

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



T E S I S

**Nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos por gestantes
y puérperas que acuden al servicio de odontología y odontopediatría del Hospital**

Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa, 2025-2026

Para optar el título profesional de:

Cirujano Dentista

Autor:

Bach. Ruth María HUAMAN HUANAY

Asesor:

Dr. Marco Aurelio SALVATIERRA CELIS

Cerro de Pasco - Perú - 2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



T E S I S

**Nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos por gestantes
y puérperas que acuden al servicio de odontología y odontopediatría del Hospital**

Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa, 2025-2026

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Dr. Justo Nilo BALCAZAR CONDE
PRESIDENTE

Dr. Jaime Alfredo ORTEGA ROMERO
MIEMBRO

Dra. Nancy Beatriz RODRIGUEZ MEZA
MIEMBRO



Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión

Facultad de Odontología

Unidad de Investigación

INFORME DE ORIGINALIDAD N° 13-2026-UNDAC-UI-FO

La Unidad de Investigación de la Facultad de Ingeniería de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión ha realizado el análisis con el software antiplagio Turnitin Similarity, que a continuación se detalla:

Presentado por

HUAMAN HUANAY RUTH MARIA

Asesor

SALVATIERRA CELIS Marco Aurelio

Escuela de Formación Profesional

Odontología

Tipo de trabajo

Tesis

Titulado

Nivel de Conocimiento sobre Salud Oral e Higiene Bucal en Neonatos por Gestantes y Puérperas que acuden al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa, 2025-2026

Índice de similitud

3%

Calificativo

APROBADO

Se adjunta al presente el reporte de evaluación del software antiplagio

Cerro de Pasco, 25 de junio del 2026



Firmado digitalmente por
SALVATIERRA CELIS Marco Aurelio
FAU 20154605046 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 25.06.2026 15:55:45 -05:00

Documento firmado por

Marco Aurelio SALVATIERRA CELIS

Director(e)

Unidad de Investigación

Odontología

1848103174-1

DEDICATORIA

A Dios, por brindarnos salud, fortaleza y la oportunidad de culminar este proyecto de investigación.

A nuestros padres, por ser el pilar fundamental en nuestras vidas, por su amor, esfuerzo y sacrificio constante que hicieron posible nuestra formación profesional.

A nuestras madres, por su guía, valores y apoyo incondicional en cada etapa de este camino.

A nuestros hermanos, quienes con su ejemplo y compañía nos motivaron a seguir adelante.

A nuestras familias, por su comprensión, confianza y respaldo permanente en los momentos más difíciles.

A quienes, con su apoyo moral y emocional, contribuyeron a que este logro sea posible.

Y a nosotros mismos, por la perseverancia, dedicación y compromiso demostrado para alcanzar esta meta profesional tan importante.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, por brindarnos una formación integral y las herramientas necesarias para nuestro desarrollo profesional.

A los docentes de la Facultad de Odontología, por su enseñanza, orientación y compromiso en nuestra formación académica.

A nuestros compañeros y colegas, por su amistad y apoyo durante toda la carrera.

A nuestro asesor, por su guía, motivación y acompañamiento en la elaboración de este trabajo de investigación.

Al Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa y a las gestantes y puérperas participantes, por su colaboración y aporte fundamental para la realización del estudio.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos en gestantes y púerperas que acuden al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa, durante el periodo 2025–2026. La investigación fue de tipo básica, enfoque cuantitativo, nivel descriptivo-correlacional y diseño no experimental de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 139 gestantes y púerperas, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario estructurado, organizado en dimensiones: inicio de la higiene bucal, frecuencia y uso de aditamentos, relación entre lactancia y alimentación azucarada con caries, e importancia de la primera consulta odontológica. Para el análisis se empleó estadística descriptiva e inferencial mediante la prueba de Chi-cuadrado con un nivel de significancia de 0.05.

Los resultados evidenciaron que el nivel de conocimiento predominante fue regular (82.7 %), seguido de bajo (17.3 %). El 51.1 % consideró que la higiene bucal debe iniciarse a los seis meses y el 66.9 % indicó que la primera consulta odontológica debe realizarse entre los 2 y 3 años. Asimismo, el 54.7 % presentó conocimiento inadecuado sobre la relación entre lactancia, alimentación azucarada y caries. No se encontró asociación significativa entre el nivel de conocimiento y los factores sociodemográficos, excepto con la edad en relación a la primera consulta odontológica ($p=0.026$).

Se concluye que el conocimiento sobre salud oral neonatal es predominantemente regular, con deficiencias en aspectos clave de la prevención, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la educación en salud bucal desde el embarazo.

Palabras clave: salud oral neonatal, conocimiento materno, higiene bucal, gestantes, prevención, caries infantil.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the level of knowledge regarding oral health and oral hygiene in newborns among pregnant women and postpartum women who visit the Department of Dentistry and Pediatric Dentistry at the Ernesto Germán Guzmán Gonzales Hospital in Oxapampa during the 2025–2026 period. The research was basic in nature, with a quantitative approach, descriptive-correlational level, and a non-experimental cross-sectional design. The sample consisted of 139 pregnant women and postpartum women, selected through non-probabilistic convenience sampling. The method used was a survey, and the instrument was a structured questionnaire organized into the following dimensions: initiation of oral hygiene, frequency and use of dental aids, the relationship between breastfeeding and sugar-sweetened foods with dental caries, and the importance of the first dental visit. Descriptive and inferential statistics were used for the analysis, employing the chi-square test with a significance level of 0.05.

The results showed that the predominant level of knowledge was moderate (82.7%), followed by low (17.3%). 51.1% believed that oral hygiene should begin at six months of age, and 66.9% indicated that the first dental visit should take place between the ages of 2 and 3. Likewise, 54.7% demonstrated inadequate knowledge regarding the relationship between breastfeeding, sugary foods, and dental caries. No significant association was found between the level of knowledge and sociodemographic factors, except for age in relation to the first dental visit ($p=0.026$).

It is concluded that knowledge about neonatal oral health is predominantly adequate, with deficiencies in key aspects of prevention, highlighting the need to strengthen oral health education starting during pregnancy.

Keywords: neonatal oral health, maternal knowledge, oral hygiene, pregnant women, prevention, childhood caries.

INTRODUCCIÓN

La salud bucal en los primeros meses de vida constituye un componente fundamental del desarrollo integral del niño, debido a su estrecha relación con la nutrición, el crecimiento, el desarrollo del lenguaje y la calidad de vida. En este contexto, la caries de la primera infancia se reconoce como una de las enfermedades crónicas más prevalentes a nivel mundial, afectando a niños menores de seis años y generando consecuencias significativas en su bienestar físico y social ^{64,18}. A pesar de ser una condición prevenible, su persistencia refleja deficiencias en la implementación de medidas preventivas tempranas, entre ellas la higiene bucal desde el nacimiento y la adecuada orientación sobre prácticas alimentarias⁶⁵.

Diversos estudios han evidenciado que el conocimiento materno desempeña un papel determinante en la prevención de enfermedades bucales en los neonatos, ya que las gestantes y puérperas constituyen el principal agente de cuidado durante los primeros meses de vida del niño^{33,39}. Sin embargo, la literatura señala que, en muchos contextos, las madres presentan conocimientos fragmentarios o insuficientes sobre aspectos esenciales como el inicio de la higiene bucal, la frecuencia del cuidado, el uso adecuado de aditamentos, la relación entre lactancia y alimentación azucarada con el riesgo de caries, así como la importancia de la primera consulta odontológica temprana^{29,32,30}.

En el contexto peruano, investigaciones realizadas en gestantes y madres de lactantes han reportado predominantemente niveles de conocimiento bajos o regulares en salud bucal infantil, evidenciando brechas importantes entre la información recibida y su aplicación en prácticas preventivas efectivas^{40,41,34}. Asimismo, se ha identificado que factores sociodemográficos y educativos, como el nivel de instrucción, la edad y el acceso a servicios de salud, pueden influir en la adquisición de conocimientos y en la adopción de conductas saludables^{38,66}. No obstante, la magnitud y dirección de esta relación no siempre es consistente,

lo que evidencia la necesidad de estudios contextualizados que permitan comprender esta problemática en escenarios específicos.

En el ámbito local, el Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa atiende a una población diversa de gestantes y puérperas, sin contar con estudios previos que evalúen el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos. Esta ausencia de evidencia limita el diseño de intervenciones educativas específicas y oportunas orientadas a la prevención de la caries de la primera infancia en dicha población. Frente a esta problemática, la presente investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos en gestantes y puérperas que acuden al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa, durante el periodo 2025–2026, así como analizar su relación con factores sociodemográficos y educativos. El estudio se justifica por su relevancia teórica, al contribuir al conocimiento científico en el campo de la odontología preventiva; práctica, al proporcionar información útil para la implementación de estrategias educativas en el establecimiento de salud; metodológica, al validar el uso de instrumentos de medición en el contexto local; y social, al impactar en la mejora de la salud bucal infantil desde etapas tempranas de la vida. En este sentido, los resultados de la investigación permitirán identificar las principales brechas de conocimiento en la población estudiada y orientar acciones preventivas dirigidas a fortalecer la educación en salud oral neonatal, contribuyendo así a la reducción de la incidencia de caries en la primera infancia y al mejoramiento de la calidad de vida de los niños en la región.

La autora.

ÍNDICE

Página

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y determinación del problema	1
1.2. Delimitación de la investigación	5
1.2.1. Delimitación Geográfica.....	5
1.2.2. Delimitación temporal.	5
1.2.3. Delimitación Poblacional.....	5
1.2.4. Delimitación Temática.....	6
1.2.5. Delimitación Teórica	6
1.3. Formulación del Problema	7
1.3.1. Problema general	7
1.3.2. Problemas específicos.....	7
1.4. Formulación de Objetivos	8
1.4.1. Objetivo general.....	8
1.4.2. Objetivos específicos	8

1.5. Justificación de la investigación	8
1.6. Limitaciones de la investigación	11

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio	12
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	12
2.1.2. Antecedentes nacionales	14
2.1.3. Antecedentes locales.....	16
2.2. Bases teóricas – científicas.....	18
2.2.1. Postura Epistemológica.....	18
2.2.2. Fundamento Teórico	19
2.3. Definición de términos básicos	25
2.4. Formulación de hipótesis.....	27
2.4.1. Hipótesis general.....	27
2.4.2. Hipótesis específicas.....	28
2.5. Identificación de variables.....	28
2.6. Definición operacional de variables e indicadores.	29

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación	31
3.2. Nivel de Investigación.....	31
3.3. Método de investigación.....	32
3.4. Diseño de investigación.....	33
3.5. Población y muestra	34
3.5.1. Población.....	34

3.5.2. Muestra	34
3.5.3. Tipo de muestreo.....	35
3.5.4. Criterios de inclusión:	35
3.5.5. Criterios de exclusión	35
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	36
3.6.1. Técnicas de recolección de datos.	36
3.6.2. Instrumento.	36
3.7. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación.....	37
3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	38
3.9. Tratamiento estadístico.....	40
3.10. Orientación ética filosófica y epistémica	41

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo	44
4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados.....	46
4.3. Prueba de Hipótesis	61
4.4. Discusión de resultados	74

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.....	47
Tabla 2. Acceso, fuente y preferencia de información sobre salud oral neonatal de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.....	48
Tabla 3. Distribución del nivel global de conocimiento de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.....	50
Tabla 4. Resumen del rendimiento por dimensión del cuestionario aplicadas a las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.....	51
Tabla 5. Respuestas sobre inicio y frecuencia de la higiene bucal neonatal de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.....	53
Tabla 6. Selección de aditamentos para la higiene bucal del neonato (respuesta múltiple) usados por las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.....	54
Tabla 7. Respuestas sobre productos y uso de aditamentos para la higiene oral de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.....	55

Tabla 8. Respuestas sobre lactancia, alimentación y prácticas preventivas de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.....	57
Tabla 9. Respuestas sobre primera visita odontológica, valoración y disposición preventiva de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.	59
Tabla 10. Relación entre los factores sociodemográficos y el nivel global de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos. Gestantes y puérperas. Odontología y Odontopediatría. Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026 (n=139).....	61
Tabla 11. Relación entre el nivel educativo de las gestantes y puérperas y el conocimiento sobre el inicio adecuado de la higiene bucal en el neonato. Serv. de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026 (n=139).....	63
Tabla 12. Distribución del conocimiento sobre frecuencia y aditamentos de higiene bucal del neonato según recepción de información odontológica durante el embarazo. Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026 (n=139).....	65
Tabla 13. Relación entre el nivel de conocimiento materno global y el conocimiento sobre lactancia, alimentación azucarada y caries de la primera infancia de las gestantes y puérperas. Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026 (n=139).....	67
Tabla 14. Relación de la edad y la condición obstétrica con el conocimiento sobre la primera visita odontológica temprana del neonato. Gestantes y puérperas, Serv. Odontología y Odontopediatría. Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026 (n=139). A. Según Edad B. Según Condición obstétrica.....	69

Tabla 15. Diferencias del nivel global de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos según nivel educativo de las gestantes y puérperas. Serv. Odontología y Odontopediatría. Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026 (n=139).....	72
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.....	47
Figura 2. Acceso, fuente y preferencia de información sobre salud oral neonatal de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.	49
Figura 3. Distribución del nivel global de conocimiento de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.....	50
Figura 4. Resumen del rendimiento por dimensión del cuestionario aplicadas a las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.....	52
Figura 5. Respuestas sobre inicio y frecuencia de la higiene bucal neonatal de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.....	53
Figura 6. Selección de aditamentos para la higiene bucal del neonato (respuesta múltiple) usados por las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.....	55
Figura 7. Respuestas sobre productos y uso de aditamentos para la higiene oral de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.....	56

Figura 8. Respuestas sobre lactancia, alimentación y prácticas preventivas de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.....	58
Figura 9. Respuestas sobre primera visita odontológica, valoración y disposición preventiva de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.....	60
Figura 10. Relación entre los factores sociodemográficos y el nivel global de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos. Gestantes y puérperas. Odontología y Odontopediatría. Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026 (n=139).....	62
Figura 11. Relación entre el nivel educativo de las gestantes y puérperas y el conocimiento sobre el inicio adecuado de la higiene bucal en el neonato. Serv. de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026 n=139	64
Figura 12. Distribución del conocimiento sobre frecuencia y aditamentos de higiene bucal del neonato según recepción de información odontológica durante el embarazo. Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026 (n=139).....	66
Figura 13. Relación entre el nivel de conocimiento materno global y el conocimiento sobre lactancia, alimentación azucarada y caries de la primera infancia de las gestantes y puérperas. Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026 (n=139).....	68
Figura 14. A y B. Relación de la edad y la condición obstétrica con el conocimiento sobre la primera visita odontológica temprana del neonato. Gestantes y puérperas, Serv.	

Odontología y Odontopediatría. Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales. Oxapampa 2025-2026.....	70
--	----

Figura 15. Diferencias del nivel global de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos según nivel educativo de las gestantes y puérperas. Serv. Odontología y Odontopediatría. Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025- 2026 (n=139).....	73
---	----

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y determinación del problema

A nivel mundial, la caries de la primera infancia (CPI) se reconoce como la enfermedad crónica más frecuente en la niñez, superando incluso a patologías como el asma, y afectando negativamente el crecimiento, la nutrición, el desarrollo del lenguaje y la calidad de vida de los niños menores de seis años ^{1,2}. A pesar de que se dispone de medidas preventivas eficaces, como la higiene bucal temprana y el control de hábitos alimentarios azucarados, en muchos contextos persisten prácticas inadecuadas de cuidado bucal en los primeros años de vida y un conocimiento limitado por parte de las madres sobre el inicio, la frecuencia y la técnica de limpieza de la cavidad oral del lactante ^{2,3}. Asimismo, la literatura destaca que la colonización temprana por *Streptococcus mutans*, transmitido principalmente desde la madre u otros cuidadores a través de la saliva, se ve potenciada cuando no se realizan medidas de higiene oral adecuadas desde los primeros meses de vida ⁴⁻⁶.

Sin embargo, la persistencia de prevalencias elevadas de caries y otros problemas bucales en la infancia indica que estas recomendaciones no se traducen de

manera suficiente en conductas preventivas efectivas. Ello sugiere la presencia de características negativas en la variable “nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos”, expresadas en conocimientos fragmentarios, erróneos o insuficientes sobre el momento de inicio de la higiene, la frecuencia adecuada de limpieza, el uso correcto de aditamentos y productos de higiene, y la relación entre lactancia, alimentación azucarada y riesgo de caries ^{2,3,6-9}.

En el contexto peruano, investigaciones previas con gestantes y madres de lactantes describen de forma consistente niveles de conocimiento bajos o, en el mejor de los casos, regulares. Morales, en un hospital regional de Pasco, reportó que la mayoría de gestantes presentaba un nivel de conocimiento “regular” sobre salud bucal y una actitud solo “media” hacia el cuidado dental, evidenciando una relación positiva pero débil entre conocimiento y actitud ¹⁰. Espinoza, en madres que acudían a un centro de salud de Pasco, encontró que más del 60 % presentaba un nivel de conocimiento bajo sobre higiene oral del bebé, y que muchas consideraban que la higiene debía iniciarse recién a los seis meses o varios meses después de la erupción dentaria, además de usar con frecuencia prácticas inadecuadas como el inicio tardío de la atención odontológica y la higienización insuficiente ¹¹. De forma similar, Sumire halló que alrededor de cuatro quintas partes de las gestantes y puérperas de una microred en Cusco tenían un nivel de conocimiento solo regular en prevención en salud bucal, lo que limita la adopción de conductas preventivas consistentes para ellas y sus hijos ¹².

En Lima, Panta evidenció que, aunque una proporción de gestantes presenta un nivel de conocimiento bueno, la mayoría se mantiene en un nivel regular y que solo parte de esta información se traduce en actitudes adecuadas hacia el cuidado de la salud bucal durante el embarazo, manteniéndose brechas de conocimiento y práctica que impactan negativamente en la prevención de caries de la infancia temprana ¹³. Estos

hallazgos nacionales corroboran un perfil problemático: predominio de información incompleta, mitos y creencias erróneas, inicio tardío de la higiene oral del bebé, desconocimiento de la primera visita odontológica temprana y subvaloración del rol de la madre en la transmisión de bacterias cariogénicas y en la prevención de la CPI ^{6,9,10,13}.

Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, se ha demostrado que los factores sociodemográficos y educativos desfavorables bajo nivel de instrucción, menores ingresos económicos, condiciones de vulnerabilidad social y limitado acceso a servicios odontológicos se asocian con peores indicadores de salud bucal infantil, mayor prevalencia de caries y menor uso de información basada en evidencia ^{14,15}. Es decir, la variable independiente “factores sociodemográficos y educativos en gestantes y puérperas” suele manifestarse en condiciones negativas, como escolaridad incompleta, escasa experiencia en el cuidado infantil formalmente orientado, baja exposición a educación en salud bucal durante el control prenatal y puerperal, y dependencia de fuentes informales (familia, amistades, redes sociales) que pueden reforzar prácticas inadecuadas ¹⁴.

En el ámbito local, el Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa atiende de manera regular a gestantes y puérperas en los servicios de Odontología y Odontopediatría. No obstante, no se dispone de estudios previos que hayan cuantificado ni caracterizado el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos de esta población, ni que hayan analizado cómo dicho conocimiento se relaciona con variables como la edad, el nivel educativo, el acceso a información en salud bucal o la experiencia previa en el cuidado infantil. Asimismo, se desconoce cuáles son las principales fuentes de información consultadas por estas madres y en qué medida estas fuentes contribuyen a reforzar o, por el contrario, a debilitar comportamientos preventivos. Esta ausencia de evidencia genera un vacío que dificulta

el diseño de intervenciones educativas focalizadas y culturalmente pertinentes en el servicio de Odontología y Odontopediatría de este hospital.

En este contexto, la problemática central se concreta en la coexistencia de dos componentes con características predominantemente negativas:

- Por un lado, un nivel de conocimiento insuficiente o solo regular sobre salud oral e higiene bucal en neonatos en gestantes y puérperas, que se expresa en el desconocimiento del momento oportuno para iniciar la higiene oral, la frecuencia adecuada de limpieza, la selección correcta de aditamentos y productos de higiene, la importancia de la primera visita odontológica temprana y la relación entre lactancia, prácticas de alimentación azucarada y riesgo de CPI ^{3,6,8-10,16}.
- Por otro, factores sociodemográficos y educativos desfavorables, tales como bajo nivel educativo formal, limitada experiencia en el cuidado infantil guiado por profesionales, escaso acceso a información odontológica durante el embarazo y el puerperio y dependencia de fuentes de información poco confiables, que restringen la adopción de conductas preventivas eficaces ¹²⁻¹⁴.

La interacción de estas condiciones configura un escenario de riesgo elevado para la salud bucal de los neonatos atendidos en el Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa, donde es probable que se mantengan prácticas de higiene bucal inadecuadas, se retrase el inicio de la atención odontológica y se perpetúe la alta prevalencia de caries y otras patologías orales en la primera infancia. De este modo, se justifica la necesidad de evaluar de manera sistemática el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos por parte de gestantes y puérperas que acuden a dicho establecimiento, así como su relación con los factores sociodemográficos y educativos, con el fin de generar evidencia que sirva de base para el diseño de estrategias de educación preventiva específicas y de impacto en este contexto.

1.2. Delimitación de la investigación

La delimitación de la investigación es crucial, ya que establece los límites en los que se desarrolló el estudio, especificando el alcance geográfico, temporal, muestral y temático. Es importante que la delimitación sea clara y precisa para enfocar nuestro estudio y garantizar la validez de los resultados.

1.2.1. Delimitación Geográfica.

El estudio se desarrolló en el Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales, ubicado en la provincia de Oxapampa, departamento de Pasco, Perú. Este establecimiento brinda atención odontológica y odontopediátrica a gestantes y puérperas de diversas zonas rurales y urbanas de la provincia, constituyendo un espacio idóneo para evaluar el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos, en una población con características socioculturales y educativas heterogéneas.

1.2.2. Delimitación temporal.

El estudio se realizó durante el periodo comprendido entre octubre de 2025 y abril de 2026, conforme a la planificación del proyecto. La fase de recolección de datos se concentrará en los primeros meses de 2026, coincidiendo con el flujo regular de pacientes gestantes y puérperas que acuden a control odontológico. Este marco temporal permitirá recoger información representativa y suficiente para el análisis estadístico y descriptivo.

1.2.3. Delimitación Poblacional

La población objeto de estudio estuvo conformado por todas las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatria del Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales durante el periodo de estudio.

La muestra se definió mediante un muestreo censal, considerando a todas las participantes que acepten voluntariamente formar parte del estudio y firmen el consentimiento informado. Se incluirán aquellas que cumplieron los siguientes criterios:

- Edad entre 18 y 45 años.
- En estado de gestación o en periodo puerperal (hasta 6 semanas posparto).
- Que acudan al servicio odontológico durante la recolección de datos.
- Se excluirán las participantes que presenten limitaciones cognitivas o que no otorguen consentimiento informado.

El tamaño muestral se calculó según la fórmula estadística para proporciones finitas, considerando un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %.

1.2.4. Delimitación Temática

Este estudio se centró en analizar el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos, abordando dimensiones como:

- Inicio y frecuencia del cuidado bucal.
- Uso adecuado de aditamentos (gasa, cepillo, pasta infantil).
- Relación entre lactancia, alimentación azucarada y riesgo de caries.
- Importancia de la visita odontológica temprana.
- Fuentes de información y grado de confianza en ellas.

Asimismo, se exploró la relación entre los factores sociodemográficos y educativos (edad, grado de instrucción, paridad, acceso a información odontológica) y el nivel de conocimiento de las participantes.

1.2.5. Delimitación Teórica

El estudio se sustenta en el modelo de los determinantes sociales de la salud (OMS, 2010), que explica cómo los factores socioeconómicos, educativos y culturales

influyen en la adopción de conductas saludables, incluyendo la prevención de enfermedades bucales.

La investigación toma como base la evidencia científica que señala que la caries de la primera infancia es una de las enfermedades crónicas más prevalentes y prevenibles, influenciada directamente por las prácticas maternas de higiene y alimentación en los primeros meses de vida

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos que presentan las gestantes y puérperas que acuden al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa, durante el periodo 2025–2026?

1.3.2. Problemas específicos

- a. ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las gestantes y puérperas sobre el momento adecuado de inicio de la higiene bucal en el neonato?
- b. ¿Qué conocimiento presentan sobre la frecuencia y los aditamentos correctos para la higiene bucal del recién nacido?
- c. ¿Qué nivel de conocimiento poseen sobre la relación entre lactancia materna, alimentación azucarada y la caries de la primera infancia?
- d. ¿Qué conocimiento tienen acerca de la importancia de la primera visita odontológica temprana del neonato?
- e. ¿Qué relación existe entre los factores sociodemográficos y educativos y el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos?

1.4. Formulación de Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos de las gestantes y puérperas que acuden al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa, durante el periodo 2025–2026.

1.4.2. Objetivos específicos

- a. Identificar el conocimiento sobre el inicio adecuado de la higiene bucal en el neonato.
- b. Evaluar el conocimiento sobre la frecuencia y uso de aditamentos para la higiene oral del neonato.
- c. Analizar el nivel de conocimiento sobre la influencia de la lactancia materna y la alimentación azucarada en la salud bucal del neonato.
- d. Describir el conocimiento sobre la importancia de la primera consulta odontológica temprana.
- e. Relacionar el nivel de conocimiento con los factores sociodemográficos y educativos de las gestantes y puérperas.

1.5. Justificación de la investigación

El estudio se justifica por:

- **Justificación Teórica:** La presente investigación se justifica desde el punto de vista teórico porque contribuirá al fortalecimiento del conocimiento científico en el área de la odontología preventiva y la salud pública, específicamente en lo referente a la salud oral e higiene bucal en neonatos. La literatura científica reconoce que la caries de la primera infancia (CPI) es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en los niños menores

de seis años y que su aparición está directamente relacionada con los conocimientos, actitudes y prácticas maternas desde los primeros meses de vida ¹⁷⁻¹⁹. Asimismo, diversos estudios evidencian que la transmisión temprana de bacterias cariogénicas, especialmente *Streptococcus mutans*, ocurre principalmente desde la madre al hijo, y que esta se ve favorecida cuando existe un déficit en los conocimientos sobre higiene oral temprana ^{20,21}. Bajo este enfoque, el estudio permitirá corroborar, ampliar y contrastar los fundamentos teóricos existentes sobre la influencia del conocimiento materno en la prevención de enfermedades bucales en el neonato.

Además, la investigación se sustenta en el modelo de los determinantes sociales de la salud, el cual explica que factores como el nivel educativo, la edad, el acceso a los servicios de salud y la información preventiva influyen directamente en la adquisición de conductas saludables²². En ese sentido, el estudio aportará evidencia local que fortalecerá dicho marco teórico aplicado al contexto de Oxapampa.

- **Justificación práctica:** Desde el punto de vista práctico, los resultados de esta investigación permitirán identificar con precisión el nivel real de conocimiento que presentan las gestantes y puérperas sobre la salud oral e higiene bucal en neonatos, lo cual facilitará la toma de decisiones clínicas y preventivas por parte del personal del Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa. Asimismo, la información obtenida servirá como base para el diseño e implementación de programas educativos, charlas, talleres y estrategias preventivas orientadas a mejorar las prácticas de higiene oral desde los primeros días de vida del recién nacido. Esto permitirá reducir la

incidencia de caries de la primera infancia, mejorar la calidad de vida del niño y disminuir los costos futuros asociados a tratamientos odontológicos correctivos ^{2,23}. Además, los resultados podrán ser utilizados como referente para futuros estudios similares en otros establecimientos de salud de la región Pasco y del país.

- **Justificación Metodológica:** Desde el enfoque metodológico, la investigación se justifica porque permitirá validar y aplicar un instrumento de recolección de datos (cuestionario) diseñado específicamente para medir el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos en gestantes y puérperas, adaptado al contexto sociocultural local. El estudio aportará un procedimiento sistemático, replicable y confiable, que podrá ser utilizado en investigaciones futuras con poblaciones similares. Además, permitirá evaluar la relación entre variables sociodemográficas y el nivel de conocimiento, contribuyendo al desarrollo de investigaciones de tipo descriptivo–relacional en el ámbito de la odontología preventiva ^{24,25}.
- **Justificación Social:** La investigación posee una importante relevancia social, ya que está orientada a una población considerada vulnerable, como son las gestantes, las puérperas y los neonatos. La salud bucal en los primeros meses de vida tiene un impacto directo en la nutrición, el crecimiento, el desarrollo del lenguaje y la calidad de vida del niño ^{17,18}. Mejorar el nivel de conocimiento materno permitirá promover conductas preventivas tempranas, disminuir las desigualdades en salud y fortalecer la educación sanitaria en la comunidad de Oxapampa, donde muchas madres dependen de fuentes informales de información. De esta manera, el estudio contribuirá al bienestar familiar, comunitario y al fortalecimiento de la

salud pública local, en concordancia con los objetivos de desarrollo sostenible relacionados con la salud ²⁶.

1.6. Limitaciones de la investigación

Las limitaciones de la investigación son factores que pueden restringir o afectar los resultados del estudio. Estas pueden estar relacionadas con la metodología, el contexto, los recursos disponibles, o cualquier otro aspecto que influya en la ejecución del proyecto.

- Limitación Geográfica. La investigación se realizará únicamente en el Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa, por lo que los resultados no podrán generalizarse a toda la población del departamento de Pasco ni a nivel nacional.
- Limitación del Diseño. Al tratarse de un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal, los resultados permitirán establecer asociaciones, pero no relaciones causales entre las variables estudiadas.
- Limitación por autoinforme. La información será recolectada mediante cuestionarios, por lo que las respuestas dependerán de la sinceridad y memoria de las participantes, pudiendo presentarse sesgos de información.
- Limitación Temporal. El estudio se desarrollará en un periodo específico (2025–2026), lo que impide evaluar cambios en el conocimiento a largo plazo.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

2.1.1. Antecedentes internacionales

Hebbal et al. (2025)²⁷. Hebbal y cols. realizaron un estudio transversal en 385 gestantes de Riad, Arabia Saudita, para evaluar conocimientos, prácticas y uso de servicios odontológicos durante el embarazo. Encontraron que casi 60 % tenía conocimientos muy pobres y 66 % prácticas deficientes, y que el nivel educativo y el ingreso se asociaban significativamente con un mayor conocimiento y mejores hábitos de higiene oral. Los autores concluyen que la baja alfabetización en salud bucal durante el embarazo limita la prevención de caries y enfermedad periodontal y repercute en la salud del binomio madre e hijo.

Este antecedente respalda la variable “nivel de conocimiento” y la necesidad de focalizar en gestantes que acuden a servicios públicos, como en Oxapampa.

Shekhar et al. (2025)²⁸. Shekhar y cols. estudiaron a gestantes saudíes y analizaron factores maternos asociados al conocimiento y creencias sobre salud oral infantil. Encontraron que ser multípara, tener mayor nivel educativo y haber acudido al

dentista en el embarazo se asociaba con mejor conocimiento sobre higiene del bebé, momento de inicio del cepillado y riesgo de caries temprana.

Este antecedente se vincula directamente con nuestra población de gestantes y con la dimensión de conocimiento sobre higiene bucal en neonatos y primeros meses de vida.

Tenenbaum & Azogui-Levy. (2023)²⁹. En una revisión de alcance de 67 estudios sobre conocimiento, actitudes, prácticas y alfabetización en salud oral de gestantes, Tenenbaum y Azogui-Levy señalan que en la mayoría de los países las gestantes presentan conocimiento insuficiente sobre la relación entre salud oral materna y resultados perinatales, así como sobre salud oral infantil. Además, documentan que el nivel socioeconómico y la alfabetización en salud se asocian con mejores prácticas preventivas y uso de servicios.

La revisión evidencia una brecha global en el conocimiento materno sobre salud oral del niño, lo que refuerza la pertinencia de nuestro estudio orientado a neonatos.

Bedoya et al., (2023)³⁰. Bedoya y cols. realizaron una revisión descriptiva sobre lactancia materna y salud bucal de niños menores de 2 años. Concluyen que la lactancia materna, adecuadamente guiada, favorece el desarrollo maxilofacial y puede contribuir a prevenir maloclusiones y caries, siempre que se acompañe de prácticas correctas de higiene oral y control del azúcar en la dieta.

Yero-Mier et al. (2022)³¹. Evaluaron conocimiento, actitudes, prácticas y autopercepción de salud bucal en embarazadas atendidas en el consultorio “San Pedro” en Trinidad (Cuba). Encontraron que, aunque la mayoría de las gestantes refería valorar la salud bucal, predominaba un nivel de conocimiento solo aceptable o bajo, con escasa comprensión de la transmisión madre e hijo de bacterias cariogénicas y del rol de la higiene del bebé.

Este estudio es comparable por el contexto latinoamericano y por explorar no solo conocimiento general, sino también creencias que condicionan la higiene de los hijos.

Lazaridi et al. (2022)³². En Suiza, Lazaridi y cols. encuestaron 385 gestantes de cuatro hospitales públicos y hallaron que, si bien la mayoría consideraba la salud bucal “muy importante”, muchas no acudían regularmente al dentista durante el embarazo y el asesoramiento sobre salud oral y embarazo casi nunca venía de los profesionales de salud. Aunque la mayoría sabía que el embarazo aumenta la vulnerabilidad dentaria, el conocimiento específico sobre impacto en el bebé y sobre cuidados orales infantiles era limitado.

Este hallazgo central de información fragmentaria y poco énfasis en salud oral infantil converge con el vacío que nuestro proyecto pretende abordar respecto al neonato.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Vicuña-Huaqui et al. (2023)³³. Embarazadas en el Perú Vicuña-Huaqui y cols. describen el cuidado preventivo y recuperativo en salud oral de mujeres embarazadas en el Perú. Reportan escaso conocimiento y baja utilización de servicios odontológicos durante la gestación, y subrayan que gran parte de las gestantes no recibe consejería sobre la salud oral del futuro hijo.

Este antecedente nacional muestra que en el país aún no se integra de forma sólida la educación sobre salud bucal del neonato en el control prenatal.

Panty y Cahuana. (2022)³⁴. Gestantes adolescentes. Panty evaluó el nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud bucal en gestantes adolescentes del distrito Gregorio Albarracín (Tacna). Encontró que 54,4 % tenía un nivel de

conocimiento “regular”, predominando dudas sobre la frecuencia e inicio del cepillado y sobre el momento adecuado para acudir al odontólogo.

El estudio evidencia que incluso en adolescentes grupo de alto riesgo obstétrico el conocimiento sobre prevención oral (propia y del futuro hijo) es insuficiente, lo que apoya la necesidad de intervenir desde el embarazo.

Arellano Sacramento et al. (2019)³⁵. Puesto de salud vs hospital Arellano Sacramento y colaboradores compararon el nivel de conocimiento sobre salud bucal entre gestantes atendidas en un puesto de salud del MINSA y un hospital de EsSalud en Lima. Encontraron diferencias significativas: las gestantes de hospital mostraron mayor proporción de conocimiento adecuado, mientras que en el puesto de salud predominó el conocimiento bajo o regular.

Este estudio es relevante, en tanto Oxapampa es un escenario de atención pública donde se esperaría un patrón más parecido al del primer nivel de atención.

Chura Cáceres et al. (2024)³⁶. Gestantes en Juliaca. Chura Cáceres y cols. evaluaron el nivel de conocimiento de salud oral y su relación con la clasificación de lesiones cariosas en gestantes de la microrred Cono Sur, Juliaca (2023). Hallaron que el conocimiento bajo se asociaba significativamente con mayor presencia de lesiones cariosas en las gestantes.

El estudio refuerza la relación entre conocimiento materno deficiente y peor condición bucal, lo cual se proyecta al riesgo de caries temprana en los hijos.

Arbulu. (2019)³⁷. Intervención educativa en Chiclayo. Arbulu comparó la efectividad de dos intervenciones educativas sobre el nivel de conocimiento en salud bucal en gestantes de un centro de salud de Chiclayo. Ambos programas aumentaron el conocimiento, pero uno basado en metodología participativa fue significativamente más efectivo.

Este antecedente sustenta que intervenciones educativas estructuradas pueden mejorar el conocimiento en gestantes, lo cual es útil para proponer acciones derivadas de tu estudio en Oxapampa.

Gaspar-Damaso et al. (2023)³⁸. Gaspar-Damaso y cols. realizaron un estudio analítico en 303 puérperas tempranas de un hospital de Lima para evaluar los factores sociodemográficos asociados al conocimiento sobre prevención en salud oral en niños de 0–2 años. Encontraron que 46,9 % tenía conocimiento pobre, y que menor nivel educativo y bajos ingresos se asociaban a mayor probabilidad de conocimiento deficiente.

Este antecedente se centra en puérperas y prevención de salud oral en infantes, mostrando una gran brecha de conocimiento que nuestro estudio explora en Oxapampa.

Sihuay-Torres et al. (2023)³⁹. Sihuay-Torres y cols. desarrollaron una revisión de la literatura sobre prácticas de salud bucal durante los primeros 1000 días de vida. Subrayan que el rol de la madre y cuidadores es crítico en la instauración de hábitos de higiene oral desde el nacimiento y que la evidencia muestra deficiente conocimiento de los padres sobre higiene de la cavidad oral del lactante y el uso de flúor.

Esta revisión da sustento teórico a la importancia de intervenir desde la etapa neonatal.

2.1.3. Antecedentes locales

Morales Chávez (2024)⁴⁰. Hospital Regional Daniel A. Carrión, Pasco. Morales Chávez desarrolló un estudio titulado “Nivel de conocimiento y la actitud de la salud bucal en gestantes atendidas en el Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión García Pasco 2023”, en la ciudad de Cerro de Pasco. El objetivo fue valorar el nivel de conocimiento y la actitud frente a la salud bucal en gestantes que acudían al servicio de

odontología del hospital. Se trató de un estudio descriptivo, no experimental y de corte transversal, con una muestra no probabilística de 148 gestantes atendidas en 2023.

Espinoza Lopez, (2025)⁴¹. “Nivel de conocimiento en higiene bucal y estado gingival en mujeres embarazadas. Pasco 2024–2025”. Este estudio se centra en relacionar el nivel de conocimiento en higiene bucal con el estado gingival de gestantes del departamento, utilizando un diseño observacional, descriptivo y evaluando tanto conocimiento declarado como condición clínica periodontal.

Este antecedente:

Aporta evidencia local de que el conocimiento de higiene bucal de la gestante se vincula con su propio estado gingival, lo que conceptualmente se extrapola al potencial impacto en la salud oral del hijo.

Refuerza la importancia de evaluar el conocimiento como factor de riesgo modificable, idea central en nuestro estudio sobre neonatos.

Cirineo Mendoza, (2025)⁴². Incidencia de granuloma piógeno en gestantes del Centro de Salud de Paucartambo, Pasco (2024). Este estudio, aunque clínico, describe la frecuencia de una lesión reactiva (granuloma piógeno) en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Pasco, asociada a factores locales como higiene oral deficiente, placa bacteriana y cambios hormonales del embarazo

En este estudio se observan manifestaciones bucales vinculadas a higiene e inflamación, reforzando el impacto de los cuidados orales durante el embarazo.

ENDES (2023)⁴³ – Informe departamental Pasco sobre prácticas de salud bucal en responsables de menores

El Informe Departamental de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023 – Pasco, publicado por el INEI, incluye un apartado sobre “información sobre prácticas de salud bucal” recibida por la persona responsable de los menores en

el hogar. Este indicador recoge si los cuidadores han recibido orientación sobre el cuidado bucal de los niños, brindando un panorama cuantitativo de la cobertura de consejería en salud bucal infantil en Pasco.

2.2. Bases teóricas – científicas

2.2.1. Postura Epistemológica

La presente investigación se sustenta en la postura epistemológica positivista, ya que se orienta al análisis objetivo, cuantificable y verificable del nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos en una población definida de gestantes y puérperas del Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa durante el periodo 2025–2026.

Desde el enfoque positivista, el conocimiento científico se obtiene mediante la observación empírica, la medición sistemática de variables y el análisis estadístico de los datos, con el propósito de describir y explicar la realidad de manera objetiva y libre de juicios de valor. En este estudio, la realidad está representada por el nivel de conocimiento que poseen las gestantes y puérperas, el cual es medido a través de un instrumento estructurado (cuestionario), permitiendo su cuantificación, clasificación e interpretación estadística.

Asimismo, la investigación se enmarca en el paradigma empírico–analítico, dado que se basa en la recolección de datos observables directamente de la población estudiada y en el uso de procedimientos estadísticos para el procesamiento de la información. Este enfoque permite identificar patrones, frecuencias y asociaciones entre el nivel de conocimiento y los factores sociodemográficos, manteniendo el rigor científico y la objetividad metodológica.

Desde el punto de vista ontológico, el estudio asume que la realidad del fenómeno el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos es

única, medible y externa al investigador, por lo que puede ser estudiada sin que intervengan las percepciones subjetivas del mismo. En el plano gnoseológico, se considera que el conocimiento se adquiere a través de la experiencia directa con los sujetos de estudio, mediante instrumentos validados, garantizando así la confiabilidad de los resultados.

Finalmente, esta postura epistemológica es coherente con el tipo de investigación descriptiva, de enfoque cuantitativo y diseño no experimental de corte transversal, ya que permite describir el comportamiento de la variable en un momento determinado, sin manipularla, contribuyendo a generar evidencia científica útil para la planificación de futuras intervenciones educativas en salud bucal neonatal.

2.2.2. Fundamento Teórico

La salud oral es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de la cavidad bucal que permite a las personas realizar funciones esenciales como masticar, hablar y sonreír sin dolor ni incomodidad, y sin padecer enfermedades como caries, enfermedad periodontal, infecciones o pérdidas dentarias⁴⁴. La salud bucal forma parte integral de la salud general, ya que las enfermedades de la boca pueden influir negativamente en el estado nutricional, el desarrollo, la calidad de vida y el bienestar psicológico.

En el período materno infantil, la salud oral cobra una importancia especial, debido a que las condiciones bucales de la madre influyen directamente en la salud oral del recién nacido, principalmente a través de la transmisión vertical de microorganismos patógenos⁴⁵.

Salud oral en el embarazo

Durante el embarazo se producen cambios hormonales significativos, especialmente en los niveles de estrógeno y progesterona, los cuales favorecen la

inflamación gingival, el sangrado y la progresión de la enfermedad periodontal⁴⁶. La gingivitis del embarazo es una de las alteraciones más frecuentes y, cuando no es controlada, puede progresar a periodontitis⁴⁶.

Importancia de la salud oral en el período perinatal y neonatal

La salud bucal constituye un componente esencial de la salud general, siendo especialmente relevante durante el embarazo y los primeros días/meses de vida del neonato etapas críticas de desarrollo físico, inmunológico y microbiológico⁴⁷.

- El desequilibrio bucal en la madre (caries sin tratar, cargas bacterianas altas) puede incrementar la transmisión vertical de bacterias cariogénicas al recién nacido, predisponiéndolo a la Early Childhood Caries (ECC)⁴⁸.
- • Un adecuado cuidado oral materno, y una buena higiene parental/neonatal, reducen la carga bacteriana y contribuyen a disminuir el riesgo de ECC. Por ello, las políticas de salud recomiendan integrar la promoción de salud bucal como parte del cuidado prenatal y perinatal⁴⁹.
- Por ello, las políticas de salud recomiendan integrar la promoción de salud bucal como parte del cuidado prenatal y perinatal⁴⁷.

Este contexto es relevante porque incide sobre determinantes tempranos de la salud oral infantil, con impacto preventivo a largo plazo.

Neonatos y salud oral

El neonato es definido como el niño durante los primeros 28 días de vida. Aunque en esta etapa aún no han erupcionado los dientes, la cavidad oral ya puede ser colonizada por bacterias transmitidas principalmente por la madre o cuidadores a través de la saliva⁵⁰.

La colonización temprana por *Streptococcus mutans*, principal agente etiológico de la caries dental, representa un factor de riesgo para el desarrollo de la

Caries de la Primera Infancia (CPI) en los meses posteriores⁸. Esta transmisión ocurre a través de prácticas como:

- Besar al bebé en la boca
- Probar los alimentos con la misma cuchara
- Compartir utensilios

Por ello, la higiene bucal del neonato debe iniciarse desde el nacimiento, mediante la limpieza de encías con gasa húmeda, aun antes de la erupción dentaria³⁹.

Higiene bucal en neonatos

La higiene bucal en neonatos comprende el conjunto de prácticas destinadas a mantener limpia la cavidad oral del bebé desde el nacimiento, evitando la acumulación de restos alimentarios y reduciendo la carga bacteriana⁵¹.

Conocimiento, actitudes y prácticas de gestantes / madres frente a la salud bucal infantil

Varios estudios han investigado la “alfabetización” bucal materna (conocimiento y comportamientos) y su relación con la salud oral en hijos menores. Los hallazgos muestran deficiencias generalizadas, incluso en contextos urbanos o con acceso a servicios de salud.

Niveles de conocimiento y prácticas en gestantes

En un amplio estudio reciente en Riad (Arabia Saudita), sobre 1 120 gestantes, se halló que 59.7 % tenía conocimiento muy pobre, 23.8 % pobre, y 66.4 % presentaba prácticas orales deficientes; además, 39.6 % nunca acudió al dentista durante el embarazo⁵².

- Factores como nivel educativo, ocupación e ingreso mostraron ser predictores significativos de mejores conocimientos y prácticas.

- Otro estudio (2022) concluye que muchas gestantes no reciben información adecuada sobre salud bucal infantil durante el embarazo, lo que representa una brecha en la prevención primaria³⁹.

Conocimiento y prácticas en puerperio / primeros años de vida del niño.

En un estudio de cohorte con 358 madres, se evaluó conocimiento y prácticas orales en el puerperio inmediato, tardío y durante el primer año de vida del niño. A pesar de que 78.7 % de los niños fueron llevados al dentista antes del año, muchas madres desconocían los conceptos básicos sobre etiología y prevención de caries, y cerca de la mitad había expuesto a sus hijos a alimentos azucarados tempranamente⁵³.

La alfabetización en salud oral de los padres/cuidadores se asocia fuertemente con la condición bucal de los niños: menores niveles de conocimiento están vinculados a mayor prevalencia de caries y prácticas inadecuadas de higiene⁵⁴.

Barreras y determinantes sociales

Las barreras identificadas incluyen bajo nivel educativo, bajo ingreso, falta de acceso o utilización insuficiente de servicios odontológicos durante el embarazo, información insuficiente, creencias culturales, y falta de integración de la salud bucal en la atención prenatal²⁷.

Estas disparidades sociales refuerzan la necesidad de estudios en contextos vulnerables o rurales, donde las brechas pueden ser mayores, y donde la transmisión de la caries infantil puede tener impacto más severo.

Importancia del cuidado bucal desde los primeros 1000 días de vida

La etapa comprendida entre la gestación, el nacimiento y los primeros dos años los primeros 1000 días es crucial para el desarrollo de hábitos de higiene oral y prevención de caries.

- Una revisión reciente señala que una guía temprana en higiene bucal (antes del primer diente) limpieza suave de encías, uso de gasa, paño o dedal, control de dieta, evitando azúcar, y visitas odontológicas tempranas son esenciales para prevenir ECC³⁹.
- Además, esta etapa coincide con la transmisión potencial de bacterias maternas, por lo que el estado de salud oral de la madre impacta directamente en la salud del niño⁵⁵.
- Programas de salud bucal dirigidos a gestantes y madres, que incluyen educación perinatal, han demostrado reducción en incidencia y severidad de ECC en los hijos⁵⁶.

Por ello, el enfoque en “neonatos” y “puérperas/gestantes” se alinea con una tendencia global: promover la salud oral desde el nacimiento, no solo cuando aparecen los primeros dientes.

Relación entre salud oral materna y salud general perinatal/neonatal

No solo la salud bucal infantil se ve afectada: la salud oral materna puede incidir en resultados obstétricos y neonatales.

- Una revisión de 2025 destaca que la mala salud oral de la madre (gingivitis, caries sin tratar) se asocia con aumento del riesgo de complicaciones como parto prematuro, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal⁵⁸.
- Por tanto, la integración de la odontología preventiva en la atención prenatal puede tener implicancias más allá de lo bucal, favoreciendo el bienestar general del binomio madre-hijo⁴⁷.

Este argumento soporta la hipótesis de que un bajo conocimiento materno no solo incrementa riesgos de caries infantil, sino puede agravar vulnerabilidades en salud neonatal.

Alfabetización en salud bucal (Oral Health Literacy) como constructo clave

El concepto de alfabetización en salud oral (OHL, por sus siglas en inglés) es decir, la capacidad de acceder, comprender y aplicar información sobre salud bucal es clave en la prevención.

Una revisión sistemática de estudios entre 2013–2023 encontró consistentes asociaciones entre bajo nivel de OHL de los padres/cuidadores y peor salud oral en sus hijos: más caries, menos uso de servicios, menor adopción de prácticas preventivas⁵⁴.

La OHL influye no solo en conocimiento, sino en actitudes, creencias y comportamientos parentales, todos determinantes del riesgo de ECC. Esto legitima incluir en tu estudio una variable como “nivel de conocimiento / creencias de las gestantes/puérperas sobre higiene bucal neonatal”.

Así, la OHL proporciona un marco teórico conceptual útil para operacionalizar tu variable dependiente, considerando dimensiones de conocimiento, comprensión, decisión y práctica.

Gestantes y puérperas como agentes de prevención

Las gestantes y puérperas cumplen un rol fundamental como primeras educadoras en salud del niño. Durante estas etapas se forman las creencias, hábitos y prácticas que influirán directamente en la salud oral del bebé²⁸.

La evidencia científica demuestra que cuando las madres reciben orientación en salud bucal:

- Mejora la higiene oral del niño
- Se reduce la incidencia de caries
- Se incrementa la asistencia temprana al odontólogo⁵⁷.

Determinantes sociales del conocimiento en salud oral

La OMS establece que los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen⁵⁸. Entre ellos destacan:

- Nivel educativo
- Ingreso económico
- Acceso a servicios de salud
- Entorno social y cultural

Estos factores influyen directamente en el nivel de conocimiento de las gestantes y puérperas, condicionando la adopción de prácticas adecuadas de higiene bucal neonatal⁵².

2.3. Definición de términos básicos

- Salud oral. - Es el estado de bienestar de la cavidad bucal que permite cumplir funciones básicas como la masticación, la deglución, la fonación y la estética, sin presencia de dolor, infecciones, caries u otras patologías. En el neonato, la salud oral es fundamental para el desarrollo adecuado de las estructuras bucodentales y para la prevención temprana de enfermedades.
- Higiene bucal. - Conjunto de prácticas destinadas a la limpieza y cuidado de la cavidad oral con el fin de eliminar residuos alimenticios, placa bacteriana y microorganismos que pueden producir enfermedades. En neonatos, incluye la limpieza de encías, lengua y posteriormente dientes, utilizando gasa, agua limpia o cepillo dental adecuado.
- Neonato. - Es el niño desde el momento de su nacimiento hasta los primeros 28 días de vida. Durante esta etapa, el cuidado de la cavidad oral es fundamental para prevenir la colonización temprana de bacterias cariogénicas.

- Caries de la primera infancia (CPI). - Enfermedad crónica, infecciosa y multifactorial que afecta a niños menores de seis años, caracterizada por la desmineralización de los tejidos duros del diente. Se asocia a prácticas inadecuadas de higiene, consumo frecuente de azúcares y transmisión bacteriana temprana.
- Gestante. - Mujer que se encuentra en estado de embarazo, desde la fecundación hasta el parto. Durante este periodo, su nivel de conocimiento y prácticas de salud bucal influyen directamente en la salud oral futura del neonato.
- Puerpera. - Mujer que se encuentra en el periodo posterior al parto, el cual se extiende aproximadamente hasta seis semanas después del nacimiento del bebé. En esta etapa asume directamente el cuidado del neonato, incluyendo su higiene bucal.
- Nivel de conocimiento. - Grado de información, comprensión y dominio que posee una persona sobre un tema específico. En este estudio, se refiere al nivel de conocimiento que tienen las gestantes y puerperas sobre salud oral e higiene bucal en neonatos, el cual puede ser clasificado como bajo, regular o alto.
- Cepillo dental infantil. - Instrumento de higiene oral diseñado específicamente para bebés y niños pequeños, con cerdas suaves y cabeza pequeña, utilizado para la limpieza de los dientes desde la erupción del primer diente.
- Placa bacteriana. - Película blanda e incolora formada por bacterias que se adhieren a la superficie de los dientes, encías y lengua. Es el principal factor etiológico en el desarrollo de la caries dental y enfermedades periodontales.
- Lactancia materna. - Proceso mediante el cual el neonato se alimenta de la leche materna. Aporta nutrientes esenciales para el desarrollo integral, incluyendo el desarrollo de las estructuras orales, aunque su relación con la caries depende de la higiene bucal y la frecuencia de alimentación.

- Alimentación azucarada. - Consumo frecuente de alimentos o bebidas con alto contenido de azúcares fermentables que favorecen la proliferación de bacterias cariogénicas y aumentan el riesgo de caries dental.
- Aditamentos de higiene bucal. - Instrumentos utilizados para la limpieza de la cavidad oral, como la gasa, cepillos dentales, dedales de silicona y otros dispositivos empleados en bebés y niños pequeños.
- Primera visita odontológica temprana. - Primera evaluación del niño por el cirujano dentista, recomendada dentro del primer año de vida o desde la erupción del primer diente, con la finalidad de prevenir enfermedades bucales y orientar a los padres sobre el cuidado oral.
- Factores sociodemográficos. - Características sociales y demográficas de las personas, como edad, nivel educativo, ocupación, estado civil y número de hijos, que pueden influir en los conocimientos y prácticas de salud.
- Educación para la salud bucal. - Proceso de enseñanza-aprendizaje orientado a promover conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas para el mantenimiento y prevención de enfermedades bucales desde edades tempranas.

2.4. Formulación de hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

Ha: Existe una relación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos y educativos y el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos de las gestantes y puérperas que acuden al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa, durante el periodo 2025–2026.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos y educativos y el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene

bucal en neonatos de las gestantes y puérperas que acuden al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa, durante el periodo 2025–2026.

2.4.2. Hipótesis específicas

- a. H1i: Existe relación significativa entre el nivel educativo de las gestantes y puérperas y el conocimiento sobre el inicio adecuado de la higiene bucal en el neonato.
- b. -H2i: Existe relación significativa entre haber recibido información odontológica durante el embarazo y el conocimiento sobre la frecuencia y los aditamentos de higiene bucal del neonato.
- c. H3i: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento materno y el conocimiento sobre la relación entre lactancia, alimentación azucarada y caries de la primera infancia.
- d. H4i: Existe relación significativa entre la edad y experiencia maternal (primigesta/multigesta) y el conocimiento sobre la importancia de la primera visita odontológica temprana.
- e. H5: El nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos es significativamente diferente según el nivel educativo de las gestantes y puérperas.

2.5. Identificación de variables

Variable Independiente: Factores sociodemográficos y educativos de las gestantes y puérperas

Variable Dependiente: Nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos

2.6. Definición operacional de variables e indicadores.

Variables	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Sub indicador	Instrumentos de medición	Técnicas de medición	Escala de medición
Variable Independiente Factores sociodemográficos y educativos	Conjunto de características personales, sociales y educativas que influyen en el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos, recolectadas mediante encuesta	Edad	Años cumplidos	- 18-25 - 26-35 - 36 a más	Cuestionario	Encuesta	Ordinal
		Grado de instrucción.	Nivel educativo alcanzado	- Primaria - Secundaria - Superior	Cuestionario	Encuesta	Ordinal
		Condición obstétrica	Estado reproductivo	- Primigesta - Multigesta	Cuestionario	Encuesta	Nominal
		Información odontológica en el embarazo	Recepción de educación en salud bucal	- Sí - No	Cuestionario	Encuesta	Nominal
		Fuente de información	Medio principal de información	-Odontólogo - Pediatra - Internet - Familia	Cuestionario	Encuesta	Nominal
		Frecuencia de búsqueda de información	Periodicidad de búsqueda	- Regular - Ocasional - Rara vez - Nunca	Cuestionario	Encuesta	Ordinal
		Experiencia materna	Número de hijos	- 1 hijo - 2 hijos - 3 a más	Cuestionario	Encuesta	Ordinal
Variable Dependiente Nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos	Grado de información que poseen las gestantes y puerperas sobre el cuidado de la salud oral del neonato, medido mediante un cuestionario estructurado y categorizado en nivel bajo, regular y alto	Inicio de la higiene bucal	Conocimiento sobre el momento adecuado para iniciar la higiene	- Al nacer - Al erupcionar el primer diente - A los 6 meses - No sabe	Cuestionario	Encuesta	Ordinal
		Frecuencia y aditamentos de higiene	Conocimiento sobre frecuencia de limpieza y uso de instrumentos	Frecuencia diaria - Después de cada comida - Uso de gasa - Uso de cepillo infantil	Cuestionario	Encuesta	Ordinal
		Productos de higiene	Conocimiento sobre productos adecuados	- Agua - Gasa - Pasta dental infantil - Otros	Cuestionario	Encuesta	Nominal
		Lactancia, alimentación y caries	Conocimiento sobre relación entre lactancia, azúcar y caries	- Influencia de lactancia - Consumo de azúcares - Riesgo de caries temprana	Cuestionario	Encuesta	Ordinal
		Primera visita odontológica	Conocimiento sobre la importancia y el momento de la primera consulta	- Desde primer diente - Antes del año - No sabe	Cuestionario	Encuesta	Ordinal

		Importancia de la salud bucal infantil	Percepción del valor de la salud oral	- Muy importante - Poco importante - No importante	Cuestionario	Encuesta	Ordinal
		Nivel global de conocimiento	Puntaje total obtenido en el cuestionario	- Bajo - Regular - Alto	Cuestionario	Encuesta	Ordinal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo básica, ya que está orientada a generar conocimiento científico acerca del nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos por parte de gestantes y puérperas que acuden al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa, durante el periodo 2025–2026.

Este tipo de investigación permite describir, analizar y comprender una realidad existente sin manipular las variables, constituyendo un aporte teórico que puede servir como base para futuras investigaciones aplicadas o para el diseño de estrategias educativas preventivas en el ámbito de la salud bucal infantil⁵⁹.

3.2. Nivel de Investigación.

La presente investigación corresponde al nivel descriptivo–correlacional.

Es descriptiva, porque permitió caracterizar el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos en las gestantes y puérperas que acuden al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto Germán Guzmán

Gonzales de Oxapampa, durante el periodo 2025–2026, describiendo cómo se presenta esta variable en la población de estudio⁶⁰.

Asimismo, es correlacional, porque permitió determinar la relación existente entre los factores sociodemográficos y educativos (variable independiente) y el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos (variable dependiente), sin que exista manipulación de dichas variables.

3.3. Método de investigación

a) Según el enfoque epistemológico: La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, ya que se orienta a la recolección de datos numéricos, los cuales serán procesados mediante técnicas estadísticas con la finalidad de medir el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos y analizar su relación con los factores sociodemográficos y educativos de las gestantes y puérperas.

Este enfoque permite la objetividad, precisión y generalización de los resultados, ya que se basa en la medición de variables previamente definidas, utilizando como instrumento un cuestionario estructurado, cuyos resultados serán analizados mediante estadística descriptiva e inferencial.

b) Según el tipo de inferencia: La presente investigación se sustenta en el método inductivo, ya que parte del análisis de datos particulares obtenidos mediante la aplicación del cuestionario a las gestantes y puérperas, para luego establecer conclusiones generales sobre el nivel de conocimiento en salud oral e higiene bucal en neonatos y su relación con los factores sociodemográficos y educativos.

A través del procesamiento estadístico de los resultados, se identifican tendencias, patrones y relaciones, lo que permitió inferir comportamientos

generales de la población estudiada a partir de la observación de los casos individuales.

- c) Método general: El método general empleado en la presente investigación es el método científico, ya que el estudio se desarrolla siguiendo un proceso sistemático, lógico y ordenado que comprende la identificación del problema, formulación de objetivos e hipótesis, recolección de datos, análisis e interpretación de resultados y obtención de conclusiones.

Este método permite abordar de manera objetiva el estudio del nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos y su relación con los factores sociodemográficos y educativos de las gestantes y puérperas, garantizando la validez y confiabilidad de los resultados.

3.4. Diseño de investigación

El diseño es no experimental, de tipo transversal

- Es no experimental, porque las variables no fueron manipuladas deliberadamente por la investigadora, sino que fueron observadas y medidas tal como se presentan en su contexto natural, específicamente el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos y los factores sociodemográficos y educativos de las gestantes y puérperas.
- Transversal, ya que la recolección de los datos se realizó en un solo momento del tiempo, durante el periodo 2025–2026, permitiendo describir las variables y analizar su relación sin efectuar seguimiento longitudinal.
- Método descriptivo - correlacional. La presente investigación se desarrolló bajo el método descriptivo – correlacional, ya que, en primer lugar, permitió describir el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos de las gestantes y puérperas que acuden al Servicio de

Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa, durante el periodo 2025–2026.

- Asimismo, es correlacional, porque permitió establecer la relación existente entre los factores sociodemográficos y educativos (variable independiente) y el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos (variable dependiente), sin que exista manipulación de las variables, limitándose únicamente a observar y analizar su comportamiento en la realidad.

3.5. Población y muestra

3.5.1. Población

La población de estudio estuvo conformada por 139 gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa, durante el periodo 2025–2026.

Esta población incluyó a todas las usuarias que, durante el periodo de ejecución del estudio, asistieron a dicho servicio para recibir atención odontológica u odontopediátrica, cumpliendo con las características establecidas para la investigación.

3.5.2. Muestra

En la presente investigación se trabajó con la totalidad de la población, por lo que se utilizó un muestreo de tipo censal.

La muestra estuvo constituida por las 139 gestantes y puérperas, coincidiendo exactamente con la población de estudio ($n = 139$).

Al tratarse de un censo, no fue necesario aplicar fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra ni establecer error muestral, dado que se incluirán a todas las unidades de estudio disponibles.

3.5.3. Tipo de muestreo

El tipo de muestreo que se empleó fue el muestreo censal, debido a que se evaluó a la totalidad de la población accesible, garantizando así una mayor precisión y representatividad de los resultados que se obtendrán.

3.5.4. Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio a las gestantes y puérperas que cumplan con los siguientes criterios:

- Ser gestante o puérpera (hasta 6 semanas posparto).
- Tener 18 años a más.
- Acudir al Servicio de Odontología y Odontopediatría del hospital durante el periodo de recolección de datos.
- Aceptar participar de manera voluntaria en el estudio.
- Firmar el consentimiento informado.

3.5.5. Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio a las gestantes y puérperas que presenten alguna de las siguientes condiciones:

- Dificultades cognitivas o de comunicación que impidan responder adecuadamente el cuestionario.
- Pacientes en condición de emergencia médica al momento de la aplicación del instrumento.
- Participantes que no deseen participar o retiren su consentimiento durante el proceso de recolección de datos

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

3.6.1. Técnicas de recolección de datos

Encuesta:

Aplicada por profesionales capacitados en el entorno clínico, permitió obtener información directa, objetiva y estandarizada del nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos, así como de los factores sociodemográficos y educativos de las gestantes y puérperas⁶⁰.

3.6.2. Instrumento.

El instrumento fue un cuestionario estructurado, elaborado en función a:

- Los objetivos del estudio
- La variable dependiente: Nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos
- La variable independiente: Factores sociodemográficos y educativos

El cuestionario estuvo conformado por dos secciones:

Sección A: Datos sociodemográficos

Sección B: Conocimientos sobre salud oral e higiene bucal en neonatos

Fue aplicado de forma directa a las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa.

Cuestionario sobre el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos por gestantes y puérperas. Es un instrumento estructurado elaborado por el equipo investigador, que permitió registrar las respuestas en dos secciones:

Sección A: Datos sociodemográficos (Variable Independiente)

Edad, grado de instrucción, condición obstétrica, si recibió información odontológica durante el embarazo, principal fuente de información sobre la salud bucal

de su bebé, con qué frecuencia busca información sobre salud bucal infantil, número de hijos⁶¹.

Sección B: Conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos.

(Variable Dependiente)

- Dimensión 1: Inicio de la higiene bucal,
- Dimensión 2: Frecuencia y aditamentos,
- Dimensión 4: Lactancia, alimentación y caries,
- Dimensión 5: Primera visita odontológica,
- Dimensión 6: Importancia de la salud bucal infantil.

Escala de Medición del Nivel de Conocimiento

Cada respuesta correcta tuvo un puntaje de 1 punto.

El nivel de conocimiento se clasificó en:

- Bajo: 0 – 5 puntos
- Regular: 6 – 10 puntos
- Alto: 11 – 15 puntos

3.7. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación

El cuestionario sobre nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos fue sometido a validez de contenido mediante juicio de expertos, con la finalidad de determinar si los ítems representan de manera adecuada las dimensiones e indicadores de las variables planteadas en el estudio. Al evaluar la pertinencia, suficiencia y coherencia fue aprobado la validez del instrumento de investigación logrando el informe favorable^{62,63}.

La confiabilidad del cuestionario sobre nivel de conocimiento en salud oral e higiene bucal en neonatos se estimó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, tal como fue previsto en el proyecto metodológico. El instrumento estuvo conformado por 18

ítems puntuables distribuidos en cinco dimensiones: inicio de la higiene bucal, frecuencia y aditamentos, lactancia, alimentación y caries, primera visita odontológica e importancia de la salud bucal infantil.

Para este fin, se efectuó una prueba piloto simulada con el 10% de la muestra de estudio, equivalente a 14 gestantes y puérperas con características semejantes a la población investigada. El análisis reportó un alfa de Cronbach global de 0.84, lo que evidenció una consistencia interna alta del instrumento. Por dimensiones, los coeficientes oscilaron entre 0.77 y 0.83, valores que confirman una confiabilidad favorable. En consecuencia, se consideró que el cuestionario presentó estabilidad y homogeneidad suficientes para su aplicación en la muestra definitiva.

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Una vez culminada la recolección de la información mediante la aplicación del cuestionario a las 139 gestantes y puérperas, se procedió al procesamiento de los datos siguiendo una secuencia sistemática orientada a garantizar su calidad, consistencia y validez. En una primera etapa, se realizó la revisión manual de los cuestionarios, verificando que cada instrumento se encontrara debidamente completado. Se descartaron posibles omisiones, respuestas inconsistentes o errores de registro, asegurando la integridad de la información. Posteriormente, se llevó a cabo la codificación de las variables, asignando valores numéricos a cada categoría de respuesta según un sistema previamente establecido en la matriz de operacionalización. Las variables sociodemográficas (edad, nivel educativo, condición obstétrica, experiencia materna) y las variables de conocimiento fueron organizadas en categorías ordinales o nominales según correspondía.

Seguidamente, los datos fueron ingresados en una base de datos en Microsoft Excel, utilizando validaciones de datos para evitar errores de digitación. Se elaboró un

diccionario de variables que permitió mantener la coherencia en la codificación y facilitar el posterior análisis. En una tercera etapa, se efectuó la depuración de la base de datos, identificando y corrigiendo posibles inconsistencias, duplicidades o valores atípicos. Asimismo, se verificó la congruencia entre variables relacionadas, garantizando la calidad del dataset final. Finalmente, la base de datos depurada fue exportada a un software estadístico para su análisis, asegurando la correcta estructura de las variables y la integridad de los registros.

El análisis de los datos se realizó en función de los objetivos planteados en la investigación, empleando tanto estadística descriptiva como inferencial. En el análisis descriptivo se procedió a la organización, resumen y presentación de los datos, utilizando tablas de frecuencia y gráficos estadísticos. Se calcularon: frecuencias absolutas (n) y frecuencias relativas (%) para cada variable, distribuciones de las dimensiones del conocimiento como el inicio de la higiene bucal, frecuencia y uso de aditamentos, relación entre lactancia, alimentación azucarada y caries e importancia de la primera consulta odontológica.

Asimismo, se construyó una variable global de nivel de conocimiento, categorizada en bajo y regular, a partir de la sumatoria de los puntajes obtenidos en el cuestionario. Los resultados fueron presentados mediante tablas y figuras, facilitando la interpretación de los hallazgos en relación con los objetivos específicos.

En el análisis inferencial para el contraste de hipótesis se empleó la prueba estadística de Chi-cuadrado (χ^2), adecuada para evaluar la asociación entre variables cualitativas. Se analizaron las siguientes relaciones:

- Nivel de conocimiento global vs. factores sociodemográficos (edad, nivel educativo, condición obstétrica, experiencia materna).
- Nivel educativo vs. conocimiento sobre el inicio de la higiene bucal.

- Nivel de conocimiento global vs. conocimiento sobre lactancia y alimentación.
- Edad y condición obstétrica vs. conocimiento sobre la primera consulta odontológica.
- Nivel educativo vs. nivel global de conocimiento.

El nivel de significancia estadística se estableció en $\alpha = 0.05$, con un intervalo de confianza del 95 %.

Para la interpretación de los resultados:

- Si $p < 0.05$, se consideró que existía asociación estadísticamente significativa.
- Si $p \geq 0.05$, se concluyó que no existía evidencia suficiente para establecer asociación.

Adicionalmente, se calculó la medida de asociación V de Cramér, con el fin de estimar la magnitud de la relación entre variables cuando correspondía.

Cabe señalar que, en algunos casos, no fue posible realizar el análisis inferencial debido a la ausencia de variabilidad en ciertas variables, lo cual fue debidamente considerado en la interpretación de los resultados.

3.9. Tratamiento estadístico

El tratamiento estadístico de los datos se realizó utilizando herramientas informáticas que permitieron garantizar precisión en los cálculos y confiabilidad en los resultados. Se emplearon:

- Microsoft Excel para el registro, codificación y organización inicial de los datos.
- Software estadístico (SPSS u otro equivalente) para el análisis descriptivo e inferencial.

El procedimiento estadístico incluyó:

- Construcción de tablas de contingencia.

- Aplicación de la prueba de Chi-cuadrado.
- Cálculo de valores p para el contraste de hipótesis.
- Interpretación de resultados en función del nivel de significancia establecido.
- Elaboración de tablas y figuras para la presentación de resultados.

Los resultados obtenidos fueron interpretados en relación con los objetivos de la investigación y las hipótesis planteadas, permitiendo establecer conclusiones válidas y fundamentadas.

3.10. Orientación ética filosófica y epistémica

La presente investigación se desarrolló respetando los principios éticos fundamentales de la investigación en seres humanos, garantizando en todo momento la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de las participantes.

El estudio respetó los siguientes principios:

Principio de autonomía: La participación de las gestantes y puérperas fue voluntaria, respetando su decisión de participar o retirarse en cualquier momento sin que ello afecte la atención de salud que reciben.

Principio de beneficencia: La investigación busca generar beneficios indirectos, contribuyendo a mejorar el nivel de conocimiento en salud oral e higiene bucal en neonatos y fortaleciendo las futuras estrategias preventivas en el establecimiento de salud.

Principio de no maleficencia: El estudio no implicó ningún tipo de daño físico, psicológico o social para las participantes, ya que solo se aplicó un cuestionario de conocimientos.

Principio de justicia: Todas las participantes fueron tratadas de manera equitativa, sin ningún tipo de discriminación por edad, nivel educativo, condición social o estado de salud.

Confidencialidad y resguardo de datos. Toda la información recolectada fue manejada de forma anónima y confidencial. A cada participante se le asignó un código único, evitando el uso de nombres o datos identificables en las bases de datos. Los archivos digitales estuvieron protegidos con contraseña y solo accesibles por el equipo investigador.

Consentimiento informado. Documento mediante el cual la participante autoriza voluntariamente su participación en la investigación, garantizando:

- Confidencialidad
- Voluntariedad
- Uso académico de los datos
- Derecho a retirarse en cualquier momento

Antes de la aplicación del cuestionario, a cada participante se le entregó un documento de consentimiento informado, en el cual se explicó de manera clara:

- El objetivo del estudio.
- El procedimiento de participación.
- Los beneficios y la ausencia de riesgos.
- El carácter voluntario de su participación.
- La posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento.

Solo se incluyeron en la investigación a aquellas gestantes y puérperas que acepten participar y firmen el consentimiento informado.

Confidencialidad de la información. Toda la información recolectada fue tratada con estricta confidencialidad, garantizando el anonimato de las participantes. Los datos obtenidos fueron utilizados exclusivamente con fines académicos y científicos, sin que se revelen nombres, números de documento u otra información personal.

Respeto a la normativa institucional. La investigación contó con la autorización correspondiente del Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa y con la aprobación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, cumpliendo con las normas institucionales para la ejecución de investigaciones en establecimientos de salud.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo

El trabajo de campo de la presente investigación se desarrolló en el Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa, durante el periodo comprendido entre los meses de enero y abril del año 2026, conforme a la planificación establecida en el cronograma del proyecto.

Previamente al inicio de la recolección de datos, se realizaron las gestiones administrativas correspondientes, obteniéndose la autorización institucional del establecimiento de salud, así como la coordinación con el personal responsable de los servicios involucrados, a fin de facilitar el acceso a la población de estudio. Asimismo, se cumplió con los principios éticos de la investigación, garantizando la participación voluntaria de las gestantes y puérperas mediante la firma del consentimiento informado.

La población estuvo conformada por gestantes y puérperas que acudieron al servicio durante el periodo de estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. La selección de las participantes se realizó mediante un muestreo no

probabilístico por conveniencia, logrando incluir un total de 139 participantes, quienes aceptaron voluntariamente formar parte de la investigación.

Para la recolección de la información se utilizó como técnica la encuesta, aplicándose un cuestionario estructurado previamente validado, el cual permitió medir el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos. Este instrumento estuvo compuesto por ítems organizados en dimensiones específicas: inicio de la higiene bucal, frecuencia y uso de aditamentos, relación entre lactancia y alimentación azucarada con caries, y conocimiento sobre la primera consulta odontológica temprana.

La aplicación del instrumento se realizó de manera presencial, en un ambiente adecuado dentro del servicio de salud, garantizando condiciones de privacidad y confidencialidad. Las participantes fueron abordadas después de su atención o durante el tiempo de espera, explicándoles previamente los objetivos del estudio, la importancia de su participación y asegurando el carácter anónimo de sus respuestas.

El tiempo promedio de aplicación del cuestionario fue de aproximadamente 10 a 15 minutos por participante. Durante este proceso, el investigador brindó orientación en caso de dudas en la comprensión de las preguntas, sin influir en las respuestas, con el fin de asegurar la validez de la información recolectada.

Una vez culminada la recolección de datos, se procedió a la revisión de los cuestionarios para verificar su completitud y consistencia. Posteriormente, la información fue codificada y registrada en una base de datos en formato digital (Microsoft Excel), siguiendo un sistema de codificación previamente establecido para cada variable y categoría de respuesta. Se realizó un proceso de depuración y validación de los datos, identificando posibles errores de digitación o inconsistencias, los cuales fueron corregidos antes del análisis estadístico.

Finalmente, la base de datos consolidada fue exportada a un software estadístico para su análisis, donde se aplicaron técnicas de estadística descriptiva e inferencial, en concordancia con los objetivos e hipótesis planteados en la investigación.

En síntesis, el trabajo de campo se desarrolló de manera ordenada, sistemática y conforme a los principios metodológicos y éticos de la investigación científica, garantizando la calidad, confiabilidad y validez de los datos obtenidos

4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados

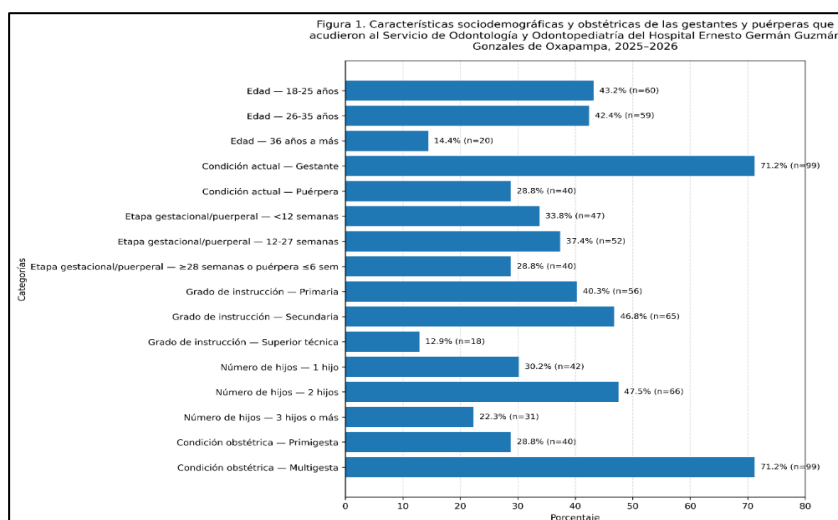
A continuación, se presenta el análisis descriptivo e inferencial de la base de datos consolidada de 139 gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa. La presentación de resultados se organizó en función de los objetivos específicos del estudio y del contraste de la hipótesis general. Los resultados que se presentan a continuación fueron generados a través del paquete estadístico SPSS versión 26, se hace uso de tablas y gráficos para un mejor análisis.

Tabla 1. Características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.

Variable	Categoría	n	%
Edad	18-25 años	60	43.2
	26-35 años	59	42.4
	36 años a más	20	14.4
Condición actual	Gestante	99	71.2
	Puérpera	40	28.8
Etapa gestacional/puerperal	<12 semanas	47	33.8
	12-27 semanas	52	37.4
	≥28 semanas o puérpera ≤6 sem	40	28.8
Grado de instrucción	Primaria	56	40.3
	Secundaria	65	46.8
	Superior técnica	18	12.9
Número de hijos	1 hijo	42	30.2
	2 hijos	66	47.5
	3 hijos a más	31	22.3
Condición obstétrica	Primigesta	40	28.8
	Multigesta	99	71.2

Fuente: Cuestionario

Figura 1. Características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.



Fuente: Tabla N° 1

Interpretación: La tabla N° 1 y gráfico N° 1 nos muestra que predominaron las participantes de 18 a 25 años (43.2%) y de 26 a 35 años (42.4%), mientras que el

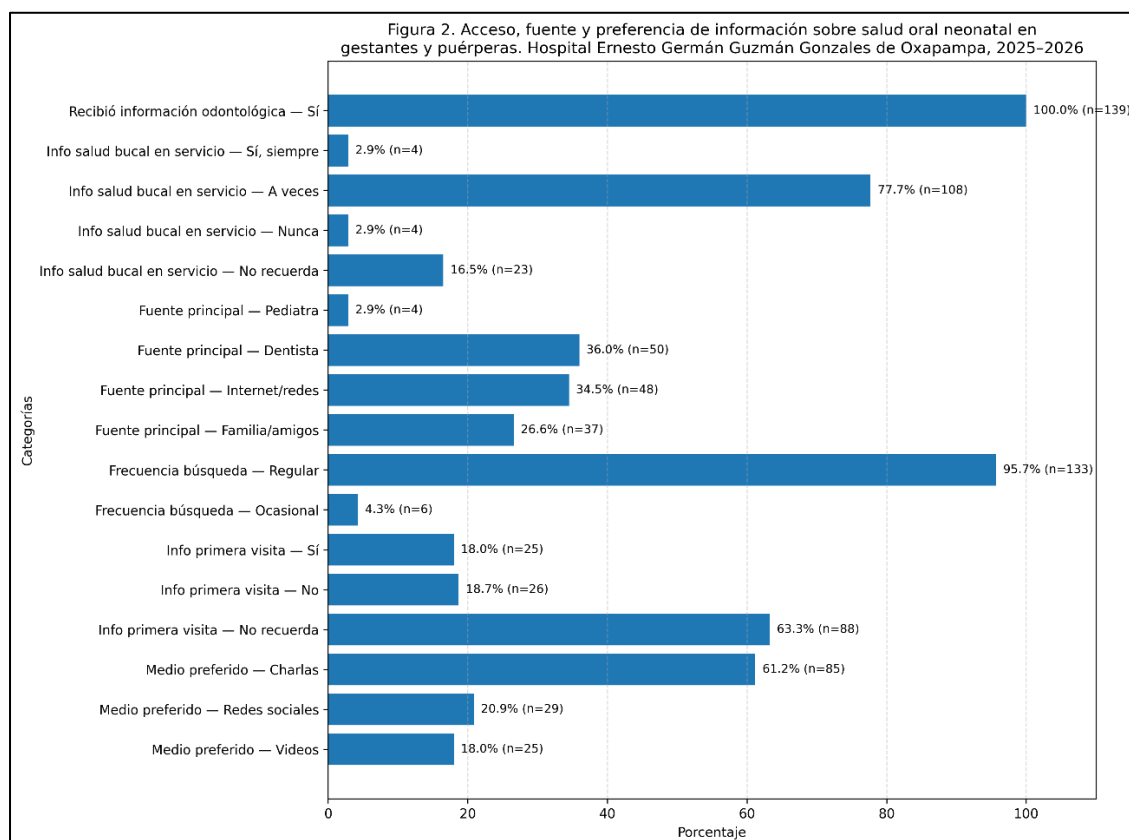
grupo de 36 años o más representó el 14.4%. La mayor proporción correspondió a gestantes (71.2%) y a multigestas (71.2%). Asimismo, el 46.8% tuvo educación secundaria y el 40.3% educación primaria, lo que evidencia un perfil educativo predominantemente básico o intermedio. En términos de paridad, casi la mitad reportó dos hijos vivos (47.5%). Estos hallazgos describen el contexto sociodemográfico sobre el cual se interpreta el nivel de conocimiento materno en salud oral neonatal.

Tabla 2. *Acceso, fuente y preferencia de información sobre salud oral neonatal de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.*

Variable	Categoría	n	%
Recibió información odontológica en controles	Sí	139	100.0
Información sobre salud bucal del bebé en el servicio	Sí, siempre	4	2.9
	A veces	108	77.7
	Nunca	4	2.9
	No recuerda	23	16.5
Fuente principal de información	Pediatra	4	2.9
	Dentista	50	36.0
	Internet/redes	48	34.5
	Familia/amigos	37	26.6
Frecuencia de búsqueda de información	Regular	133	95.7
	Ocasional	6	4.3
Recibió información sobre la primera visita odontológica	Sí	25	18.0
	No	26	18.7
	No lo recuerdo	88	63.3
Medio preferido para recibir información	Charlas	85	61.2
	Redes sociales	29	20.9
	Videos	25	18.0

Fuente: Cuestionario

Figura 2. Acceso, fuente y preferencia de información sobre salud oral neonatal de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.



Fuente: Tabla N° 2

Interpretación: La tabla N° 2 y Gráfico N° 2 muestra respecto a la exposición informativa, todas las participantes registraron haber recibido información odontológica durante los controles, aunque cuando se indagó por información específica sobre salud bucal del bebé en el servicio, el 77.7% señaló haberla recibido solo a veces y el 16.5% no lo recordaba. La fuente principal de información fue el dentista (36.0%), seguida de internet o redes sociales (34.5%) y de familiares o amistades (26.6%). Además, el 63.3% no recordaba haber recibido orientación sobre la primera visita odontológica y el medio preferido para futuras intervenciones fueron las charlas (61.2%). En conjunto, estos resultados sugieren una cobertura informativa

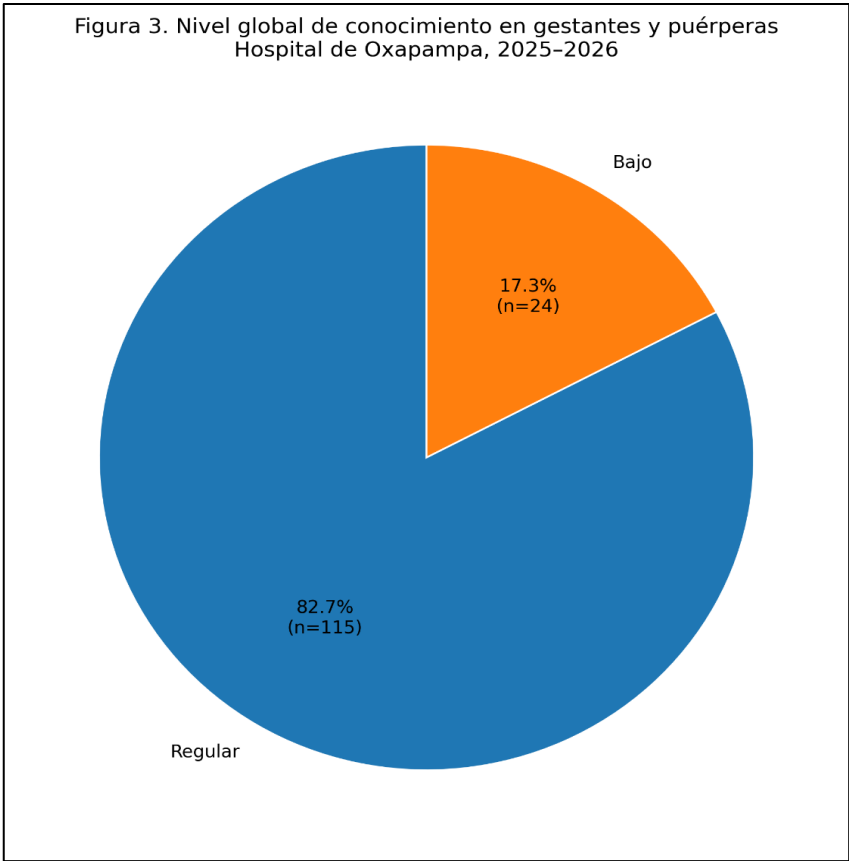
percibida como intermitente y con una fuerte coexistencia de fuentes formales e informales.

Tabla 3. *Distribución del nivel global de conocimiento de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.*

Indicador	Categoría	n	%	Puntaje promedio	DE	Mediana	Mín-Máx
Nivel global de conocimiento	Regular	115	82.7	9.83	1.6	10.0	5-13
Nivel global de conocimiento	Bajo	24	17.3	9.83	1.6	10.0	5-13

Fuente: Cuestionario

Figura 3. *Distribución del nivel global de conocimiento de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.*



Fuente: Tabla N° 3

Interpretación: La tabla N° 3 y Gráfico N° 3 muestra que el puntaje global promedio fue de 9.83 ± 1.60 puntos, con mediana de 10 y un rango de 5 a 13. Predominó

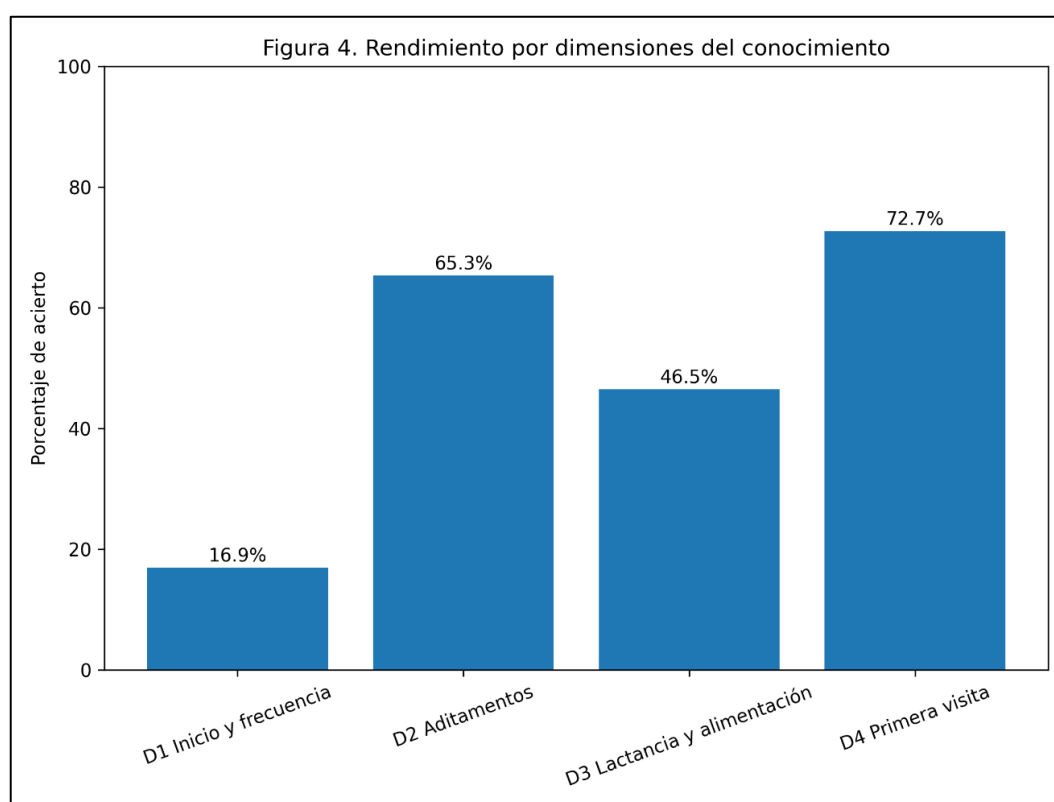
el nivel regular de conocimiento (82.7%), mientras que el 17.3% se ubicó en nivel bajo; no se identificaron casos en nivel alto. Desde la perspectiva del objetivo general, estos datos indican que el conocimiento materno no es francamente deficiente en la mayoría, pero permanece lejos de un desempeño óptimo, pues la concentración en el nivel regular refleja conocimientos parciales y vacíos en contenidos clave de prevención oral neonatal.

Tabla 4. *Resumen del rendimiento por dimensión del cuestionario aplicadas a las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.*

Dimensión	Ítems puntuables	Respuestas correctas	Respuestas esperadas	% de acierto
D1 Inicio y frecuencia de la higiene bucal	2	47	278	16.9
D2 Aditamentos y productos de higiene	4	363	556	65.3
D3 Lactancia, alimentación y prácticas preventivas	7	452	973	46.5
D4 Primera visita, valoración y proyección preventiva	5	505	695	72.7

Fuente: Cuestionario

Figura 4. Resumen del rendimiento por dimensión del cuestionario aplicadas a las gestantes y púerperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.



Fuente: Tabla N° 4

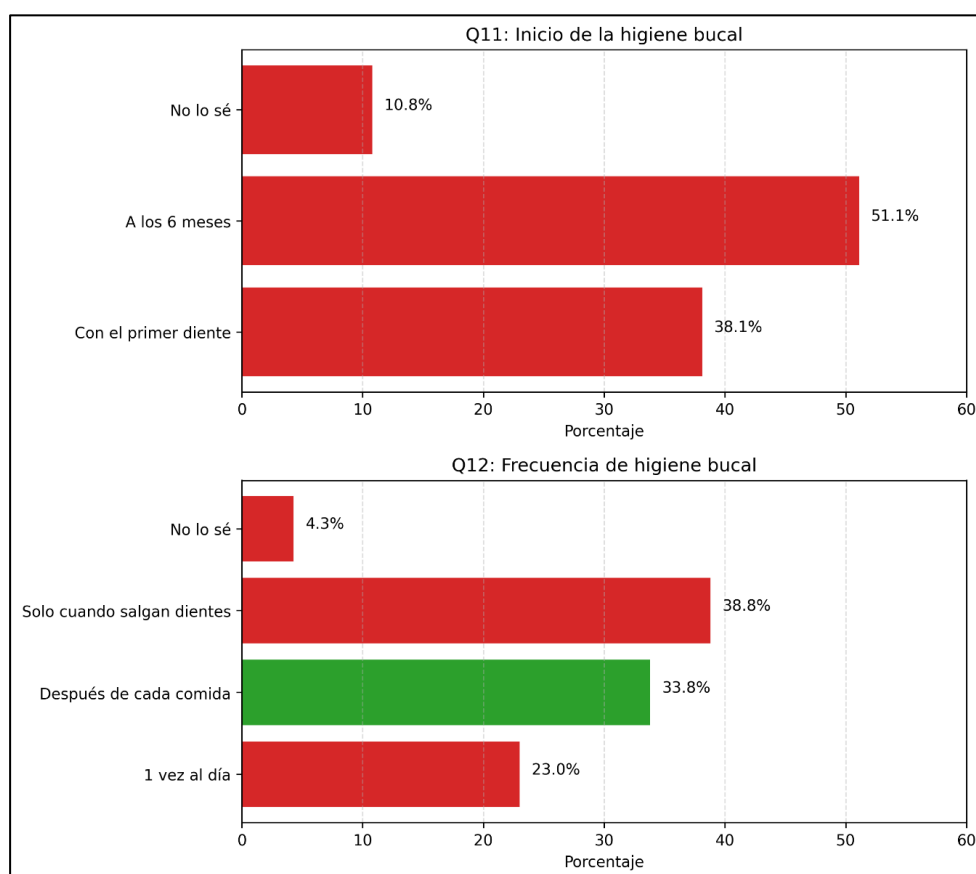
Interpretación: La tabla N° 4 y Gráfico N° 4 muestra que el rendimiento por dimensiones fue heterogéneo. La mayor proporción de aciertos se observó en la dimensión de primera visita, valoración y proyección preventiva (72.7%), seguida por aditamentos y productos de higiene (65.3%). En contraste, la dimensión con menor rendimiento fue inicio y frecuencia de la higiene bucal (16.9%), mientras que la dimensión sobre lactancia, alimentación y prácticas preventivas alcanzó un 46.5% de aciertos. Por lo tanto, las principales brechas del conocimiento se concentran en el momento oportuno para iniciar la higiene, en la frecuencia correcta de limpieza y en algunos contenidos preventivos asociados a la alimentación y al cuidado odontológico temprano.

Tabla 5. *Respuestas sobre inicio y frecuencia de la higiene bucal neonatal de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.*

Ítem	Categoría	n	%	Correcta
Q11	Con el primer diente	53	38.1	No
Q11	A los 6 meses	71	51.1	No
Q11	No lo sé	15	10.8	No
Q12	1 vez al día	32	23.0	No
Q12	Después de cada comida	47	33.8	Sí
Q12	Solo cuando salgan dientes	54	38.8	No
Q12	No lo sé	6	4.3	No

Fuente: Cuestionario

Figura 5. *Respuestas sobre inicio y frecuencia de la higiene bucal neonatal de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.*



Fuente: Tabla N° 5

Interpretación: La tabla N° 5 y Gráfico N° 5 muestra que en esta dimensión se observó la debilidad más marcada del estudio. Ninguna participante respondió

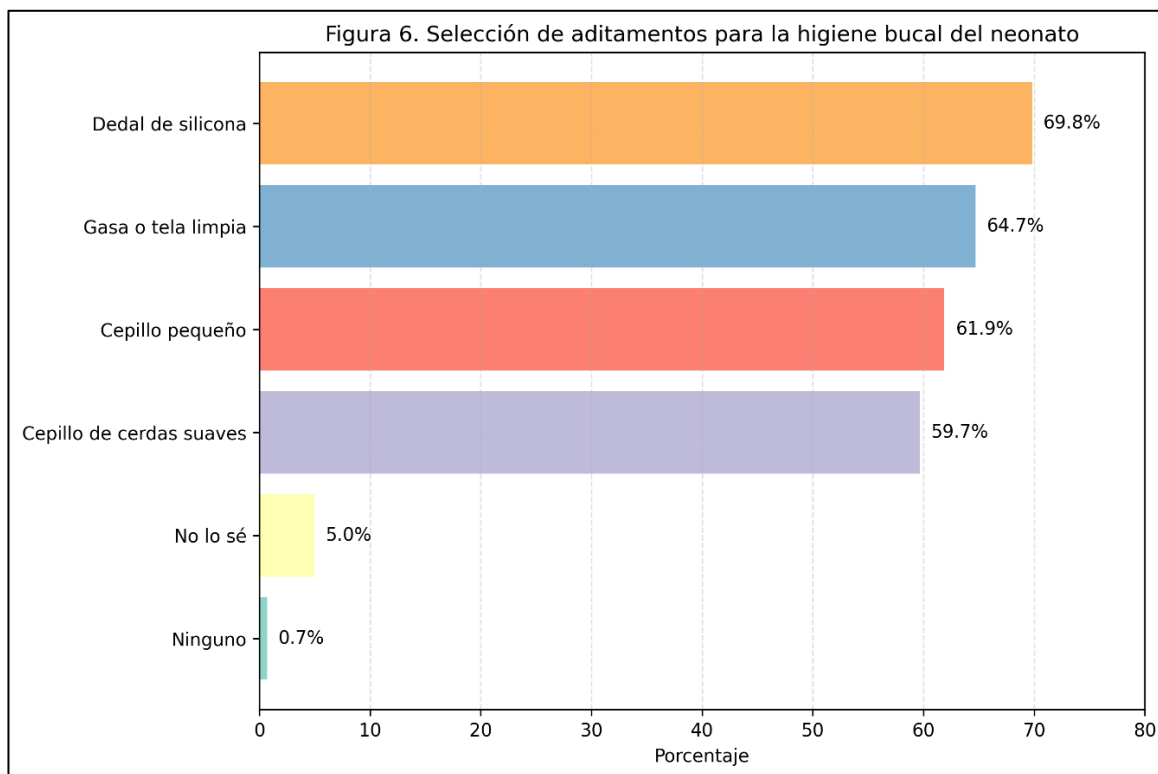
correctamente el ítem sobre el momento de inicio de la higiene oral del neonato según la clave de la base consolidada; el 51.1% indicó que debía iniciarse a los 6 meses y el 38.1% con la erupción del primer diente. En cuanto a la frecuencia, solo el 33.8% eligió la alternativa correcta, mientras que el 38.8% consideró que la limpieza debe realizarse solo cuando aparezcan los dientes. Estos hallazgos muestran que el objetivo específico 1 se cumple evidenciando un conocimiento insuficiente acerca del inicio temprano de la higiene bucal neonatal.

Tabla 6. Selección de aditamentos para la higiene bucal del neonato (respuesta múltiple) usados por las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.

Alternativa seleccionada	n	%
Gasa o tela limpia	90	64.7
Dedal de silicona	97	69.8
Cepillo pequeño	86	61.9
Cepillo de cerdas suaves	83	59.7
Ninguno	1	0.7
No lo sé	7	5.0

Fuente: Cuestionario

Figura 6. Selección de aditamentos para la higiene bucal del neonato (respuesta múltiple) usados por las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.



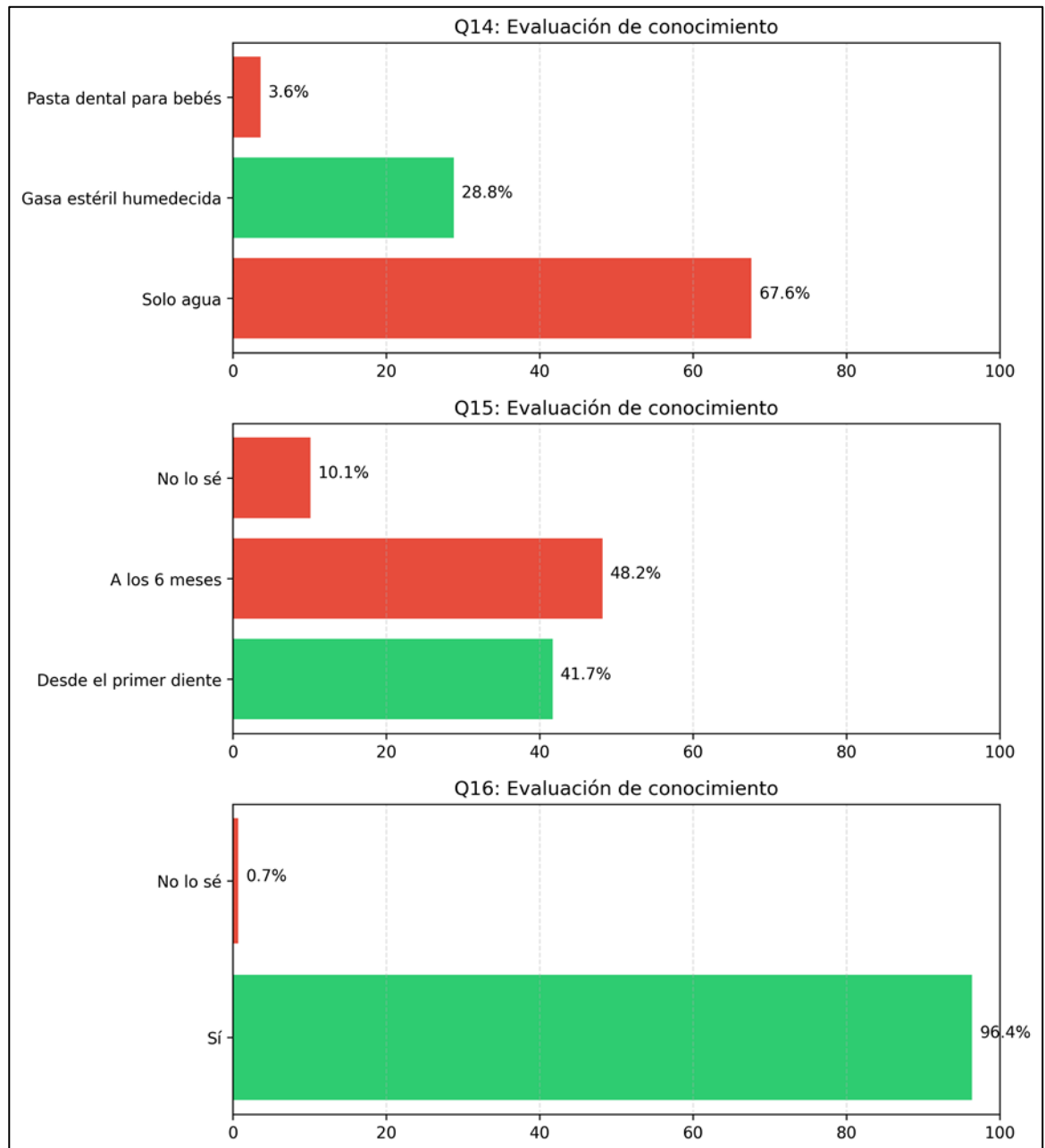
Fuente: Tabla N° 6

Tabla 7. Respuestas sobre productos y uso de aditamentos para la higiene oral de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.

Ítem	Categoría	n	%	Correcta
Q14	Solo agua	94	67.6	No
Q14	Gasa estéril humedecida	40	28.8	Sí
Q14	Pasta dental para bebés	5	3.6	No
Q15	Desde el primer diente	58	41.7	Sí
Q15	A los 6 meses	67	48.2	No
Q15	No lo sé	14	10.1	No
Q16	Sí	134	96.4	Sí
Q16	No lo sé	1	0.7	No

Fuente: Cuestionario

Figura 7. *Respuestas sobre productos y uso de aditamentos para la higiene oral de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oaxapampa 2025-2026.*



Fuente: Tabla N° 7

Interpretación: La tabla N° 6-7 y Gráfico N° 6-7 muestran en el plano de los aditamentos, la mayoría identificó opciones físicamente adecuadas para la limpieza oral del neonato: dedal de silicona (69.8%), gasa o tela limpia (64.7%), cepillo pequeño (61.9%) y cepillo de cerdas suaves (59.7%). Sin embargo, al preguntar por el producto

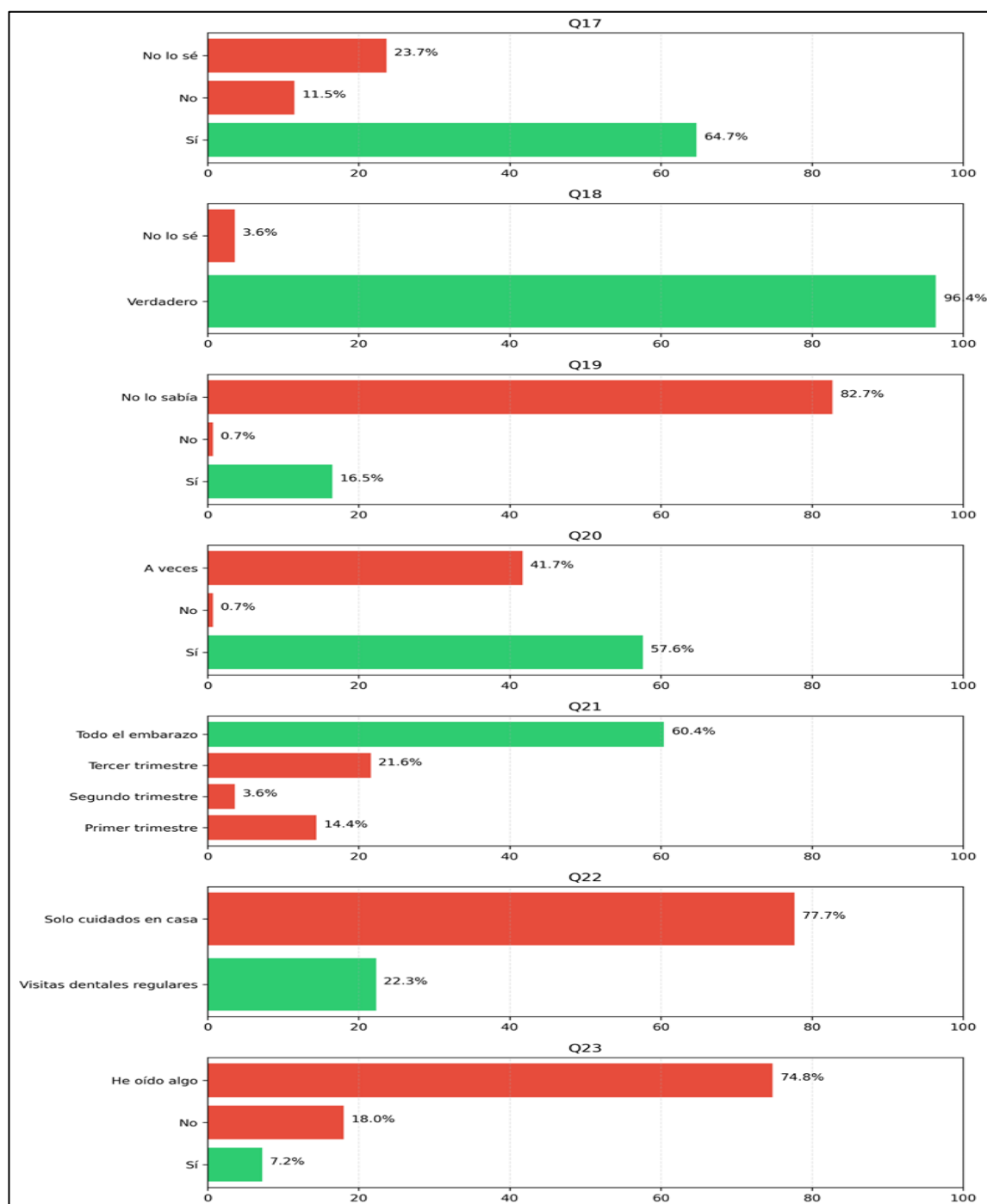
específico, solo el 28.8% eligió gasa estéril humedecida y el 67.6% respondió "solo agua". Asimismo, apenas el 41.7% señaló correctamente que el uso del cepillo debe iniciarse con la erupción del primer diente, aunque el 96.4% reconoció que su uso previene problemas bucales. En consecuencia, el objetivo específico 2 muestra un patrón mixto: existe familiaridad con algunos aditamentos, pero persisten vacíos sobre la indicación concreta y el momento de uso.

Tabla 8. *Respuestas sobre lactancia, alimentación y prácticas preventivas de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.*

Ítem	Categoría	n	%	Correcta
Q17	Sí	90	64.7	Sí
Q17	No	16	11.5	No
Q17	No lo sé	33	23.7	No
Q18	Verdadero	134	96.4	Sí
Q18	No lo sé	5	3.6	No
Q19	Sí	23	16.5	Sí
Q19	No	1	0.7	No
Q19	No lo sabía	115	82.7	No
Q20	Sí	80	57.6	Sí
Q20	No	1	0.7	No
Q20	A veces	58	41.7	No
Q21	Primer trimestre	20	14.4	No
Q21	Segundo trimestre	5	3.6	No
Q21	Tercer trimestre	30	21.6	No
Q21	Todo el embarazo	84	60.4	Sí
Q22	Visitas dentales regulares	31	22.3	Sí
Q22	Solo cuidados en casa	108	77.7	No
Q23	Sí	10	7.2	Sí
Q23	No	25	18.0	No
Q23	He oído algo	104	74.8	No

Fuente: Cuestionario

Figura 8. Respuestas sobre lactancia, alimentación y prácticas preventivas de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.



Fuente: Tabla N° 8

Interpretación: La tabla N° 8 y Gráfico N° 8 muestran en esta dimensión un nivel intermedio de conocimiento. La mayoría reconoció que la lactancia influye en la salud bucal del bebé (64.7%) y que el consumo de azúcar favorece la caries (96.4%).

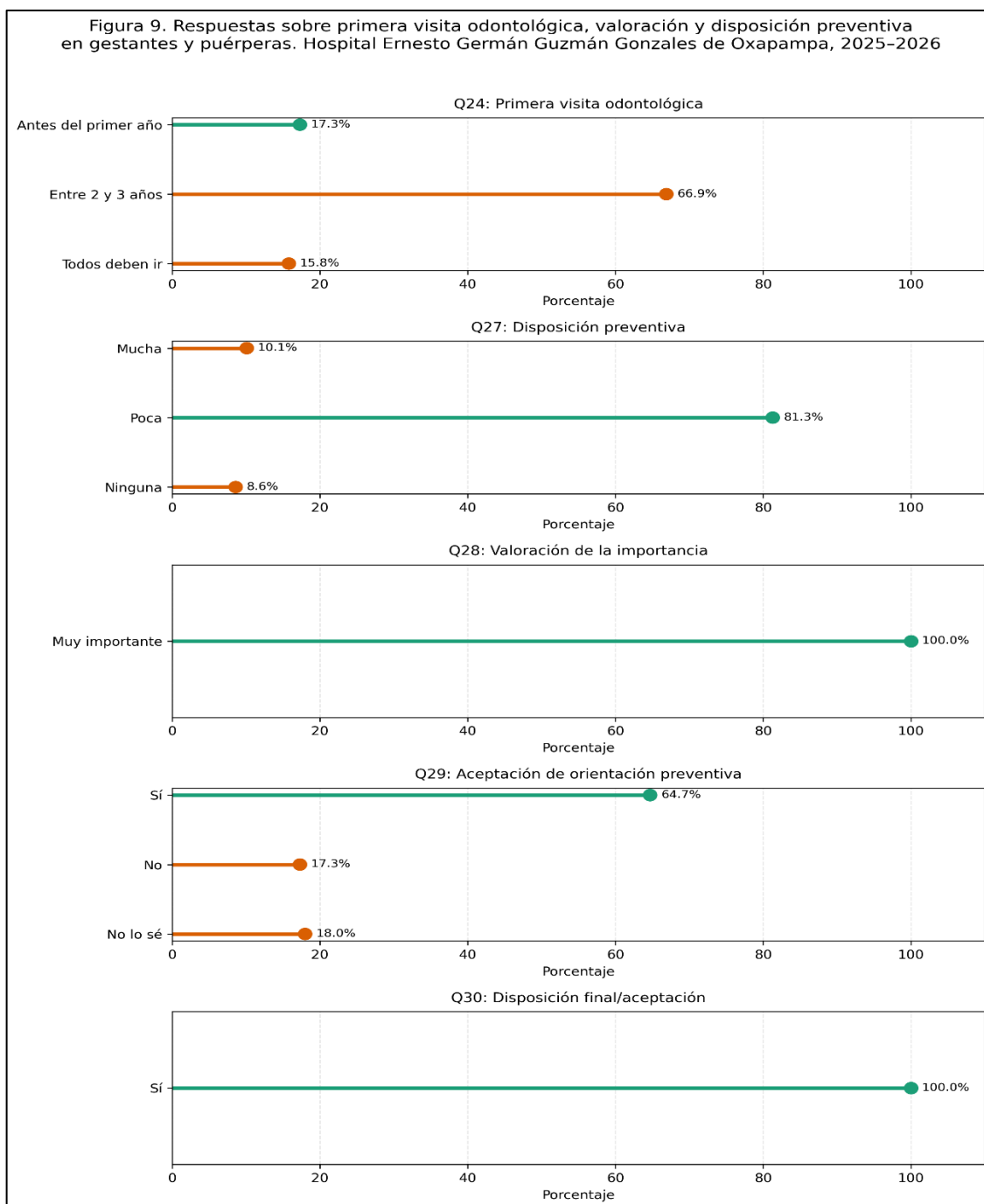
También el 60.4% consideró que todo el embarazo es una etapa importante para el desarrollo de la salud bucal del futuro bebé. No obstante, se identificaron vacíos importantes: el 82.7% respondió "no lo sabía" al preguntarse por la importancia de los nutrientes durante el embarazo, solo el 22.3% eligió las visitas dentales regulares como cuidado dental necesario y únicamente el 7.2% reconoció correctamente los efectos adversos del biberón o chupones con sustancias azucaradas. Así, el objetivo específico 3 se cumple mostrando conocimientos aceptables en nociones generales, pero limitados en contenidos preventivos más específicos.

Tabla 9. *Respuestas sobre primera visita odontológica, valoración y disposición preventiva de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.*

Ítem	Categoría	n	%	Correcta
Q24	Antes del primer año	24	17.3	Sí
Q24	Entre 2 y 3 años	93	66.9	No
Q24	Todos deben ir	22	15.8	No
Q27	Mucha	14	10.1	No
Q27	Poca	113	81.3	Sí
Q27	Ninguna	12	8.6	No
Q28	Muy importante	139	100.0	Sí
Q29	Sí	90	64.7	Sí
Q29	No	24	17.3	No
Q29	No lo sé	25	18.0	No
Q30	Sí	139	100.0	Sí

Fuente: Cuestionario

Figura 9. *Respuestas sobre primera visita odontológica, valoración y disposición preventiva de las gestantes y puérperas que acudieron al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026.*



Fuente: Tabla N° 9

Interpretación: La tabla N° 9 y Gráfico N° 9 muestran que la dimensión de mayor rendimiento fue la relacionada con la valoración preventiva. Todas las

participantes consideraron muy importante la salud bucal del bebé y todas declararon disposición para cambiar hábitos si recibieran orientación profesional. Asimismo, el 81.3% manifestó poca confianza en la información de internet o redes sociales, respuesta considerada adecuada en la clave de puntuación. Sin embargo, persistió una brecha relevante en la primera visita odontológica: solo el 17.3% respondió que debe realizarse antes del primer año, mientras que el 66.9% indicó que debería ocurrir entre los 2 y 3 años. En tal sentido, el objetivo específico 4 evidencia una actitud preventiva favorable, pero con un conocimiento insuficiente respecto al momento oportuno de la evaluación odontológica temprana.

4.3. Prueba de Hipótesis

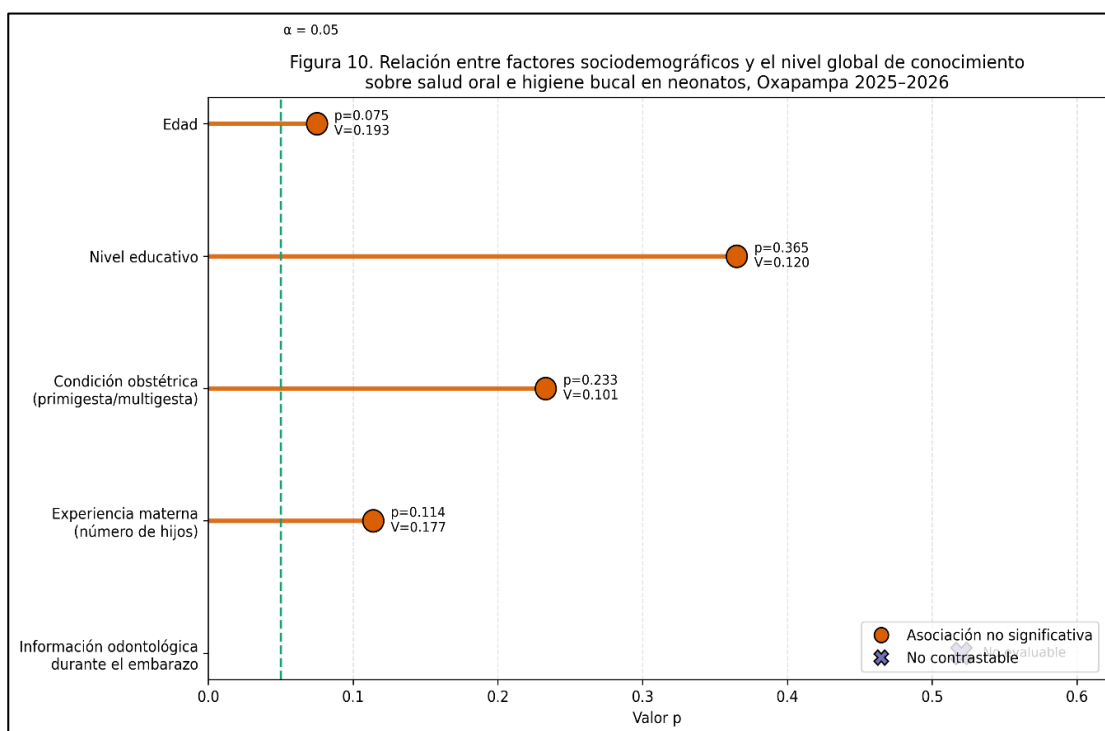
Hipótesis General

Tabla 10. Relación entre los factores sociodemográficos y el nivel global de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos. Gestantes y puérperas. Odontología y Odontopediatría. Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026 (n=139).

Factor evaluado	χ^2	gl	p	V de Cramér	Decisión
Edad	5.186	2	0.075	0.193	No se rechaza H0
Nivel educativo	2.014	2	0.365	0.120	No se rechaza H0
Condición obstétrica (primigesta/multigesta)	1.423	1	0.233	0.101	No se rechaza H0
Experiencia materna (número de hijos)	4.343	2	0.114	0.177	No se rechaza H0
Información odontológica durante el embarazo	No evaluable	—	—	—	No contrastable

Fuente: Cuestionario

Figura 10. Relación entre los factores sociodemográficos y el nivel global de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos. Gestantes y púerperas. Odontología y Odontopediatría. Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026 (n=139).



Fuente: Tabla N° 10

Comentario Interpretativo: En la tabla N° 10 y Gráfico N°10 se observa que la prueba global de asociación muestra que, en esta muestra de 139 gestantes y púerperas, no se encontró evidencia estadísticamente significativa para afirmar que la edad, el nivel educativo, la condición obstétrica o la experiencia materna se relacionen con el nivel global de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos ($p > 0.05$ en todos los contrastes). En términos de la hipótesis general, los resultados no respaldan la hipótesis alterna, por lo que corresponde no rechazar la hipótesis nula en los factores efectivamente evaluables.

Aunque la edad mostró la asociación más cercana al umbral de significancia ($p = 0.075$), esta no alcanzó el criterio estadístico establecido en el proyecto. Asimismo, la magnitud de asociación fue baja en todos los casos, según los valores de V de Cramér. En

consecuencia, los hallazgos sugieren que, en este contexto hospitalario, el conocimiento global observado parece distribuirse de forma relativamente homogénea entre los grupos sociodemográficos analizados, sin diferencias suficientemente marcadas como para sostener una relación estadística robusta. Este resultado responde al objetivo específico de relacionar el nivel de conocimiento con los factores sociodemográficos y educativos.

Decisión sobre la hipótesis general

No se halló evidencia suficiente para sostener que existe relación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos; por tanto, no se confirma la hipótesis general planteada con la base analizada.

Hipótesis Específica 1:

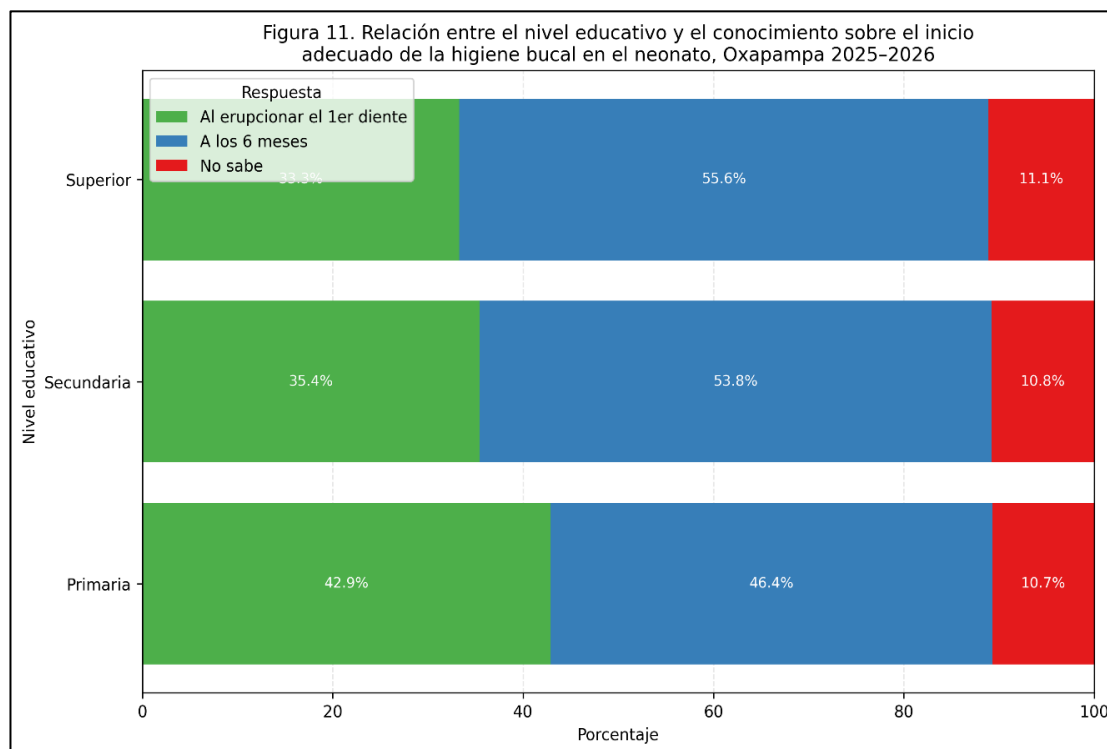
Tabla 11. *Relación entre el nivel educativo de las gestantes y puérperas y el conocimiento sobre el inicio adecuado de la higiene bucal en el neonato. Serv. de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026 (n=139)*

Nivel educativo	Al erupcionar el 1er diente		A los 6 meses		No sabe n (%)		Total
	n	%	n	%	n	%	
Primaria	24	42.9	26	46.4	6	10.7	56
Secundaria	23	35.4	35	53.8	7	10.8	65
Superior	6	33.3	10	55.6	2	11.1	18
Total	53	38.1	71	51.1	15	10.8	139

Fuente: Cuestionario

Prueba de Chi-cuadrado: $\chi^2 = 0.972$; gl = 4; p = 0.914.

Figura 11. *Relación entre el nivel educativo de las gestantes y puérperas y el conocimiento sobre el inicio adecuado de la higiene bucal en el neonato. Serv. de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026 n=139*



Fuente: Tabla N° 11

Comentario Interpretativo: En la tabla N° 11 y Gráfico N°11 se observa que la distribución de respuestas sobre el momento de inicio de la higiene bucal neonatal fue semejante en los tres niveles educativos. En todos ellos predominó la idea de que la higiene debe iniciarse a los 6 meses o cuando erupciona el primer diente, mientras que una proporción menor manifestó no saberlo. La similitud de estas proporciones explica el resultado no significativo del contraste de Chi-cuadrado ($p = 0.914$).

Desde el punto de vista sustantivo, este hallazgo indica que el mayor nivel educativo formal no se tradujo en una mejor orientación de las respuestas sobre el inicio de la higiene oral del neonato. Es decir, el conocimiento inadecuado o desplazado hacia momentos más tardíos del cuidado oral estuvo presente tanto en mujeres con primaria o secundaria como en aquellas con estudios superiores. Esto sugiere que el

conocimiento específico sobre salud oral neonatal probablemente depende más de la consejería temática recibida que del grado de instrucción por sí solo.

En términos de objetivo específico, se evidencia que el conocimiento sobre el inicio de la higiene bucal del neonato sigue siendo un punto débil transversal en la población estudiada. En términos de contraste hipotético, **no se encontró asociación estadísticamente significativa** entre nivel educativo y conocimiento sobre el inicio adecuado de la higiene bucal.

Decisión sobre la Hipótesis Específica 1

Como $p = 0.914 > 0.05$, no se acepta H_1 ; por tanto, no se encontró relación significativa entre el nivel educativo de las gestantes y puérperas y el conocimiento sobre el inicio adecuado de la higiene bucal en el neonato.

Hipótesis Específica 2:

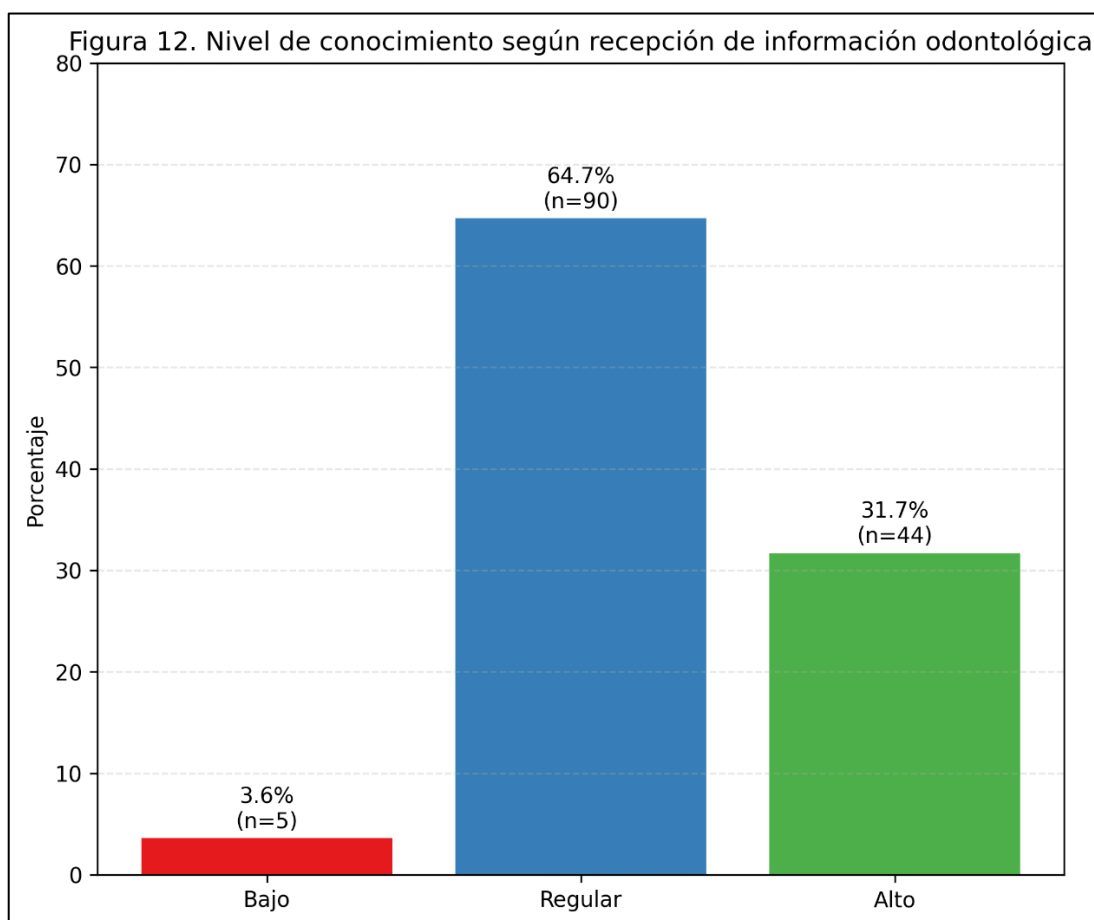
Tabla 12. *Distribución del conocimiento sobre frecuencia y aditamentos de higiene bucal del neonato según recepción de información odontológica durante el embarazo. Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026 (n=139).*

Información odontológica durante el embarazo	Bajo		Regular		Alto		Total
	n	%	n	%	n	%	
Sí	5	3.6	90	64.7	44	31.7	139

Fuente: Cuestionario

Prueba inferencial: no contrastable

Figura 12. Distribución del conocimiento sobre frecuencia y aditamentos de higiene bucal del neonato según recepción de información odontológica durante el embarazo. Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026 (n=139).



Fuente: Tabla N° 12

Comentario Interpretativo: En la tabla N° 12 y Gráfico N°12 se observa que en la base consolidada, la variable “haber recibido información odontológica durante el embarazo” presentó una sola categoría observada: 100 % de las participantes refirió haber recibido información. Esto impide construir una tabla de contingencia con dos o más grupos comparables y, por tanto, no permite aplicar la prueba de Chi-cuadrado.

No obstante, descriptivamente puede observarse que, aun cuando todas las participantes declararon haber recibido información odontológica, la mayor parte se ubicó en el nivel regular de conocimiento sobre frecuencia y aditamentos de higiene bucal del neonato (64.7 %), mientras que 31.7 % alcanzó nivel alto y 3.6 % nivel bajo. Este patrón sugiere que la sola recepción de información no garantiza una apropiación

suficiente del contenido, lo que podría reflejar diferencias en la calidad, oportunidad, claridad o recordación de la consejería brindada.

Por tanto, esta hipótesis no puede ser confirmada ni rechazada estadísticamente con la base disponible, no por ausencia de asociación, sino por falta de variabilidad en la variable independiente.

Decisión sobre la Hipótesis Específica 2

H2 no fue contrastable estadísticamente con la base analizada, debido a que la variable “información odontológica durante el embarazo” no presentó categoría de comparación.

Hipótesis Específica 3:

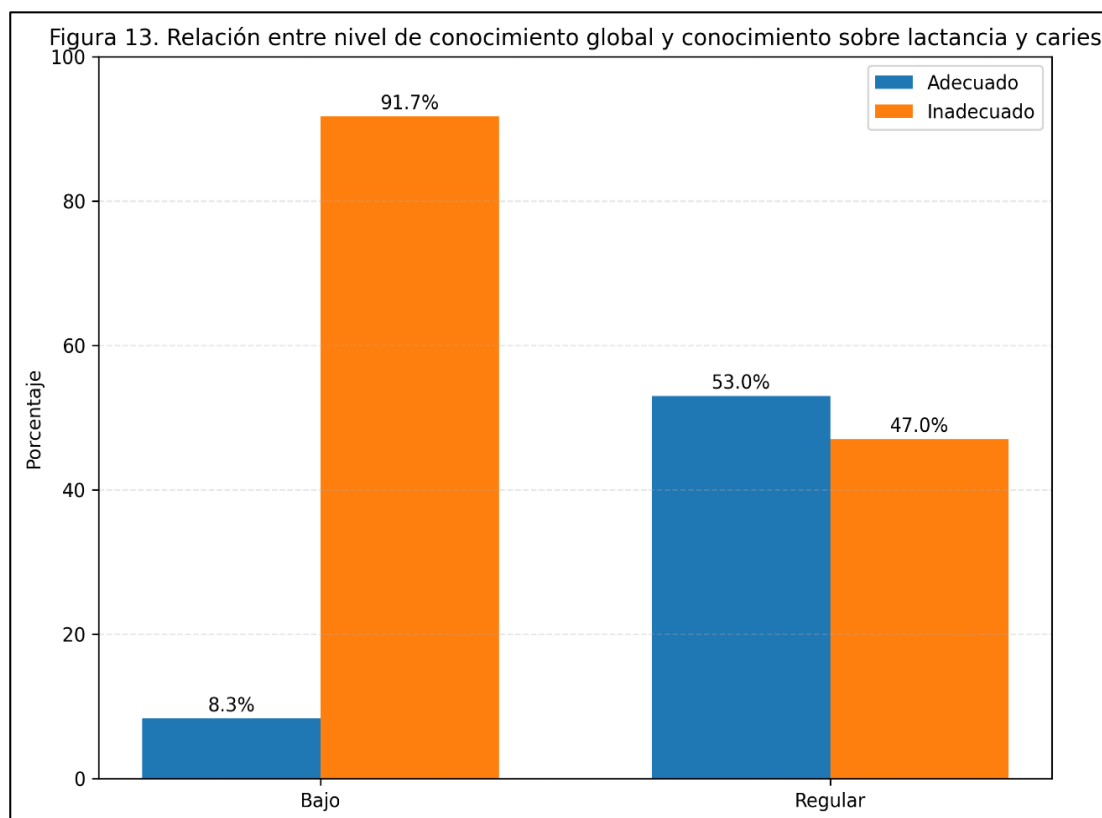
Tabla 13. *Relación entre el nivel de conocimiento materno global y el conocimiento sobre lactancia, alimentación azucarada y caries de la primera infancia de las gestantes y puérperas. Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026 (n=139).*

Nivel global de conocimiento	Adecuado		Inadecuado		Total
	n	%	n	%	
Bajo	2	8.3	22	91.7	24
Regular	61	53.0	54	47.0	115
Total	63	45.3	76	54.7	139

Fuente: Cuestionario

Prueba de Chi-cuadrado: $\chi^2 = 14.264$; gl = 1; p < 0.001.

Figura 13. *Relación entre el nivel de conocimiento materno global y el conocimiento sobre lactancia, alimentación azucarada y caries de la primera infancia de las gestantes y púerperas. Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026 (n=139).*



Fuente: Tabla N° 13

Comentario Interpretativo: En la tabla N° 13 y Gráfico N°13 se observa una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento materno global y el conocimiento específico sobre lactancia, alimentación azucarada y caries de la primera infancia. Las participantes con nivel global bajo concentraron una proporción marcadamente mayor de conocimiento inadecuado en esta dimensión (91.7 %), mientras que entre quienes mostraron nivel global regular la proporción de conocimiento adecuado fue claramente superior (53.0 %).

Este resultado es coherente con la lógica interna del constructo evaluado: una madre con mejor dominio general de la salud oral neonatal tiende también a responder de manera más favorable en aspectos críticos como el papel de la lactancia, el efecto de

los azúcares y el riesgo de caries temprana. Desde el punto de vista sanitario, este hallazgo es relevante porque esta dimensión reúne contenidos directamente relacionados con la prevención de la caries de la primera infancia.

En términos del objetivo específico, los datos muestran que el componente lactancia–alimentación–caries constituye una dimensión discriminante del conocimiento materno total. En consecuencia, el fortalecimiento educativo sobre estos temas podría elevar de manera más amplia el nivel de conocimiento preventivo global.

Decisión sobre la Hipótesis Específica 3

Como $p < 0.001$, se acepta H3. Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento materno y el conocimiento sobre la relación entre lactancia, alimentación azucarada y caries de la primera infancia.

Hipótesis Específica 4:

Tabla 14. *Relación de la edad y la condición obstétrica con el conocimiento sobre la primera visita odontológica temprana del neonato. Gestantes y puérperas, Serv. Odontología y Odontopediatría. Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oaxapampa 2025-2026 (n=139). A. Según Edad B. Según Condición obstétrica*

Edad	Antes del año		Entre 2 y 3 años		En todas las etapas		Total
	n	%	n	%	n	%	
18–25 años	4	6.7	43	71.7	13	21.7	60
26–35 años	15	25.4	39	66.1	5	8.5	59
36 años a más	5	25.0	11	55.0	4	20.0	20
Total	24	17.3	93	66.9	22	15.8	139

A. Según edad

Fuente: Cuestionario

Prueba de Chi-cuadrado (edad): $\chi^2 = 11.032$; gl = 4; $p = 0.026$.

B. Según condición obstétrica

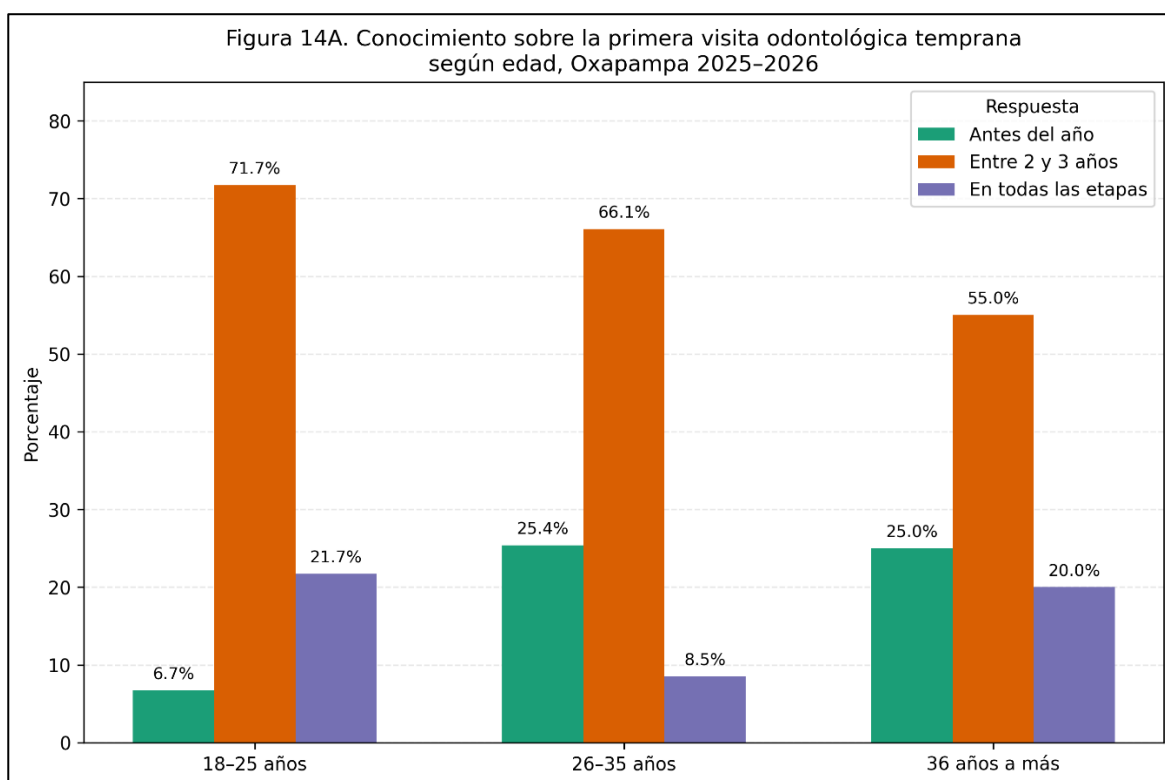
Condición obstétrica	Antes del año		Entre 2 y 3 años		En todas las etapas		Total
	n	%	n	%	n	%	
Primigesta	5	12.5	29	72.5	6	15.0	60
Multigesta	19	19.2	64	64.6	16	16.2	59
Total	24	17.3	93	66.9	22	15.8	139

C. Según condición obstétrica

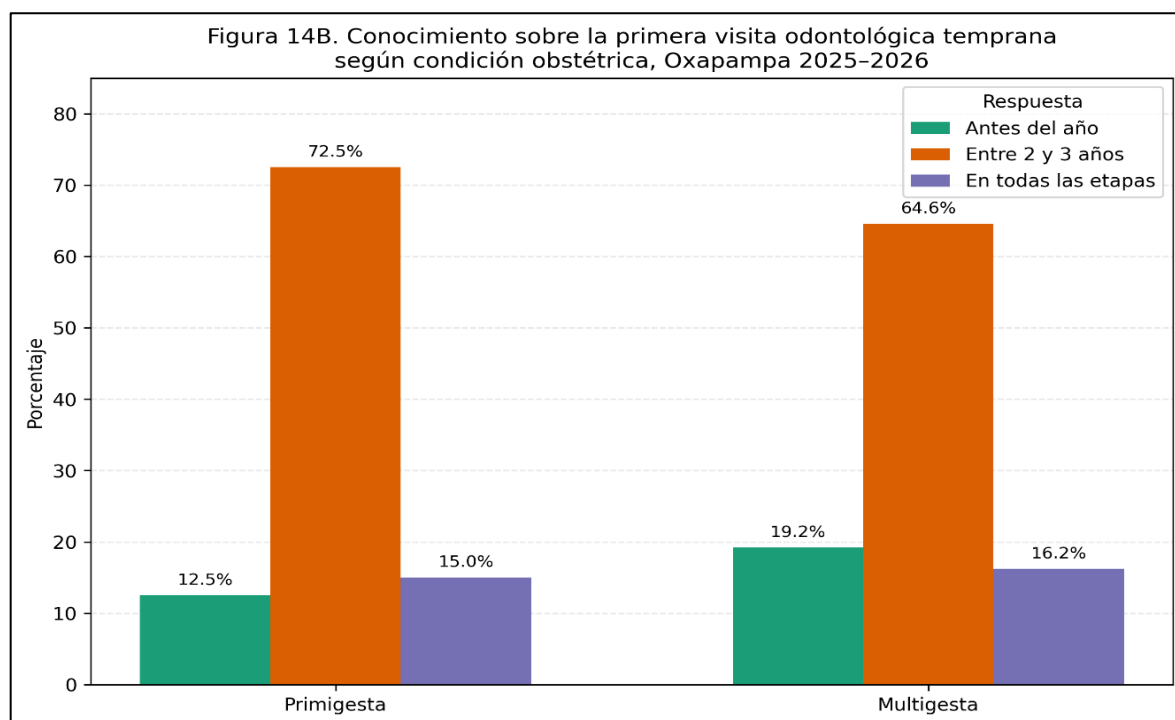
Fuente: Cuestionario

Prueba de Chi-cuadrado (condición obstétrica): $\chi^2 = 1.026$; gl = 2; p = 0.599.

Figura 14. A y B. Relación de la edad y la condición obstétrica con el conocimiento sobre la primera visita odontológica temprana del neonato. Gestantes y puérperas, Serv. Odontología y Odontopediatría. Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales. Oxapampa 2025-2026



Fuente: Tabla N° 14A



Fuente: Tabla N° 14B

Comentario Interpretativo: En la tabla N° 14 y Gráfico N°14 A y B observamos que respecto a la edad, sí se encontró una asociación estadísticamente significativa con el conocimiento sobre la primera visita odontológica temprana. En el grupo de 18 a 25 años, solo 6.7 % señaló correctamente que la primera visita debe realizarse antes del año, mientras que en los grupos de 26 a 35 años y de 36 años a más esta proporción ascendió aproximadamente a una cuarta parte. Aunque en todos los grupos predominó la respuesta “entre 2 y 3 años”, las mujeres de mayor edad mostraron una orientación relativamente más cercana a la recomendación preventiva.

En cambio, la condición obstétrica no mostró asociación significativa. Tanto en primigestas como en multigestas predominó la respuesta tardía “entre 2 y 3 años”, lo que indica que haber tenido experiencias gestacionales previas no aseguró un mejor conocimiento sobre el momento oportuno de la primera consulta odontológica del niño.

En conjunto, estos resultados indican que la hipótesis específica 4 se cumple parcialmente: la edad sí se relaciona con esta dimensión de conocimiento, pero la

experiencia maternal medida como primigesta/multigesta no evidenció asociación significativa.

Decisión sobre la Hipótesis Específica 4

La hipótesis se confirma parcialmente:

- Edad: sí mostró relación significativa con el conocimiento sobre la primera visita odontológica temprana ($p = 0.026$).
- Condición obstétrica: no mostró relación significativa ($p = 0.599$).

Hipótesis Específica 5:

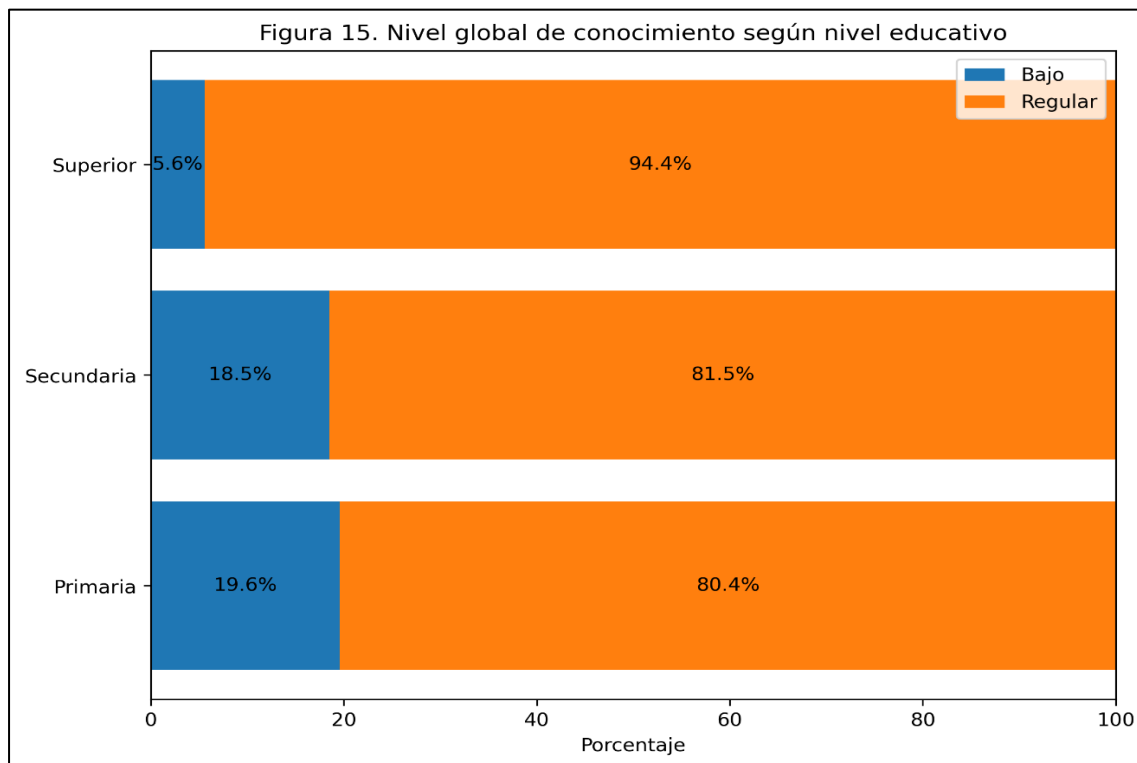
Tabla 15. *Diferencias del nivel global de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos según nivel educativo de las gestantes y puérperas. Serv. Odontología y Odontopediatría. Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026 (n=139).*

Nivel educativo	Bajo		Regular		Total
	N	(%)	n	(%)	
Primaria	11	19.6	45	80.4	56
Secundaria	12	18.5	53	81.5	65
Superior	1	5.6	17	94.4	18
Total	24	17.3	115	82.7	139

Fuente: Cuestionario

Prueba de Chi-cuadrado: $\chi^2 = 2.014$; gl = 2; $p = 0.365$.

Figura 15. *Diferencias del nivel global de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos según nivel educativo de las gestantes y puérperas. Serv. Odontología y Odontopediatría. Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa 2025-2026 (n=139).*



Fuente: Tabla N° 15

Comentario Interpretativo: En la tabla N° 15 y Gráfico N°15 aunque descriptivamente se aprecia que el grupo con educación superior tuvo una menor proporción de nivel bajo de conocimiento y una mayor concentración en el nivel regular, estas diferencias no alcanzaron significancia estadística. En otras palabras, el patrón observado sugiere una tendencia favorable en el grupo con mayor instrucción, pero dicha tendencia no fue lo suficientemente intensa como para descartar que se deba al azar muestral.

Este hallazgo tiene implicancia metodológica y sanitaria: el nivel educativo formal, por sí solo, no parece comportarse como un determinante fuerte del conocimiento preventivo sobre salud oral neonatal en esta población. Ello refuerza la

necesidad de intervenciones educativas específicas en el servicio, dirigidas a todas las usuarias, independientemente de su escolaridad.

Así, para fines de contraste, la tesis no puede sostener que el nivel global de conocimiento sea significativamente diferente según el nivel educativo de las gestantes y puérperas.

Decisión sobre la Hipótesis Específica 5

Como $p = 0.365 > 0.05$, no se acepta H5. El nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos no fue significativamente diferente según el nivel educativo de las participantes.

Síntesis final del contraste de hipótesis

En términos globales, los resultados muestran que las asociaciones significativas fueron más evidentes en dimensiones específicas del conocimiento, particularmente en la relacionada con lactancia, alimentación azucarada y caries, y en la asociación entre edad y conocimiento sobre la primera visita odontológica temprana. Sin embargo, los factores sociodemográficos clásicos no evidenciaron una relación consistente con el nivel global de conocimiento, lo que sugiere que la educación preventiva en salud oral neonatal debe fortalecerse de manera transversal en todas las gestantes y puérperas usuarias del servicio.

4.4. Discusión de resultados

La presente investigación se propuso determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos en gestantes y puérperas atendidas en el Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa durante el periodo 2025–2026, así como establecer su relación con determinados factores sociodemográficos y educativos. Esta pregunta de investigación partió de un problema claramente justificado en el proyecto: la persistencia de

conocimientos fragmentarios o insuficientes en torno al inicio de la higiene oral, la frecuencia del cuidado, el uso de aditamentos, la influencia de la lactancia y la alimentación azucarada, y la oportunidad de la primera visita odontológica del niño, todo ello en un contexto donde la prevención temprana resulta decisiva para disminuir el riesgo de caries de la primera infancia.

En términos generales, los resultados del estudio muestran que el conocimiento materno sobre salud oral neonatal se concentró predominantemente en un nivel regular, con una proporción menor de nivel bajo y sin una expresión amplia de conocimiento alto. Este hallazgo es relevante porque confirma que, aun cuando las madres usuarias del servicio ya tienen contacto con atención odontológica o con el establecimiento de salud, persisten brechas importantes en contenidos preventivos críticos. Desde una perspectiva de salud pública, esto significa que el acceso al servicio por sí mismo no garantiza la apropiación adecuada del conocimiento, y que la educación en salud oral durante el embarazo y puerperio debe ser más específica, sistemática, comprensible y centrada en conductas concretas. Este patrón, además, responde directamente a la pregunta general del estudio, al evidenciar que el conocimiento existente no alcanza un nivel óptimo y que, por tanto, existe un campo claro para la intervención preventiva institucional.

Este predominio de conocimiento regular coincide con múltiples estudios previos consignados en el proyecto. Morales, en gestantes atendidas en un hospital regional de Pasco, reportó que la mayoría presentó un nivel regular de conocimiento sobre salud bucal, acompañado de una actitud media hacia el cuidado dental⁴⁰. Del mismo modo, Panty y Cahuana encontraron en gestantes adolescentes que más de la mitad se ubicaba en un nivel regular, con dudas sobre el inicio del cepillado y sobre la consulta odontológica oportuna³⁴. Sumire, en una microrred de Cusco, también

describió que cerca de cuatro quintas partes de gestantes y puérperas presentaban solo un conocimiento regular sobre prevención en salud bucal ¹⁰. La coincidencia con estos estudios sugiere que el problema observado en Oxapampa no es aislado, sino parte de una tendencia nacional y regional en la que la información preventiva llega de manera parcial o insuficientemente transformada en conocimiento sólido.

A nivel internacional, los resultados también guardan coherencia con lo reportado por Hebbal et al., quienes identificaron una baja alfabetización en salud bucal en gestantes de Arabia Saudita, con casi 60 % de conocimientos muy pobres y asociación con factores educativos y socioeconómicos ²⁷. Asimismo, Tenenbaum y Azogui-Levy, en su revisión de alcance, señalaron que en muchos países las gestantes presentan conocimiento insuficiente sobre salud oral materna e infantil, así como limitaciones para traducir esa información en prácticas preventivas eficaces ²⁹. Aunque el contexto sociocultural de Oxapampa es distinto, el paralelismo es claro: en escenarios diversos, el conocimiento materno sobre salud oral infantil temprana continúa siendo una debilidad estructural. Esto refuerza la validez externa conceptual de nuestros hallazgos y su pertinencia como evidencia local dentro de un problema de alcance más amplio.

Uno de los hallazgos más importantes del estudio fue la ausencia de relación estadísticamente significativa entre la mayoría de factores sociodemográficos evaluados y el nivel global de conocimiento. Ni la edad, ni el nivel educativo, ni la condición obstétrica, ni la experiencia materna mostraron asociación significativa con el nivel general de conocimiento. Este resultado lleva a una reflexión importante: aunque el modelo de determinantes sociales de la salud, asumido en el proyecto, plantea que variables como escolaridad, edad o acceso a información influyen en la adopción

de conductas saludables, en esta población dichas variables no lograron explicar de forma robusta el nivel global del conocimiento medido.

Esta falta de asociación global no necesariamente contradice el marco teórico; más bien sugiere que el conocimiento sobre salud oral neonatal puede depender de una combinación más compleja de factores, entre ellos la calidad de la consejería, la claridad de los mensajes educativos, la experiencia concreta con servicios preventivos, las creencias familiares y la forma en que circula la información en el entorno comunitario. En otras palabras, el nivel educativo formal o la edad cronológica no bastan por sí solos para explicar cuánto sabe una madre sobre salud oral neonatal. Este hallazgo es metodológicamente valioso porque evita una interpretación simplista de los determinantes sociales y señala que, en la práctica, la relación entre escolaridad y conocimiento preventivo puede no ser lineal.

Sin embargo, este resultado sí difiere parcialmente de investigaciones previas. Shekhar et al. informaron que la multiparidad, mayor educación y la asistencia odontológica durante el embarazo se asociaban con mejor conocimiento sobre higiene del bebé y riesgo de caries temprana²⁸. Gaspar-Damaso et al. también hallaron que menor nivel educativo y bajos ingresos se asociaban a mayor probabilidad de conocimiento deficiente en puérperas sobre prevención oral en niños de 0 a 2 años³⁸. Hebbal et al. encontraron un patrón semejante con el nivel educativo y el ingreso²⁷. La discrepancia con nuestro estudio puede explicarse por varias razones: primero, por diferencias en el instrumento de medición; segundo, por la homogeneidad relativa de algunas variables en nuestra muestra; tercero, por la naturaleza local y hospitalaria de la población estudiada; y cuarto, por la posible presencia de un “efecto de contacto institucional”, dado que todas las participantes acudían al servicio de salud y compartían cierto acceso a información sanitaria. En este sentido, la ausencia de

asociación en Oxapampa no invalida los estudios previos, sino que muestra que la influencia de los factores sociodemográficos puede ser contextual y depender del escenario de atención.

Respecto a la primera hipótesis específica, no se halló relación significativa entre el nivel educativo y el conocimiento sobre el inicio adecuado de la higiene bucal en el neonato. Este resultado merece una lectura crítica, porque justamente el inicio de la higiene oral es uno de los puntos más sensibles en la prevención temprana. El hecho de que las respuestas incorrectas o tardías se distribuyeran de manera similar entre mujeres con primaria, secundaria e incluso educación superior indica que el déficit de conocimiento en este punto es transversal. Esto coincide con la observación de Espinoza, quien reportó que muchas madres consideraban que la higiene debía iniciarse recién a los seis meses o varios meses después de la erupción dentaria ²³. También se alinea con Panty y Cahuana, quienes encontraron dudas en torno al inicio del cepillado y otras medidas preventivas³⁴. Por tanto, más que un problema de escolaridad, este hallazgo parece expresar una brecha específica en la educación prenatal y puerperal sobre salud oral del bebé.

La segunda hipótesis específica no pudo contrastarse estadísticamente porque la variable “haber recibido información odontológica durante el embarazo” no mostró variabilidad en la base analizada. Este hecho, aunque limita el contraste inferencial, ofrece una lectura sustantiva importante: todas las participantes refirieron haber recibido información, pero ello no se tradujo automáticamente en un conocimiento alto o consistentemente adecuado. Esta aparente paradoja es sumamente relevante. Sugiere que la cobertura declarada de consejería no debe interpretarse como sinónimo de efectividad educativa. En términos prácticos, se puede brindar información sin lograr aprendizaje significativo. Desde el punto de vista institucional, este hallazgo invita a

revisar no solo si la información se entrega, sino cómo se entrega, cuánto se retiene, qué contenidos se priorizan y si se verifica la comprensión. Lazaridi et al. ya habían advertido que, aunque muchas gestantes consideran importante la salud oral, el asesoramiento proveniente de profesionales es limitado o insuficiente en temas vinculados al bebé³². De forma similar, Vicuña-Huaqui et al. señalaron que en el Perú muchas embarazadas no reciben consejería suficientemente integrada sobre la salud oral del futuro hijo³³. Nuestros resultados complementan esa idea: aun cuando existe contacto informativo, persiste un nivel predominantemente regular de conocimiento.

Un hallazgo particularmente sólido fue la confirmación de la tercera hipótesis específica: sí existió una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento materno global y el conocimiento sobre la relación entre lactancia, alimentación azucarada y caries de la primera infancia. Este resultado tiene alto valor teórico y práctico. Teóricamente, confirma que la dimensión alimentaria y de riesgo cariogénico es un componente central del conocimiento preventivo global. Prácticamente, demuestra que cuando una madre domina mejor la salud oral neonatal en términos generales, también tiende a comprender mejor el vínculo entre prácticas alimentarias y caries. Esta asociación resulta coherente con Bedoya et al., quienes subrayaron que la lactancia materna adecuadamente guiada favorece el desarrollo maxilofacial y puede contribuir a prevenir caries, siempre que se acompañe de correcta higiene oral y control de la exposición a azúcares³⁰. También coincide con Sihuy-Torres et al., quienes destacaron la importancia de las prácticas de salud bucal durante los primeros 1000 días de vida y el rol central de la madre en la instauración de hábitos saludables desde el nacimiento³⁹. En nuestro estudio, esta dimensión apareció como una de las más discriminantes del conocimiento materno, lo cual sugiere que debe ocupar un lugar central en futuros programas educativos.

En relación con la cuarta hipótesis específica, la edad sí mostró asociación significativa con el conocimiento sobre la primera visita odontológica temprana, mientras que la condición obstétrica no lo hizo. Este hallazgo parcial es interesante porque sugiere que la madurez etaria podría favorecer una mejor comprensión de la necesidad de consulta temprana, aunque no de forma suficiente para corregir el predominio de respuestas tardías. En todos los grupos etarios persistió la idea de que la primera visita odontológica debe hacerse entre los 2 y 3 años, lo cual representa un desfase importante respecto a las recomendaciones preventivas. Es decir, aunque las mujeres de mayor edad se acercaron más a la respuesta correcta, el problema del retraso en la primera consulta sigue siendo generalizado. Este patrón coincide con los estudios nacionales citados en el proyecto, en los que se documenta desconocimiento de la visita odontológica temprana y subvaloración del rol preventivo del odontopediatra desde el primer año de vida^{10,11,13}. A la vez, el hecho de que la condición de primigesta o multigesta no se asociara significativamente sugiere que la experiencia reproductiva, por sí misma, no garantiza mayor aprendizaje preventivo. Este resultado dialoga parcialmente con Shekhar et al., quienes sí encontraron mejor conocimiento en multíparas²⁸, pero aquí esa asociación no se reprodujo, quizá porque la experiencia materna no estuvo necesariamente acompañada de consejería formal o de prácticas preventivas previas exitosas.

La quinta hipótesis específica tampoco fue confirmada, pues el nivel global de conocimiento no fue significativamente diferente según el nivel educativo. Aunque descriptivamente las participantes con educación superior mostraron menor proporción de nivel bajo, la diferencia no alcanzó significancia estadística. Este resultado vuelve a insistir en una idea central: el conocimiento preventivo sobre salud oral neonatal no depende solo del grado de instrucción formal. En contextos como Oxapampa, donde

pueden coexistir factores culturales, barreras geográficas, información fragmentada y mensajes preventivos poco sistematizados, la educación formal puede perder capacidad explicativa frente a otras variables más inmediatas, como la calidad de la interacción con el personal de salud o la exposición a mensajes claros y repetidos. Por ello, los programas de promoción no deberían restringirse a grupos de menor escolaridad, sino orientarse universalmente a todas las gestantes y puérperas.

En conjunto, estos resultados permiten responder con mayor precisión la pregunta de investigación. El estudio demuestra que las gestantes y puérperas atendidas en el Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa presentan, en su mayoría, un nivel regular de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos, con debilidades notorias en temas como el momento adecuado para iniciar la higiene oral y la oportunidad de la primera consulta odontológica. Asimismo, se demuestra que la relación entre factores sociodemográficos y el conocimiento no es uniforme: algunas asociaciones esperadas no se confirmaron, mientras que otras se evidenciaron solo en dimensiones específicas, como la edad respecto a la primera visita odontológica y el vínculo entre el conocimiento global y la comprensión de la relación entre lactancia, alimentación azucarada y caries. En ese sentido, la respuesta a la pregunta de investigación no solo es descriptiva, sino también analítica: el conocimiento existente es insuficientemente sólido y su distribución no se explica de manera simple por los factores sociodemográficos clásicos.

Desde el punto de vista de las fortalezas, esta investigación aporta evidencia original en un contexto local donde, según el propio proyecto, no existían estudios previos específicos sobre salud oral e higiene bucal en neonatos en gestantes y puérperas del hospital de Oxapampa. Esa originalidad le otorga relevancia institucional y territorial. Además, la muestra de 139 participantes permite una aproximación

empírica razonable para un estudio hospitalario transversal y ofrece una visión concreta de la población usuaria real del servicio. Otra fortaleza importante es que el estudio no se limitó a describir el nivel global de conocimiento, sino que analizó dimensiones específicas y las contrastó inferencialmente con factores sociodemográficos y educativos, lo cual brinda una lectura más rica y útil para la toma de decisiones. Finalmente, el hecho de haber trabajado con un cuestionario estructurado alineado con los objetivos, hipótesis y dimensiones del proyecto fortalece la coherencia interna del estudio.

Entre las debilidades, la primera y más importante es la naturaleza transversal y no experimental del diseño, que impide establecer causalidad. Solo pueden identificarse asociaciones, no efectos. La segunda es el muestreo por conveniencia, que limita la generalización de los resultados a otras poblaciones fuera del hospital o de la provincia. La tercera es la dependencia del autoinforme, con posibilidad de sesgo por deseabilidad social, recuerdo imperfecto o respuestas influenciadas por el contexto asistencial. A esto se suma una limitación empírica observada durante el análisis: la ausencia de variabilidad en la variable “información odontológica durante el embarazo”, lo que impidió contrastar una de las hipótesis específicas. Finalmente, también debe considerarse que el conocimiento fue medido mediante respuestas categóricas estructuradas; aunque esto facilita el análisis estadístico, puede no captar completamente los matices de comprensión, razonamiento o práctica real de las participantes. Estas limitaciones ya eran coherentes con las previstas metodológicamente en el proyecto y deben reconocerse abiertamente para no sobredimensionar las conclusiones.

Pese a estas limitaciones, la relevancia del estudio es alta. Sus hallazgos permiten orientar acciones concretas en el servicio de Odontología y Odontopediatría

del hospital, especialmente en relación con cuatro ejes: inicio temprano de la higiene oral, uso correcto de aditamentos, comprensión del riesgo cariogénico asociado a alimentación y azúcares, y necesidad de la primera visita odontológica antes del año de vida. Además, el estudio refuerza la necesidad de que la promoción de salud oral neonatal se integre de manera más clara al control prenatal y al puerperio inmediato, en concordancia con el enfoque de prevención temprana y con la importancia de los primeros meses de vida para la salud bucal futura. En términos académicos, también aporta una base local útil para nuevas investigaciones, para el diseño de intervenciones educativas y para evaluaciones posteriores de impacto.

En síntesis, la discusión de los hallazgos permite concluir que el estudio cumple un papel doblemente valioso: por un lado, documenta una realidad concreta y local de conocimiento predominantemente regular, con vacíos críticos en contenidos preventivos; por otro, matiza la relación esperada entre conocimiento y factores sociodemográficos, mostrando que no todos los determinantes teóricos actúan con la misma fuerza en este contexto. La investigación confirma parcialmente lo descrito por la literatura nacional e internacional, especialmente en cuanto al predominio de conocimientos insuficientes o regulares y a la persistencia de creencias o prácticas preventivas tardías. Al mismo tiempo, muestra particularidades propias de Oxapampa, donde ciertas asociaciones clásicas no se verificaron estadísticamente. Ese equilibrio entre coincidencia y especificidad es, precisamente, uno de los aportes más valiosos del estudio.

CONCLUSIONES

1. Se determinó que el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos en gestantes y puérperas atendidas en el Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa fue predominantemente regular (82.7 %; n=115), seguido de un nivel bajo (17.3 %; n=24), sin evidenciarse proporciones relevantes de nivel alto. Este hallazgo indica que la mayoría de las participantes posee conocimientos parciales o incompletos, lo que limita la adopción de conductas preventivas óptimas en la salud bucal del neonato.
2. Se identificó que el conocimiento sobre el momento adecuado para iniciar la higiene bucal del neonato es insuficiente, evidenciándose que el 51.1 % (n=71) de las participantes considera que debe iniciarse a los 6 meses y el 38.1 % (n=53) al erupcionar el primer diente, mientras que solo una proporción mínima reconoce el inicio temprano. Este resultado evidencia un retraso conceptual generalizado en la implementación de prácticas preventivas desde el nacimiento.
3. Se evidenció que, pese a que el 100 % (n=139) de las participantes refirió haber recibido información odontológica durante el embarazo, el nivel de conocimiento sobre la frecuencia y uso adecuado de aditamentos de higiene bucal fue predominantemente regular (64.7 %; n=90), seguido de nivel alto (31.7 %; n=44) y un mínimo porcentaje en nivel bajo (3.6 %; n=5). Este hallazgo indica que la información recibida no se traduce necesariamente en un conocimiento sólido o completamente adecuado.
4. Se determinó que el 45.3 % (n=63) de las participantes presentó conocimiento adecuado sobre la relación entre lactancia, alimentación azucarada y caries de la primera infancia, mientras que el 54.7 % (n=76) evidenció conocimiento inadecuado. Asimismo, se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) entre el nivel de conocimiento global y esta dimensión, lo que indica que las participantes con mayor conocimiento

general presentan una mejor comprensión de los factores alimentarios relacionados con la caries.

5. Se describió que el 66.9 % (n=93) de las gestantes y puérperas considera que la primera consulta odontológica del niño debe realizarse entre los 2 y 3 años, mientras que solo el 17.3 % (n=24) reconoce que debe efectuarse antes del primer año de vida. Este resultado evidencia un conocimiento predominantemente tardío sobre la atención odontológica preventiva, lo cual constituye un factor de riesgo para la salud bucal en la primera infancia.
6. Se determinó que no existe relación estadísticamente significativa entre el nivel global de conocimiento y los factores sociodemográficos evaluados, tales como edad ($p=0.075$), nivel educativo ($p=0.365$), condición obstétrica ($p=0.233$) y experiencia materna ($p=0.114$). Asimismo, no se evidenciaron diferencias significativas del nivel de conocimiento según el nivel educativo ($p=0.365$). Sin embargo, se encontró una asociación significativa entre la edad y el conocimiento sobre la primera consulta odontológica temprana ($p=0.026$), lo que indica que las participantes de mayor edad presentan una ligera mejor orientación en esta dimensión.
7. En conjunto, los resultados evidencian que el conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos en la población estudiada es predominantemente regular y presenta deficiencias en aspectos clave de la prevención, como el inicio oportuno de la higiene oral y la consulta odontológica temprana. Asimismo, se demuestra que este conocimiento no depende exclusivamente de factores sociodemográficos o educativos, sino que requiere intervenciones educativas específicas, oportunas y de mayor calidad dentro de los servicios de salud, orientadas a fortalecer las prácticas preventivas desde los primeros meses de vida del neonato.

RECOMENDACIONES

1. Al Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa:

- Implementar programas estructurados de educación en salud oral dirigidos a gestantes y puérperas, considerando que el 82.7 % (n=115) presentó un nivel de conocimiento regular y el 17.3 % (n=24) nivel bajo, evidenciando la necesidad de fortalecer la educación preventiva desde el primer nivel de atención.
- Incorporar sesiones educativas obligatorias dentro del flujo de atención prenatal y puerperal, enfatizando contenidos críticos como el inicio oportuno de la higiene bucal, debido a que el 51.1 % (n=71) considera que debe iniciarse a los 6 meses y el 38.1 % (n=53) al erupcionar el primer diente, lo cual refleja un retraso en la adopción de prácticas preventivas.
- Reforzar la consejería sobre la primera consulta odontológica temprana, dado que el 66.9 % (n=93) de las participantes considera que debe realizarse entre los 2 y 3 años, en contraste con las recomendaciones preventivas actuales.
- Estandarizar protocolos de educación en salud oral neonatal en el servicio de Odontología y Odontopediatría, asegurando que la información brindada sea clara, comprensible y evaluada en su efectividad, considerando que, pese a que el 100 % (n=139) recibió información, el conocimiento se mantuvo mayoritariamente en nivel regular.

2. A la Dirección Regional de Salud DIRESA PASCO

- Diseñar e implementar estrategias regionales de promoción de la salud bucal en gestantes y puérperas, priorizando la educación sobre higiene oral neonatal, en respuesta a la alta proporción de conocimiento insuficiente identificada en el estudio.
- Integrar la salud bucal neonatal en los programas de control prenatal y crecimiento y desarrollo (CRED), con enfoque preventivo, considerando que más del 54.7 % (n=76)

presenta conocimiento inadecuado sobre la relación entre lactancia, alimentación azucarada y caries.

- Supervisar y evaluar periódicamente la calidad de la consejería en salud oral brindada en los establecimientos de salud de la región, ya que los resultados evidencian que la información proporcionada no garantiza un conocimiento adecuado.
- Promover capacitaciones continuas al personal de salud sobre educación en salud bucal materno-infantil, con énfasis en metodologías participativas y comunicación efectiva.

3. A las Gestantes y Puérperas

- Participar activamente en las sesiones educativas brindadas por los servicios de salud, con el objetivo de mejorar su conocimiento sobre el cuidado bucal del neonato.
- Adoptar prácticas de higiene bucal desde el nacimiento del bebé, independientemente de la erupción dentaria, para prevenir la colonización temprana de bacterias cariogénicas.
- Evitar la exposición temprana del niño a alimentos azucarados y comprender la relación entre la alimentación y la salud bucal, considerando que más de la mitad de las participantes presenta conocimiento inadecuado en este aspecto.
- Acudir oportunamente a la primera consulta odontológica del niño antes del primer año de vida, como medida preventiva fundamental.

4. Al personal de salud asistencial:

- Brindar consejería en salud oral de manera sistemática, clara y adaptada al nivel sociocultural de las gestantes y puérperas, considerando que el conocimiento no varía significativamente según el nivel educativo ($p=0.365$).

- Verificar la comprensión de la información proporcionada mediante estrategias educativas participativas, ya que la simple transmisión de información no garantiza aprendizaje efectivo.
- Enfatizar durante la atención temas clave identificados como deficientes en el estudio: inicio de la higiene bucal, frecuencia, uso de aditamentos y momento de la primera consulta odontológica.
- Promover el trabajo interdisciplinario entre odontólogos, obstetras, enfermeras y médicos para fortalecer la educación integral en salud materno-infantil.

5. A la comunidad en general:

- Fomentar una cultura preventiva en salud bucal desde el entorno familiar y comunitario, reconociendo el rol de la madre como principal agente de cuidado en los primeros años de vida.
- Difundir información adecuada sobre salud oral infantil a través de medios comunitarios, redes sociales y organizaciones locales, con el fin de contrarrestar creencias erróneas y prácticas inadecuadas.
- Promover la participación comunitaria en campañas de salud bucal organizadas por los establecimientos de salud, fortaleciendo el acceso a información confiable.

6. Al Ministerio de Salud (MINSA):

- Fortalecer las políticas públicas de promoción de la salud bucal en el binomio madre-niño, incorporando de manera explícita la salud oral neonatal en las normativas de atención prenatal y puerperal.
- Desarrollar materiales educativos estandarizados a nivel nacional, culturalmente adaptados, que aborden temas clave como el inicio de la higiene bucal, uso de aditamentos, alimentación y prevención de caries en la primera infancia.

- Incluir indicadores de evaluación del conocimiento en salud oral dentro de los sistemas de monitoreo del MINSA, con el fin de medir el impacto de las intervenciones educativas.
- Impulsar campañas nacionales de sensibilización sobre la importancia de la salud bucal desde el nacimiento, considerando que la mayoría de madres desconoce aspectos fundamentales de la prevención temprana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Panta Vasquez KR. Nivel de conocimiento y actitud sobre salud bucal durante el embarazo en gestantes en un hospital de la ciudad de Lima-Perú, 2022. Univ Nac Federico Villarreal [Internet]. 2023 [citado 1 de diciembre de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/7865>
2. Morales Chavez AE. Nivel de conocimiento y la actitud de la salud bucal en gestantes atendidas en el Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión García Pasco 2023. Univ Nac Daniel Alcides Carrión [Internet]. 2024 [citado 1 de diciembre de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/3961>
3. Hernandez M, Chau K, Charissou A, Lecaillon A, Delsau A, Bruncher P, et al. Early predictors of childhood caries among 4-year-old children: a population-based study in north-eastern France. Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent. 2021;22:833-42.
4. Caviglia I, García G, Caviglia I, García G. Determinación de la adquisición del Streptococcus grupo mutans en un grupo de niños uruguayos de hasta 36 meses de edad Estudio piloto. Odontoestomatología [Internet]. 2020 [citado 1 de diciembre de 2025];22:62-71. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-93392020000100062&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. American Dental Association. Statement on Dentistry as Essential Health Care [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.ada.org/about/press-releases/2020-archives/statement-on-dentistry-as-essential-health-care>
6. American Academy of Pediatric Dentistry. The American Academy of Pediatric Dentistry Strategic Plan [Internet]. The American Academy of Pediatric Dentistry

- Strategic Plan. 2025 [citado 1 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/Strategic-Plan/>
7. Ministerio de Salud del Perú. 85% de niños menores de 11 años tiene caries dental por inadecuada higiene bucal [Internet]. 2017 [citado 1 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/13055-minsa-85-de-ninos-menores-de-11-anos-tiene-caries-dental-por-inadecuada-higiene-bucal>
 8. Ministerio de Salud del Perú, 20. M de S del P, MINSA. Lactancia materna: clave para la salud bucal del recién nacido [Internet]. 2025 [citado 1 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1226885-lactancia-materna-clave-para-la-salud-bucal-del-recien-nacido>
 9. Almajed OS, Aljouie AA, Alharbi MS, Alsulaimi LM. The Impact of Socioeconomic Factors on Pediatric Oral Health: A Review. *Cureus*. 2024;16:e53567.
 10. Sumire Cutire O. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes y puérperas de la microrred Combapata Cusco – 2023. 2024 [citado 1 de diciembre de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/9692>
 11. Panta Vasquez KR. Nivel de conocimiento y actitud sobre salud bucal durante el embarazo en gestantes en un hospital de la ciudad de Lima-Perú, 2022. Univ Nac Federico Villarreal [Internet]. 2023 [citado 1 de diciembre de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/7865>
 12. Kharouba J, Mansour S, Ratson T, Naishlos S, Weissman G, Blumer S. Knowledge of Breastfeeding Mothers Regarding Caries Prevention in Toddlers. *Children* [Internet]. 2023 [citado 1 de diciembre de 2025];10:136. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9856759/>

13. Garzón Perdomo FL. Patologías orales en recién nacidos que asisten a la consulta del recién nacido en el Hospital Infantil Universitario de San José. 2022 [citado 1 de diciembre de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12495/8795>
14. Ministerio de Salud del Perú. Salud bucal [Internet]. 2025 [citado 1 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/39149-salud-bucal>
15. National Institute of Dental and Craniofacial Research. La higiene oral [Internet]. 2025 [citado 1 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.nidcr.nih.gov/espanol/temas-de-salud/la-higiene-oral>
16. Ministerio de Salud del Perú. Realizar limpieza bucal a bebés a partir del primer mes de vida [Internet]. [citado 1 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/42052-minsa-recomienda-realizar-limpieza-bucal-a-bebes-a-partir-del-primer-mes-de-vida>
17. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2003;31 Suppl 1:3-23.
18. American Academy on Pediatric Dentistry, American Academy of Pediatrics. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. Pediatr Dent. 2008;30:40-3.
19. Ramos-Gomez F, Crystal YO, Ng MW, Tinanoff N, Featherstone JD. Caries risk assessment, prevention, and management in pediatric dental care. Gen Dent. 2010;58:505-17; quiz 518-9.
20. Caufield PW, Li Y, Dasanayake A. Dental caries: an infectious and transmissible disease. Compend Contin Educ Dent Jamesburg NJ 1995. 2005;26:10-6.
21. Berkowitz RJ. Causes, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective. J Can Dent Assoc. 2003;69:304-7.

22. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health [Internet]. [citado 7 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>
23. Espinoza Condor JE. Nivel de Conocimientos sobre higiene oral del bebé, en madres que acuden al Centro de Salud Uliachín, Pasco 2019. Univ Nac Daniel Alcides Carrión [Internet]. 2020 [citado 7 de diciembre de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/1789>
24. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 4a. ed. México: McGraw-Hill; 2006.
25. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación [Internet]. McGraw Hill España; 2014 [citado 7 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008>
26. Acharya S, Lin V, Dhingra N. The role of health in achieving the sustainable development goals. Bull World Health Organ [Internet]. 2018 [citado 7 de diciembre de 2025];96:591-591A. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6154063/>
27. Hebbal M, AlSagob EI, Kotha SL, Santhosh VN, Kumar RS, Mertins S, et al. Oral health-related knowledge, practice, and utilization of dental services among pregnant women in Riyadh, Saudi Arabia. PLOS ONE [Internet]. 2025 [citado 7 de diciembre de 2025];20:e0319508. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0319508>
28. Shekhar MG, Alhowail AE, Almugla YM, Abraham S. Maternal Factors Influencing Infant Oral Health Knowledge and Beliefs among Pregnant Women in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. Eur J Gen Dent [Internet]. 2025 [citado 7 de diciembre de 2025];

- 2025];s-0045-1806946. Disponible en: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0045-1806946>
29. Tenenbaum A, Azogui-Levy S. Oral Health Knowledge, Attitudes, Practices, and Literacy of Pregnant Women: A Scoping Review. *Oral Health Prev Dent*. 2023;21:185-98.
30. Bedoya KB, Ramirez AA, González IJS, Jaramillo CV. Lactancia materna y salud bucal de niños y niñas menores de dos años: revisión de la literatura. *Cult Cuid* [Internet]. 2023 [citado 7 de diciembre de 2025];20:94-115. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/10785>
31. Mier IMY, Esquivel Y de la CB, García LMP, Yero JL de C, Porcugué YG, Rodríguez MG. Knowledge, attitudes, practices and self-perception on oral health in pregnant women. *Gac Médica Espirituana* [Internet]. 2022 [citado 7 de diciembre de 2025];24:1-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=121878>
32. Lazaridi I, Zekeridou A, Schaub L, Prudente D, Razban M, Giannopoulou C. A Survey on Oral Health Knowledge, Attitudes and Practices of Pregnant Women Attending Four General Health Hospitals in Switzerland. *Oral Health Prev Dent*. 2022;20:33-40.
33. Vicuña-Huaqui LA, Diaz-Campos JS, Poves-Campos JZ, Blanco-García LE, Vicuña-Huaqui LA, Diaz-Campos JS, et al. Cuidado preventivo y recuperativo en salud oral de mujeres embarazadas en el Perú. *Rev Estomatológica Hered* [Internet]. 2023 [citado 7 de diciembre de 2025];33:331-43. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1019-43552023000400331&lng=es&nrm=iso&tlng=es
34. Panty SJG, Cahuana YMT. Nivel de conocimiento de medidas preventivas en la salud bucal de gestantes adolescentes. *Rev Odontológica Basadrina* [Internet]. 2022 [citado 7

- de diciembre de 2025];6:13-20. Disponible en:
<https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rob/article/view/1264>
35. Arellano Sacramento C, Contreras Bernal MF, Girano Castanos JA, Hermoza-Moquillaza RV. Comparación de nivel de conocimiento sobre la salud bucal entre gestantes atendidas en puesto de salud y en hospital. 2020 [citado 7 de diciembre de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/5459>
 36. Chura Caceres E, Machaca Sucapuca HR, Toque Vilca AM. Nivel de conocimiento de salud oral y la relación con la clasificación de lesiones cariosas en gestantes, microrred Cono Sur, Juliaca, 2023. Univ Cont [Internet]. 2024 [citado 7 de diciembre de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/14551>
 37. Cruz AS, Lucia A. Efectividad de dos tipos de intervenciones educativas sobre el nivel de conocimiento en salud bucal en gestantes de un centro de salud en la provincia de Chiclayo-2018. 2019 [citado 7 de diciembre de 2025]; Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/1644>
 38. Gaspar-Damaso N, Ladera-Castañeda M, Córdova-Limaylla N, Briceño-Vergel G, Cervantes-Ganoza L, Nicho-Valladares M, et al. Sociodemographic Factors Associated with the Level of Knowledge of Early Postpartum Women about Oral Health Prevention in Infants Aged 0 to 2 Years Old: A Cross-Sectional Study under a Multivariable Analysis. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2023 [citado 7 de diciembre de 2025];20:1881. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/3/1881>
 39. Sihuay-Torres K, Luna-Mazzola I, Rosa, Rivera Félix LM, Sihuay-Torres K, Luna-Mazzola I, et al. Prácticas de salud bucal durante los primeros 1000 días de vida: Revisión de la literatura. Rev Fac Med Humana [Internet]. 2023 [citado 7 de diciembre de 2025];23:148-55. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2308-05312023000300148&lng=es&nrm=iso&tlng=es

40. Morales Chavez AE. Nivel de conocimiento y la actitud de la salud bucal en gestantes atendidas en el Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión García Pasco 2023. Univ Nac Daniel Alcides Carrión [Internet]. 2024 [citado 7 de diciembre de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/3961>
41. Espinoza Lopez HW. Nivel de conocimiento en higiene bucal y estado gingival en pacientes gestantes que acuden al Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco (2024-2025). Univ Nac Daniel Alcides Carrión [Internet]. 2025 [citado 7 de diciembre de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/5881>
42. Cirineo Mendoza YE. Incidencia del Granuloma Piógeno como proceso reactivo en gestantes que acuden al Centro de Salud de Paucartambo, Pasco - 2024. Univ Nac Daniel Alcides Carrión [Internet]. 2025 [citado 7 de diciembre de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/5258>
43. INEI. Pasco: Encuesta demografica y de salud familiar. ENDES 2023 [Internet]. Pasco: INEI; 2023 p. 36. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2023/departamentales_en/Endes19/pdf/Pasco.pdf?utm_source=chatgpt.com
44. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. Int Dent J [Internet]. 2003 [citado 7 de diciembre de 2025];53:285-8. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1875-595X.2003.tb00761.x>
45. Xiao J, Alkhers N, Kopycka-Kedzierawski DT, Billings RJ, Wu TT, Castillo DA, et al. Prenatal Oral Health Care and Early Childhood Caries Prevention: A Systematic Review and Meta-analysis. Caries Res [Internet]. 2019 [citado 7 de diciembre de 2025];53:411-21. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6554051/>

46. Gürsoy M, Gürsoy UK, Sorsa T, Pajukanta R, Könönen E. High salivary estrogen and risk of developing pregnancy gingivitis. *J Periodontol*. 2013;84:1281-9.
47. Adamska P, Sobczak-Zagalska H, Gromek Z, Wojciechowska B, Doroszkiewicz P, Chmielewski M, et al. The Impact of Oral Health and Dental Care on Pregnancy: A Cross-Sectional Study Among Women of Reproductive Age. *J Clin Med* [Internet]. 2025 [citado 7 de diciembre de 2025];14:5153. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/14/14/5153>
48. Xiao J, Alkhers N, Kopycka-Kedzierawski DT, Billings RJ, Wu TT, Castillo DA, et al. Prenatal Oral Health Care and Early Childhood Caries Prevention: A Systematic Review and Meta-analysis. *Caries Res* [Internet]. 2019 [citado 7 de diciembre de 2025];53:411-21. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6554051/>
49. Adamska P, Sobczak-Zagalska H, Gromek Z, Wojciechowska B, Doroszkiewicz P, Chmielewski M, et al. The Impact of Oral Health and Dental Care on Pregnancy: A Cross-Sectional Study Among Women of Reproductive Age. *J Clin Med* [Internet]. 2025 [citado 7 de diciembre de 2025];14:5153. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/14/14/5153>
50. Caufield PW, Griffen AL. Dental caries. An infectious and transmissible disease. *Pediatr Clin North Am*. 2000;47:1001-19, v.
51. Ramos-Gomez FJ, Crystal YO, Ng MW, Crall JJ, Featherstone JDB. Pediatric dental care: prevention and management protocols based on caries risk assessment. *J Calif Dent Assoc*. 2010;38:746-61.
52. Hebbal M, AlSagob EI, Kotha SL, Santhosh VN, Kumar RS, Mertins S, et al. Oral health-related knowledge, practice, and utilization of dental services among pregnant women in Riyadh, Saudi Arabia. *PLOS ONE* [Internet]. 2025 [citado 7 de diciembre de 2025];

- 2025];20:e0319508. Disponible en:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0319508>
53. Rossato MDS, Frítola M, Rossato PH, Francelino VCM, Poli-Frederico RC, Cardelli AAM, et al. Knowledge and Practices of Mothers towards Infant Oral Health Care in Their Children's First Year of Life. *J Health Sci* [Internet]. 2021 [citado 7 de diciembre de 2025];23:223-9. Disponible en:
<https://journalhealthscience.pgsscogna.com.br/JHealthSci/article/view/9335>
54. Hidalgo-Mora E, Campos-Campos KJ, Gálvez DA, Ramos RPL, Vidigal EA. Parents' oral health literacy and its association with their children's oral health: a review. *Rev Científica Odontológica* [Internet]. 2024 [citado 7 de diciembre de 2025];12:e209-e209. Disponible en:
<https://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/odontologica/article/view/2045>
55. Paglia L, Colombo S. Perinatal oral health: focus on the mother. *Eur J Paediatr Dent*. 2019;20:209-13.
56. Yang R, Rashwan N, Al Jallad N, Wu Y, Lu X, Wu T, et al. Maternal and infant oral health benefits from mothers receiving prenatal total oral rehabilitation: a pilot prospective birth cohort study. *Front Oral Health*. 2024;5:1443337.
57. Arevalo O, Miranda P, Gereige RS. Dental Caries: Early Intervention and the Role of the Pediatrician. *Pediatr Rev* [Internet]. 2023 [citado 7 de diciembre de 2025];44:301-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/pir.2022-005626>
58. Sousa YJPD, Nogueira LMV, Trindade LDNM, Rodrigues ILA, Santos DDND, Lima IB. Determinantes sociales de la salud de las mujeres embarazadas ribereñas atendidas en el prenatal de riesgo habitual. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2025 [citado 7 de diciembre de 2025];30:e96995pt. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-91332025000100225&tlng=es

59. Hernández Sampieri R, Fernandez-Collado CF. Metodología de la investigación. Sexta edición. Baptista Lucio P, editor. México D.F.: McGraw-Hill Education; 2014.
60. Kerlinger F, Howard L. Investigación del comportamiento [Internet]. Cuarta. Chile: McGraw-Hill; 2002 [citado 9 de noviembre de 2025]. 810 p. Disponible en: <https://padron.entretemas.com.ve/INICC2018-2/lecturas/u2/kerlinger-investigacion.pdf>
61. Medina M, Rojas R, Bustamante W, Loaiza R, Martel C, Castillo R. Metodología de la investigación: Técnicas e instrumentos de investigación [Internet]. 1.a ed. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú; 2023 [citado 3 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://editorial.inudi.edu.pe/index.php/editorialinudi/catalog/book/90>
62. Cedano YKS, Palos PA, Galván AH, López-Fuentes NIGA, Loving RD, Rojano ÁEV. Validación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en adultos mayores mexicanos. Inf Psicológicos [Internet]. 2024 [citado 9 de noviembre de 2025];24:123-35. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/7655>
63. Galarreta Rengifo AS, Palacios Ordinola ADC. Validación de la escala de depresión geriátrica GDS de Yesavage en los adultos mayores del distrito de San Miguel de El Faique 2023. Repos Inst - UCV [Internet]. 2024 [citado 9 de noviembre de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/139350>
64. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental: informe mundial.
65. Fejerskov O, Kidd E. Dental caries: the disease and its clinical management.
66. OMS. Determinantes sociales de la salud.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

E.F.P. ODONTOLOGÍA

ANEXO N ° 1



I. CUESTIONARIO

Estimada paciente:

Usted está siendo invitada a participar en una investigación sobre el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos.

Por favor: Lea cuidadosamente cada pregunta. Marque con una X la alternativa que considere correcta. No hay respuestas “buenas” o “malas”; lo importante es su opinión y conocimiento.

SECCIÓN A. DATOS GENERALES

1. Edad:

- ☐ 18–25 años
- ☐ 26–35 años
- ☐ 36 años a más

1. Condición actual:

- ☐ Gestante
- ☐ Puérpera

2. Semanas de gestación o tiempo de puerperio:

- ☐ Menos de 12 semanas
- ☐ 12–27 semanas
- ☐ 28 semanas a más / Puérpera hasta 6 semanas

3. Grado de instrucción:

- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ Superior técnica
- ☐ Superior universitaria

4. Número de hijos vivos (incluyendo al actual embarazo/bebé):

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3 o más

5. Condición obstétrica:

- ☐ Primigesta (primer embarazo)

☐ Multigesta (dos o más embarazos)

6. ¿Recibió información odontológica sobre salud e higiene oral durante los controles del embarazo?

☐ Sí

☐ No

7. ¿Ha recibido información sobre salud bucal de su bebé durante las visitas al servicio de Odontología u Odontopediatría?

☐ Sí, siempre

☐ A veces

☐ Nunca

☐ No recuerdo

9. ¿De dónde obtiene la mayor parte de la información sobre la salud bucal de su bebé?

☐ Pediatra

☐ Dentista

☐ Internet (sitios web, redes sociales, etc.)

☐ Familiares/amigos

☐ Otros: _____

10. ¿Con qué frecuencia busca información sobre la salud bucal y la higiene oral de su bebé?

☐ Regularmente

☐ Ocasionalmente

☐ Rara vez

☐ Nunca

SECCIÓN B. CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL E HIGIENE BUCAL EN NEONATOS

Marque con una X la respuesta que usted considere correcta.

11. ¿A qué edad considera que debe comenzar el cuidado de la higiene bucal en un bebé?

☐ Al nacer

☐ Cuando sale el primer diente

☐ A los 6 meses

☐ No lo sé

12. ¿Con qué frecuencia cree que debe limpiarse la boca de un bebé?

- ☐ Una vez al día
- ☐ Después de cada comida
- ☐ Solo cuando aparezcan los dientes
- ☐ No lo sé

13. ¿Qué aditamentos utilizaría para limpiar la boca de su bebé? (puede marcar más de una opción)

- ☐ Gasa o tela limpia
- ☐ Dedal de silicona
- ☐ Cepillo de dientes pequeño
- ☐ Cepillo de dientes con cerdas suaves
- ☐ No usaría ningún aditamento
- ☐ No lo sé

14. ¿Con qué productos limpiaría la boca de su bebé?

- ☐ Solo con agua hervida o tibia
- ☐ Con gasa estéril humedecida
- ☐ Con pasta dental para bebés
- ☐ Con otros productos (ej. enjuagues, etc.)
- ☐ No lo sé

15. ¿Desde qué edad considera importante el uso de un cepillo de dientes en los bebés?

- ☐ Desde el nacimiento
- ☐ Desde que aparece el primer diente
- ☐ A los 6 meses
- ☐ No lo sé

16. ¿Sabía que el uso de un cepillo adecuado desde temprana edad puede ayudar a prevenir problemas dentales en el futuro?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No lo sé

17. ¿Cree que la lactancia materna influye en la salud bucal del bebé?

- ☐ Sí, es importante para el desarrollo de la boca y los dientes
- ☐ No, la lactancia no tiene relación con la salud bucal
- ☐ No lo sé

18. El consumo frecuente de alimentos o bebidas azucaradas en el bebé puede favorecer la aparición de caries tempranas:

- ☐ Verdadero
- ☐ Falso
- ☐ No lo sé

19. ¿Sabía que el ácido fólico y otros nutrientes como el calcio y la vitamina D son importantes para el desarrollo de los dientes del bebé, incluso antes de que nazca?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No lo sabía

20. ¿Intentó evitar durante el embarazo el consumo excesivo de alimentos muy azucarados o ácidos para cuidar la salud de su bebé?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ A veces

21. ¿En qué etapa del embarazo cree que es más importante cuidar su alimentación y su salud bucal para el desarrollo de los dientes de su bebé?

- ☐ Al principio del embarazo (primer trimestre)
- ☐ A la mitad del embarazo (segundo trimestre)
- ☐ Al final del embarazo (tercer trimestre)
- ☐ Durante todo el embarazo

22. ¿Qué tipo de cuidados dentales recibió usted misma durante el embarazo?

- ☐ Visitas regulares al dentista
- ☐ Solo cuidé mi higiene bucal en casa
- ☐ No recibí cuidado bucal específico

23. ¿Conoce los posibles efectos del uso prolongado de biberones o chupones (especialmente con líquidos azucarados) en la dentición de su bebé?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ He oído hablar, pero no conozco los detalles

24. ¿A qué edad considera que debería ser la primera visita del bebé al odontólogo?

- ☐ Antes del primer año
- ☐ A los 2–3 años
- ☐ Solo cuando tenga todos los dientes

☐ Solo si presenta dolor o caries

☐ No lo sé

25. ¿Ha recibido información sobre la importancia de la primera visita odontológica temprana para su bebé?

☐ Sí

☐ No

☐ No lo recuerdo

26. ¿De dónde le gustaría recibir más información sobre salud oral en neonatos?

☐ Charlas o talleres en el hospital

☐ Trípticos o folletos educativos

☐ Redes sociales del establecimiento de salud

☐ Videos educativos

☐ Otros: _____

27. ¿Cuánto confía en la información que obtiene de Internet o redes sociales sobre salud bucal infantil?

☐ Mucho

☐ Poco

☐ Nada

28. ¿Cuán importante considera que es la salud bucal para el bienestar general del bebé?

☐ Muy importante

☐ Poco importante

☐ No es importante

29. ¿Cree que la salud oral en los primeros años de vida puede afectar la salud dental en la adultez?

☐ Sí

☐ No

☐ No lo sé

30. ¿Estaría dispuesta a cambiar los hábitos de limpieza bucal de su bebé si se le muestra que existen formas más beneficiosas para su salud oral a largo plazo?

☐ Sí

☐ No

☐ No lo sé

ESCALA DE INTERPRETACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO

NIVEL	RANGO DE PUNTAJE	PORCENTAJE
 Bajo	0 – 8 puntos	0 % – 49 %
 Regular	9 – 13 puntos	50 % – 74 %
 Alto	14 – 18 puntos	75 % – 100 %

La puntuación del cuestionario se realizará asignando 1 punto a cada respuesta correcta y 0 puntos a las respuestas incorrectas o “No lo sé”, considerando un total de 18 ítems evaluados, con un puntaje máximo de 18 puntos.

El nivel de conocimiento se clasificará en:

- Bajo: 0 a 8 puntos
- Regular: 9 a 13 puntos
- Alto: 14 a 18 puntos



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

E.F.P. ODONTOLOGÍA

ANEXO N ° 2



II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: “Nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos por parte de gestantes y puérperas, que acuden al servicio de odontología y odontopediatría en el Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa de enero a mayo, 2025”

Objetivo del Estudio

El objetivo de este estudio es evaluar el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos por parte de gestantes y puérperas que asisten al servicio de odontología y odontopediatría en el Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa. La información obtenida permitirá entender mejor las prácticas y conocimientos de las madres sobre la salud bucal de sus hijos recién nacidos.

Procedimiento

Si decide participar en este estudio, se le pedirá que responda un cuestionario de aproximadamente 10 minutos. Las preguntas se referirán a sus conocimientos sobre la salud oral de los neonatos y las prácticas de higiene bucal.

Riesgos y Beneficios:

Este estudio no implica ningún riesgo para su salud. Los posibles beneficios incluyen el conocimiento adquirido que puede contribuir a mejorar la salud oral infantil en futuras generaciones.

Confidencialidad:

Toda la información recolectada durante el estudio será tratada de forma confidencial. Los datos personales serán almacenados de manera segura y solo serán utilizados para los fines del estudio.

Voluntariedad:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si decide participar, podrá retirarse en cualquier momento sin que esto afecte el tratamiento médico que está recibiendo.

Consentimiento:

Al firmar este documento, usted da su consentimiento para participar en el estudio descrito. Si tiene alguna duda o pregunta sobre el estudio, no dude en preguntar al investigador principal antes de firmar.

Consentimiento: Yo, , declaro haber recibido información clara y suficiente sobre el estudio y acepto participar voluntariamente.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Firma del investigador: _____ Fecha: _____

ANEXO N° 3.
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Nivel de Conocimiento sobre Salud Oral e Higiene Bucal en Neonatos por Gestantes y Puérperas que acuden al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa, 2025-2026

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	MÉTODOS
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general			
¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos de las gestantes y puérperas que acuden al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa, 2025–2026?	Determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos de las gestantes y puérperas que acuden al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa, 2025–2026.	Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos. Ho: No existe relación significativa entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos.	Variable Independiente: Factores sociodemográficos.	- Edad - Grado de instrucción - Condición obstétrica - Información odontológica - Fuente de información - Frecuencia de búsqueda	ENFOQUE: Cuantitativo TIPO: Básica NIVEL Descriptivo – correlacional METÓDO: a) Según el enfoque: Cuantitativo b) Según inferencia: inductivo c) Método: Descriptivo–correlacional. DISEÑO: No experimental, transversal
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Variable dependiente		
1. ¿Cuál es el conocimiento sobre el inicio de la higiene bucal en el neonato? 2. ¿Cuál es el conocimiento sobre la frecuencia y aditamentos de higiene bucal? 3. ¿Cuál es el conocimiento sobre la relación entre lactancia, alimentación y caries de la primera infancia? 4. ¿Cuál es el conocimiento sobre la primera visita odontológica temprana? 5. ¿Qué relación existe entre los factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal?	1. Identificar el conocimiento sobre el inicio de la higiene bucal del neonato. 2. Evaluar el conocimiento sobre la frecuencia y aditamentos de higiene bucal. 3. Analizar el conocimiento sobre la relación entre lactancia, alimentación y caries temprana. 4. Determinar el conocimiento sobre la importancia de la primera visita odontológica temprana. 5. Relacionar el nivel de conocimiento con los factores sociodemográficos y educativos.	Hipótesis 1: Existe relación significativa entre el nivel educativo de las gestantes y puérperas y el conocimiento sobre el inicio adecuado de la higiene bucal en el neonato. Hipótesis 2: Existe relación significativa entre haber recibido información odontológica durante el embarazo y el conocimiento sobre la frecuencia y los aditamentos de higiene bucal del neonato. Hipótesis 3: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento materno y el conocimiento sobre la relación entre lactancia, alimentación azucarada y caries de la primera infancia. Hipótesis 4: Existe relación significativa entre la edad y experiencia maternal (primigesta/multigesta) y el conocimiento sobre la importancia de la primera visita odontológica temprana. Hipótesis 5: El nivel de conocimiento sobre salud oral e higiene bucal en neonatos es significativamente diferente según el nivel educativo de las gestantes y puérperas.	Nivel de conocimiento	- Inicio de higiene - Frecuencia y aditamentos - Productos de higiene - Lactancia y caries - Primera visita odontológica. - Importancia de la salud oral	Población: 139 gestantes y puérperas que acuden al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales de Oxapampa. Muestreo censal. La totalidad de la población, 139 gestantes y puérperas



CARTA DE SOLICITUD PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



Oxapampa, 02 de Marzo del 2026

A la atención del:

Dr. C.D Javier Portugal COASACA Jefe del Servicio de Odontología y Odontopediatría Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales - Oxapampa

Presente.

Asunto: Solicitud de autorización para la recolección de datos con fines de investigación.

De mi especial consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y, a la vez, solicitar su autorización para realizar la recolección de datos de mi proyecto de investigación titulado: **"Nivel de Conocimiento sobre Salud Oral e Higiene Bucal en Neonatos por Gestantes y Puérperas que acuden al Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales de Oxapampa, 2025-2026"**.

El objetivo de dicho estudio es identificar el grado de información que poseen las madres sobre la salud bucal neonatal, con el fin de generar datos que contribuyan a la mejora de las estrategias preventivas del servicio que usted dignamente dirige.

Para tal efecto, hago de su conocimiento lo siguiente:

1. **Población:** Gestantes y puérperas que asisten a la consulta externa o sala de espera.
2. **Instrumento:** Un cuestionario anónimo que toma aproximadamente 10-15 minutos.
3. **Compromiso:** La recolección de datos no interferirá con el flujo de atención del servicio ni generará gastos adicionales a la institución. Se garantiza la total confidencialidad de la información y el cumplimiento de los principios éticos.

Agradezco de antemano su disposición y apoyo al desarrollo de la investigación académica en nuestra región.

Atentamente,

Ruth Maria HUAMAN HUANAY
Bachiller de Odontología
Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión
DNI: 72166967 Celular: 924076005

APROVACIÓN DE EJECUCIÓN

Por la presente, el Servicio de Odontología y Odontopediatría del Hospital Ernesto German Guzmán Gonzales **AUTORIZA** al bachiller Ruth Maria Huaman Huanay a realizar la recolección de datos para su tesis, brindando las facilidades necesarias en las áreas correspondientes:

Fecha: 10 de marzo del 2026
Firma y Sello del jefe de Servicio



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL GENERAL OXAPAMPA
JEFATURA ODONTOLOGIA
Dr. Javier Portugal Coasaca
ODONTÓLOGO
COP: 05506

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Evaluador	ZARATE CUSTODIO DIANA MONICA
Grado académico	MAESTRIA EN SALUD PUBLICA Y COMUNITARIA
Institución donde labora	UNDAC
Cargo que desempeña	DOCENTE
Instrumento de evaluación	QUESTIONARIO
Autor del instrumento	RUTH MARIA HUAMAN HUANCAY
Título de la investigación	ANÁLISIS DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL E HIGIENE BUCAL EN NEONATOS POR GESTANTES Y PEDIATRAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGIA Y ODONTOPEDIATRIA DEL H.E.G.G.E DE OROVINDA 2023-2024

II. ASPECTO DE VALIDACIÓN:

Deficiente (1) Regular (2) Buena (3) Muy Buena (4) Excelente (5)

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Todos los ítems están bien formulados					✓
2. OBJETIVIDAD	Los ítems están expresados con capacidad observable				✓	
3. ACTUALIDAD	El instrumento evidencia está acorde con el conocimiento					✓
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre variables					✓
5. SUFICIENCIA	Los ítems expresan suficiencia de cantidad y calidad					✓
6. INTENCIONALIDAD	Los ítems son bastante adecuados para la valoración de los aspectos del contenido					✓
7. CONSISTENCIA	Los ítems están basados en aspectos científicos y teóricos					✓
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre las dimensiones y los indicadores					✓
9. METODOLOGÍA	La estrategia corresponde al objetivo de la investigación				✓	
10. PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno y es adecuado					✓
PROMEDIO DE VALIDACIÓN:						96

Adaptado por: (Olano A, 2003).

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

Puntaje:

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicable ☒ No aplicable ☐

El instrumento de estudio.

, con un resultado de

Tal como está elaborado dentro de las variables

13 de ENERO

del 2024

Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.**Coherencia:** El ítem es apropiado para responder lo planteado en el problema**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo**Suficiencia:** se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.

Anexo.

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Evaluador	HINOJOSA CHAMORO JUAN
Grado académico	MAESTRO EN ODONTOLOGIA
Institución donde labora	UNDAE
Cargo que desempeña	DOCENTE
Instrumento de evaluación	CUESTIONARIO
Autor del instrumento	RUTH MARIA HUAMAN LUANAY
Título de la investigación	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL E HIGIENE BUCAL EN NEONATOS POR GESTANTES Y PUERPERAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGIA Y ODONTOPEDIATRIA DEL H.E.G.G. DE QUADAMA 2025 - 2026.

II. ASPECTO DE VALIDACIÓN:

Deficiente (1) Regular (2) Buena (3) Muy Buena (4) Excelente (5)

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Todos los ítems están bien formulados					✓
2. OBJETIVIDAD	Los ítems están expresados con capacidad observable					✓
3. ACTUALIDAD	El instrumento evidencia está acorde con el conocimiento					✓
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica entre variables				✓	
5. SUFICIENCIA	Los ítems expresan suficiencia de cantidad y calidad					✓
6. INTENCIONALIDAD	Los ítems son bastante adecuados para la valoración de los aspectos del contenido				✓	
7. CONSISTENCIA	Los ítems están basados en aspectos científicos y teóricos					✓
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre las dimensiones y los indicadores					✓
9. METODOLOGIA	La estrategia corresponde al objetivo de la investigación					✓
10. PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno y es adecuado					✓
PROMEDIO DE VALIDACIÓN:						96

Adaptado por: (Olano A, 2003).

III. PROMEDIO DE VALORACION:

Puntaje:

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicable [✓] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

El instrumento de estudio, con un resultado de Tal como está elaborado dentro de las variables

Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

Coherencia: El ítem es apropiado para responder lo planteado en el problema

Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

13 de ENERO del 2026


Firma del Experto Informante.

Juan Hinojosa Chamorro

COP: 324 87

Anexo.

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Evaluador	ESPINOZA NORDEL ANTONIO BEAZAR
Grado académico	MAESTRO EN ODONTOLOGIA
Institución donde labora	UNDAE
Cargo que desempeña	DOCENTE
Instrumento de evaluación	QUESTIONARIO
Autor del instrumento	RUTH MARIA HUAMAN HUANAY
Título de la investigación	MANEJO DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL E HIGIENE BUCAL EN NIÑOS PARA GESTANTES Y PUERPERAS QUE ACCEDEN AL SERVICIO DE ODONTOLOGIA Y ODONTOPEDIATRIA DEL H.E.G.G. DE OXAPATTA 2023-2026

II. ASPECTO DE VALIDACIÓN:

Deficiente (1) Regular (2) Buena (3) Muy Buena (4) Excelente (5)

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Todos los ítems están bien formulados					✓
2. OBJETIVIDAD	Los ítems están expresados con capacidad observable					✓
3. ACTUALIDAD	El instrumento evidencia está acorde con el conocimiento					✓
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre variables					✓
5. SUFICIENCIA	Los ítems expresan suficiencia de cantidad y calidad					✓
6. INTENCIONALIDAD	Los ítems son bastante adecuados para la valoración de los aspectos del contenido					✓
7. CONSISTENCIA	Los ítems están basados en aspectos científicos y teóricos				✓	
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre las dimensiones y los indicadores					✓
9. METODOLOGIA	La estrategia corresponde al objetivo de la investigación				✓	
10. PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno y es adecuado					✓
PROMEDIO DE VALIDACIÓN:						96

Adaptado por: (Olano A, 2003).

III. PROMEDIO DE VALORACION:

Puntaje:

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicable ☒ Aplicable después de corregir ☐ No aplicable ☐

El instrumento , con un resultado de Tal como está elaborado dentro de las variables de estudio.

15 , de ENERO del 2026

Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

Coherencia: El ítem es apropiado para responder lo planteado en el problema

Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.

COP. 27833