme y a culminar con éxito mi carrera universitaria.

José Antonio

Agradecimientos

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a todos los docentes de la carrera de Estomatología de Universidad Tecnológica de los Andes, por su valioso aporte a mi formación profesional y a Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín por haberme brindado amablemente el espacio y tiempo necesario para realizar esta investigación.

José Antonio

Resumen

La salud oral en la etapa preescolar depende estrechamente de la mediación de la familia y la escuela, quienes actúan como agentes principales en la transmisión de hábitos preventivos. Debido a que el nivel de información de los cuidadores es determinante para consolidar conductas que eviten patologías bucodentales a temprana edad, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las conductas en salud oral de docentes y padres de la I.E.I. N° 228 San Martín, Abancay, 2025. La metodología empleó un diseño no experimental de corte transversal y tipo descriptivo correlacional, con una muestra de 74 padres y 4 docentes seleccionada mediante muestreo probabilístico estratificado; se aplicaron cuestionarios de conocimiento y el test HU-DBI para conductas, procesando la información en SPSS v27. Los resultados revelaron que, en los padres, el 37.8% presentó conocimiento bajo, 43.2% regular y 18.9% alto; sus conductas fueron bajas en 43.2%, regulares en 36.5% y altas en 20.3%. El análisis mediante Rho de Spearman reportó un coeficiente de $Rho = 0.826$ ($p < 0.05$), confirmando una relación directa y significativa. En los docentes, el 50% mostró conocimiento regular y 50% alto, con conductas que correspondieron simétricamente a dichos niveles; no obstante, la prueba exacta de Fisher ($p = 0.333$) no evidenció significancia por el tamaño reducido de la muestra. Se concluye que un mayor conocimiento técnico se vincula con conductas más favorables de higiene, prevención y tratamiento de la salud bucal.

Palabras clave: Conocimiento, conducta, padres, docentes, salud bucal

Abstract

Oral health during the preschool stage depends closely on the mediation of the family and the school, which act as primary agents in the transmission of preventive habits. Given that the information level of caregivers is a determinant factor in consolidating behaviors that prevent oral diseases at an early age, this study aimed to determine the relationship between the level of knowledge and oral health behaviors among teachers and parents at I.E.I. N° 228 San Martín, Abancay, 2025. The methodology employed a non-experimental, cross-sectional, and descriptive-correlational design. The sample consisted of 74 parents and 4 teachers selected through proportional stratified probability sampling; knowledge questionnaires and the HU-DBI test for behaviors were applied, with data processed in SPSS v27. Results revealed that 37.8% of parents had low knowledge, 43.2% fair, and 18.9% high; their behaviors were low in 43.2%, fair in 36.5%, and high in 20.3%. Analysis using Spearman's Rho reported a coefficient of $Rho = 0.826$ ($p < 0.05$), confirming a direct and significant relationship. Among teachers, 50% showed fair knowledge and 50% high, with behaviors symmetrically corresponding to these levels; however, Fisher's exact test ($p = 0.333$) showed no statistical significance due to the small sample size. It is concluded that greater technical knowledge is linked to more favorable behaviors regarding hygiene, prevention, and oral health treatment.

Keywords: Knowledge, behavior, parents, teachers, oral health.

Índice

Portada	i
Acta de sustentación	ii
Reporte de similitud	iii
Metadatos complementarios	iv
Dedicatoria	v
Agradecimientos	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
Índice	ix
Índice de figuras	xi
Índice de tablas	xii
Índice de anexos	xiiiv
I. Introducción	15
II. Planteamiento del problema.....	17
2.1. Descripción y formulación del problema	17
2.2. Planteamiento del problema	19
2.3. Objetivos.....	20
2.3.1. Objetivo general	20
2.3.2. Objetivos específicos.....	20
2.4. Justificación e importancia	21
2.5. Hipótesis	23

2.6. Variables.....	25
III. Marco teórico.....	27
3.1. Antecedentes.....	27
3.2. Bases teóricas	35
3.2.1. Conocimiento sobre salud oral.....	35
3.2.2. Conductas en salud oral.....	46
3.2.3. Medidas y estrategias de fortalecimiento de conductas en salud oral.....	54
3.2.4. Educación para la salud.....	55
3.2.5. Rol de los agentes clave en salud oral.....	56
3.3. Definición de términos	58
IV. Metodología	60
4.1. Tipo y nivel de investigación.....	60
4.2. Ámbito temporal y espacial.....	61
4.3. Población y muestra	61
4.4. Instrumentos	64
4.5. Procedimiento.....	65
4.6. Análisis de datos.....	66
4.7. Consideraciones éticas.....	69
V. Resultados y discusión	71
VI. Conclusiones	88
VII. Recomendaciones	98
VIII. Referencias bibliográficas	100
IX. Anexos	110

Índice de figuras

Figura 1.	120
Figura 2.	120
Figura 3.	121
Figura 4.	121
Figura 5.	122
Figura 6.	122
Figura 7.	123
Figura 8.	123
Figura 9.	124
Figura 10.....	124
Figura 11.....	125
Figura 12.....	125

Índice de tablas

Tabla N° 1.	Prueba de normalidad	68
Tabla N° 2.	Relación entre el nivel de conocimiento y las conductas en salud oral de docentes y padres de preescolares de la I.E.I N° 228 San Martín, Abancay, 2025.....	71
Tabla N° 3.	Pruebas de correlación entre el nivel de conocimiento y conducta en salud oral en docentes y padres de preescolares.	72
Tabla N° 4.	Nivel de conocimiento en salud oral de docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín, Abancay, 2025, según sexo, edad y grado de instrucción.....	73
Tabla N° 5.	Pruebas de correlación entre el nivel de conocimiento en salud oral y el sexo, edad y nivel de instrucción de docentes y padres de preescolares.	75
Tabla N° 6.	Conductas en salud oral de docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín, Abancay, 2025.	77
Tabla N° 7.	Pruebas de correlación entre las conductas en salud oral con el sexo, edad y nivel de instrucción de docentes y padres de preescolares.....	79
Tabla N° 8.	Relación entre el nivel de conocimiento y el cuidado en la higiene bucal en docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025.....	81
Tabla N° 9.	Pruebas de correlación entre el nivel de conocimiento y el cuidado en la higiene oral en docentes y padres de preescolares.	82
Tabla N° 10.	Relación entre el nivel de conocimiento y la prevención de enfermedades orales en docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025.	83

Tabla N° 11. Pruebas de correlación entre el nivel de conocimiento y la prevención de enfermedades orales en docentes y padres de preescolares.....	84
Tabla N° 12. Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el tratamiento de la salud bucal de los docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín, Abancay.	85
Tabla N° 13. Pruebas de correlación entre el nivel de conocimiento y el tratamiento de la salud bucal en docentes y padres de preescolares.	87

Índice de anexos

Anexo 1.	Matriz de consistencia.....	111
Anexo 2.	Instrumentos de recolección	113
Anexo 3.	Consentimiento informado.....	116
Anexo 4.	Autorización de la I.E.I para recolección de datos	117
Anexo 5.	Población de estudiantes y docentes en la I.E.I	118
Anexo 6.	Baremos de los instrumentos	119
Anexo 7.	Evidencia fotográfica de recolección de datos.....	120
Anexo 8.	Base de datos.....	126

I. Introducción

La salud oral infantil constituye un tema de creciente interés dentro de la salud pública mundial, debido a la elevada prevalencia de enfermedades orales en la infancia, especialmente la caries dental. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que entre el 60 % y el 90 % de los niños en edad escolar, aproximadamente 530 millones, presentan algún grado de caries no evaluadas ni tratadas, situación que afecta no solo la integridad dentaria, sino también la nutrición, el desarrollo físico y el rendimiento escolar. ^(1,2) En este contexto, el entorno familiar y educativo cumple un papel fundamental en la orientación y supervisión del cuidado de la salud bucal desde los primeros años de vida.

Durante la etapa preescolar, los padres y docentes se constituyen en los principales referentes para la formación de hábitos de salud oral. A través de la enseñanza, el ejemplo y la supervisión cotidiana, influyen directamente en prácticas como el cepillado dental, el control de la alimentación y la búsqueda de atención odontológica. ⁽³⁾

El conocimiento que tienen los padres y cuidadores está estrechamente relacionado con la prevención de enfermedades de la boca de los niños. Cuando el nivel de conocimiento es adecuado, los adultos pueden aplicar medidas básicas en el hogar. Esto incluye desde el uso correcto de pasta dental con flúor hasta el control de los alimentos con mucha azúcar. Estar bien informados también les permite notar cualquier daño en los dientes de forma temprana. Por el contrario, un nivel de conocimiento bajo o equivocado se convierte en un obstáculo para la salud infantil. Si no se maneja la información correcta, aumentan los casos de caries. Esto suele causar que se busque ayuda profesional solo cuando el daño ya es avanzado. ⁽⁴⁾

Las conductas en salud oral representan la manifestación práctica de ese conocimiento y se expresan en acciones vinculadas al cuidado en la higiene oral, la prevención de

enfermedades orales y la conducta frente al tratamiento de la salud bucal. Estas prácticas no dependen únicamente del nivel de conocimiento, sino que también pueden verse influidas por factores sociales, económicos y culturales, así como por características personales como el sexo, la edad y el grado de instrucción.⁽⁵⁾

Asimismo, el nivel de conocimiento y las conductas sobre salud oral pueden variar entre padres y docentes según determinadas características sociodemográficas, lo cual influye en la manera en que se aplican las recomendaciones de cuidado bucal tanto en el hogar como en el entorno educativo. Analizar estas variables permite identificar brechas formativas y orientar acciones educativas dirigidas a fortalecer prácticas saludables de manera integral.⁽⁶⁾

La relación entre el nivel de conocimiento y las conductas sobre salud oral resulta fundamental para comprender la situación de la salud bucal infantil. Mientras el conocimiento proporciona la base conceptual que orienta las decisiones, las conductas reflejan el grado en que dichas ideas se traducen en prácticas concretas relacionadas con la higiene oral, la prevención de enfermedades bucales y el tratamiento oportuno. Explorar esta relación permite explicar la persistencia de problemas bucales en la infancia aun cuando existe información básica disponible.⁽⁷⁾

En la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, ubicada en la ciudad de Abancay, se evidencia la necesidad de contar con información sistematizada sobre el nivel de conocimiento y las conductas en salud oral de padres y docentes de preescolares. Frente a esta realidad, la presente investigación determina la relación entre el nivel de conocimiento y las conductas sobre salud oral, así como su vínculo con el cuidado en la higiene oral, la prevención de enfermedades orales y la conducta frente al tratamiento de la salud bucal, con la finalidad de aportar evidencia que contribuya al diseño de estrategias de educación y promoción de la salud bucodental adaptadas al contexto institucional y familiar.

II. Planteamiento del problema

2.1. Descripción y formulación del problema

El cuidado de la boca en los niños constituye un problema de salud pública reconocido en todo el mundo. La evidencia científica señala que las ideas, hábitos y acciones que adoptan quienes los acompañan a diario, principalmente la familia y el personal docente, tienen un peso importante en la condición oral que presentan. Por ello, fortalecer la educación y la prevención desde los primeros años resulta clave para reducir la aparición de caries y otras afecciones, favoreciendo a un crecimiento adecuado y sosteniendo su bienestar integral, incluyendo su desempeño en la escuela y su calidad de vida.⁽⁸⁾

En el ámbito latinoamericano, a pesar de los avances en políticas de prevención, la prevalencia de caries y la debilidad de hábitos preventivos siguen siendo alarmantes, especialmente en grupos con vulnerabilidad social.⁽⁹⁾ En Perú, investigaciones locales han reportado que un alto porcentaje de niños mantiene patrones de higiene oral solo regulares y que una proporción significativa presenta índices elevados de caries.⁽¹⁰⁾ Datos recogidos en Lima y otras regiones muestran además que muchos padres cuentan con un conocimiento intermedio o insuficiente sobre cuidado bucal infantil, lo que indica que las medidas educativas existentes no alcanzan con la profundidad ni la continuidad necesarias.⁽¹¹⁾ En este contexto nacional resulta crucial subrayar que el problema central no es exclusivamente la elevada prevalencia de caries; en algunas zonas como la región de Apurímac, también destaca la falta de información sistemática y contextualizada sobre el nivel de conocimiento y las conductas en salud oral (higiene, prevención y tratamiento) de los adultos responsables en la formación de hábitos de higiene bucodental. Esa carencia de datos y de comprensión sobre las prácticas cotidianas limita la capacidad de intervención desde las escuelas y frena la posibilidad de construir modelos pedagógicos de corresponsabilidad entre familia, escuela y servicios de salud.⁽¹²⁾

A nivel local, la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, en Abancay, refleja estos problemas de manera tangible. Observaciones del personal docente y la experiencia cotidiana muestran que muchos padres no disponen de información precisa sobre prácticas de cuidado dental; lo que se traduce en que un número importante de niños no se cepilla diariamente, consume azúcar con frecuencia y no asiste a controles odontológicos regulares.⁽¹³⁾ Este conjunto de hábitos y carencias no es adecuado porque tiende a reproducirse en los hogares y a normalizar el descuido, con el riesgo de perpetuar ciclos de mala salud bucodental entre generaciones; por lo tanto, la presente investigación planteada en la I.E.I. N° 228 San Martín se orienta a describir el nivel de conocimiento y las conductas en salud oral, y a determinar su relación en padres y docentes de niños de 3 a 5 años, considerando además variables como sexo, edad y grado de instrucción. Además de conocer quiénes participan, qué saben y cómo actúan; ello es imprescindible para diseñar intervenciones que realmente respondan a las necesidades y condicionantes locales.

Las causas que explican la problemática son múltiples y convergentes como la ausencia o insuficiencia de programas de formación continua para padres y docentes; la limitada cobertura y dificultad de acceso a servicios odontológicos en zonas rurales; la escasa valoración cultural de la dentición temporal; y factores socioeconómicos como bajos ingresos y niveles educativos reducidos en amplios sectores de la población. Estos elementos interactúan y hacen que la prevención no sea prioritaria en el ámbito doméstico, ni que las escuelas reciban el apoyo necesario para sostener prácticas preventivas, lo cual se refleja en conductas relacionadas con la higiene oral, la prevención de enfermedades orales y la búsqueda de tratamiento oportuno.⁽¹⁴⁾

Si no se investigan y comprenden estas dinámicas, las consecuencias serán crecientes y profundas como en el aumento sostenido de caries y otras afecciones orales traducido en dolor, pérdida prematura de piezas dentarias, dificultades para alimentarse y comunicarse,

baja autoestima y deterioro del rendimiento y la asistencia escolar. A mediano y largo plazo, además, la familia y el sistema sanitario asumirán mayores costos, y se consolidará un círculo de desinformación y descuido que afectará a nuevas generaciones.⁽¹⁵⁾

Por ello, el aporte esperado de este estudio es doble y concreto. Por un lado, generar evidencia local, rigurosa y contextualizada sobre los niveles de conocimiento y las conductas en salud oral de los adultos en relación con la salud bucal infantil, incluyendo dimensiones vinculadas a la higiene oral, la prevención de enfermedades orales y la conducta sobre el tratamiento de la salud bucal; por otro, ofrecer insumos prácticos para la elaboración de programas educativos y estrategias de promoción de la salud oral adaptadas a la realidad cultural, educativa y económica de Abancay, que promuevan la corresponsabilidad entre la familia, la escuela y los servicios de salud. En suma, esta investigación no pretende ser un inventario más de cifras, sino una base crítica para intervenir con sentido y eficacia transformando prácticas cotidianas, mejorando la calidad de vida de los niños y construyendo caminos sostenibles para la prevención en salud bucodental en la comunidad.

2.2. Planteamiento del problema

2.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y las conductas sobre salud oral en docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025?

2.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento en salud oral de docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025, según su sexo, edad y grado de instrucción?

2. ¿Cuáles son las conductas en salud oral de docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025, según su sexo, edad y grado de instrucción?
3. ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y el cuidado en la higiene oral en docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025?
4. ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la prevención de enfermedades orales en docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025?
5. ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y el tratamiento de la salud bucal en docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025?

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las conductas en salud oral de docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025.

2.3.2. Objetivos específicos

1. Describir el nivel de conocimiento en salud oral de docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025, según su sexo, edad y grado de instrucción.

2. Identificar las conductas en salud oral de docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025, según su sexo, edad y grado de instrucción.
3. Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y el cuidado en la higiene oral en docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025.
4. Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la prevención de enfermedades orales en docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025.
5. Evaluar la relación entre el nivel de conocimiento y el tratamiento de la salud bucal en docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025.

2.4. Justificación e importancia

- Valor teórico

El valor teórico se refirió al aporte de esta investigación al conocimiento existente y a los marcos conceptuales relacionados con el fenómeno estudiado. En ese sentido, el presente trabajo contribuyó a una comprensión más profunda sobre la manera en que padres y docentes pensaban y actuaban respecto al cuidado bucal de los niños. Este estudio, al ser aplicado en contextos de educación inicial, facilitó el fortalecimiento de las bases teóricas referentes a la promoción de la salud bucal. Se enriquecieron los enfoques actuales de educación preventiva dirigidos a la primera infancia. Estos hallazgos abrieron nuevas líneas de investigación sobre este grupo etario. El estudio profundizó en la relación existente entre el nivel de conocimiento y las conductas de higiene oral. ⁽¹⁶⁾

- **Implicancias prácticas**

Las implicancias prácticas del estudio se vieron en la utilidad directa de los resultados para intervenir en la realidad local. Los resultados obtenidos fueron la base para la organización de diversos talleres y charlas educativas. Estas actividades estuvieron orientadas a enseñar a los niños de nivel inicial los hábitos correctos de higiene oral. De igual manera, la información recolectada permitió que los docentes y directivos pudieran incorporar la salud bucal en sus planes de trabajo institucional. El estudio también impulsó la gestión de alianzas estratégicas con los centros de salud de la zona. Todas estas acciones se reflejaron en mejoras concretas en la salud y el bienestar de la comunidad educativa. ⁽¹⁷⁾

- **Utilidad metodológica**

La utilidad metodológica de la investigación estuvo directamente vinculada al diseño y a los procesos ejecutados. Estos componentes constituyeron una base técnica para los estudios posteriores del área de salud oral. El análisis conjunto de conocimientos y conductas facilitó una comprensión integral del problema. Este enfoque se mostró muy pertinente para el contexto de la población evaluada. Además, la metodología se planteó como un modelo para que otros investigadores la repliquen. El diseño consiguió adaptarse a otras instituciones educativas con problemas similares de caries o higiene deficiente. Los procedimientos utilizados se mostraron como herramientas eficaces para el diagnóstico situacional de los infantes. ⁽¹⁸⁾

- **Relevancia social**

La investigación tuvo una repercusión social directa en la calidad de vida de la población estudiada. El estudio permitió poner de relieve que la salud oral es una pieza esencial del bienestar infantil. Esto resultó especialmente importante en zonas donde el acceso a los servicios odontológicos es escaso. Los resultados obtenidos

propiciaron una reflexión sobre el rol de la familia y la escuela en la prevención de patologías bucales. La educación sanitaria se impulsó como una estrategia clave desde los primeros años de vida. Esta forma de trabajar se mostró como una herramienta accesible y sostenible para los miembros de la comunidad educativa. Los resultados destacaron la importancia de aprovechar los espacios cotidianos para fomentar de forma permanente hábitos saludables. ⁽¹⁹⁾

- **Conveniencia**

La conveniencia del estudio se debió a la viabilidad y relevancia de su realización en el contexto educativo. El trabajo pudo ser factible gracias al acceso directo a la población y al uso de los recursos disponibles. Se utilizaron instrumentos de recolección de datos simples y eficaces, como la aplicación de cuestionarios dirigidos a cuidadores. Con estos instrumentos se logró obtener información valiosa sobre la influencia de los adultos sobre los hábitos de higiene oral de los niños. Con base en los hallazgos, se pudieron plantear acciones preventivas acordes a la realidad de los niños. El proyecto permitió proponer estrategias concretas para mejorar la salud bucal, tanto en el ámbito familiar como en el escolar. ⁽²⁰⁾

2.5. Hipótesis

2.5.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las conductas sobre salud oral en docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025.

Hipótesis nula (H₀)

No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las conductas sobre salud oral en docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025.

2.5.2. Hipótesis específicas

1. El nivel de conocimiento en salud oral de docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025, presenta diferencias según el sexo, edad y grado de instrucción.
2. Las conductas en salud oral de docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025, presenta diferencias según el sexo, edad y grado de instrucción.
3. Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y el cuidado en la higiene oral en docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025.
4. Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la prevención de enfermedades orales en docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025.
5. Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y el tratamiento de la salud bucal en docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025.

2.6. Variables

2.6.1. Variable 1

El conocimiento sobre salud oral se entiende como el nivel de información y comprensión que tienen las personas respecto al cuidado, la prevención y los factores de riesgo asociados a las enfermedades bucodentales. Este conocimiento resulta fundamental no solo para mantener una adecuada higiene de la cavidad oral, sino también para prevenir patologías, favorecer una correcta función masticatoria, mejorar la comunicación y contribuir al bienestar general. En el caso de los padres o tutores, su importancia es aún mayor, ya que recae en ellos la responsabilidad de enseñar y promover hábitos adecuados de higiene bucal en los niños desde edades tempranas.⁽²¹⁾

2.6.2. Variable 2

Las conductas de salud oral se entendieron como el grupo de hábitos diarios orientados al cuidado de los dientes y encías. Estas medidas abarcaron el cepillado dental técnico y el uso constante de pastas con flúor. También se incluyó la asistencia programada a la consulta dental y la preferencia por una alimentación balanceada. Se puso especial énfasis en la disminución del consumo de azúcares procesados. Mediante estas acciones, la población estudiada reflejó cómo los conocimientos teóricos se aplicaron en su realidad cotidiana. La orientación de los padres y maestros fue un aspecto crucial tanto en el hogar como en la escuela, que permitió consolidar los estándares de higiene oral del hogar. Se vio que esos comportamientos eran influenciados por el entorno social y económico.⁽²²⁾

Matriz de operacionalización de variables.

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición	Valor
Nivel de conocimiento en salud oral	Conjunto de saberes que poseen los padres y docentes sobre higiene bucal, prevención de enfermedades bucales y cuidado de la salud oral. ⁽²³⁾	Higiene bucal	Puntuación obtenida al identificar correctamente conceptos sobre herramientas de limpieza	• Cepillado • Uso del hilo dental. • Uso de colutorio	Ordinal	• Bajo (0 a 5) • Regular(6 a 10) • Alto(11 a 16)
		Enfermedades bucales	Puntuación obtenida al reconocer las causas y características de patologías comunes como la caries y gingivitis.	• Caries • Gingivitis		
		Cuidado bucal	Conocimiento teórico sobre frecuencia, técnica y secuencia de limpieza.	• Frecuencia de cepillado • Técnica de cepillado • Secuencia de cepillado		
Conductas en salud oral	Conjunto de prácticas y hábitos que realizan los padres y docentes para el cuidado y mantenimiento de la salud bucodental. ⁽²⁴⁾	Cuidado en higiene bucal	Frecuencia de uso reportada de los implementos de aseo.	• Cepillado • Uso del hilo dental • Uso del colutorio	Ordinal	• Bajo (0 a 7) • Regular(8 a 14) • Alto (15 a 20)
		Prevención de enfermedades bucales	Prácticas realizadas para evitar placa, caries y gingivitis.	• Caries • Placa bacteriana • Gingivitis		
		Tratamiento de la salud bucal	Ejecución real de la técnica, frecuencia y secuencia del cepillado.	• Frecuencia de cepillado • Técnica de cepillado • Secuencia de cepillado		

III. Marco teórico

3.1. Antecedentes

A nivel internacional

Basir L.; et al. (Irán, 2022). Realizaron una investigación con el **objetivo** de evaluar el nivel de conocimiento, las actitudes y las prácticas relacionadas con la salud bucal en padres de niños de 4 a 6 años. Utilizaron una **metodología** transversal con un diseño descriptivo-correlacional, aplicando un cuestionario autoadministrado a 398 padres. En los **resultados** encontraron que 16.3% de los padres tenía entre 20-29 años, 65.1% entre 30-39 años, y 18.6% entre 40-49 años. En cuanto al nivel educativo, el 63.8% de los padres tenía educación superior y el 36.2% alcanzó educación secundaria o menor. En términos de ingresos familiares, 24.3% reportaron ingresos bajos, 50.8% ingresos medios y 24.9% ingresos altos. Respecto al conocimiento sobre salud bucal, el 57% de los padres presentaron un nivel satisfactorio, con un mayor porcentaje en madres ($p = 0.004$) y en aquellos con educación superior ($p < 0.001$). En cuanto a las actitudes, el 54.3% mostró actitudes positivas hacia la salud bucal infantil, y el índice de actitud estuvo correlacionado positivamente con el número de dientes decaídos y ausentes en los niños ($p = 0.01$, $p = 0.04$, $p = 0.007$, respectivamente). Sin embargo, no se observó una relación significativa entre las conductas preventivas y el conocimiento o las actitudes de los padres. La prueba Rho = 0.31, $p < 0.01$ indicó una correlación positiva significativa entre el conocimiento y el índice de actitud, mientras que Rho = -0.32 mostró una relación negativa con el número de dientes ausentes en los niños. El estudio **concluyó** que, aunque los padres tienen un nivel satisfactorio de conocimiento y actitudes positivas, sus prácticas preventivas siguen siendo insuficientes. Se recomendó la implementación de programas educativos que mejoren tanto las prácticas de salud

bucal como las actitudes de los padres, promoviendo comportamientos preventivos en la salud bucal infantil.⁽²⁵⁾

Helal M.; et al. (Egipto, 2022). Realizaron una investigación con el **objetivo** de evaluar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los padres sobre la salud bucal de sus niños con dentición primaria. La **metodología** consistió en un estudio transversal descriptivo-correlacional, con una muestra de 301 padres. En los **resultados**, encontraron que 92.69% de los padres tenía un conocimiento adecuado sobre salud bucal, mientras que 100% de los padres presentaron una actitud positiva. En cuanto a las prácticas preventivas, solo el 44.52% de los padres implementaron prácticas adecuadas. La prueba Rho = -0.828, $p < 0.001$ mostró una correlación negativa significativa entre el conocimiento adecuado y el número de dientes con caries. También, la prueba Rho = -0.555, $p < 0.01$ indicó una correlación negativa significativa entre la adecuación de las prácticas preventivas y la frecuencia de caries en los niños. En cuanto a las características sociodemográficas, la mayoría de los padres tenía educación superior (67.8%), y el 38.2% reportó ingresos medios. El estudio **concluyó** que el conocimiento adecuado de los padres y la actitud positiva se relacionan significativamente con la reducción de la prevalencia de caries en los niños, pero las prácticas preventivas son aún insuficientes.⁽²⁶⁾

Nabila D.; et al. (Indonesia, 2023). Realizaron una investigación con el **objetivo** de evaluar el conocimiento y las actitudes de los padres sobre la salud bucal de niños de la institución SLB Negeri Samarinda. Utilizaron una **metodología** transversal con un diseño descriptivo-correlacional, aplicando cuestionarios a una muestra de 52 padres de niños con necesidades especiales. En los **resultados**, encontraron que 40.4% de los padres tenía conocimiento moderado sobre salud bucal, 30.8% tenía bajo conocimiento y 28.8% tenía bueno conocimiento. Respecto a las actitudes, 75%

mostró una actitud positiva hacia la salud bucal infantil, mientras que 25% mostró una actitud negativa. En cuanto a la higiene bucal de los niños, 55.8% tenía un estado moderado de higiene bucal, 30.8% en estado pobre, y 13.5% en buen estado. La prueba $Rho = 0.814$, $p < 0.000$ mostró una correlación positiva significativa entre el conocimiento de los padres y el estado de salud bucal de los niños. También, la actitud de los padres hacia la salud bucal tuvo una correlación positiva de $Rho = 0.776$, $p < 0.000$, indicando que una actitud positiva se asocia con una mejor salud bucal en los niños. El estudio **concluyó** que tanto el conocimiento como la actitud positiva de los padres tienen un impacto directo en la salud bucal infantil y recomendó la implementación de programas educativos específicos para mejorar las prácticas de salud bucal de los padres. ⁽²⁷⁾

Bamashmous N.; et al. (Arabia Saudita, 2025). Realizaron una investigación con el **objetivo** de evaluar el conocimiento, las actitudes y los comportamientos sobre salud bucal en madres de niños preescolares en Jeddah, Arabia Saudita. Usaron una **metodología** transversal, con un diseño descriptivo-correlacional, aplicando cuestionarios a una muestra de 461 madres. Los **resultados** mostraron que 32.1% de las madres tenía conocimiento bajo, 41.0% regular y 17.9% alto. En cuanto a las prácticas preventivas, el 32.1% de las madres con bajo conocimiento no implementaron prácticas efectivas, mientras que el 92.9% de las madres con alto conocimiento adoptaron prácticas adecuadas. La prueba $Rho = 0.72$, $p < 0.001$ reveló una correlación positiva significativa entre el conocimiento y las conductas preventivas. Además, $Rho = 0.68$, $p < 0.002$ mostró que el nivel educativo y $Rho = 0.65$, $p < 0.004$ indicó la relación entre ingresos familiares y la frecuencia de visitas al dentista. El estudio **concluyó** que el conocimiento sobre salud bucal está estrechamente relacionado con las prácticas preventivas en los niños, recomendando

programas educativos para mejorar estas prácticas en madres con menor nivel educativo y bajos ingresos. ⁽²⁸⁾

Gilmaz G.; et al. (Turquía, 2025). Realizaron una investigación con el **objetivo** de evaluar el conocimiento, las actitudes y las conductas relacionadas con la salud bucal en docentes de primaria en Estambul, Turquía. Utilizaron una **metodología** transversal con un diseño descriptivo-correlacional, aplicando cuestionarios a una muestra de 385 docentes. Respecto a los **resultados** encontraron que 62.2% de los docentes eran femeninos, el 81.3% tenía título universitario y el 86.5% trabajaba en escuelas públicas. En relación con el nivel de conocimiento sobre salud bucal, el 76.4% de los docentes tenían conocimiento adecuado, pero la correlación entre el conocimiento percibido y real fue débil, lo que indicaba que muchos docentes sobreestimaban su conocimiento. En cuanto a las actitudes, el 80% mostró una actitud positiva hacia la educación en salud bucal, aunque las conductas de higiene bucal de los docentes no estuvieron asociadas directamente con su nivel de conocimiento ni actitudes. La prueba Rho = 0.52, $p < 0.01$ mostró una correlación positiva significativa entre las actitudes positivas hacia la salud bucal y las conductas preventivas implementadas por los docentes. El estudio **concluyó** que, aunque los docentes mostraron un nivel adecuado de conocimiento y actitudes positivas, se requerían intervenciones educativas adicionales, especialmente en temas como el manejo de traumatismos dentales, particularmente para los docentes de educación física, que están más expuestos a estos incidentes. Además, se observó que las conductas preventivas de los docentes no siempre coincidían con su conocimiento o actitudes, lo que sugiere que factores adicionales podrían influir en la adopción de prácticas preventivas. ⁽²⁹⁾

A nivel nacional

Lazarte R.; et al. (Arequipa, 2020). Realizó una investigación con el **objetivo** de determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de educación inicial y primaria de las instituciones educativas estatales del distrito de Alto Selva Alegre, Arequipa. Utilizó una **metodología** descriptiva con un diseño transversal, aplicando un cuestionario validado con 20 preguntas sobre temas relacionados con generalidades de los dientes, higiene bucal, dieta y nutrición, y enfermedades bucales. La muestra consistió en 56 docentes, representando el 93.3% de la población total. En los **resultados**, encontraron que el 58.9% de los docentes tenía un conocimiento bajo sobre generalidades de los dientes, 60.7% mostró un nivel medio de conocimiento sobre higiene bucal, 37.5% tuvo un nivel bajo de conocimiento sobre dieta y nutrición, mientras que 39.3% mostró un nivel medio, y 46.4% de los docentes presentaron un nivel medio de conocimiento sobre enfermedades bucales. El estudio **concluyó** que los docentes de educación inicial y primaria tenían un nivel de conocimiento entre medio y alto (39.3% y 42.9%, respectivamente) en temas generales de salud bucal. Sin embargo, se identificaron deficiencias en áreas clave como higiene bucal y dieta. Se recomendó la implementación de programas educativos dirigidos a mejorar tanto el conocimiento como las prácticas preventivas en salud bucal, especialmente en temas de higiene y nutrición. ⁽³⁰⁾

Bustamante J.; et al. (Huancayo, 2022). Realizaron una investigación con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las conductas sobre salud bucal en padres de niños preescolares de una institución educativa en Moyobamba, 2022. Utilizaron una metodología transversal con un diseño analítico y correlacional, aplicando un cuestionario validado a 71 padres. En los resultados, el 49.3% de los padres mostró conducta baja sobre cuidado bucal, 35.2% tuvo conducta

regular, y 15.5% presentó conducta alta. En cuanto al nivel de conocimiento, 32.1% mostró conocimiento bajo, 41.0% mostró un nivel regular, y 17.9% alcanzó un nivel alto. Se halló que el nivel de conocimiento se relacionó significativamente con las conductas sobre salud bucal, obteniendo un $p = 0.011$ en la prueba Chi-cuadrado de Pearson, lo que indica que el conocimiento influye en las prácticas de salud bucal de los padres. Asimismo, el $p = 0.023$ mostró una relación significativa entre el nivel de conocimiento y el cuidado en higiene bucal. Sin embargo, para la relación entre el conocimiento y la prevención de enfermedades bucales, el valor de $p = 0.591$ no fue significativo, mientras que en la relación con el tratamiento de la salud bucal, el $p = 0.020$ permitió rechazar la hipótesis nula, evidenciando que el nivel de conocimiento sí afecta las conductas preventivas y de tratamiento de la salud bucal. La conclusión del estudio fue que el conocimiento de los padres sobre salud bucal tiene un impacto significativo en sus prácticas de prevención y tratamiento de enfermedades bucales.⁽³¹⁾

Granados R.; et al. (Tacna, 2024). Realizaron una investigación con el **objetivo** de determinar la relación entre el conocimiento sobre salud bucal y las prácticas de higiene bucal en padres de niños preescolares en una institución educativa. Aplicaron una **metodología** de diseño correlacional y transversal, con un enfoque cuantitativo de tipo no experimental. La muestra consistió en 100 padres de una población de 300. Para evaluar el conocimiento sobre salud bucal, utilizaron cuestionarios. En los **resultados**, se encontró una correlación moderada entre el nivel de conocimiento y las prácticas de higiene bucal, con un valor de $Rho = 0.473$ y una significancia de $p = 0.001$. También se encontró que las medidas preventivas (como visitas al dentista y el uso regular de cepillo dental) mostraron una correlación significativa con las prácticas de higiene bucal ($Rho = 0.209$, $p = 0.001$). Además, el conocimiento sobre

salud bucal se correlacionó positivamente con las prácticas preventivas ($Rho = 0.473$, $p = 0.001$). El estudio **concluyó** que el conocimiento sobre salud bucal de los padres está relacionado con las prácticas preventivas y las conductas de higiene bucal de los niños. Recomendaron la implementación de programas educativos para mejorar tanto el conocimiento como las prácticas de salud bucal en estos grupos. ⁽³²⁾

Vargas S.; et al. (Lima, 2025). Realizaron una investigación con el **objetivo** de evaluar el nivel de conocimiento, las actitudes y las prácticas relacionadas con la salud bucal en tutores legales de niños preescolares en la capital peruana. Utilizaron una **metodología** transversal con un diseño analítico, aplicando un cuestionario validado a una muestra de 560 tutores legales de instituciones educativas privadas. En los **resultados**, el 82.3% de los tutores mostró conocimiento insuficiente sobre salud bucal, el 76.2% presentó actitudes desfavorables, y el 78.4% tuvo prácticas incorrectas en salud bucal. Se identificaron correlaciones significativas entre las variables sociodemográficas y las conductas preventivas. En particular, el estudio encontró que los tutores con educación secundaria y no universitaria tenían una probabilidad significativamente mayor de tener conocimiento insuficiente ($APR = 5.62$) y actitudes desfavorables ($APR = 6.18$), en comparación con aquellos con educación universitaria. La prueba $Rho = 0.56$ mostró una correlación moderada y directa entre el conocimiento y las actitudes, mientras que $Rho = 0.59$ reflejó una correlación similar entre conocimiento y prácticas. Además, se encontró una correlación de $Rho = 0.43$ entre actitudes y prácticas. El estudio **concluyó** que la educación y el nivel socioeconómico son factores determinantes para mejorar tanto el conocimiento como las prácticas preventivas en salud bucal. Por ello, se recomendó la implementación de programas educativos específicos para mejorar las prácticas de higiene bucal en estos grupos de tutores. ⁽³³⁾

Cadenillas Y.; et al (Lambayeque, 2025). Realizaron una investigación con el **objetivo** de detectar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de preescolares. Utilizaron una **metodología** observacional, correlacional y transversal, aplicando un cuestionario validado a una muestra de 222 madres de niños preescolares. En los **resultados**, 40.1% de las madres presentó un conocimiento bueno, 50.0% mostró un conocimiento regular y 9.9% presentó un conocimiento malo. En cuanto a las dimensiones específicas, en caries dental, 48.2% mostraron un nivel regular, 45.0% un nivel malo y 6.8% un nivel bueno; en dieta, 54.5% presentó un nivel malo, 44.6% un nivel regular y 0.9% un nivel bueno; en prevención, 44.6% presentó un nivel bueno, 36.5% un nivel regular y 18.9% un nivel malo; y en higiene dental, 44.6% mostró un nivel regular, 39.6% un nivel malo y 15.8% un nivel bueno. Se encontró una correlación significativa entre el nivel de conocimiento y las características sociodemográficas como edad y nivel educativo, con un $p = 0.000$, indicando que las madres con mayor nivel educativo y mayor edad mostraron un mayor conocimiento sobre salud bucal. El estudio **concluyó** que el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres es principalmente regular. Sin embargo, se observó que aquellas con mayor nivel educativo y edad avanzada mostraron mejores resultados en cuanto a su conocimiento sobre salud bucal. ⁽³⁴⁾

A nivel local

Solis K. (Abancay, 2022). Realizó una investigación con el **objetivo** de determinar el nivel de conocimiento de salud bucal y la prevención de caries en niños preescolares de los padres de familia de la Institución Educativa Inicial Nro. 04 Nuestra Señora de Guadalupe. Utilizó una **metodología** cuantitativa, con un diseño descriptivo-correlacional, aplicando un cuestionario validado a una muestra de 150 padres. En los **resultados**, se encontró que 43.8% de los padres presentó un nivel

medio de conocimiento, 19% mostró conocimiento bajo sobre salud bucal, mientras que 37.3% tuvo conocimiento alto y en cuanto a la prevención mostraron que 47,5% de niños muestran una prevención de caries media, y 21,3% un bajo nivel de prevención de caries. En cuanto a las dimensiones específicas, se observó que los valores de significancia fueron $p = 0,000$ y el coeficiente de correlación fue $Rho = 0,507$, lo que indica una correlación moderada entre la técnica del cepillado y la prevención de caries. Además, en la correlación de nivel de conocimiento sobre salud bucal y prevención se mostró valores de significancia $p = 0,000$ y el coeficiente de correlación fue $Rho = 0,514$, lo que demuestra una correlación moderada. El estudio **concluyó** que sí existe una correlación entre el conocimiento sobre salud bucal que los padres de familia tienen y la prevención de caries de preescolares, resaltando la importancia del involucramiento familiar en el cuidado bucodental infantil. ⁽³⁵⁾

3.2. Bases teóricas

3.2.1. Conocimiento sobre salud oral

Se concibe el conocimiento como un proceso integral que se va formando a través de la educación o la experiencia. Esta variable se refiere a la interpretación teórica y práctica de un asunto en términos de la realidad. El proceso no se reduce a datos técnicos, sino que implica la incorporación de habilidades cognitivas y de creencias. Según Zarzar (2015) el conocimiento se compone de la suma de información, experiencias y valores. base permite una continua incorporación de nuevas experiencias que contribuyan a la acción. Varias áreas del saber se relacionan entre sí a través del proceso de pensamiento. Esto permite una interpretación más profunda de la realidad y una toma de decisiones mejor fundamentada. ⁽³⁷⁾

De acuerdo con Eliott (2000), el conocimiento surge de sistemas de pensamiento concretos. perspectiva de vida se manifiesta cada persona en estas estructuras. El ambiente cultural

influye de manera fuerte en esa percepción. En esas estructuras se manifiesta la perspectiva de vida de cada uno. Esos valores están fuertemente influidos por el ambiente cultural. Estos esquemas resultan fundamentales en cualquier proceso de enseñanza. Los sistemas de pensamiento sostienen la capacidad creativa del individuo. Marco de referencia claro para tomar decisiones estructuradas y elaborar juicios. ⁽³⁸⁾

El conocimiento de salud oral está formado por la información y las capacidades que adquiere la gente, realizar las prácticas que se requieren para mantener la boca en buen estado. variable incluye tanto capacidades básicas de prevención como fundamentos teóricos. para poder implementar esos conceptos es importante prevenir el surgimiento de enfermedades dentales. Esto promueve el bienestar general del sistema estomatognático. La variable incluye tanto habilidades preventivas básicas como fundamentos teóricos. es crucial poder implementar esos conceptos para prevenir el surgimiento de enfermedades dentales. Todo esto promueve el bienestar general del sistema estomatognático. Para evitar el desarrollo de enfermedades dentales resulta fundamental poner en práctica estos conceptos. Todo esto favorece al bienestar general del sistema estomatognático. Un nivel apropiado de conocimiento facilita la adopción de prácticas de higiene, según Harris et al. (2004). Estas medidas de prevención consiguen disminuir de forma importante la prevalencia de enfermedades orales. La Organización Mundial de la Salud se pronuncia clara y categóricamente sobre este punto (OMS, 2017). La entidad señala que “mejorar el conocimiento sobre salud bucal es una estrategia fundamental para empoderar a la población, especialmente en contextos vulnerables, garantizando el acceso a los derechos y necesidades sanitarias”. ⁽³⁹⁾

Este nivel de conocimiento incluye los factores directos que participan en el mantenimiento del sistema estomatognático. Comprende la higiene técnica, la prevención de la caries y el control de las patologías periodontales. Los pacientes van a la consulta odontológica en

forma periódica. La seda dental es de reconocido valor clínico. Según Moynihan (2005), mediante la instrucción sanitaria se empodera a los individuos para que se cuiden sus tejidos dentarios a través de la prevención diaria.⁽⁴⁰⁾ Esta visión es reforzada por el Ministerio de Salud del Perú (2020). La autoridad normativa explica que el conocimiento es “la educación en prevención de problemas orales y en cómo lograr que la comunidad adopte las prácticas preventivas adecuadas”. Su uso disminuye el riesgo de enfermedades bucales. Este enfoque preventivo masivo refuerza la salud pública.⁽⁴¹⁾

El marco teórico de esta investigación se divide en varias dimensiones básicas. El aspecto principal es la higiene mecánica diaria. Es importante que los pacientes conozcan la técnica de cepillado adecuada y el mejor momento para hacerlo. También está presente el uso eficaz del hilo dental y otros dispositivos interproximales. Según Córdova et al. (2020), aprender las técnicas de cepillado correctas y usar el hilo dental es vital para la salud bucal. La prevención patológica conforma un pilar clínico fundamental. Es importante que el paciente entienda cómo se evitan las enfermedades cariogénicas. Asimismo, es necesario que aprenda a mantener bajo control los tejidos periodontales. Esto conlleva identificar las situaciones de inflamación en forma de gingivitis y periodontitis.⁽⁴²⁾ Mantener la salud bucal requiere mucha disciplina preventiva. El conocimiento sobre estas enfermedades determina el pronóstico del paciente. En este sentido, Saavedra (2020) asegura que “la educación preventiva es fundamental para prevenir las enfermedades bucales más comunes”.⁽⁴³⁾

La atención odontológica periódica resulta absolutamente indispensable. El paciente debe programar evaluaciones clínicas preventivas regulares. Esto asegura un diagnóstico clínico temprano. Genco y Williams (2018) destacan que “las visitas regulares al odontólogo ayudan a prevenir problemas graves, permitiendo la detección temprana y el tratamiento adecuado de enfermedades orales”. Diversos factores sistémicos impactan directamente la cavidad bucal. El control sobre el tabaquismo determina el éxito preventivo. La genética y el estrés

alteran el periodonto. ⁽⁴⁴⁾ Esta multicausalidad exige hábitos de vida saludables. Sobre el componente nutricional, Moynihan (2005) explica que "una dieta equilibrada, rica en calcio y flúor, es esencial para mantener los dientes fuertes y saludables". ⁽⁴⁰⁾

Tres grandes ejes preventivos son los que forman el dominio teórico. Insisten en la educación preventiva y en la acción informada. Consolida también el imprescindible fortalecimiento de la comunidad. La instrucción continua favorece conductas higiénicas estructuradas. Sobre esta dinámica, Loke y Kwan (2012) afirman que "la alfabetización en salud bucal es crucial para adoptar comportamientos preventivos eficaces". ⁽⁴⁵⁾

La buena educación sanitaria promueve decisiones preventivas eficaces. El paciente pasa a ser protagonista. Al respecto, Saavedra (2020) señala que "cuando los individuos están informados sobre los riesgos y beneficios del cuidado dental, son más propensos a implementar hábitos saludables". ⁽⁴³⁾

Finalmente, como lo resalta la OMS (2017), "mejorar el conocimiento sobre salud bucal empodera a las comunidades para adoptar hábitos saludables y prevenir enfermedades dentales, especialmente en contextos vulnerables". ⁽³⁹⁾

3.2.1.1. Teorías del conocimiento aplicadas a la salud oral

a. Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura

La teoría del aprendizaje social de Bandura (1963) sostiene que el aprendizaje se produce observando el comportamiento de otras personas e imitando sus acciones. En el contexto de la salud oral, esto se aplica a cómo los individuos (especialmente los niños) aprenden sobre la higiene bucal observando y copiando a sus padres, cuidadores o modelos a seguir. Si los padres practican buenos hábitos de higiene dental, los niños son más propensos a imitarlos y adoptar esas prácticas. ⁽⁴⁶⁾

b. Teoría del aprendizaje experiencial de David Kolb

La teoría del aprendizaje experiencial de Kolb (1984) sostiene que el aprendizaje es un proceso cíclico que implica la experiencia concreta, la reflexión, la conceptualización abstracta y la experimentación activa. En el contexto de la salud oral, los individuos aprenden activamente sobre las mejores prácticas de higiene dental a través de la experiencia directa, como practicar el cepillado en un ambiente controlado, reflexionar sobre su técnica y aplicar lo aprendido en su vida diaria.⁽⁴⁷⁾

c. Teoría cognitiva del aprendizaje de Jean Piaget

La teoría cognitiva de Piaget (1977) explica que el conocimiento se construye a través de la interacción activa con el entorno. La interacción da lugar a estructuras cognitivas que se desarrollan por etapas. En el ámbito del cuidado de la salud bucodental, los niños interactúan con su entorno al utilizar el cepillo de dientes. Poco a poco, toman conciencia de la importancia de tener una boca sana. A continuación, los niños incorporan prácticas como cepillarse los dientes y usar hilo dental.⁽⁴⁸⁾

d. Teoría del aprendizaje significativo de David Ausubel

Según la teoría del aprendizaje significativo de David Ausubel (1968), los nuevos conocimientos se integran mejor cuando se relacionan con las ideas previas del individuo. En el contexto de la salud oral, esto significa que los adultos o niños adquieren conocimientos sobre la importancia del cuidado dental al conectar la nueva información con sus experiencias previas, como haber experimentado dolor dental o problemas bucales por no seguir prácticas de higiene.⁽⁴⁹⁾

e. Teoría del condicionamiento operante de B.F.Skinner

La teoría del condicionamiento operante de Skinner (1953) sostiene que los comportamientos son aprendidos y mantenidos a través de recompensas o castigos. En la salud oral, esto puede aplicarse en programas donde los niños son recompensados por seguir buenos hábitos de higiene bucal, como cepillarse los dientes dos veces al día, lo que refuerza esos comportamientos.⁽⁵⁰⁾

f. Teoría sociocultural del aprendizaje de Lev Vygotsky

La teoría sociocultural de Vygotsky (1978) sostiene que el aprendizaje ocurre en un contexto social y cultural, y es facilitado por la interacción con otros. En lo que respecta a la salud bucodental, los niños aprenden a cuidar su higiene bucal a través de la interacción con sus padres, profesores y dentistas. Esto es posible gracias a la zona de desarrollo próximo. Los adultos guían a los niños en la práctica de la higiene bucal diaria.⁽⁵¹⁾

3.2.1.2. Tipos de conocimiento aplicadas a la salud oral

✓ Conocimiento teórico

El conocimiento teórico relacionado con salud bucal incluye anatomo bucal. El mismo abarca la importancia de los dientes temporales. También se engloban las diversas fases de crecimiento dental. Asimismo, el tema toca sobre las causas de distintas afecciones, entre ellas caries, gingivitis y maloclusiones. La información permite apreciar la importancia de la salud bucal durante las primeras etapas de vida. Según Córdova (2020), el conocimiento de la anatómica y de las enfermedades bucales es vital. Las personas entienden la importancia de la salud bucal desde sus primeros años.⁽⁴²⁾

✓ **Conocimiento técnico o procedimental**

Los conocimientos técnicos implican la capacidad real de aplicar correctamente las técnicas de higiene dental. Esto incluye el cepillado con la técnica adecuada. Se tiene en cuenta el uso adecuado del flúor. Se considera la cantidad adecuada de pasta de dientes según la edad del paciente. También se recomienda la frecuencia de las revisiones dentales. Según Moynihan (2005), la capacidad de cepillarse los dientes utilizando la técnica correcta y empleando productos preventivos como el flúor resulta crucial. Estas acciones preservan la salud dental a largo plazo.⁽⁴⁰⁾

✓ **Conocimiento preventivo**

El conocimiento preventivo consiste en la capacidad de identificar factores de riesgo como el consumo frecuente de azúcares, la succión digital prolongada, el uso inadecuado del biberón o la falta de supervisión durante el cepillado. Este conocimiento permite anticipar posibles problemas bucales. Actúa antes de que las enfermedades se manifiesten. Reduce de esta forma la prevalencia de patologías dentales en la población. Saavedra (2020) afirma que "la educación sobre los factores de riesgo y la promoción de prácticas preventivas es clave para la prevención de enfermedades bucales, especialmente cuando se aplica desde la infancia".⁽⁴³⁾

3.2.1.3. Niveles de conocimiento sobre salud oral

Según Bustamante (2022) el nivel de conocimiento sobre salud oral puede clasificarse en tres categorías: bajo, regular y alto.⁽³¹⁾

a. Conocimiento bajo

El individuo controla completamente los elementos esenciales del tema de salud dental. Es capaz de usarlos eficazmente en su vida cotidiana. Es la demostración

real de su control sobre el conocimiento del campo de la odontología. Este nivel de conocimiento está asociado con la adopción de hábitos saludables, como el uso adecuado del cepillo, el hilo dental y las visitas regulares al odontólogo.⁽³¹⁾ Las personas con un buen conocimiento sobre salud oral tienen una mayor probabilidad de seguir prácticas preventivas, lo que resulta en menores tasas de caries infantil y enfermedades periodontales. Las razones que llevan a este tipo de conocimiento son múltiples. Se cuenta con educación formal de salud bucal. Luego, se tiene la experiencia con programas de salud bucal especializados. Además, hay la disponibilidad de atención dental pertinente. Las consecuencias que se derivan son evidentes y positivas. Hay una baja probabilidad de padecer enfermedades bucales graves. Las personas llevan a cabo una actitud preventiva de manera constante. Según Harris et al. (2004), "un buen conocimiento sobre prácticas de higiene bucal y prevención es esencial para reducir la prevalencia de las enfermedades bucales".⁽⁵²⁾

b. Conocimiento regular

Esto implica el hecho de que la gente está familiarizada sólo con ciertos conceptos relativos a su salud bucal. Los individuos son capaces de aplicar determinadas acciones preventivas pero aún hay espacios importantes que deben ser cubiertos. Los espacios provocan la aparición de malos hábitos y demoras al momento de acudir a un dentista. Entre las razones se encuentra una educación incompleta en cuestiones bucales.⁽³¹⁾ Los individuos con tal nivel de conocimiento suelen no entender completamente la relevancia de la aplicación adecuada del hilo dental. Además, desconocen la relevancia de los chequeos odontológicos periódicos. El resultado final es un comportamiento deficiente de la higiene bucal. Existe un aumento en la posibilidad de desarrollar caries y enfermedad de las encías. Según

Saavedra (2020), el conocimiento insuficiente sobre la salud bucal hace que los pacientes no reconozcan los primeros signos de una enfermedad dental.⁽⁴³⁾

c. Conocimiento alto

Esta etapa se distingue por una mala o incorrecta interpretación de los principios fundamentales de la salud bucal. En gran medida, se sostiene por mitos y supersticiones erradas. Los pensamientos promueven el desarrollo de malos hábitos. También provocan demoras constantes para la consulta dental. Algunas de las causas son la falta de educación formal sobre la salud bucal. La constante exposición a los mitos es otra causa.⁽³¹⁾ Las personas con este tipo de conocimiento tienden a ignorar o minimizar los síntomas de problemas bucales, lo que resulta en diagnósticos tardíos y tratamiento inadecuado. Las consecuencias son graves: mayor riesgo de enfermedades bucales graves como caries profundas, gingivitis y pérdida de dientes. La falta de conocimiento también está relacionada con hábitos perjudiciales, como el consumo excesivo de azúcares y la omisión del cepillado.⁽⁵³⁾ Según Córdova et al. (2020), "un conocimiento erróneo sobre la salud bucal, como creer que el dolor dental es algo normal y no requiere atención, puede llevar a un deterioro de la salud bucal y a complicaciones serias". Las personas con conocimiento malo enfrentan un alto riesgo de complicaciones graves debido a la falta de atención preventiva.⁽⁴²⁾

3.2.1.4. Dimensiones del conocimiento sobre salud oral

- **Conocimiento sobre higiene bucal**

Según Bustamante (2022) el conocimiento sobre higiene bucal se refiere a la comprensión y aplicación de prácticas necesarias para mantener la cavidad bucal limpia, sana y libre de enfermedades. Esta dimensión abarca aspectos fundamentales, como la técnica adecuada de cepillado, el uso correcto del hilo

dental, la frecuencia de cepillado, y la importancia de otros productos como enjuagues bucales o pastas dentales con flúor. Las personas con un buen conocimiento sobre higiene bucal entienden que el cepillado debe realizarse al menos dos veces al día, usando la técnica correcta y con la duración adecuada (de 2 a 3 minutos por cepillado). Además, comprenden que el uso del hilo dental es esencial para limpiar entre los dientes, donde el cepillo no puede llegar. Este conocimiento promueve la prevención de enfermedades bucales comunes, como la caries y la gingivitis.⁽³¹⁾ El conocimiento sobre higiene bucal también incluye la educación sobre el uso adecuado de los productos de salud oral, como el tipo de pasta dental, la cantidad recomendada según la edad, y el uso de enjuagues bucales para complementar la higiene diaria. La inclusión de estas costumbres en los hábitos diarios se convierte en un factor importante que resulta en una disminución significativa del riesgo de contraer problemas dentales. Permite prevenir con facilidad la caries dental. Reduce asimismo las posibilidades de padecer gingivitis.⁽⁵⁵⁾

- **Conocimiento sobre enfermedades bucales**

Córdova (2020) describe cómo la información sobre enfermedades bucales se basa en la capacidad de entender las enfermedades que pueden afectar la boca. Estas incluyen las caries dentales, enfermedades periodontales como la gingivitis y la periodontitis, maloclusión y varias enfermedades mucosas bucales. Tener esta información ayuda a detectar los signos de la enfermedad temprano. Sangrar de las encías, dolor o sensibilidad dental suele ser un signo de enfermedad.⁽⁴²⁾

El conocimiento sobre el desarrollo de estos padecimientos es sumamente importante. Esto permite conocer las causas del riesgo que dan origen a estos problemas. Entre las causas más comunes se encuentran una mala alimentación,

el consumo de cigarrillos y la falta de higiene en la boca. Por ejemplo, las caries se desarrollan debido a la acumulación de placa bacteriana y ácidos producidos por los azúcares en los alimentos, lo cual destruye el esmalte dental.⁽⁵⁶⁾ Asimismo, la gingivitis, que es una forma temprana de enfermedad periodontal, puede ser tratada eficazmente si se detecta a tiempo mediante una correcta limpieza dental y visitas regulares al odontólogo. La comprensión de los factores de riesgo de las enfermedades bucales también es parte del conocimiento sobre estas afecciones. Por ejemplo, el tabaquismo y la diabetes son factores de riesgo conocidos para la enfermedad periodontal, y las personas que tienen este conocimiento están más inclinadas a adoptar hábitos saludables, como dejar de fumar o controlar sus niveles de glucosa.⁽⁵⁸⁾

- **Conocimiento sobre cuidado bucal**

Según Bustamante (2022) el conocimiento sobre cuidado bucal va más allá de las prácticas de higiene diarias e incluye la adopción de estrategias preventivas y la toma de decisiones informadas sobre el cuidado dental. Este conocimiento involucra la importancia de las visitas regulares al odontólogo, el uso de productos específicos para el cuidado de los dientes y encías (como enjuagues antibacterianos, selladores dentales, o pastas con flúor), y el manejo adecuado de enfermedades dentales preexistentes. Este tipo de conocimiento no se limita a la higiene básica, sino que también incluye el conocimiento de los beneficios de los procedimientos dentales preventivos, como las limpiezas profesionales, las radiografías dentales periódicas y el uso de selladores dentales para proteger las superficies de los dientes de la caries.⁽³¹⁾

El cuidado bucal también implica un enfoque integral que considera tanto los aspectos físicos (como la limpieza de dientes y encías) como los aspectos

conductuales y sociales (como la motivación para mantener hábitos saludables y el empoderamiento de la persona en el cuidado de su salud bucal). Este conocimiento se extiende a reconocer la importancia de la dieta saludable, el evitar el consumo excesivo de azúcares y el controlar hábitos perjudiciales, como el consumo de tabaco. Cañadas et al. (2021) destaca que el cuidado bucal no solo previene enfermedades de la cavidad oral, sino que también mejora la comunicación, reduce el riesgo de infecciones y facilita el disfrute al comer, brindando una sensación de confort y bienestar.⁽⁵⁹⁾

3.2.2. Conductas en salud oral

Conductas relacionadas con la salud oral incluyen todas las actividades y costumbres que las personas desarrollan durante el día para cuidarse. El objetivo principal es garantizar la salud de la boca. Evitan cualquier tipo de enfermedad bucal. Mejoran su estilo de vida. Algunas de estas incluyen cepillarse constantemente los dientes. Esto va acompañado por el uso constante del hilo dental. Las citas regulares con el dentista también se incluyen. Según Tariq et al. (2019), es importante que las prácticas de salud bucal sean necesarias ya que evitan los problemas como la caries, la gingivitis y la periodontitis. Las actividades deben realizarse desde edades tempranas para evitar los problemas de salud a futuro. Es por ello que el tema de la higiene bucal es sumamente importante. Las campañas de sensibilización también son necesarias ya que tienen un mayor impacto en los niños y adolescentes.⁽⁶⁰⁾

Según Ríos et al. (2020), los riesgos asociados con no cuidar los dientes y las encías son un factor que hace tomar conciencia a las personas y los lleva a tener una higiene dental mejorada. Las prácticas preventivas no se limitan a la higiene personal cotidiana; también incluyen la reducción de la ingesta de productos azucarados, la prohibición de fumar, la prevención de problemas de alcoholismo, que son factores que incrementan la probabilidad

de desarrollar patologías bucales.⁽⁶¹⁾ En el mismo sentido, Pérez et al. (2018) señalan que la adopción de hábitos alimenticios saludables es fundamental para prevenir patologías bucales.⁽⁶²⁾

Las conductas relacionadas con el cuidado bucal se ven influenciadas por factores socioeconómicos y culturales. El acceso a servicios odontológicos resulta clave. La educación continua también influye de manera importante. Gómez et al. (2017) destacan que las barreras económicas y la falta de información en algunas poblaciones limitan la adopción de conductas preventivas. Esta situación eleva la prevalencia de enfermedades bucales. De este modo, un conocimiento adecuado combinado con políticas públicas de educación en salud puede mejorar significativamente las conductas de salud oral en la población.⁽⁶³⁾

3.2.2.1. Teorías de la conducta en salud oral

a. Modelo de creencias en salud (Health Belief Model – HBM)

Propone que las personas adoptan conductas preventivas si perciben que existe una amenaza significativa para su salud, como el riesgo de desarrollar una enfermedad. En lo que respecta a la salud oral, se podría decir que el modelo presenta una idea clara. La gente tenderá a comportarse de manera higiénica cuando se siente en riesgo de padecer caries o cualquier otra enfermedad. Se da cuenta de los posibles efectos negativos que tendría si no cuida de su boca. También cree que el comportamiento preventivo tiene un efecto favorable. Además, las personas tienden a adoptar comportamientos de salud cuando perciben que no existen barreras significativas, como la falta de tiempo o recursos para mantener una rutina de higiene adecuada. Este modelo se aplica bien en salud oral, ya que puede explicar por qué algunas personas con un conocimiento adecuado sobre la importancia del cuidado bucal aún no adoptan conductas

preventivas, debido a una falta de percepción de riesgo o barreras sociales o económicas.^(31,64)

b. Teoría del comportamiento planificado (Theory of Planned Behavior – TPB)

La Teoría del Comportamiento Planificado (TPB), propuesta por Ajzen, sostiene que las intenciones conductuales son los predictores más cercanos de las conductas. Estas intenciones son influenciadas por tres factores principales: las actitudes personales, la norma social (la presión percibida de otros para realizar o no una acción), y el control percibido sobre el comportamiento (la creencia de que uno tiene el poder o los recursos para realizar la conducta).⁽³¹⁾ En el contexto de la salud oral, este modelo sugiere que si un individuo cree que el cepillado regular es beneficioso para la salud bucal, y si su entorno social (familia, amigos, dentista) también lo aprueba, es más probable que esa persona adopte el comportamiento preventivo y lo promueva en su entorno. Además, si la persona percibe que tiene el control para llevar a cabo esta conducta (por ejemplo, tener acceso a pasta dental, tiempo para cepillarse, etc.), la probabilidad de que realice y mantenga este hábito aumenta significativamente.⁽⁶⁴⁾

c. Modelo de promoción de la salud de Pender

El Modelo de Promoción de la Salud de Pender se enfoca en cómo los factores individuales y cognitivos influyen en las conductas relacionadas con la salud. Este modelo propone que la conducta preventiva emerge directamente de los antecedentes personales y la motivación interna del individuo. El aspecto emocional con respecto a la salud bucal personal y la visita al odontólogo es un elemento importante en este proceso. Además, se añade la autoeficacia como otro elemento clave. Este elemento se basa en la creencia real del individuo en su capacidad para realizar las medidas de higiene de manera adecuada y asistir a sus

consultas de manera regular. En términos de su aplicación al ámbito estomatológico, la teoría ofrece explicación al respecto del efecto que produce la tensión emocional en el individuo. La motivación profiláctica varía. La preocupación por los dolores dentarios o la intención de poseer una apariencia dental estética resulta decisiva para cumplir con las actividades clínicas, que van desde la utilización de dispositivos interproximales hasta la dieta controlada para evitar caries. Simultáneamente, se presentan numerosas barreras de importancia sustancial. Las barreras extrínsecas representadas por el factor económico y la falta de tiempo son algunas de las más relevantes. La adherencia clínica se concreta cuando los beneficios percibidos superan ampliamente cualquier obstáculo extrínseco. Prevenir el desarrollo de lesiones cariosas y alcanzar una estética favorable actúan como catalizadores decisivos. El cambio conductual fluye naturalmente. En este punto, la teoría de Pender demuestra que trasciende la mera instrucción preventiva al centrarse en el empoderamiento absoluto del paciente, otorgándole la capacidad de tomar decisiones críticas basadas en el dominio y control autónomo de su propio equilibrio estomatognático. ^(31,65)

3.2.2.2. Tipos de conductas en salud oral

✓ Conductas preventivas

Estas medidas preventivas tienen la intención de prevenir la aparición de enfermedades como las caries, gingivitis o periodontitis. El aspecto clínico fundamental es la estrecha monitorización de la biopelícula y los riesgos asociados. En primer lugar, la higiene dental con dentífrico fluorado ocupa un lugar central en el plan preventivo. Los efectos remineralizantes aseguran la protección del esmalte dental frente a las agresiones ambientales. Es imperativo llevar a cabo la técnica con precisión y al menos dos veces diarias para evitar la

abrasión de los tejidos. Elimina los residuos en los nichos interproximales, evitando la aparición de enfermedades cariosas escondidas y las enfermedades gingivales inflamatorias. La realización de exámenes estomatológicos periódicos se convierte en la clave del éxito. La fijación de citas con regularidad semestral de profilaxis ayuda a realizar diagnóstico oportuno. Se proporcionan acciones menos agresivas al observarse cambios de índole clínica. Paralelamente, la restricción de carbohidratos fermentables limita el sustrato bacteriano. Inculcar esta disciplina profiláctica desde la primera infancia garantiza una adherencia preventiva sostenida durante todo el ciclo vital.⁽⁶⁶⁾

✓ **Conductas curativas**

Son aquellas que se implementan cuando ya han aparecido problemas dentales, con el fin de aliviar los síntomas y tratar las afecciones existentes. Este conjunto de medidas incluye la petición de una intervención estomatológica en caso de presencia de inflamación, cavitación o dolores odontológicos agudos. El dolor tisular se comporta como una señal de alerta insuperable. Refleja la urgencia de realizar una evaluación clínica que determine la existencia de casos infecciosos graves. La actuación temprana detiene la evolución patológica. Previene la realización de procedimientos de alta intervención quirúrgica. En caso de destrucción del tejido por caries, la restauración dental se torna imprescindible. La lesión pulpar irreparable conlleva la necesidad de realizar un tratamiento endodóntico. Con esta acción se eliminará la carga microbiana dentro del sistema de conductos radiculares para garantizar la conservación del resto dental. En aquel caso en que exista una gran destrucción estructural sin un pronóstico clínico favorable, lo único que puede hacerse es la extracción del diente. En la fase de solución, es

necesario una adhesión rigurosa. Por tanto, es importante que el paciente siga al pie de la letra las pautas post-operatorias que le hayan otorgado.⁽⁶⁷⁾

✓ **Conductas promotoras:**

Estas actividades se centran en la difusión y fortalecimiento de los protocolos de higiene bucal a través del aprendizaje social. La formación directa acerca de la técnica de cepillado y la regulación de la ingesta de alimentos cariógenos garantiza un impacto positivo para todos. La familia se transforma en el epicentro preventivo inicial. Las personas con una alta conciencia de salud dental aprovechan su papel como modelos comportamentales. Este intercambio de conocimientos fomenta la adhesión profiláctica durante las primeras etapas de desarrollo. Enfatizar la necesidad de exámenes estomatológicos regulares aumenta la responsabilidad comunitaria respecto a la salud. De esta manera, la autorrealización personal implica una disminución de la incidencia de enfermedades bucales entre su entorno próximo. Las conductas promotoras también incluyen la participación en actividades educativas o comunitarias de salud oral, tales como talleres, charlas, o campañas de concientización. Estas actividades ayudan a sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de la salud dental y fomentan la adopción de conductas preventivas entre los miembros de la sociedad. Por ejemplo, los profesionales de la salud bucal pueden organizar talleres educativos en escuelas o comunidades, donde se les enseñe a los participantes las mejores prácticas para el cuidado de los dientes y las encías. Este tipo de comportamiento es crucial para crear un cambio cultural en torno a la importancia del cuidado bucal, empoderando a las personas para que adopten hábitos saludables a lo largo de su vida.⁽⁶⁷⁾

3.2.2.3. Dimensiones de conducta en salud oral

- **Cuidado en higiene bucal**

El cuidado en higiene bucal se refiere a las prácticas y comportamientos adoptados para mantener la boca limpia y libre de patógenos que puedan causar enfermedades bucales. Esta dimensión incluye el cepillado adecuado de dientes, el uso del hilo dental, el uso de enjuagues bucales y la correcta técnica de limpieza para eliminar la placa bacteriana que se acumula a lo largo del día. La higiene oral eficiente depende del manejo técnico para la utilización de productos auxiliares que son los dentífricos fluorados y colutorios. Los componentes actúan de manera eficaz para facilitar la remineralización y biofilm control. Se debe tener la importancia de mantener una limpieza de tejidos de soporte. La existencia de un edema u gingivorragia sirve como criterio de enfermedades periodontales. La observancia de esta prevención evita diferentes patologías bucales e impide el sistema de salud del individuo. El empleo adecuado y consistencia con estos procedimientos detienen la frecuencia de caries y halitosis. ⁽⁶⁸⁾

- **Prevención de enfermedades bucales**

La estomatología preventiva abarca todas las medidas destinadas a prevenir la aparición de enfermedades dentales. Dicha prevención requiere un seguimiento riguroso de los tejidos dentales y del periodonto, así como el cumplimiento de una dieta no cariogénica. Los factores de riesgo, como el tabaquismo y el consumo de alcohol, desempeñan un papel importante en el tratamiento de estas patologías. La evaluación clínica periódica se considera el eje central de este proceso. Ayuda a detectar lesiones cariosas tempranas, trastornos de las encías y otras enfermedades de la mucosa oral. El diagnóstico precoz permite un tratamiento conservador y la preservación de la integridad del sistema estomatognático. La instrucción sanitaria

con respecto a los protocolos de higiene mecánica e interproximal es el punto de partida en lo que respecta a la profilaxis bucal. Dentífricos fluorados aumentan la resistencia de la estructura dental ante procesos de desmineralización. Por otra parte, la promoción de la salud implica la sensibilización del paciente con relación a las restricciones de una dieta cariogénica. La eliminación de los substratos fermentables es un elemento clave en la reducción de la prevalencia de caries dentarias. La prevención emerge como la técnica clínica más efectiva. ⁽⁶⁹⁾

- **Tratamiento de la salud bucal**

La etapa de tratamiento se caracteriza por la realización de las manipulaciones clínicas en la fase posterior a la identificación de una enfermedad odontológica particular. Su finalidad consiste en la regeneración tanto de la función como de la vida biológica del organismo. El tipo de tratamiento seleccionado depende de la naturaleza del problema. Incluye tanto el tratamiento convencional de restauración como la endodoncia. En caso de destrucción irreversible, se recurre a la exodoncia. También la parte del tratamiento incluye la rehabilitación por medio de implantación de prótesis. Un tratamiento oportuno es fundamental. Este previene la escalada a fases patológicas de alta intensidad, conduciendo a complicaciones severas o a la edentulosis. Un aspecto importante de esta dimensión es la adhesión al tratamiento prescrito por el odontólogo y la continuidad de la atención, ya que muchos problemas bucales requieren un seguimiento a largo plazo. Además, la educación post-tratamiento es importante para que los pacientes adopten las recomendaciones del dentista, como mejorar la higiene bucal o modificar hábitos alimenticios, con el fin de evitar futuros problemas dentales. ⁽⁷⁰⁾

3.2.3. Medidas y estrategias de fortalecimiento de conductas en salud oral

Las principales estrategias para fomentar conductas saludables en salud bucal se fundamentan en enfoques educativos, comunitarios y preventivos que buscan generar un cambio sostenible en los hábitos diarios. La educación sanitaria es el pilar estratégico que se lleva a cabo mediante el uso de técnicas participativas, dinámicas lúdicas y exhibiciones clínicas a los tres grupos compuestos por padres, maestros y estudiantes. Este planteamiento va más allá de la simple información. Se trata de crear una actitud hacia el cambio y una reflexión crítica sobre las medidas de autocuidado personal. ⁽²⁴⁾ En la escuela de salud, el establecimiento educativo se convierte en el espacio adecuado para el desarrollo de las costumbres a largo plazo. La difusión de la práctica de cepillado controlado en aula y entrega de elementos de higiene bucal contribuyen a este proceso. La inclusión de la salud oral en la currícula escolar forma parte del proceso. La vigilancia continua del personal docente establece a la escuela como agente sanitario decisivo. El entorno familiar es un pilar fundamental para la transmisión de costumbres. Los padres son los agentes de referencia que establecen la rutina saludable. Su participación en la elección de una alimentación que no produzca caries y la práctica de la higiene bucal mecánica son esenciales. Estos elementos permiten mantener la homeostasis del sistema estomatognático desde el ámbito doméstico. En este sentido, la disponibilidad a los servicios de prevención define esta estrategia integrada. El tratamiento preventivo de la aplicación de fluoruro y la colocación de selladores de fisuras constituyen los principales componentes. Además, las sesiones de valoración clínica sin cargo permiten la detección temprana de enfermedades emergentes. La coordinación con los consultorios de salud pública potencia la derivación efectiva. Este enfoque es indispensable para atenuar las deficiencias de servicio en grupos sociales vulnerables con limitada accesibilidad a la visita dental tradicional. ⁽⁷¹⁾

3.2.4. Educación para la salud

La salud educativa va más allá del aprendizaje de nociones teóricas. Este se caracteriza como un proceso que busca la alfabetización sanitaria. La intención principal de esta educación es capacitar al individuo para administrarse por sí mismo en materia de salud. En este sentido, Borjas (2024) sugiere que el fin de la educación es dotar a las poblaciones de poder para intervenir en sus propios factores de vida física y social. No solo es una estrategia para evitar enfermedades concretas. Tiene como fin disminuir factores de riesgo, promoviendo así la toma de decisiones racionales e informadas. Es esencial implementarlo entre los grupos pediátricos y adolescentes para asegurar conductas protectoras de por vida.⁽⁷²⁾

Hay diversos métodos pedagógicos en esta área. El enfoque de prevención consiste en disminuir la presencia de las enfermedades patológicas a través del control de factores de riesgos y del monitoreo estricto desde el punto de vista de la epidemiología. En contraposición, el enfoque de la promoción va más allá del tradicional enfoque clínico. A partir de la Declaración de Ottawa, esta perspectiva se caracteriza por tratar aspectos socioculturales y ambientales, impulsando el empoderamiento de la comunidad a fin de cambiar el entorno. Familia-Escuela configura los pilares de la cultura de salud desde una edad temprana. El hogar es el entorno primordial para la formación de hábitos relacionados con la higiene personal y alimentación. Debido a la cercanía afectiva, los padres son quienes efectúan la primera instrucción de comportamientos de salud preventiva. Es vital este proceso de complementariedad. Igualmente, la institución escolar proporciona el entorno oficial para la promoción de la educación y socialización de salud. La investigación científica respalda el hecho de que la participación directa de los hogares en las actividades educativas escolares contribuyen de manera significativa al rendimiento clínico en odontología preventiva.⁽⁷³⁾

Promoción estomatognática de la salud infantil temprana incluye estrategias de intervención sociopedagógica. La prevención de las enfermedades estomatognáticas es fundamental. Gracias a este enfoque pretendemos desarrollar una conducta profiláctica efectiva para la asegurar la homeostasis del sistema en las etapas formativas. Esto incluye fomentar el cepillado con flúor desde el primer diente, limitar la ingesta de azúcares, capacitar a cuidadores y garantizar controles odontológicos regulares. En Perú, este enfoque está alineado con estrategias como la Atención Primaria en Salud y programas como Qali Warma, que integran educación y nutrición infantil.⁽⁷⁴⁾ Además, organismos como la FDI y la OPS recomiendan incorporar estos contenidos en las políticas escolares para lograr cambios sostenibles en salud bucal desde los primeros años de vida.

3.2.5. Rol de los agentes clave en salud oral

- **Padres de familia**

El hogar es el primer espacio donde se forman y consolidan los hábitos de higiene y autocuidado. En este contexto, los padres de familia cumplen un rol fundamental en la promoción de la salud bucodental infantil, ya que son los encargados de modelar conductas, establecer rutinas y supervisar las prácticas diarias de higiene oral. La evidencia científica indica que la influencia de los padres, especialmente de las madres, en los primeros años de vida es determinante para que los niños incorporen conductas saludables como el cepillado regular, el uso de pasta fluorada y el control en el consumo de alimentos azucarados.⁽⁶⁸⁾ Según la Norma Técnica de Salud del MINSA, los padres deben iniciar el cepillado dental de sus hijos desde la aparición del primer diente y continuar supervisándolo activamente hasta por lo menos los 7 años de edad, ya que en ese periodo los niños aún no desarrollan la coordinación motora fina necesaria para realizarlo de manera efectiva. Para los

niños de 3 a 5 años, el Ministerio recomienda que el adulto se coloque detrás del menor, sostenga su cabeza y guíe sus movimientos, usando una cantidad adecuada de pasta fluorada (tamaño de una arveja) y evitando el enjuague excesivo para mantener el efecto del flúor. Este acompañamiento no solo garantiza la eficacia del cepillado, sino que refuerza la importancia de la higiene oral como hábito familiar y forma parte de una estrategia nacional de prevención frente a enfermedades como la caries de la infancia temprana.⁽⁷³⁾ Cuando los padres valoran la importancia de la prevención y reciben educación sobre salud bucal, son más propensos a asistir a consultas odontológicas periódicas, reforzar rutinas de higiene en casa y contribuir a una cultura de autocuidado desde los primeros años.

- **Docentes de nivel inicial**

La enseñanza de la docencia refuerza los hábitos de higiene bucal. La figura del educador del primer ciclo se presenta como un elemento clave a la hora de formar conductas de salud precoces, aprovechando el momento ideal de su crecimiento biopsicosocial. El ámbito de la escuela es el medio propicio para potenciar el conocimiento y la prevención de manera constante. Gracias a la aplicación de técnicas de higiene mecánica a través de métodos lúdicos, el docente asegura la comprensión y la incorporación correcta de dicha técnica de prevención.⁽⁷⁵⁾ La promoción de la salud considera que la institución educativa es algo más que un simple entorno para la enseñanza y el aprendizaje académicos. Su objetivo es fomentar valores y comportamientos que reflejen responsabilidad y cuidado personal. La bibliografía sobre la experiencia en América Latina muestra claramente que la participación activa de los docentes maximiza la retención del mensaje preventivo entre los niños a través de la sinergia creada en el hogar, la escuela y el equipo odontológico. Por lo tanto, resulta crucial la formación continua

y el desarrollo de capacidades de los educadores en materia de salud bucodental. Esto solo puede lograrse ofreciendo recursos didácticos especializados que faciliten la inclusión orgánica de dichos comportamientos. ⁽⁷⁶⁾

3.3. Definición de términos

- **Nivel:** Estratificación de la competencia, el dominio o los conocimientos técnicos alcanzados en un campo concreto del saber. ⁽⁵⁴⁾
- **Conocimiento:** Dimensión cognitiva que consiste en información procesada relativa a la salud estomatológica, y que sirve de eje en torno al cual giran las decisiones y los comportamientos. (Harris et al., 2004) ⁽⁵²⁾
- **Conducta:** Patrón de conducta o respuesta llevada a cabo por un individuo con el fin de alcanzar un objetivo de salud específico. ⁽⁵⁶⁾
- **Salud oral:** Homeostasis en el sistema estomatognático definida por la ausencia de cualquier proceso patológico, dolor o limitación funcional que afecte negativamente al bienestar general. (Organización Mundial de la Salud, 2003) ⁽⁶⁷⁾
- **Caries dental:** Afección multidimensional y dinámica que implica la actividad de una biopelícula que interactúa con carbohidratos fermentables, lo que da lugar a la desmineralización progresiva de los tejidos duros del órgano dental. (Moynihan, 2005) ⁽⁴⁷⁾
- **Higiene bucal:** Limpieza regular de la boca para prevenir enfermedades, como la caries. (Pérez et al., 2019) ⁽⁶²⁾
- **Actitud:** Forma de pensar o sentir frente a algo, como la salud oral. ⁽⁶⁵⁾
- **Práctica:** Acción habitual que refleja el cuidado de la salud, como el cepillado dental. ⁽⁶⁵⁾
- **Prevención:** Medidas tomadas para evitar enfermedades o problemas de salud. ⁽⁵⁹⁾
- **Flúor:** Sustancia que protege los dientes contra la caries al fortalecer el esmalte dental. ⁽⁷³⁾

- **Educación para la salud:** Proceso que promueve hábitos saludables mediante la enseñanza.⁽⁷⁵⁾
- **Docente:** Persona que enseña y guía el aprendizaje en el contexto escolar.⁽⁷⁶⁾
- **Padres de familia:** Responsables del cuidado y educación de los hijos.⁽⁶⁵⁾
- **Preescolar:** Niño entre 3 y 5 años en etapa educativa inicial.⁽³²⁾
- **Enfermedad periodontal:** Afección inflamatoria que afecta las encías y estructuras de soporte dental.⁽⁶⁰⁾
- **Biofilm dental:** Comunidad de microorganismos que se adhieren a la superficie dental y pueden causar enfermedades.⁽⁶⁰⁾
- **Hábitos alimenticios cariogénicos:** Patrones de consumo de alimentos ricos en azúcares que favorecen el desarrollo de caries.⁽⁶²⁾

IV. Metodología

4.1. Tipo y nivel de investigación

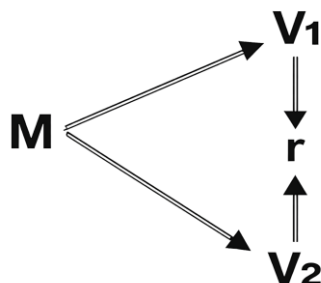
La investigación fue de tipo básica, debido a que se orientó a describir y relacionar los conocimientos y conductas sobre salud bucodental en docentes y padres de familia de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín de Abancay. Su propósito fundamental fue generar conocimiento científico y ofrecer un panorama diagnóstico de la situación actual en este contexto educativo, sirviendo como base teórica y referencia documental para el futuro diseño de estrategias de promoción y prevención en salud oral infantil. ⁽⁷⁷⁾

El nivel descriptivo–correlacional, dado que tuvo como finalidad, por un lado, describir los conocimientos y conductas sobre salud bucodental en docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, en la ciudad de Abancay; y, por otro lado, determinar la relación existente entre dichas variables. De esta manera, se buscó tanto caracterizar el estado actual de la población estudiada como identificar la posible asociación entre el saber y las prácticas vinculadas a la salud oral. ⁽⁷⁷⁾

El diseño no experimental, ya que no se manipularon las variables, sino que se observaron tal como se presentaron de manera natural en los participantes. Asimismo, fue de tipo transversal y prospectivo, debido a que la información se recopiló en un solo momento en el tiempo, anticipándose la ejecución del estudio con base en una planificación previa. ⁽⁷⁷⁾

El enfoque fue cuantitativo, dado que se fundamentó en la medición objetiva y numérica de los conocimientos y conductas sobre salud bucodental. Para la recolección de datos se empleó un cuestionario estructurado, cuya información fue procesada mediante procedimientos estadísticos y organizada en tablas de frecuencias, porcentajes y gráficos. Esto permitió realizar análisis descriptivos de cada variable y aplicar pruebas de asociación e inferencia. Específicamente, se utilizó la prueba de correlación de Spearman para

determinar la relación entre los niveles de conocimiento y conductas, y la prueba exacta de Fisher para analizar asociaciones en grupos con frecuencias reducidas, garantizando así la validez estadística de los hallazgos en la población estudiada.⁽⁷⁷⁾



- **M** = Docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay
- **V₁** = Nivel de conocimiento sobre la salud oral
- **V₂** = Conductas sobre salud oral
- **r** = Correlación entre las variables

4.2. Ámbito temporal y espacial

El ámbito espacial de la presente investigación se situó en la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, ubicada en la ciudad de Abancay, en el departamento de Apurímac, lugar donde se desarrolló el estudio con docentes y padres de familia de niños preescolares.

En cuanto al ámbito temporal, la investigación se desarrolló durante el año 2025, periodo en el cual se llevó a cabo la recolección, procesamiento y análisis de la información relacionada con los conocimientos y conductas sobre salud bucodental de la población estudiada.

4.3. Población y muestra

Población:

La población de estudio estuvo conformada por un total de 84 integrantes, correspondientes a la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, ubicada en la ciudad de Abancay. De

este grupo, 80 fueron padres de familia de los niños preescolares y 4 fueron docentes del nivel inicial. Esta población constituyó un grupo clave para la investigación, dado que tanto los padres como los docentes ejercieron una influencia directa en los hábitos de salud oral de los preescolares (Anexo 5).

Muestra:

El cálculo del tamaño muestral se efectuó considerando criterios estadísticos de rigor, estableciendo un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 3% y una proporción de referencia del 50%, utilizada habitualmente en este tipo de estudios por representar el escenario más conservador. Para la selección se aplicó un muestreo probabilístico estratificado proporcional, con lo cual se garantizó la adecuada representatividad de los subgrupos de padres y docentes, asegurando igualdad de oportunidades de ser elegidos dentro de cada estrato. Este procedimiento fortaleció la validez y confiabilidad de la muestra en relación con la población total.

Para obtener el tamaño de la muestra, se utilizó la siguiente fórmula para poblaciones finitas:

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

Dónde:

- n: Número de sujetos necesarios para la muestra.
- N: 84 población total
- Z: Valor para un 95% de confianza (1.96).
- p: Probabilidad estimada del evento (0.5).
- q: Complemento de p, es decir, 0.5.
- e: Margen de error (0.03)

$$n = \frac{84 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.03)^2 \times (84 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{80.6736}{1.0351}$$

$$n = 77.9$$

$$n = 78$$

A partir del cálculo muestral (n=78) se aplicó la estratificación proporcional según el tamaño de cada subgrupo mediante esta fórmula:

$$n_h = \frac{N_h}{N} \times n$$

Dónde:

- n_h : Tamaño muestral del estrato
- N_h : Tamaño poblacional del estrato
- N : Población total
- n : Muestra total

Cálculo por estratos

a. Padres de familia ($N_1= 80$)

$$n_1 = \frac{80}{184} \times 78 \approx 33$$

b. Docentes($N_2=4$)

$$n_2 = \frac{4}{184} \times 78 \approx 2$$

Se determinó que la muestra estuvo conformada por 33 padres de familia y 2 docentes. De este modo, se asegura la representatividad de ambos estratos dentro de la investigación, manteniendo la proporción existente en la población total.

Criterios de inclusión:

- Ser padre, madre o tutor legal de un estudiante matriculado en el nivel inicial de la Institución Educativa N° 228 San Martín, durante el año 2025.
- Ser docente en ejercicio activo en el nivel inicial de dicha institución en el mismo periodo.
- Aceptar participar de manera voluntaria y firmar el consentimiento informado.
- Completar adecuadamente el instrumento de recolección de datos.

Criterios de exclusión:

- Personas que se nieguen a participar o no firmen el consentimiento informado.
- Padres o docentes que, pese a formar parte de la institución, no se encuentren disponibles durante el periodo de aplicación de la encuesta.
- Encuestas que sean devueltas incompletas o con respuestas inválidas.
- Personas que no estén vinculadas formalmente al nivel inicial en el año 2025.

4.4. Instrumentos

Se utilizó un cuestionario estructurado, adaptado del instrumento elaborado por Bustamante J. (2022), basado en estudios previos sobre salud bucodental infantil.⁽³¹⁾

El test de nivel de conocimiento sobre salud bucal contuvo tres dimensiones: higiene bucal, enfermedades bucales y cuidado bucal; que incluyó 16 preguntas de respuesta múltiple, con un tiempo estimado de 15 minutos. Cada respuesta correcta tuvo un valor de 1 punto y cada incorrecta un valor de 0 puntos. El instrumento fue validado por un juicio de expertos de 3 cirujanos dentistas especialistas y tuvo una alta confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.83.⁽³¹⁾

El instrumento para medición de conductas fue empleado mediante el test de Hiroshima University Dental Behavior Inventory (HU-DBI) de Kawamura, el cual comprendió tres dimensiones: cuidado en higiene bucal, prevención de patologías bucales y tratamiento de la salud bucal. Este test contó con 20 preguntas aplicándolo en 15 minutos y utilizó una escala dicotómica donde el 0 corresponde a no lo realiza y 1 a sí lo realiza. Este test tuvo una validación global aprobado por la Organización Mundial de la Salud y tuvo una alta confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.916.⁽³¹⁾

4.5. Procedimiento

La técnica que se empleó para la recolección de datos fue la encuesta, debido a que representó un método eficaz para obtener información directa y estructurada de un grupo de personas. Esta técnica permitió identificar las prácticas sobre salud oral de los padres de familia y docentes del nivel inicial de la Institución Educativa N° 228 San Martín, en la ciudad de Abancay. La aplicación se realizó de manera presencial y autoadministrada, bajo la supervisión del investigador, garantizando el anonimato y la confidencialidad de las respuestas.

El procedimiento seguido para la recolección de datos se desarrolló en las siguientes etapas:

- **Autorización institucional:** Se gestionó el permiso de la dirección de la Institución Educativa Inicial N.º 228 San Martín para la realización del estudio.
- **Consentimiento informado:** Se explicó a cada participante el objetivo del estudio, el carácter voluntario de su participación y la garantía de confidencialidad. Solo quienes firmaron el consentimiento informado fueron incluidos en el estudio.
- **Aplicación del cuestionario:** Se realizó en formato físico, de manera autoadministrada y presencial, con supervisión para resolver dudas sin influir en las respuestas.

- Revisión de cuestionarios: Se verificó que cada cuestionario estuviera completo y sin errores antes de ser incorporado a la base de datos.
- Codificación y análisis: Los datos fueron organizados y procesados estadísticamente, utilizando frecuencias, porcentajes y pruebas de correlación para analizar la relación entre las variables.

4.6. Análisis de datos

Los datos obtenidos a partir de los cuestionarios aplicados a padres y docentes fueron procesados en varias etapas. En primer lugar, a cada ítem del instrumento se le asignaron los valores respectivos según los baremos establecidos, marcando las respuestas como correctas o incorrectas de acuerdo con los criterios definidos para el nivel de conocimiento y para las conductas en salud oral. Luego de esta calificación inicial, toda la información fue trasladada a una hoja de cálculo de Microsoft Excel, donde se construyó la base de datos. En dicha base se codificaron las variables sociodemográficas (sexo, edad y nivel de instrucción), así como los puntajes obtenidos en las secciones de conocimiento y de conducta en salud oral, organizados por variables y por dimensiones (higiene, prevención y tratamiento). A partir de estos puntajes se calcularon los totales por participante y, utilizando los puntos de corte previamente definidos, se procedió a clasificar el nivel de conocimiento y las conductas en categorías de bajo, regular y alto, tanto de forma global como dentro de cada dimensión de conducta. Una vez codificada y categorizada toda la información, la base de datos depurada en Excel fue exportada al programa estadístico para su análisis. Para el procesamiento estadístico de los resultados, se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS versión 27.

La primera fase del estudio involucró el análisis descriptivo de los datos para identificar la distribución de las variables que se estudiaron. Los datos cualitativos, como el género, el nivel educativo y el conocimiento y comportamiento en diferentes aspectos, fueron

analizados usando frecuencias absolutas y relativas. Esta técnica ayudó a identificar la variación de las respuestas dentro de los diferentes grupos definidos. En lo que respecta a la edad, se utilizó la estratificación en diferentes grupos de edad según los parámetros de la investigación para mejorar la comparación entre las diferentes agrupaciones.

Tras concluir el procesamiento descriptivo, el estudio avanzó hacia una etapa de inferencia centrada en verificar el ajuste de los datos a una distribución normal. Este diagnóstico constituyó un paso técnico indispensable para definir la ruta estadística más rigurosa. En este contexto, la implementación de pruebas de normalidad permitió discernir si las variables cumplían con los criterios de simetría necesarios, lo cual representa un supuesto fundamental para la validez de los métodos paramétricos. La relevancia de este análisis reside en su capacidad para condicionar directamente la elección de las herramientas estadísticas posteriores. Si los resultados evidenciaban una desviación significativa de la campana de Gauss, la metodología preveía el uso de pruebas no paramétricas, las cuales poseen la robustez necesaria para procesar datos que no siguen una distribución específica. Este rigor procedimental aseguró que el tratamiento matemático fuera plenamente coherente con la naturaleza de la muestra recolectada. Por tanto, la ejecución de estos contrastes de normalidad sentó las bases operativas para garantizar la precisión y la aplicabilidad de los modelos estadísticos en las fases definitivas de la investigación.

En primer lugar, los resultados de las pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk) mostraron que los datos no seguían una distribución normal, ya que todos los valores p fueron inferiores a 0.05. Debido a esta falta de normalidad en los datos, se planteó el uso de pruebas estadísticas no paramétricas, que no requieren que los datos sigan una distribución normal. Por lo tanto, para analizar la relación entre las variables, en el estrato de padres, se optó por utilizar la prueba de correlación de Spearman (ρ de Spearman). Esta

prueba fue adecuada para variables ordinales como el nivel de conocimiento y las conductas en salud oral, además de ser eficaz frente a la falta de normalidad de los datos, lo que la convirtió en la opción más apropiada para el análisis del grupo de padres. La prueba de Spearman permitió evaluar la correlación monotónica entre las variables, es decir, identificar si existió una relación positiva o negativa entre ellas, sin requerir que los datos siguieran una distribución normal. Por otro lado, debido al reducido tamaño de la muestra de docentes (solo 4 participantes), la aplicación de la prueba de Spearman no hubiera sido adecuada para este grupo. En este caso, se utilizó la prueba exacta de Fisher, la cual fue apropiada para analizar la asociación entre variables categóricas en muestras pequeñas. Esta prueba resultó idónea en este contexto, ya que no dependió del tamaño muestral, a diferencia de otras pruebas como la chi-cuadrado, que requieren muestras mayores para proporcionar resultados estadísticamente confiables.

Tabla N° 1. Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Nivel de conocimiento en salud oral	0.233	78	0.000	0.801	78	0.000
Conducta en salud oral	0.262	78	0.000	0.790	78	0.000
Cuidado en la higiene oral	0.328	78	0.000	0.744	78	0.000
Prevención de enfermedades orales	0.285	78	0.000	0.795	78	0.000
Tratamiento de la salud bucal	0.258	78	0.000	0.803	78	0.000

Fuente: Elaboración propia

4.7. Consideraciones éticas

La realización de este estudio de investigación se ajustó estrictamente a los marcos básicos de bioética que rigen la investigación con seres humanos, con el objetivo principal de salvaguardar en todo momento la integridad, la autonomía y la confidencialidad de los participantes. El principio de autonomía se garantizó mediante la divulgación exhaustiva de los objetivos, las características de las herramientas de recopilación de datos y la garantía de una participación sin riesgos en el proceso. Una vez aclaradas todas las dudas técnicas, la participación en el estudio se hizo voluntaria, tal y como se confirmó mediante la firma del formulario de consentimiento informado. En este sentido, se hizo hincapié en el derecho a retirar el consentimiento en cualquier fase del estudio. Se garantizó que la no participación en el estudio no daría lugar a ningún tipo de represalia administrativa ni perjudicaría la relación existente entre los participantes y la institución educativa o el equipo de investigación. También el estudio estuvo respaldado rigurosamente por los conceptos de beneficencia y no maleficencia. Los objetivos principales del estudio fueron los de la búsqueda de datos e informaciones científico-metodológicas esenciales para la mejora de las estrategias de promoción de salud dental en población preescolar. La metodología se basó en la única utilización de instrumentos de recolección de datos de tipo estructurado junto a la documentación de variables sociodemográficas de los participantes, previniendo al cien por cien cualquier interacción clínica o intervención de naturaleza invasiva. Se procuró por parte de los investigadores que el trabajo realizase una contribución positiva a la salud integral de los participantes, sin afectar ni su bienestar físico ni emocional, estableciendo tiempos de respuesta razonables y respetando la homogeneidad técnico-estructural de los ítems analizados. Al mismo tiempo, se buscó el logro del principio de justicia a través de la implementación de criterios de inclusión universales y transversales. Se evitó cualquier discriminación sexual o de nivel socioeducativo en el caso de padres y profesores.

La confidencialidad de la información fue garantizada en todas las etapas. Los cuestionarios fueron codificados mediante números o claves, evitando consignar nombres u otros datos que permitieran la identificación directa de los participantes. La base de datos fue almacenada en archivos de uso restringido, accesibles únicamente para el equipo investigador y utilizados exclusivamente con fines académicos. Los resultados se presentaron en forma global y agrupada, de manera que no sea posible reconocer a ninguna persona en particular a partir de las tablas o descripciones. Finalmente, el estudio se llevó a cabo con la autorización de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, a cuyas autoridades se informó sobre los objetivos y alcances de la investigación, manteniendo el compromiso de que los hallazgos contribuyan a la planificación de futuras acciones de promoción de la salud bucal en su comunidad escolar.

V. Resultados y discusión

Objetivo general

Tabla N° 2. Relación entre el nivel de conocimiento y las conductas en salud oral de docentes y padres de preescolares de la I.E.I N° 228 San Martín, Abancay, 2025.

Estrato	Nivel de conocimiento	Conducta sobre cuidado en la higiene bucal			Total
		Bajo	Regular	Alto	
		<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>
Padres	Bajo	25 (32.1)	3 (3.8)	0 (0.0)	28 (35.9)
	Regular	7 (9.0)	23 (29.5)	2 (2.6)	32 (41.0)
	Alto	0 (0.0)	1 (1.3)	13 (16.7)	14(17.9)
Docentes	Regular	0 (0.0)	2 (2.6)	0 (0.0)	2 (2.6)
	Alto	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.6)	2 (2.6)

Fuente: Elaboración propia

Interpretación descriptiva: La tabla N° 04 muestra las frecuencias respecto a la relación entre el nivel de conocimiento y las conductas en salud oral de docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín. En el estrato de padres (n=74), se observó una clara diferencia en las conductas según el nivel de conocimiento sobre salud bucal. Los padres fueron clasificados en tres grupos según su nivel de conocimiento: bajo, regular y alto. Dentro del grupo con conocimiento bajo, se encontró que 25 padres (32.1%) presentaron conductas bajas en cuanto al cuidado de la higiene bucal, 3 padres (equivalentes al 3.8%) mostraron conductas regulares y no se registraron conductas altas en este grupo. Respecto al grupo de padres con conocimiento regular, 23 padres (29.5%) presentaron conductas regulares, 7 padres (9.0%) mostraron conductas bajas y 2 padres (2.6%) manifestaron conductas altas. En el grupo con conocimiento alto, 13 padres (16.7%) presentaron conductas altas, 1 padre (1.3%) mostró conducta regular y no se registraron conductas bajas en este grupo.

En el estrato de docentes (n=4), los resultados mostraron que en el grupo con conocimiento regular, 2 docentes (equivalentes al 100%) presentaron conductas regulares, no registrándose

conductas bajas ni altas. En el grupo con conocimiento alto, 2 docentes (100%) presentaron conductas altas, lo que indicó que todos los docentes con conocimiento alto aplicaron prácticas de higiene bucal adecuadas.

Prueba de hipótesis

H₀: No existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud oral y las conductas sobre salud oral en docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín, Abancay, 2025.

H₁: Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud oral y las conductas sobre salud oral en docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín, Abancay, 2025.

Tabla N° 3. Pruebas de correlación entre el nivel de conocimiento y conducta en salud oral en docentes y padres de preescolares.

Rho de Spearman	Variable	Correlaciones estrato padres	
		Indicador	Conducta en salud oral
	Nivel de conocimiento en salud oral	Coefficiente de correlación	,826**
		Sig. (bilateral)	0.000
		N	74
p de Fisher	Variable	Correlaciones estrato docentes	
		Indicador	Conducta en salud oral
	Nivel de conocimiento en salud oral	Significación exacta (bilateral)	0.333
		Significación exacta (unilateral)	0.167

Fuente: Elaboración propia

Interpretación inferencial: La tabla N° 5 muestra los resultados de las pruebas estadísticas de correlación entre el nivel de conocimiento y las conductas en salud oral de docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín. En el estrato de padres, el análisis de correlación de Spearman mostró un coeficiente de correlación de 0.826 y un p-valor de 0.000, que fue menor a 0.05, lo que indicó el rechazo de la hipótesis nula (H₀) y la aceptación de la hipótesis alternativa (H₁). Esto demostró una relación significativa entre el nivel de

conocimiento sobre salud oral y las conductas sobre salud oral de los padres, lo que significó que el conocimiento de los padres sobre salud oral tuvo una influencia positiva en las conductas de higiene bucal. En el estrato de docentes, el p-valor de Fisher fue 0.333 (bilateral) y 0.167 (unilateral), ambos mayores a 0.05. Debido a esto, no se rechazó la hipótesis nula (H_0), indicando que no existió una relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud oral y las conductas sobre salud oral de los docentes, lo que pudo explicarse por el reducido tamaño muestral.

Objetivo específico 1

Tabla N° 4. Nivel de conocimiento en salud oral de docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín, Abancay, 2025, según sexo, edad y grado de instrucción.

Estrato	Variable	Categorías	Nivel de conocimiento sobre salud oral			Total
			Bajo	Regular	Alto	
			<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	
Padres	Edad	19 a 28 años	7 (9.0)	12 (15.4)	5 (6.4)	24 (30.8)
		29 a 38 años	9 (11.5)	11 (14.1)	6 (7.7)	26 (33.3)
		39 a 49 años	12 (15.4)	9 (11.5)	3 (3.8)	24 (30.8)
	Sexo	Femenino	24 (30.8)	25 (32.1)	14 (17.9)	63 (80.8)
		Masculino	4 (5.1)	7 (9.0)	0 (0.0)	11 (14.1)
		Secundaria	25 (32.1)	7 (9.0)	0 (0.0)	32 (41.0)
	Nivel de instrucción	Superior no universitario	2 (2.6)	15 (19.2)	3 (3.8)	20 (25.6)
		Superior universitario	1 (1.3)	10 (12.8)	11 (14.1)	22 (28.2)
	Docentes	Edad	29 a 38 años	0 (0.0)	1(1.3)	1 (1.3)
39 a 49 años			0(0.0)	1 (1.3)	1 (1.3)	2 (2.6)
Sexo		Femenino	0 (0.0)	2 (2.6)	2 (2.6)	4 (5.1)
		Superior no universitario	0 (0.0)	2 (2.6)	0 (0.0)	2 (2.6)
Nivel de instrucción		Superior universitario	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.6)	2 (2.6)

Fuente: Elaboración propia

Interpretación descriptiva: La tabla N° 6 presentó los resultados sobre el nivel de conocimiento en salud oral de los docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San

Martín y su relación con el sexo, edad y grado de instrucción. En el estrato de padres ($n=74$), se observó que el grupo de 29 a 38 años tuvo la mayor proporción de padres con conocimiento regular (14.1%), seguido por conocimiento bajo (7.7%) y conocimiento alto (6.4%). En cuanto al sexo, las madres fueron las que predominaban, con 24 madres (30.8%) con conocimiento bajo, 25 madres (32.1%) con conocimiento regular y 14 madres (17.9%) con conocimiento alto. Por el contrario, los padres masculinos tuvieron un menor porcentaje, con 4 padres (5.1%) con conocimiento bajo, 7 padres (9.0%) con conocimiento regular y ninguno con conocimiento alto. En cuanto al nivel de instrucción, los padres con secundaria presentaron la mayor proporción de conocimiento bajo (32.1%), mientras que los padres con nivel superior universitario mostraron una mayor presencia de conocimiento alto (14.1%). En el estrato de docentes ($n=4$), los resultados fueron limitados debido al tamaño reducido de la muestra. En términos de edad, los grupos de 29 a 38 años y 39 a 49 años tuvieron 1 docente (1.3%) con conocimiento regular y 1 docente (1.3%) con conocimiento alto. En cuanto al sexo, el total de docentes fue femenino, y presentaron una distribución equitativa entre conocimiento regular (50%) y conocimiento alto (50%). En cuanto al nivel de instrucción, las docentes con superior universitario (50%) tuvieron conocimiento alto, y las docentes con superior no universitario (50%) presentaron conocimiento regular.

Prueba de hipótesis

H₀: El nivel de conocimiento en salud oral de docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín, Abancay, 2025, no se relaciona con el sexo, edad y grado de instrucción.

H₁: El nivel de conocimiento en salud oral de docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín, Abancay, 2025, sí se relaciona con el sexo, edad y grado de instrucción.

Tabla N° 5. Pruebas de correlación entre el nivel de conocimiento en salud oral y el sexo, edad y nivel de instrucción de docentes y padres de preescolares.

Correlaciones estrato padres				
	Variable	Indicador	Nivel de conocimiento en salud oral	
Rho de Spearman	Sexo	Coeficiente de correlación	-0.083	
		Sig. (bilateral)	0.484	
		N	74	
	Edad	Coeficiente de correlación	-0.191533	
		Sig. (bilateral)	0.102	
		N	74	
	Nivel de instrucción	Coeficiente de correlación	0.739	
		Sig. (bilateral)	0.000	
		N	74	
Correlaciones estrato docentes				
	Variable	Indicador	Nivel de conocimiento en salud oral	
p de Fisher	Sexo	Significación exacta (bilateral)	1.000	
		Significación exacta (unilateral)	0.500	
	Edad	Significación exacta (bilateral)	1.000	
		Significación exacta (unilateral)	0.500	
	Nivel de instrucción	Significación exacta (bilateral)	0.333	
		Significación exacta (unilateral)	0.167	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación inferencial: La tabla N° 7 muestra los resultados de las pruebas de correlación entre el nivel de conocimiento en salud oral y las variables sexo, edad y nivel de instrucción de los padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín. En el estrato de padres, el análisis de correlación de Spearman mostró lo siguiente: en primer lugar, la relación entre el nivel de conocimiento en salud oral y el sexo presentó un coeficiente de

correlación de -0.083 y un p-valor de 0.484, lo que indicó una relación débil y no significativa. Dado que el p-valor fue mayor que 0.05, no se rechazó la hipótesis nula (H_0), lo que sugirió que el sexo no tuvo un impacto significativo en el nivel de conocimiento en salud oral de los padres. En cuanto a la edad, el coeficiente de correlación de -0.191533 y el p-valor de 0.102 también mostraron una relación débil y no significativa. El p-valor mayor a 0.05 llevó a no rechazar la hipótesis nula (H_0), lo que indicó que la edad no influyó significativamente en el nivel de conocimiento en salud oral de los padres. En la relación entre el nivel de conocimiento en salud oral y el nivel de instrucción, se observó una correlación positiva significativa con un coeficiente de correlación de 0.739 y un p-valor de 0.000, lo que rechazó la hipótesis nula (H_0) y aceptó la hipótesis alternativa (H_1). Esto indicó que el nivel de instrucción tuvo una relación significativa con el nivel de conocimiento en salud oral, es decir, a mayor nivel de instrucción, mayor fue el conocimiento sobre salud oral de los padres.

En el estrato de docentes, debido al tamaño reducido de la muestra ($n=4$), los resultados no permitieron hacer generalizaciones. En cuanto a la edad, el p-valor de 1.000 (bilateral) y 0.500 (unilateral) indicaron que no existió una relación significativa entre la edad y el nivel de conocimiento en salud oral de los docentes, por lo que no se rechazó la hipótesis nula (H_0). Lo mismo ocurrió con el sexo, donde los p-valores de 1.000 (bilateral) y 0.500 (unilateral) mostraron que no hubo una relación significativa entre el sexo y el nivel de conocimiento en salud oral de los docentes, por lo que no se rechazó la hipótesis nula (H_0). Finalmente, en la relación entre el nivel de conocimiento en salud oral y el nivel de instrucción, el p-valor de 0.333 (bilateral) y 0.167 (unilateral) fueron mayores a 0.05, lo que indicó que no existió una relación significativa entre estas variables, y no se rechazó la hipótesis nula (H_0).

Objetivo específico 2

Tabla N° 6. Conductas en salud oral de docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín, Abancay, 2025.

Estrato	Variable	Categorías	Conducta sobre salud oral			Total
			Bajo <i>f (%)</i>	Regular <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	
Padres	Edad	19 a 28 años	9 (11.5)	10 (12.8)	5 (6.4)	24 (30.8)
		29 a 38 años	9 (11.5)	9 (11.5)	8 (10.3)	26 (33.3)
		39 a 49 años	14 (17.9)	8 (10.3)	2 (2.6)	24 (30.8)
	Sexo	Femenino	26 (33.3)	22 (28.2)	15 (19.2)	63 (80.8)
		Masculino	6 (7.7)	5 (6.4)	0 (0.0)	11 (14.1)
	Nivel de instrucción	Secundaria	26 (33.3)	6 (7.7)	0 (0.0)	32 (41.0)
		Superior no universitario	5 (6.4)	11 (14.1)	4 (5.0)	20 (25.6)
		Superior universitario	1 (1.3)	10 (12.8)	11 (14.1)	22 (28.2)
	Edad	29 a 38 años	0 (0.0)	1 (1.3)	1 (1.3)	2 (2.6)
		39 a 49 años	0 (0.0)	1 (1.3)	1 (1.3)	2 (2.6)
Docentes	Sexo	Femenino	0 (0.0)	2 (2.6)	2 (2.6)	4 (5.1)
		Superior no universitario	0 (0.0)	2 (2.6)	0 (0.0)	2 (2.6)
	Nivel de instrucción	Superior universitario	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.6)	2 (2.6)

Fuente: Elaboración propia

Interpretación descriptiva: La tabla N° 8 presenta las conductas en salud oral de los docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín, según edad, sexo y nivel de instrucción. En el estrato de padres (n=74), en primer lugar, en cuanto a edad, el grupo de 39 a 49 años mostró la mayor proporción de conductas bajas (14 padres, 17.9%), seguido de 8 padres (10.3%) con conductas regulares y 2 padres (2.6%) con conductas altas. En el grupo de 29 a 38 años, se presentó una distribución más equilibrada, con 9 padres (11.5%) con conductas bajas, 9 padres (11.5%) con conductas regulares, y 8 padres (10.3%) con conductas altas. En el grupo de 19 a 28 años, 9 padres (11.5%) mostraron conductas bajas, 10 padres (12.8%) tenían conductas regulares, y 5 padres (6.4%) presentaron conductas altas.

En cuanto al sexo, las madres presentaron una mayor proporción de conductas bajas (26 madres, 33.3%) y conductas regulares (22 madres, 28.2%), mientras que los padres masculinos tuvieron una menor proporción en todas las categorías, con 6 padres (7.7%) con conductas bajas y ningún padre con conductas altas. En relación con el nivel de instrucción, los padres con secundaria mostraron la mayor proporción de conductas bajas (33.3%), seguidos por 6 padres (7.7%) con conductas regulares y ninguno con conductas altas. En el grupo con superior no universitario, 5 padres (6.4%) tuvieron conductas bajas, 11 padres (14.1%) mostraron conductas regulares, y 4 padres (5%) presentaron conductas altas. Finalmente, los padres con nivel superior universitario tuvieron la mayor proporción de conductas altas (14.1%), seguidos por 10 padres (12.8%) con conductas regulares, y 1 padre (1.3%) con conductas bajas.

En el estrato de docentes (n=4), los resultados fueron limitados debido al tamaño reducido de la muestra. A pesar de esto, se observó que las docentes con superior universitario tuvieron una proporción significativa de conductas altas (2 docentes, 2.6%), mientras que las docentes con superior no universitario presentaron conductas regulares (2 docentes, 2.6%), sin conductas altas. En cuanto a edad, los grupos de 29 a 38 años y 39 a 49 años no presentaron grandes diferencias, con 1 docente (1.3%) de cada grupo mostrando conductas regulares y altas.

Prueba de hipótesis

H₀: Las conductas en salud oral de docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín, Abancay, 2025, no se relaciona con su sexo, edad y grado de instrucción.

H₁: Las conductas en salud oral de docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín, Abancay, 2025, sí se relaciona con su sexo, edad y grado de instrucción

Tabla N° 7. Pruebas de correlación entre las conductas en salud oral con el sexo, edad y nivel de instrucción de docentes y padres de preescolares.

Correlaciones estrato padres			
	Variable	Indicador	Conductas en salud oral
Rho de Spearman	Sexo	Coefficiente de correlación	-0.160
		Sig. (bilateral)	0.174
		N	74
	Edad	Coefficiente de correlación	-0.168
		Sig. (bilateral)	0.152
		N	74
	Nivel de instrucción	Coefficiente de correlación	0.718
		Sig. (bilateral)	0.0000
		N	74
Correlaciones estrato docentes			
	Variable	Indicador	Conductas en salud oral
p de Fisher	Sexo	Significación exacta (bilateral)	1.000
		Significación exacta (unilateral)	0.500
		Significación exacta (bilateral)	1.000
	Edad	Significación exacta (unilateral)	0.500
		Significación exacta (bilateral)	0.333
		Significación exacta (unilateral)	0.167
	Nivel de instrucción	Significación exacta (bilateral)	0.333
		Significación exacta (unilateral)	0.167
		Significación exacta (bilateral)	0.167

Fuente: Elaboración propia

Interpretación inferencial: La tabla N° 9 muestra los resultados de las pruebas de correlación entre las conductas en salud oral y las variables sexo, edad y nivel de instrucción de los padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín. En el estrato de padres, el análisis de correlación de Spearman entre sexo y conductas en salud oral resultó en un coeficiente de correlación de -0.160 y un p-valor de 0.484, lo que indicó una relación débil y no significativa. Esto sugirió que el sexo no tuvo un impacto significativo sobre las conductas en salud oral de los padres, por lo que no se rechazó la hipótesis nula (H_0). Respecto a la edad, el coeficiente de correlación de -0.168 y el p-valor de 0.152 también mostraron una relación débil y no significativa entre edad y conductas en salud oral. El p-

valor mayor a 0.05 indicó que la edad no tuvo una relación significativa con las conductas de salud oral, y por lo tanto, no se rechazó la hipótesis nula (H_0). Sin embargo, en cuanto al nivel de instrucción, el coeficiente de correlación de 0.718 y el p-valor de 0.000 revelaron una relación fuerte y positiva entre el nivel de instrucción y las conductas en salud oral, lo que rechazó la hipótesis nula (H_0) y aceptó la hipótesis alternativa (H_1), indicando que un mayor nivel de instrucción se asoció con mejores conductas en salud oral.

En el estrato de docentes ($n=4$), en cuanto al sexo, el p-valor de Fisher fue de 1.000 (bilateral) y 0.500 (unilateral), lo que indica que no existió una relación significativa entre sexo y las conductas en salud oral de los docentes. En consecuencia, se mantuvo la hipótesis nula (H_0), infiriendo que la variable sexo no ejerce una influencia estadísticamente significativa sobre los patrones conductuales estomatológicos del personal docente. Bajo una línea analítica similar respecto al factor etario, el estadístico de Fisher reportó un p-valor de 1.000 en la prueba bilateral y 0.500 en la unilateral. Este hallazgo corroboró la ausencia de significancia estadística de la edad sobre las dimensiones de salud bucal evaluadas. Al igual que en la contrastación previa, la imposibilidad de rechazar la hipótesis nula (H_0) consolida la premisa técnica de que no existe una asociación de dependencia entre la edad de los educadores y su desempeño en prácticas profilácticas orales. Finalmente, en relación con el nivel de instrucción, el p-valor de Fisher fue 0.333 (bilateral) y 0.167 (unilateral), ambos mayores a 0.05, lo que indicó que no existe una relación significativa entre el nivel de instrucción y las conductas en salud oral de los docentes. Debido a estos p-valores, no se rechazó la hipótesis nula (H_0), sugiriendo que el nivel de instrucción no influye de manera significativa en las conductas de salud oral en los docentes, lo que puede estar relacionado con el pequeño tamaño de la muestra.

Objetivo específico 3

Tabla N° 8. Relación entre el nivel de conocimiento y el cuidado en la higiene bucal en docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025.

Estrato	Nivel de conocimiento	Cuidado en la higiene bucal			Total
		Bajo <i>f (%)</i>	Regular <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	
Padres	Bajo	25 (32.1)	3 (3.8)	0 (0.0)	28 (35.9)
	Regular	7 (9.09)	23 (29.5)	2 (2.6)	32 (41.0)
	Alto	0 (0.0)	1 (1.3)	13 (16.7)	14 (17.9)
Docentes	Regular	0 (0.0)	2 (2.6)	0 (0.0)	2 (2.6)
	Alto	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.6)	2 (2.6)

Fuente: Elaboración propia

Interpretación descriptiva: La tabla N° 10 presenta la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y las conductas de cuidado en la higiene bucal de los docentes y padres de preescolares de la I.E.I. Inicial N° 228 San Martín. En el estrato de padres (n=74), se observó que en el grupo con conocimiento bajo, 25 padres (32.1%) presentaron conductas bajas, 3 padres (3.8%) mostraron conductas regulares, y no se registraron conductas altas en este grupo. En el grupo con conocimiento regular, 23 padres (29.5%) presentaron conductas regulares, 7 padres (9.0%) mostraron conductas bajas, y 2 padres (2.6%) presentaron conductas altas. Por último, en el grupo con conocimiento alto, 13 padres (16.7%) mostraron conductas altas, 1 padre (1.3%) presentó conductas regulares, y no se registraron conductas bajas en este grupo.

En el estrato de docentes (n=4), los resultados fueron limitados debido al tamaño reducido de la muestra. En el grupo con conocimiento alto, 2 docentes (2.6%) presentaron conductas

altas, y en el grupo con conocimiento regular, 2 docentes (2.6%) mostraron conductas regulares.

Prueba de hipótesis

H₀: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y el cuidado en la higiene oral en docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín, Abancay, 2025.

H₁: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y el cuidado en la higiene oral en docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín, Abancay, 2025.

Tabla N° 9. Pruebas de correlación entre el nivel de conocimiento y el cuidado en la higiene oral en docentes y padres de preescolares.

Correlaciones estrato padres			
Rho de Spearman	Variable	Indicador	Cuidado en la higiene oral
	Nivel de conocimiento en salud oral	Coefficiente de correlación	,758**
		Sig. (bilateral)	0.000
		N	74
Correlaciones estrato docentes			
p de Fisher	Variable	Indicador	Cuidado en la higiene oral
	Nivel de conocimiento en salud oral	Significación exacta (bilateral)	0.333
		Significación exacta (unilateral)	0.167

Fuente: Elaboración propia

Interpretación inferencial: La tabla N° 11 muestra los resultados de las pruebas de correlación entre el nivel de conocimiento y el cuidado en la higiene oral de los docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín. En el estrato de padres, el análisis de correlación de Spearman entre el nivel de conocimiento en salud oral y las conductas en salud oral mostró un coeficiente de correlación de 0.758 y un p-valor de 0.000, lo que indicó una relación positiva fuerte y significativa. Dado que el p-valor fue menor a 0.05, se aceptó la hipótesis alternativa (H₁), indicando que el nivel de conocimiento tuvo una influencia significativa en las conductas de salud oral de los padres.

En el estrato de docentes, el p-valor de Fisher fue 0.333 (bilateral) y 0.167 (unilateral), ambos mayores a 0.05, lo que indicó que no hubo una relación significativa entre el nivel de conocimiento y las conductas en salud oral de los docentes, por lo que no se rechazó la hipótesis nula (H_0).

Objetivo específico 4

Tabla N° 10. Relación entre el nivel de conocimiento y la prevención de enfermedades orales en docentes y padres de preescolares de la Institución Educativa Inicial N° 228 San Martín, Abancay, 2025.

Estrato	Nivel de conocimiento	Prevención de enfermedades orales			Total
		Bajo <i>f (%)</i>	Regular <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	
Padres	Bajo	13 (16.7)	13 (16.7)	2 (2.6)	28 (35.9)
	Regular	3 (3.8)	23 (29.5)	6 (7.7)	32 (41.0)
	Alto	0 (0.0)	5 (6.4)	9 (11.5)	14 (17.9)
Docentes	Regular	0 (0.0)	2 (2.6)	0 (0.0)	2 (2.6)
	Alto	0 (0.0)	1 (1.3)	1 (1.3)	2 (2.6)

Fuente: Elaboración propia

Interpretación descriptiva: La Tabla N° 12 presenta la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y la prevención de enfermedades bucales en los docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín. En el estrato de padres ($n=74$), se observó que en el grupo con conocimiento alto, 9 padres (11.5%) presentaron conductas altas en la prevención de enfermedades bucales, 5 padres (6.4%) mostraron conductas regulares, y no se registraron conductas bajas. En el grupo con conocimiento regular, 23 padres (29.5%) mostraron conductas regulares, 6 padres (7.7%) adoptaron conductas altas, y 3 padres (3.8%) presentaron conductas bajas. En el grupo con conocimiento bajo, 13 padres (16.7%) presentaron conductas bajas, 13 padres (16.7%) tuvieron conductas regulares, y 2 padres (2.6%) mostraron conductas altas. En el estrato de docentes ($n=4$), se observaron los

siguientes resultados: en el grupo con conocimiento alto, 1 docente (1.3%) mostró conductas regulares y 1 docente (1.3%) adoptó conductas altas. Además, 2 docentes (2.6%) presentaron conductas regulares.

Prueba de hipótesis

H₀: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la prevención de enfermedades orales en docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín, Abancay, 2025.

H₁: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la prevención de enfermedades orales en docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín, Abancay, 2025.

Tabla N° 11. Pruebas de correlación entre el nivel de conocimiento y la prevención de enfermedades orales en docentes y padres de preescolares.

Rho de Spearman	Variable	Correlaciones estrato padres	
		Indicador	Prevención de enfermedades orales
	Nivel de conocimiento en salud oral	Coeficiente de correlación	,556**
		Sig. (bilateral)	0.000
		N	74
p de Fisher	Variable	Correlaciones estrato docentes	
		Indicador	Prevención de enfermedades orales
	Nivel de conocimiento en salud oral	Significación exacta (bilateral)	1.000
		Significación exacta (unilateral)	0.500

Fuente: Elaboración propia

Interpretación inferencial: La tabla N° 13 muestra los resultados de las pruebas de correlación entre el nivel de conocimiento y la prevención de enfermedades orales de los docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín. En el estrato de padres, el análisis de correlación de Spearman entre el nivel de conocimiento en salud oral y la prevención de enfermedades orales mostró un coeficiente de correlación de 0.556 y un p-

valor de 0.000, lo que indicó una relación positiva moderada y significativa. Esto sugirió que a medida que los padres tenían un mayor conocimiento en salud oral, también tendían a adoptar mejores conductas preventivas. Debido a que el p-valor fue menor a 0.05, se rechazó la hipótesis nula (H_0), confirmando que el conocimiento tenía un impacto significativo en las conductas preventivas de los padres.

En el estrato de docentes, el p-valor de Fisher fue de 1.000 (bilateral) y 0.500 (unilateral), lo que indicó que no existió una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la prevención de enfermedades orales. Con estos p-valores mayores a 0.05, no se rechazó la hipótesis nula (H_0), lo que sugirió que el nivel de conocimiento en salud oral no influyó significativamente en las conductas preventivas de los docentes.

Objetivo específico 5

Tabla N° 12. Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el tratamiento de la salud bucal de los docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín, Abancay.

Estrato	Nivel de conocimiento	Tratamiento de la salud bucal			Total
		Bajo <i>f (%)</i>	Regular <i>f (%)</i>	Alto <i>f (%)</i>	
Padres	Bajo	17 (21.8)	11 (14.1)	0 (0.0)	28 (35.9)
	Regular	7 (9.0)	21 (26.9)	4 (5.1)	32 (41.0)
	Alto	0 (0.0)	4 (5.1)	10 (12.8)	14 (17.9)
Docentes	Regular	0 (0.0)	2 (2.6)	0 (0.0)	2 (2.6)
	Alto	0 (0.0)	1 (1.3)	1 (1.3)	2 (2.6)

Fuente: Elaboración propia

Interpretación descriptiva: La tabla N° 14 presenta la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y las conductas relacionadas con el tratamiento de la salud bucal de los docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín. En el estrato de padres ($n=74$), se observan diferencias en las conductas según el nivel de conocimiento

sobre salud bucal. En el grupo con conocimiento alto, 10 padres (12.8%) adoptaron conductas altas, mostrando un buen manejo del tratamiento de la salud bucal, mientras que 4 padres (5.1%) mostraron conductas regulares y no se registraron conductas bajas en este grupo. En el grupo con conocimiento regular, 21 padres (26.9%) presentaron conductas regulares, 4 padres (5.1%) adoptaron conductas altas. Sin embargo, 7 padres (9.0%) mostraron conductas bajas, lo que indica que algunos no logran aplicar las recomendaciones de manera efectiva, a pesar de tener cierto conocimiento. En el grupo con conocimiento bajo, 17 padres (21.8%) presentaron conductas bajas, 11 (14.1%) mostraron conductas regulares, pero no se registraron conductas altas en este grupo.

En el estrato de docentes (n=4), se observaron resultados más limitados debido al pequeño tamaño de la muestra. En el grupo con conocimiento regular, 2 docentes (2.6%) presentaron conductas regulares en relación con el tratamiento de enfermedades bucales. En el grupo con conocimiento alto, 1 docente (1.3%) mostró conductas regulares, mientras que 1 docente (1.3%) adoptó conductas altas.

Prueba de hipótesis

H₀: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y el tratamiento de la salud bucal en docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín, Abancay, 2025.

H₁: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y el tratamiento de la salud bucal en docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín, Abancay, 2025.

Tabla N° 13. Pruebas de correlación entre el nivel de conocimiento y el tratamiento de la salud bucal en docentes y padres de preescolares.

Correlaciones estrato padres			
Rho de Spearman	Variable	Indicador	Tratamiento de la salud bucal
	Nivel de conocimiento en salud oral	Coefficiente de correlación	,642**
		Sig. (bilateral)	0.000
		N	74
Correlaciones estrato docentes			
p de Fisher	Variable	Indicador	Tratamiento de la salud bucal
	Nivel de conocimiento en salud oral	Significación exacta (bilateral)	1.000
		Significación exacta (unilateral)	0.500

Fuente: Elaboración propia

Interpretación inferencial: La tabla N° 15 muestra los resultados de las pruebas de correlación entre el nivel de conocimiento y el tratamiento de la salud bucal de los docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín. El estrato de padres mostró que el análisis de correlación de Spearman entre el nivel de conocimiento en salud oral y el tratamiento de la salud bucal reveló un coeficiente de correlación de 0.642 y un p-valor de 0.000, lo que indicó una relación moderada y positiva entre estas dos variables. Dado que el p-valor fue menor a 0.05, se rechazó la hipótesis nula (H_0) y se aceptó la hipótesis alternativa (H_1), lo que confirmó que el nivel de conocimiento tuvo un impacto significativo en las conductas de tratamiento bucal de los padres.

En el estrato de docentes, debido al pequeño tamaño de la muestra, el p-valor de Fisher fue 1.000 (bilateral) y 0.500 (unilateral), lo que indicó que no existió una relación significativa entre el nivel de conocimiento en salud oral y el tratamiento de la salud bucal de los docentes. Dado que los p-valores fueron mayores a 0.05, no se rechazó la hipótesis nula (H_0), sugiriendo que el nivel de conocimiento no tuvo un impacto significativo en las conductas de tratamiento bucal de los docentes.

Discusión

En relación con el objetivo general respecto a la correlación entre el nivel de conocimiento y las conductas en salud oral de los padres y docentes, el análisis en el estrato de padres evidenció que la mayoría con un conocimiento bajo exhibieron conductas bajas en el cuidado de la higiene bucal (32.1%), lo que sugirió que la carencia teórica se tradujo en un déficit práctico directo en el hogar; por el contrario, los tutores con conocimiento alto mostraron predominantemente conductas altas (16.7%) y ninguna conducta baja, demostrándose estadísticamente mediante una correlación positiva y altamente significativa ($Rho = 0.826$; $p = 0.000$). Estos hallazgos concordaron sólidamente con lo documentado por Nabila et al.⁽²⁷⁾, quienes descubrieron que el nivel de conocimiento actuaba como un factor determinante con una fuerte correlación positiva ($Rho = 0.814$; $p < 0.000$) sobre el estado de salud bucal infantil, alineándose también con la evidencia de Bamashmous et al.⁽²⁸⁾ ($Rho = 0.72$; $p < 0.001$), Granados et al.⁽³²⁾ ($Rho = 0.473$; $p = 0.001$), Bustamante et al.⁽³¹⁾ ($p = 0.011$) y Solis⁽³⁵⁾ ($Rho = 0.514$; $p = 0.000$), investigaciones que respaldaron unánimemente que la educación asimilada se materializaba proporcionalmente en acciones preventivas reales. Sin embargo, nuestros resultados discreparon de la investigación de Basir et al.⁽²⁵⁾, donde no se observó una relación significativa entre las conductas preventivas y el conocimiento, dado que el 57% de los padres presentaba un nivel satisfactorio pero sus prácticas seguían siendo insuficientes. Una brecha conductual similar fue reportada por Helal et al.⁽²⁶⁾, donde el 92.69% poseía un conocimiento adecuado, pero solo el 44.52% implementó prácticas correctas; a diferencia de estos autores, en nuestra población el alto conocimiento sí garantizó la ejecución de conductas positivas. Finalmente, en el estrato de docentes, el desarrollo de conductas no se relacionó estadísticamente con el conocimiento ($p = 0.333$), lo cual discrepó de hallazgos en poblaciones docentes amplias como la de Gilmaz et al.⁽²⁹⁾ ($Rho = 0.52$; $p < 0.01$); no obstante, esta falta de significancia inferencial se

debió exclusivamente a la limitación metodológica de un tamaño muestral reducido ($n=4$), ya que descriptivamente el 100% de los educadores con conocimiento alto también aplicaron conductas de higiene altas, manteniendo la coherencia cualitativa con el estrato de los padres.

En relación con el primer objetivo específico respecto al nivel de conocimiento en salud oral según las características sociodemográficas de los padres y docentes, el análisis en el estrato de padres evidenció que la mayor proporción de conocimiento bajo se concentró en los tutores con nivel de instrucción secundaria (32.1%), mientras que la prevalencia de conocimiento alto fue mayor en aquellos con educación superior universitaria (14.1%). Esto sugirió que la formación académica formal otorga a los padres mejores herramientas cognitivas para acceder, asimilar y retener información preventiva esencial para el cuidado infantil, lo cual se demostró estadísticamente mediante una correlación positiva y fuertemente significativa ($Rho = 0.739$; $p = 0.000$). Estos hallazgos concordaron sólidamente con lo documentado por Vargas et al. (33), quienes identificaron que los tutores con educación secundaria tenían una probabilidad significativamente mayor ($APR = 5.62$) de poseer un conocimiento insuficiente en comparación con los universitarios, alineándose también con la evidencia de Cadenillas et al. (34) ($p = 0.000$) y Basir et al. (25) ($p < 0.001$), investigaciones que respaldaron unánimemente que a mayor nivel educativo, mejor era la asimilación teórica en salud bucal infantil. Asimismo, esto respaldó el análisis demográfico de Bamashmous et al. (28) ($Rho = 0.68$; $p < 0.002$) y los perfiles de Helal et al. (26), donde las muestras con mayorías de educación superior reportaron altísimos índices de conocimientos adecuados. Por otro lado, respecto a la edad ($Rho = -0.191$; $p = 0.102$) y el sexo ($Rho = -0.083$; $p = 0.484$), nuestros resultados no mostraron una relación estadística significativa con el nivel de conocimiento, lo que sugirió que en la población evaluada la exposición a la información básica sobre salud bucal fue equitativa entre hombres, mujeres y los diferentes rangos etarios. Estos resultados discreparon directamente de la investigación de Cadenillas

et al. ⁽³⁴⁾, donde sí se evidenció ($p = 0.000$) que las madres de mayor edad poseían mejores niveles de conocimiento, y del estudio de Basir et al. ⁽²⁵⁾, que reportó un nivel de conocimiento significativamente superior de manera exclusiva en el sexo femenino ($p = 0.004$). Finalmente, en el estrato de docentes, el nivel de conocimiento no mostró relación significativa con la edad ($p = 1.000$), el sexo ($p = 1.000$) ni el nivel de instrucción ($p = 0.333$); no obstante, esta falta de significancia inferencial se debió exclusivamente a la limitación metodológica de un tamaño muestral reducido ($n=4$), lo que impidió contrastar estadísticamente estos factores sociodemográficos con estudios enfocados en grandes poblaciones de maestros como los de Gilmaz et al. ⁽²⁹⁾ y Lazarte et al. ⁽³⁰⁾.

En relación con el segundo objetivo específico respecto a las conductas en salud oral según las características sociodemográficas, el análisis en el estrato de padres evidenció que la mayor proporción de conductas bajas se concentró en los tutores con nivel de instrucción secundaria (33.3%), mientras que aquellos con educación superior universitaria presentaron la mayor proporción de conductas altas (14.1%). Esto sugirió que un mayor grado de escolaridad formal dota a los padres de mejores capacidades, recursos y disciplina para establecer rutinas de higiene eficaces en el entorno familiar, lo cual se demostró estadísticamente mediante una correlación positiva y fuertemente significativa ($Rho = 0.718$; $p = 0.000$) entre el nivel de instrucción y las conductas en salud oral. Estos hallazgos concordaron sólidamente con lo documentado por Bamashmous et al. ⁽²⁸⁾, quienes descubrieron que el nivel educativo actuaba como un determinante significativo ($Rho = 0.68$; $p < 0.002$) en la adopción de prácticas adecuadas y visitas al dentista, alineándose también con la evidencia de Vargas et al. ⁽³³⁾, quienes reportaron en Lima que la educación era un factor crítico para las prácticas preventivas, encontrando que los tutores con menor educación tenían mayor riesgo de presentar prácticas incorrectas. Por otro lado, al analizar descriptivamente las variables de edad y sexo, porcentajes importantes mostraron que el

grupo de 39 a 49 años acumuló la mayor cantidad de conductas bajas (17.9%) , y que las madres (sexo femenino) concentraron mayoritariamente los niveles bajos (33.3%) y regulares (28.2%) , lo cual podría explicarse por la sobrecarga de roles de cuidado en el hogar; sin embargo, en el análisis inferencial, ni la edad ($Rho = -0.168$; $p = 0.152$) ni el sexo ($Rho = -0.160$; $p = 0.484$) mostraron una relación estadística significativa con las conductas sobre salud oral. Esta falta de significancia discrepó directamente con las proyecciones de Cadenillas et al. ⁽³⁴⁾, donde la edad avanzada sí representó un factor asociado a un mejor manejo de la salud bucal. Asimismo, resultó pertinente contrastar nuestros resultados con los estudios de Basir et al. ⁽²⁵⁾ y Helal et al. ⁽²⁶⁾, quienes hallaron que, a pesar de evaluar a poblaciones con un alto porcentaje de educación superior (63.8% y 67.8% respectivamente), las prácticas preventivas de los padres seguían siendo deficientes e insuficientes; lo cual difirió de nuestra investigación, donde alcanzar el nivel universitario sí garantizó una mejora directa y proporcional en la conducta higiénica. Finalmente, en el estrato de docentes, las conductas en salud oral no mostraron relación significativa con el sexo ($p = 1.000$) , la edad ($p = 1.000$) ni el nivel de instrucción ($p = 0.333$) ; no obstante, esta falta de significancia inferencial se debió exclusivamente a la limitación metodológica del tamaño muestral ($n=4$) , aunque de manera descriptiva se evidenció que las educadoras con superior universitario tuvieron una proporción significativa de conductas altas, respaldando la coherencia cualitativa de que a mayor educación, mejor es la conducta preventiva.

En relación con el tercer objetivo específico respecto a la relación entre el nivel de conocimiento y el cuidado en la higiene bucal, el análisis en el estrato de padres evidenció que la totalidad de los tutores con conocimiento bajo se concentraron en conductas de higiene bajas (32.1%) y regulares (3.8%), sin alcanzar niveles altos ; por el contrario, la gran mayoría de padres con conocimiento alto (16.7%) adoptaron conductas altas de higiene, sin registrar conductas bajas en este grupo. Esto sugirió que la comprensión teórica específica sobre salud

oral se traduce de manera directa en la implementación rigurosa de hábitos de limpieza diaria en el hogar (como el cepillado correcto), lo cual se demostró estadísticamente mediante una correlación positiva fuerte y significativa ($Rho = 0.758$; $p = 0.000$). Estos hallazgos concordaron sólidamente con lo documentado por Granados et al.⁽³²⁾, quienes hallaron una correlación moderada ($Rho = 0.473$; $p = 0.001$) entre el nivel de conocimiento y las prácticas de higiene bucal, alineándose también con la evidencia de Bustamante et al.⁽³¹⁾, quienes demostraron una relación significativa ($p = 0.023$) específicamente entre el conocimiento y el cuidado en higiene bucal. Del mismo modo, respaldaron las conclusiones de Nabila et al.⁽²⁷⁾ ($Rho = 0.814$; $p < 0.000$) y de Solis⁽³⁵⁾, quien encontró una correlación significativa ($Rho = 0.507$; $p = 0.000$) entre la técnica de cepillado y el conocimiento previo, confirmando unánimemente que la teoría asimilada moldea la destreza práctica y la constancia en el aseo dental infantil. Sin embargo, nuestros resultados discreparon de la investigación de Basir et al.⁽²⁵⁾, donde no se observó una relación significativa entre el conocimiento y las conductas preventivas, reportando prácticas insuficientes a pesar de un nivel de conocimiento satisfactorio (57%). Una brecha conductual similar fue reportada por Helal et al.⁽²⁶⁾, donde solo el 44.52% implementó prácticas de cuidado adecuadas frente a un 92.69% de conocimiento adecuado; lo cual difirió de nuestra investigación, donde el conocimiento alto sí garantizó una higiene oral estricta y funcional. Finalmente, en el estrato de docentes, la relación entre el conocimiento y el cuidado en la higiene bucal no arrojó significancia estadística ($p = 0.333$), discrepando de estudios en maestros como los de Lazarte et al.⁽³⁰⁾ que sí identificaron deficiencias en áreas clave de higiene bucal contrastadas con el nivel de conocimiento; no obstante, esta falta de significancia inferencial en nuestro estudio se debió exclusivamente a la limitación metodológica del tamaño muestral reducido ($n=4$), aunque cualitativamente se evidenció que la totalidad de los docentes con alto conocimiento también

aplicaron altas conductas de cuidado en la higiene, manteniendo la congruencia teórica con el grupo de padres.

En relación con el cuarto objetivo específico respecto a la relación entre el nivel de conocimiento y la prevención de enfermedades orales, el análisis en el estrato de padres evidenció que aquellos con conocimiento bajo concentraron la mayor proporción de conductas preventivas bajas (16.7%), mientras que en el grupo con conocimiento alto destacaron las conductas de prevención altas (11.5%) sin registrarse niveles bajos en esta última categoría. Esto sugirió que adquirir información sólida sobre salud bucal empodera a los tutores para anticiparse a las patologías, aplicando medidas profilácticas concretas en el hogar (como el control de la dieta o visitas tempranas al odontólogo) que evitan la aparición de lesiones, lo cual se demostró estadísticamente mediante una correlación positiva moderada y fuertemente significativa ($Rho = 0.556$; $p = 0.000$). Estos hallazgos concordaron sólidamente con la investigación local de Solis ⁽³⁵⁾, quien halló una correlación moderada ($Rho = 0.514$; $p = 0.000$) específicamente entre el conocimiento y la prevención de caries, alineándose también con la evidencia de Granados et al. ⁽³²⁾, que demostraron una relación significativa ($Rho = 0.473$; $p = 0.001$) entre el conocimiento y las prácticas preventivas. A nivel internacional, respaldaron las conclusiones de Bamashmous et al. ⁽²⁸⁾ ($Rho = 0.72$; $p < 0.001$), confirmando unánimemente que la asimilación teórica se traduce en una barrera protectora real para el preescolar. Sin embargo, nuestros resultados discreparon directamente del estudio nacional de Bustamante et al. ⁽³¹⁾, donde sorprendentemente la relación entre el conocimiento y la prevención de enfermedades bucales no fue significativa ($p = 0.591$); asimismo, difirieron de las investigaciones de Basir et al. ⁽²⁵⁾ y Helal et al. ⁽²⁶⁾, donde a pesar de registrarse altos niveles de conocimiento en la población, las prácticas estrictamente preventivas seguían siendo insuficientes (solo un 44.52% de implementación adecuada en el caso de Helal), evidenciando una brecha conductual teórica-práctica que no se observó en

nuestro estudio. Finalmente, en el estrato de docentes, la relación entre el conocimiento y la prevención de enfermedades no arrojó significancia estadística ($p = 1.000$), lo cual discrepó de hallazgos en grandes poblaciones de maestros como la de Gilmaz et al. ⁽²⁹⁾, donde las actitudes positivas sí se correlacionaron con las conductas preventivas implementadas ($Rho = 0.52$; $p < 0.01$); no obstante, esta falta de significancia inferencial en nuestra investigación se debió exclusivamente a la limitación metodológica del tamaño muestral ($n=4$), ya que de manera descriptiva se evidenció que los educadores con alto conocimiento aplicaron medidas de prevención regulares y altas, manteniendo la coherencia cualitativa con los tutores.

En relación con el quinto objetivo específico respecto a la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el tratamiento de la salud bucal, el análisis en el estrato de padres evidenció que aquellos con conocimiento bajo concentraron la mayor proporción de conductas bajas (21.8%) y ninguno logró alcanzar niveles altos; por el contrario, en el grupo con conocimiento alto predominaron las conductas altas (12.8%) mostrando un buen manejo del tratamiento, sin registrarse conductas bajas en esta categoría. Esto sugirió que la asimilación teórica adecuada no solo previene, sino que capacita a los padres para buscar atención oportuna y seguir correctamente las indicaciones terapéuticas odontológicas cuando el preescolar ya presenta afecciones, lo cual se demostró estadísticamente mediante una correlación positiva moderada y fuertemente significativa ($Rho = 0.642$; $p = 0.000$). Estos hallazgos concordaron de manera exacta con el estudio nacional de Bustamante et al. ⁽³¹⁾, quienes, al evaluar esta misma dimensión específica, evidenciaron estadísticamente ($p = 0.020$) que el nivel de conocimiento sí afectaba y determinaba las conductas preventivas y de tratamiento de la salud bucal en los padres. Asimismo, se alinearon con las conclusiones generales de Nabila et al. (27) ($Rho = 0.814$; $p < 0.000$) y Bamashmous et al. ⁽²⁸⁾ ($Rho = 0.72$; $p < 0.001$), investigaciones que respaldaron unánimemente que la educación asimilada

se materializaba en acciones clínicas y correctivas reales para restaurar la salud infantil. Sin embargo, nuestros resultados discreparon de las investigaciones internacionales de Basir et al. ⁽²⁵⁾ y Helal et al. ⁽²⁶⁾, donde a pesar de registrarse altos niveles de conocimiento adecuado (57% y 92.69% respectivamente), las prácticas de los padres frente a la salud bucal infantil seguían siendo insuficientes o inadecuadas, evidenciando una desconexión entre saber qué hacer y realmente llevar al niño al tratamiento odontológico. Finalmente, en el estrato de docentes, la relación entre el conocimiento y las conductas de tratamiento no arrojó significancia estadística ($p = 1.000$), lo cual discrepó de hallazgos en poblaciones amplias de educadores como la de Gilmaz et al. ⁽²⁹⁾, donde sí se identificó una asociación significativa con las conductas implementadas ($Rho = 0.52$; $p < 0.01$); no obstante, esta falta de significancia inferencial en nuestra investigación se debió exclusivamente a la limitación metodológica del tamaño muestral reducido ($n=4$), ya que cualitativamente se evidenció que los educadores con alto conocimiento aplicaron un buen manejo del tratamiento bucal al presentar conductas regulares y altas, manteniendo la coherencia teórica con el grupo de padres.

VI. Conclusiones

- En relación con el objetivo general, se evidenció una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las conductas en salud oral de los docentes y padres de preescolares de la I.E.I. N° 228 San Martín. En los padres, los niveles bajos de conocimiento se asociaron predominantemente con conductas desfavorables, mientras que los niveles altos se vincularon casi exclusivamente con conductas adecuadas. En los docentes, aunque el número de participantes fue reducido, se mantuvo el mismo patrón donde a mayor conocimiento se observaron conductas más favorables. En conjunto, los resultados demostraron que un mayor nivel de conocimiento garantiza conductas más apropiadas para el cuidado de la salud bucal.
- En relación con el primer objetivo específico, se concluyó que, en los padres, el nivel educativo superior prevaleció como el factor más influyente en el nivel de conocimiento sobre salud bucal. Aquellos con educación universitaria presentaron el mejor conocimiento, a diferencia de los de educación secundaria, que mostraron un conocimiento más limitado. No se observó una correlación significativa entre el nivel de conocimiento y las características de edad o sexo. En los docentes, debido al tamaño reducido de la muestra, no se pudieron establecer conclusiones significativas respecto a estas variables demográficas.
- En relación con el segundo objetivo específico, se concluyó que las conductas en salud oral se distribuyeron principalmente en niveles regulares. No se observaron diferencias significativas en las conductas según el sexo ni la edad. Sin embargo, el nivel de instrucción marcó un contraste notable donde los padres con nivel educativo secundario presentaron conductas menos favorables, mientras que aquellos con estudios superiores, especialmente universitarios, mostraron una mayor frecuencia de conductas adecuadas. En las docentes, sus conductas regulares y altas fueron coherentes con su nivel educativo,

reforzando la idea de que una mayor preparación académica se vincula con prácticas más favorables en la salud bucal.

- En relación con el tercer objetivo específico, se concluyó que las conductas de higiene bucal en los padres estuvieron fuertemente influenciadas por su nivel de conocimiento, ya que aquellos que presentaron conocimiento bajo adoptaron conductas inadecuadas, mientras que aquellos con conocimiento alto adoptaron prácticas adecuadas; asimismo, en el grupo con conocimiento regular las conductas fueron mixtas. En los docentes, debido al tamaño de la muestra, no se pudo establecer una relación significativa, pero se mantuvo la tendencia de que a mayor conocimiento se aplicaron mejores prácticas recomendadas.
- En relación con el cuarto objetivo específico, se concluyó que las conductas de prevención de enfermedades bucales en los padres mostraron una relación significativa con el nivel de conocimiento sobre salud bucal. Los padres con conocimiento bajo presentaron principalmente conductas preventivas inadecuadas, mientras que en el grupo con conocimiento alto la mayoría adoptó buenas prácticas preventivas. En los docentes, no se pudo establecer una relación significativa por la muestra reducida, aunque se observó la misma tendencia de aplicar prácticas preventivas más adecuadas a mayor conocimiento.
- En relación con el quinto objetivo específico, se concluyó que las conductas de tratamiento de la salud bucal en los padres mostraron una correlación significativa con su nivel de conocimiento. Los padres con conocimiento bajo adoptaron principalmente prácticas inadecuadas, mientras que aquellos con mayor conocimiento implementaron tratamientos más efectivos. En los docentes, no se pudo establecer una relación significativa, aunque quienes tuvieron mayor conocimiento tendieron a aplicar mejores tratamientos.

VII. Recomendaciones

- Al sector Educación, específicamente al MINEDU, la DREA y la UGEL, se les recomienda incorporar de manera explícita la salud bucal en los lineamientos y políticas de Educación Inicial, promoviendo programas preventivos permanentes dirigidos a padres y docentes. Estos programas deberían abordar el cuidado diario de la higiene oral, la elección de una dieta no cariogénica, la prevención de caries y el uso oportuno de los servicios odontológicos, así como regular y desincentivar el exceso de azúcar en los programas de alimentación escolar y en las actividades institucionales.
- A los servicios de salud, en especial a los hospitales, centros de salud y postas médicas de la jurisdicción, se les recomienda fortalecer la coordinación con las instituciones educativas iniciales para organizar campañas periódicas de evaluación odontológica, consejería, aplicación de flúor y referencia oportuna de los casos que lo requieran. Asimismo, se sugiere utilizar los resultados de investigaciones locales como la presente para planificar y priorizar las intervenciones, poniendo especial énfasis en las familias que presentan menor nivel de conocimiento y conductas menos favorables en salud bucal.
- A la Institución Educativa Inicial N.º 228 San Martín se le recomienda incorporar la salud bucal como eje permanente en su proyecto educativo institucional, en la escuela de padres y en las actividades pedagógicas cotidianas, destinando espacios específicos para trabajar la higiene, la prevención y el tratamiento en salud oral. Del mismo modo, se sugiere establecer normas internas sobre refrigerios y celebraciones que incentiven la reducción del consumo habitual de productos azucarados y promuevan opciones de alimentación más saludables para los preescolares.
- A los docentes de educación inicial se les recomienda participar de manera continua en procesos de capacitación sobre salud bucal infantil y alimentación saludable, revisar críticamente los alimentos que se permiten o utilizan en el aula y reforzar, mediante

actividades lúdicas y rutinas diarias, mensajes y prácticas sobre cepillado, prevención y atención oportuna. De esta forma, el nivel de conocimiento profesional podrá traducirse en un modelo coherente y positivo para los niños y sus familias.

- A los padres y cuidadores de preescolares se les recomienda asumir un rol activo en el cuidado de la salud bucal de sus hijos, supervisando el cepillado diario, limitando el consumo de azúcar en el hogar, acudiendo a controles odontológicos de manera preventiva y no solo ante la presencia de dolor. Se sugiere, además, que aprovechen los materiales educativos y las orientaciones que puedan brindar las instituciones educativas y los servicios de salud, especialmente en los casos de menor nivel de instrucción, con el fin de consolidar hábitos adecuados de higiene, prevención y tratamiento desde la primera infancia.
- A investigadores y universidades, se recomienda promover trabajos de investigación que incluyan de forma sistemática al docente como actor clave en la salud bucal infantil, considerando que su nivel de conocimiento y sus propias conductas pueden convertirse en un modelo positivo dentro del aula y del entorno escolar.

VIII. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Información actualizada sobre la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud – 27 de mayo de 2021. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 27 may 2021 [citado 16 dic 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-05-2021-update-from-the-seventy-fourth-world-health-assembly-27-may-2021>
2. World Health Organization. Oral health [Internet]. Ginebra: WHO; 2022 [cited 2025 Jul 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
3. Cuenca E. Odontología preventiva y comunitaria, principios, métodos y aplicaciones: Elsevier Masson; 2013.
4. Fleites T , et al. Validación de instrumentos evaluativos del conocimiento sobre salud bucodental. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2021;43(1):2808-2821. [citado 16 dic 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242021000102808&lng=es&nrm=iso scielo.sld.cu
5. Meza G. Conocimientos y actitudes de salud buco-dental en población de Oxaca de Juárez. Rev. Mex. Estoma. 2019; 6(1): p. 1-11.
6. Soares D. Actualización básica en Odontología familiar y comunitaria Alcalá: Formación Alcalá; 2021.
7. Valdez R, et al. Análisis de las estrategias para promover la salud bucal. Rev. Científica de sociedad, cultura y desarrollo sostenible. 2019; 15(3): p. 67-84.
8. World Health Organization. Oral health promotion: an essential element of a health-promoting school. Geneva: WHO; 2003.

9. Martins S, et al. Epidemiología de la caries dental en América Latina. Rev. odontopediatr. latinoam. [Internet]. 2014;4(2):13-18. [citado 16 dic 2025]. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/21/211>
10. Aramburú J, et al. Brechas y desigualdades en el acceso a servicios de salud en zonas rurales del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2016;33(4):680–8.
11. Cupé A, et al. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev Estomatol Herediana [Internet]. 2015;25(2):112-121. [citado 16 dic 2025]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552015000200004&lng=es&nrm=iso
12. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la situación de salud bucal en menores de 5 años – Región Apurímac 2022. Lima: MINSA; 2023.
13. Cayo N, et al. Caries dental y su relación con el nivel de conocimientos sobre salud bucal de los padres de familia en preescolares. Kiru. 2019.
14. Waldron C, et al. Oral hygiene interventions for people with intellectual disabilities: John Wiley & Sons, Ltd; Jul-set; 16(3).
15. Morales L, et al. Caries dental y sus consecuencias clínicas relacionadas al impacto en la calidad de vida de preescolares de una escuela estatal. Rev. Estomatol. Herediana. 2019 Ene; 29(1): p. 17-29. 2019
16. Serrano K, et al. Conocimiento sobre salud bucal de padres y maestros de la escuela especial La Edad de Oro. Rev. Coc.Med. 2019; 23(2): p. 1264-
17. Mohammed R, et al. The impact of parental oral health behaviors on the oral health of children. Int J Community Med Public Health [Internet]. 2023;10(11):4451-4456. [citado 17 dic 2025]. Disponible en: <https://www.ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/view/11834>

18. Rodríguez C. et al. Educación para los padres en prevención bucodental en niños. *Ciencias de la Salud*. 2022; 6(1).
19. Álvares P. Intervención educativa sobre salud bucal en niños de preescolar. *Edumecentro*. 2022; 14(2063).
20. Macías G, et al. Salud Bucal de niños y responsabilidad educativa parental y docente de la escuela lista N° 257 "Rafael Vallejo Barahona", año 2019. *Cient. Univ. Odontol. Dominic*. 2021; 9(1).
21. García C. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Rev Estomatol Herediana*. 2015; 25(2): p. 112-121.
22. Rengifo H, et al. Conocimientos y actitudes de los padres frente a la salud bucal de sus hijos en Colombia. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. 2021;33(1):10–8.
23. Fortich M. et al. Conocimientos, creencias y prácticas sobre el flúor en padres y docentes de escolares. *UstaSalud*. 2020; 19(27)
24. Zárate A. Nivel de conocimiento y actitud respecto a la prevención en salud bucal, de acuerdo al índice HUDBI, de los estudiantes del 5to año de secundaria de las instituciones educativas piloto de la Región Tacna, 2017. Tesis. Piura: UCV, Piura;2018.
25. Basir L. Dental education and oral health: trends and innovations. *Braz J Oral Sci* [Internet]. 2021;20(3):e203118. [Fecha de consulta: 11 dic 2025]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bjos/a/5SR4LYNqjWnpqz7Fg3VHRdp/?format=html&lang=en>
26. Helal M, et al. Parents' knowledge, attitude and practices toward oral health of their children with primary dentition: A cross sectional study. *J Mas Intell Res* [Internet].

- 2021;5(2):1-10. [Fecha de consulta: 19 diciembre 2025]. Disponible en: <https://jmisr.researchcommons.org/home/vol5/iss2/13/>
27. Nabila D, et al. Parents knowledge and attitude to oral hygiene of special needs children.DNT J [Internet]. 2020;5(2):1-9. [Fecha de consulta: 19 diciembre 2025]. Disponible en: <https://ppjp.ulm.ac.id/journals/index.php/dnt/article/viewFile/8338/5072>
28. Bamashmous N,et al.Mothers' Knowledge, Attitude, and Behavior Concerning Their Kindergarten Children's Oral Health: A Cross-Sectional Study. Clin Exp Dent Res [Internet]. 2025 Feb;11(1):e70113. [Fecha de consulta: 16 diciembre 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11894262/>
29. Gilmaz G, et al.Oral Health-Related Knowledge, Attitudes and Behaviours of Elementary School Teachers. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021;18(11):6028. [Fecha de consulta: 19 diciembre 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18116028>
30. Lazarte R. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación inicial y primaria de las instituciones educativas estatales del distrito de Alto Selva Alegre - Arequipa 2019 [tesis de pregrado].Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2020.
31. Bustamante J, et al. Nivel de conocimiento y conducta sobre salud bucal en padres de estudiantes de primer grado de una institución educativa, Moyobamba 2022 [tesis de pregrado]. Huancayo: Universidad Continental; 2022.
32. Granados R,et al. Conocimiento sobre salud oral y prácticas de higiene bucal de padres con niños preescolares en una institución educativa. Investig. Innov.: Rev. Cient. Enferm. [Internet]. 2024;4(2):23-31. [citado 17 dic 2025]. Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/iirce/article/view/1958/2179>

33. Vargas S, et al. Factors associated with oral health knowledge, attitudes, and practices among legal guardians of preschool children in the Peruvian capital. BMC Public Health [Internet]. 2025 Mar 17;25(1):1030. [Fecha de consulta: 29 diciembre 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22099-3>
34. Cadenillas Y, et al. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres de preescolares en la I.E. 10878 Pedro Pablo Atusparias – 2023 [tesis de pregrado]. Lambayeque: Universidad Señor de Sipán; 2025.
35. Solis K. Nivel de conocimiento de salud bucal y prevención de caries de niños preescolares, en padres de familia de la Institución Educativa Inicial N.º 04 Nuestra Señora de Guadalupe, Abancay, 2020 [tesis de pregrado]. Abancay: Universidad Tecnológica de los Andes; 2022.
36. Miranda L. El hogar sobre la roca. Un hogar para toda la vida. Primera ed. México: Queretaro; 2017.
37. Zarzar C. Método y pensamiento crítico 1. primera ed. México: Patria; 2015.
38. Elliott J. El cambio educativo desde la investigación – acción. Tercera ed. España: Morata S.L.; 2000.
39. World Health Organization. Promoción de la salud bucal: un elemento esencial de una escuela promotora de la salud. Ginebra: OMS; 2003.
40. Moynihan P. Oral health promotion: The role of education. Community Dent Oral Epidemiol [Internet]. 2005;33(1):1-8.
41. Ministerio de Salud del Perú. Plan Nacional de Salud Bucal 2015–2021. Lima: MINSA; 2015.
42. Córdova R, et al. El aprendizaje de técnicas correctas de cepillado y el uso de herramientas como el hilo dental son fundamentales para el mantenimiento de la salud bucal. Rev Salud Bucal [Internet]. 2020;15(2):45-52.

43. Saavedra L. La educación preventiva es esencial para reducir la prevalencia de las enfermedades dentales más comunes. *Salud Pública y Prevención* [Internet]. 2020;18(4):98-105.
44. Genco R. et al. Las visitas regulares al odontólogo ayudan a prevenir problemas graves, permitiendo la detección temprana y el tratamiento adecuado de enfermedades orales. *J Clin Periodontol* [Internet]. 2018;45(3):210-217.
45. Loke Y, et al. La alfabetización en salud bucal juega un papel crucial en la adopción de comportamientos preventivos eficaces. *BMC Public Health* [Internet]. 2012;12(1):1-7.
46. Bandura A. La teoría del aprendizaje social: El aprendizaje se produce observando el comportamiento de otras personas e imitando sus acciones. *J Abnorm Psychol* [Internet]. 1963;66(6):132-143.
47. Kolb DA. La teoría del aprendizaje experiencial: El aprendizaje es un proceso cíclico que implica la experiencia concreta, la reflexión, la conceptualización abstracta y la experimentación activa. *Educ Psychol* [Internet]. 1984;19(3):48-51. [consultado 29 diciembre 2025].
48. Piaget J. La teoría cognitiva del aprendizaje: El conocimiento se construye a través de la interacción activa con el entorno. *Psychol Rev* [Internet]. 1977;84(2):139-152.
49. Ausubel D. La teoría del aprendizaje significativo: El aprendizaje es más eficaz cuando el nuevo conocimiento se conecta con los conocimientos previos. *J Educ Psychol* [Internet]. 1968;59(3):343-352.
50. Skinner B. La teoría del condicionamiento operante: Los comportamientos son aprendidos y mantenidos a través de recompensas o castigos. *J Exp Anal Behav* [Internet]. 1953;6(1):1-16.

51. Vygotsky L. La teoría sociocultural del aprendizaje: El aprendizaje ocurre en un contexto social y cultural, facilitado por la interacción con otros. *Mind Soc* [Internet]. 1978;9(1):18-23.
52. Harris R. Un buen conocimiento sobre prácticas de higiene bucal y prevención es esencial para reducir la prevalencia de las enfermedades bucales. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2004;32(3):159-165.
53. Luna K. Relación entre conocimiento y prácticas sobre salud bucodental en madres de estudiantes con habilidades especiales. Trujillo: UPAO; 2021.
54. Lira J. Conocimiento sobre salud bucal en padres de niños preescolares del área de odontología del Hospital de Huaycán, Ate, 2023. [Tesis para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2024. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/15057d5f-4c22-46c1-a7e4-7d206ca16a9f/content>
55. Alshemari M, et al. Conocimientos sobre salud bucal y actitudes hacia la educación en salud oral entre docentes de primaria en Kuwait. *Oral Health Prev Dent*. 2021;19(0):595–602.
56. Rosnan N, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal entre padres de niños con síndromes craneofaciales. *J Clin Pediatr Dent*. 2024;48(1):163–170.
57. Alzamora A. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia y caries dental, en niños de 6 a 9 años de la Urbanización 21 de Abril – Zona B, distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Áncash, año 2023 [tesis de pregrado]. Áncash: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2023.
58. Ramos C. Prevalencia de gingivitis en escolares de 3 a 5 años en instituciones de Lima Metropolitana. *Rev Estomatol Herediana*. 2019;29(2):94–100.

59. Cañadas G, et al. El cuidado bucal no solo previene enfermedades de la cavidad oral, sino que también mejora la comunicación, reduce el riesgo de infecciones y facilita el disfrute al comer, brindando una sensación de confort y bienestar. *Rev Odontol Clín* [Internet]. 2021;40(2):123-130.
60. Tariq M, et al. Las conductas de salud oral son fundamentales para prevenir enfermedades como caries, gingivitis y periodontitis, y su implementación temprana es clave para evitar problemas graves en la edad adulta. *J Dent Health* [Internet]. 2019;45(5):225-230. [consultado 29 diciembre 2025]
61. Ríos F, et al. La conciencia sobre los riesgos de no cuidar los dientes y encías motiva a las personas a adoptar mejores hábitos de higiene dental. *J Clin Dent Health* [Internet]. 2020;28(3):112-118.
62. Pérez M, et al. Los hábitos alimentarios saludables, junto con una higiene adecuada, son determinantes clave para evitar la aparición de enfermedades dentales. *Rev Salud Oral* [Internet]. 2018;22(4):199-205.
63. Gómez J, et al. Las barreras económicas y la falta de información en algunas poblaciones pueden limitar la adopción de conductas preventivas, lo que aumenta la prevalencia de enfermedades bucales. *Salud Pública y Prevención* [Internet]. 2017;34(6):290-297. [consultado 29 diciembre 2025]. Disponible en: [URL].
64. Saheb S, et al. Conocimientos y actitudes de los padres sobre la salud bucal de preescolares y la caries temprana de la infancia. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2023;16(2):371–375.
65. Flores J, et al. Actitudes y prácticas de las madres sobre salud oral y caries dental en niños de centro poblado de Huascahura, Ayacucho 2022 [tesis de pregrado]. Ayacucho: Universidad Continental; 2022.

66. FDI World Dental Federation. Promoción de la salud bucal a través de las escuelas: Guía para implementar programas de promoción de la salud oral en entornos escolares. Ginebra: FDI; 2015.
67. World Health Organization. Promoción de la salud bucal: un elemento esencial de una escuela promotora de la salud. Ginebra: OMS; 2003.
68. Thakur R. El rol de los cuidadores en el mantenimiento de la salud bucal en la infancia temprana: estudio en niños preescolares urbanos. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2018;11(5):435–9.
69. Zeng X, et al. Encuesta sobre conocimientos, actitudes y comportamientos en salud bucal entre padres de niños con discapacidad en la región de Shanghái. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue.* 2021;30(4):379–383.
70. Ali Habibullah M, et al. Conocimientos, actitudes y uso de modalidades de odontología preventiva en padres de familia en Al Qassim, Arabia Saudita: un estudio transversal. *Cureus.* 2024;16(9):e70380.
71. Victorio J, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de padres/cuidadores sobre salud bucal en el distrito de Ventanilla. *Rev Estomatol Herediana.* 2019;29(1):70.
72. Borjas C. Conocimientos de los padres sobre salud bucal de preescolares que acuden al Servicio de Odontopediatría de la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el periodo de julio 2022 – abril 2024 [tesis de posgrado]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2024.
73. Ministerio de Salud del Perú. Plan Nacional de Salud Bucal 2015–2021. Lima: MINSA; 2015.
74. Instituto Nacional de Salud. Estado nutricional y de salud bucal en niños menores de cinco años. [Internet]Lima: CENAN-INS; 2018.

75. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and preventive strategies. *Pediatr Dent*. 2021;43(6):16–18.
76. Hochbaum G. Public participation in medical screening programs: A socio-psychological study. Washington, D.C.: U.S. Department of Health, Education and Welfare; 1958.
77. Sampieri R. Metodología de la investigación. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2014.