



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA**

Tesis

Efectividad de un video educativo como estrategia para mejorar la higiene oral en niños de 5 a 7 años de una institución educativa en Lima, 2025

**Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista**

Presentado por:

Autora: Francia Rodriguez, Ana Silvia


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0338-0106>

Asesora: Mg. Céspedes Porras, Jacqueline

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7475-8792>

Lima – Perú

2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 18/11/2023

Yo, Ana Silvia Francia Rodriguez, egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académico Profesional de Odontología de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico **“EFECTIVIDAD DE UN VIDEO EDUCATIVO COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA HIGIENE ORAL EN NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LIMA, 2025”**, Asesorado por la docente Dra. Mg. Esp. Céspedes Porras Jacqueline, con N.º DNI 09336072 y código ORCID 0000-0002-7475-8792, tiene un índice de similitud de 17 (DIECISIETE) % con código **ID: oid: 14912460246098** verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el Turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



Firma de la autora
 Nombres y apellidos de la egresada
 Ana Silvia Francia Rodriguez
 DNI: 40843700



Firma
 Nombres y apellidos del Asesor
 Dra. Mg. Esp. Céspedes Porras Jacqueline
 DNI: 09336072

Lima, 02 de junio del 2025.

MIEMBROS DEL JURADO

Presidente: Dra. Verónica Janice Llerena

Meza de Pastor

Secretaria: Dra. Nelly Aracelli Murga

Torelli

Vocal: Dr. Jorge Alfredo Chero Guevara

Dedicatoria

A DIOS:

A ti creador de todas las cosas hermosas que me rodea , gracias por darme la fortaleza, sabiduria y resiliencia en este paso academico para continuar este proyecto, me queda claro que tu tiempos son perfectos ,gracias Dios por todo por que yo sin ti no soy nada

A mi hijo:

Luiz adriano De manera especial por ser mi mayor inspiracion y motivacion eres todo lo que soñe te amo por sobre todas las cosas todo lo que realizo y hago es pensando en ti te estoy preparando para esta aventura llamada vida NO pretendo ser el mejor ejemplo que tengas pero nunca te rindas.obten tus sueños y metas recuerda lo valioso que eres gracias por tu tiempo que te robe y tu amor infinito

Agradecimiento

Quisiera expresar mi más sincero reconocimiento a mi asesora de tesis la Dra. Jaqueline cespedes por su paciencia, orientación y consejos durante estos años de investigación. Su amplia experiencia en el ámbito y dedicación han sido clave para el desarrollo de este proyecto.

Agradezco de corazon a mis maestros por compartir sus conocimiento y por ser fuente de inspiracion muy especialmente, a mi docente dra , Mariela villacorta y a mi docente dra kori aguirre. Gracias por la dedicación y el tiempo volcados en mí. Gracias por todos los consejos y la calma permanente.han dejado una marca indeleble en mi formacion academica

Índice general

Dedicatoria.....	iv
------------------	----

Agradecimiento	v
Índice general	v
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	ix
Abstract.....	xii
Introducción.....	xiii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema	3
1.2.1 Problema general	3
1.2.2 Problema específicos	¡Error! Marcador no definido.
1.3 Objetivos de la investigación	4
1.3.1 Objetivo general.....	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación de la investigación	5
1.4.1 Teórica	5
1.4.2 Metodológica	5
1.4.3 Práctica.....	6
1.5 Limitaciones de la investigación.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes de la investigación	7
2.2 Bases teóricas	13
2.2.1 Video educativo como estrategia de intervención	13
2.2.2 Higiene oral.....	16
2.3 Formulación de hipótesis	21
2.3.1 Hipótesis general.....	21
2.3.2 Hipótesis específicas	21

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	22
3.1 Método de la investigación	22
3.2 Enfoque de la investigación	22
3.3 Tipo de investigación	22
3.4 Diseño de la investigación	23
3.5 Población, muestra y muestreo	23
3.6 Variables y operacionalización	27
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	28
3.7.1 Técnica.....	28
3.7.2 Descripción de instrumentos.....	30
3.7.2 Validación.....	31
3.7.3 Confiabilidad.....	31
3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos	32
3.9 Aspectos éticos.....	34
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	35
4.1 Resultados descriptivos.....	35
4.1.1 Análisis descriptivo de resultados.....	35
4.1.2 Prueba de hipótesis	39
4.1.3 Discusión de resultados.....	46
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	50
5.1 Conclusiones	50
5.2 Recomendaciones.....	51
REFERENCIAS	53
ANEXOS	61
Anexo 1: Matriz de consistencia	62
Anexo 2: Instrumentos	64
Anexo 3: Validez del instrumento.....	66

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento	70
Anexo 5: Consentimiento y Asentimiento	707
Anexo 6: Constancia de aprobación.....	70
Anexo 7: Carta de presentación y autorización	78
Anexo 8: Informe de tesis	80
Anexo 9: Reporte de Turnitin.....	701
Anexo 10: Evidencia Fotografica.....	82

Tabla 1 Índice de higiene oral antes de la intervención.....	35
Tabla 2 Índice de higiene oral después de la intervención	36
Tabla 3 Nivel de conocimiento sobre higiene oral antes de la intervención	37
Tabla 4 Nivel de conocimiento sobre higiene oral después de la intervención.....	38
Tabla 5 Test de normalidad por Kolmogorov – Smirnov.....	40
Tabla 6 W de Wilcoxon para la efectividad del video educativo en la higiene oral	41
Tabla 7 Tamaño de efecto según la correlación biserada de rangos por Wilcoxon	41
Tabla 8 Comparación del índice de higiene oral antes y después de la intervención....	42
Tabla 9 Tamaño de efecto según la correlación biserada de rangos por Wilcoxon	43
Tabla 10 Comparación del nivel de conocimiento antes y después de la intervención.	45
Tabla 11 Tamaño de efecto según la correlación biserada de rangos por Wilcoxon	45
Tabla 12 Categorización de la fiabilidad según el índice de concordancia Kappa de Cohen	70
Tabla 13 Concordancia intraobservador	70
Tabla 14 Categorización de la fiabilidad según Kuder – Richardson (KR-20).....	71
Tabla 15 Prueba piloto de la variable “Nivel de conocimiento sobre higiene oral”	71

Índice de figuras

Figura 1	Porcentaje de niños sobre el índice de higiene oral antes de la intervención	36
Figura 2	Porcentaje de niños sobre el índice de higiene oral después de la intervención	37
Figura 3	Porcentaje de niños en el NC sobre higiene oral antes de la intervención.....	38
Figura 4	Porcentaje de niños en el nivel de conocimiento sobre higiene oral después de la intervención.....	39
Figura 5	Comparación general del video educativo en la higiene oral	42
Figura 6	Comparación del índice de higiene oral antes y después de la intervención ..	44
Figura 7	Comparación del nivel de conocimiento antes y después de la intervención	46

Resumen

El estudio tuvo como propósito determinar la efectividad de un video educativo para mejorar la higiene oral en niños de 5 a 7 años de la Institución Educativa Privada Julio Ramón Ribeyro, en Lima. Se empleó un diseño cuasi-experimental, comparativo y de corte transversal, con un enfoque cuantitativo basado en el método hipotético-deductivo. La población estuvo conformada por 75 escolares, de los cuales se seleccionó una muestra de 64 niños mediante muestreo probabilístico aleatorio simple, dividiéndolos en grupo experimental (n=32) y grupo control (n=32). Los resultados indicaron que, antes de la intervención, el 68.8% del grupo experimental tenía un IHOS deficiente, mientras que en el grupo control predominaba un IHOS regular (53.1%). Tras la intervención, el 90.6% del grupo experimental alcanzó un IHOS bueno, mientras que el grupo control no presentó mejoras. Asimismo, el nivel de conocimiento sobre higiene oral aumentó significativamente en ambos grupos, con un efecto mayor en el experimental. El análisis estadístico mediante la prueba de Wilcoxon mostró una diferencia significativa ($p < 0.001$) entre las mediciones pre y post intervención. Además, el tamaño del efecto ($r_b=1$) fue grande, indicando una alta efectividad del video educativo. Asimismo, se concluyó que el video educativo mejoró significativamente la higiene oral y el conocimiento sobre salud bucal, consolidándose como una herramienta pedagógica eficaz para la prevención de enfermedades bucales.

Palabras clave: Video educativo, higiene oral, salud bucal infantil.

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of an educational video in improving oral hygiene among children aged 5 to 7 at the Julio Ramón Ribeyro Private Educational Institution in Lima. A quasi-experimental, comparative, and cross-sectional design was employed, with a quantitative approach grounded in the hypothetical-deductive method. The study population comprised 75 schoolchildren, from which a sample of 64 was selected using simple random probability sampling, and then divided equally into an experimental group ($n = 32$) and a control group ($n = 32$). Prior to the intervention, 68.8% of the experimental group demonstrated poor oral hygiene (IHOS), while the majority of the control group (53.1%) exhibited regular hygiene. Following the intervention, 90.6% of the experimental group achieved good IHOS scores, whereas the control group showed no improvement. Oral hygiene knowledge increased significantly in both groups, with a more pronounced effect in the experimental group. Statistical analysis using the Wilcoxon test revealed a significant difference ($p < 0.001$) between pre- and post-intervention measurements. The effect size ($rb = 1$) was considered large, indicating high effectiveness of the educational video. In conclusion, the educational video significantly improved both oral hygiene and oral health knowledge, establishing itself as an effective pedagogical tool for the prevention of oral diseases.

Keywords: Educational video, oral hygiene, pediatric oral health

Introducción

La salud bucal en la infancia constituye una base esencial para el bienestar integral, influyendo de manera directa en el desarrollo físico, emocional y social de los niños. A pesar de los avances en el ámbito odontológico, la incidencia de caries dental y enfermedades periodontales continúa siendo elevada entre la población infantil, principalmente como consecuencia de hábitos deficientes de higiene oral y una limitada educación en temas de salud bucal. Diversas investigaciones respaldan la importancia de enseñar adecuadamente prácticas de higiene desde etapas tempranas, destacando el valor de estrategias educativas novedosas que promuevan el aprendizaje significativo y la adopción de rutinas saludables durante la niñez.

En respuesta a este desafío, la educación en salud bucal ha incorporado herramientas audiovisuales como los videos educativos, los cuales permiten presentar contenidos de manera atractiva, clara y estimulante. Estos recursos han demostrado su utilidad en la enseñanza de técnicas adecuadas de cepillado, favoreciendo la comprensión y el compromiso de los niños con el cuidado de su salud oral. Gracias a su capacidad para integrar estímulos visuales y auditivos, los videos educativos se han convertido en una opción pedagógica relevante dentro de los programas de prevención odontológica.

La presente investigación está organizada en cinco capítulos. El primero expone el planteamiento del problema, los objetivos de estudio y la justificación teórica, metodológica y práctica. El segundo capítulo desarrolla el marco teórico, incluyendo antecedentes de investigaciones previas y fundamentos conceptuales sobre la higiene oral y los beneficios del video educativo como recurso didáctico. En el tercer capítulo se describe el diseño metodológico, la población participante, el muestreo y los instrumentos utilizados para la recolección de datos. El cuarto capítulo presenta los resultados del

estudio, acompañados de una discusión comparativa con otras investigaciones. Finalmente, el quinto capítulo recoge las conclusiones y recomendaciones, resaltando la relevancia de la educación audiovisual en la construcción de hábitos saludables en niños.

A través de este trabajo se pretende aportar evidencia científica sobre el impacto del video educativo como herramienta para mejorar la higiene oral en escolares, incentivando su incorporación en programas escolares y fortaleciendo las acciones preventivas en salud bucal desde una perspectiva accesible, eficaz y sostenible.

CAPÍTULO I:EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Las patologías bucales representan un desafío crítico para la salud pública mundial, dado su impacto en la calidad de vida y la economía global (1). En particular, la caries dental destaca como la enfermedad más prevalente en niños y adolescentes, afectando entre el 60 % y el 90 % de los escolares a nivel mundial (2). Esta condición no solo altera la capacidad de masticar y comer adecuadamente, sino que también impacta negativamente en el rendimiento escolar al provocar ausencias recurrentes, genera costos económicos significativos y afecta la autoestima debido a cambios en la apariencia física (3).

En el Perú, esta problemática es especialmente grave, ya que el 85.6 % de los escolares menores de 15 años sufre de caries dental, una prevalencia que se atribuye a prácticas inadecuadas de higiene bucal y a la falta de educación en salud oral (4).

En este contexto, la higiene bucal individual es la base para prevenir caries y enfermedades periodontales. Prácticas como el cepillado dental regular y el uso adecuado de técnicas de limpieza son fundamentales para reducir la acumulación de placa bacteriana, principal responsable de estas afecciones (5). Sin embargo, a pesar de la disponibilidad de información y herramientas, la adherencia a estas prácticas sigue siendo insuficiente, especialmente en los niños, quienes aún no han desarrollado plenamente hábitos de autocuidado (6). Este descuido se refleja en los resultados del índice de higiene oral, un indicador clave que evalúa la efectividad de las prácticas de limpieza y el control de la placa dental, revelando áreas de oportunidad para mejorar la salud bucal infantil (7).

La educación en salud bucal ha demostrado ser una herramienta eficaz para fomentar prácticas saludables, especialmente en poblaciones jóvenes. A través de estrategias visuales como los videos educativos, es posible captar la atención de los niños, instruirlos sobre la técnica adecuada de cepillado y reforzar la importancia de mantener una buena higiene oral (8). Estas iniciativas, además de promover hábitos preventivos, buscan reducir la incidencia de caries y otras enfermedades bucales, especialmente en comunidades donde las limitaciones económicas y la falta de acceso a servicios odontológicos complican la prevención y el tratamiento (9).

En este sentido, las intervenciones educativas dirigidas a niños, se consideran una estrategia innovadora y eficaz para mejorar su higiene oral, ya que este grupo etario es particularmente receptivo a los estímulos visuales y se encuentra en una etapa clave para desarrollar conductas que perduren en el tiempo (10). Además, enseñarles desde temprana edad sobre la importancia del cuidado dental no solo mejora su salud actual, sino que también reduce el riesgo de complicaciones futuras, como la acumulación excesiva de placa bacteriana, el desarrollo de gingivitis y la aparición de caries severas (11).

Por lo tanto, este estudio busca evaluar la efectividad de un video educativo como estrategia para mejorar la higiene oral de los niños de 5 a 7 años, utilizando el índice de higiene oral como herramienta de medición. Con ello, se espera contribuir no solo a mejorar los hábitos de limpieza dental, sino también a generar un impacto positivo en la salud bucal y la calidad de vida de esta población vulnerable.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Qué grado de efectividad presenta un recurso audiovisual educativo como estrategia didáctica para mejorar la higiene oral en escolares de 5 a 7 años en una institución educativa de Lima durante el año 2025?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es el estado del índice de higiene oral previo a la aplicación del recurso audiovisual educativo en niños de 5 a 7 años?

¿Qué cambios se observan en el índice de higiene oral posterior a la intervención con el video educativo en niños de 5 a 7 años?

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene oral antes de la proyección del video en escolares de 5 a 7 años?

¿Qué nivel de conocimiento sobre higiene oral alcanzan los niños tras la exposición al video educativo?

¿Qué efectividad tiene el video educativo como herramienta para mejorar la higiene oral en la dimensión índice de higiene oral?

¿Qué eficacia se identifica en el recurso audiovisual en relación con el nivel de conocimiento sobre higiene oral?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Analizar la efectividad de un video educativo como recurso didáctico para optimizar la higiene oral en escolares de 5 a 7 años de una institución educativa en Lima durante el año 2025.

1.3.2 Objetivos específicos

Describir el índice de higiene oral de los niños antes de aplicar la estrategia audiovisual educativa.

Identificar las variaciones en el índice de higiene oral tras el uso del video educativo.

Evaluar el conocimiento sobre higiene oral previo a la intervención con material audiovisual en niños de 5 a 7 años.

Medir el nivel de conocimiento sobre higiene oral alcanzado después de la intervención educativa.

Determinar el impacto del video educativo en la mejora del índice de higiene oral como dimensión evaluativa.

Analizar la efectividad del video educativo en el incremento del conocimiento sobre higiene oral infantil.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Este estudio tuvo como objetivo contribuir al conocimiento sobre el uso de herramientas educativas visuales en la promoción de la higiene oral infantil. Los hallazgos proporcionaron evidencia sobre la efectividad de los videos educativos como estrategia pedagógica, enriqueciendo las teorías existentes en educación en salud bucal, especialmente en relación con el impacto de las metodologías audiovisuales en el desarrollo de hábitos saludables desde edades tempranas. Además, se espera que los resultados fortalezcan los enfoques preventivos, considerando el índice de higiene oral como un indicador clave para evaluar la eficacia de estas intervenciones educativas.

1.4.2 Metodológica

Este estudio se apoyó en un diseño cuasi-experimental, concebido para evaluar la influencia de un video educativo sobre la higiene oral infantil. La aplicación del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) como herramienta de evaluación permitió cuantificar objetivamente el impacto de la intervención. Esta metodología otorga fiabilidad a los resultados y posibilita replicar el estudio en poblaciones similares y contextos educativos diversos. La integración de métodos cuantitativos y un enfoque comparativo fortalecieron el análisis, facilitando la identificación de cambios significativos en el comportamiento y conocimiento de los participantes respecto a sus prácticas de higiene oral.

1.4.3 Práctica

Desde una perspectiva práctica, este estudio tiene como fin fomentar prácticas saludables de cuidado bucal en escolares de 5 a 7 años, a través de la aplicación de un recurso audiovisual que se adapta al perfil cognitivo y emocional de esa etapa infantil, se buscó mejorar sus hábitos de limpieza bucal. Además, los resultados obtenidos ofrecen herramientas aplicables en contextos escolares, campañas comunitarias y en el ejercicio profesional odontológico, al permitir replicar estrategias educativas basadas en medios audiovisuales. El propósito es generar beneficios concretos en la salud bucal infantil, con un impacto positivo en el bienestar integral del niño y de su entorno familiar.

1.5 Limitaciones de la investigación

No se presentaron limitaciones, ya que se aseguraron los recursos tecnológicos y humanos necesarios para la ejecución del estudio. La producción del video educativo se realizó con equipos adecuados y se envió a los participantes para su visualización en casa, eliminando la necesidad de proyectores en las aulas.

Para la evaluación del índice de higiene oral, se utilizaron espejos bucales, sondas exploradoras y fichas de registro, garantizando la precisión de los datos. Además, el equipo multidisciplinario, conformado por odontólogos, educadores y asistentes de investigación, llevó a cabo el diseño, implementación y evaluación de la intervención sin inconvenientes. Finalmente, el estudio fue autofinanciado, asegurando la disponibilidad de los recursos necesarios sin afectar su desarrollo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes nacionales

Mego (12), en 2024, planteó en Cajamarca *“Evaluar la efectividad de un video educativo para mejorar la higiene oral en escolares”*. Este estudio empleó un diseño observacional, prospectivo, transversal y analítico, y contó con una muestra de 114 escolares. Para evaluar los resultados, se utilizó el Índice de Higiene Oral (IHOS). Inicialmente, se registraron los valores del índice, luego se presentó el video educativo sobre higiene oral, y cada sesión fue complementada con una charla y una práctica de cepillado. Los resultados indicaron una mejora significativa en el IHOS. En el grupo experimental, la mediana inicial del índice pasó de 2 a 1 tras las intervenciones, y al séptimo día, la mediana se redujo a 0.3. En términos de categorías del índice, el primer día las condiciones mejoraron significativamente: el porcentaje de niños con un índice "bueno" pasó de 8.8% a 89.5%, mientras que los valores "regulares" disminuyeron a 10.5%, y no se registraron valores "malos". Se concluyó que la intervención con un video educativo, reforzada con charlas y prácticas de cepillado, resultó efectiva para mejorar los hábitos de higiene oral, reflejados en una mejora sustancial del índice de higiene oral de los escolares participantes.

Tuesta (13), en 2023, desarrolló una investigación en el Callao que propuso *“Evaluar la efectividad de un programa de salud bucal destinado a reducir el biofilm dental en niños”*. El enfoque de la investigación fue cuantitativo, de tipo

observacional y analítico, utilizando un diseño cuasiexperimental longitudinal y prospectivo, incluyendo una muestra de 160 niños entre 9 y 12 años, evaluándose inicialmente su nivel de conocimientos sobre salud bucal y su Índice de Higiene Oral (IHOS). Los resultados mostraron que, al inicio, el 60.6% de los participantes presentaba un nivel de conocimientos malo, mientras que el 70% tenía un IHOS catalogado como malo. Después de implementar el programa, el 70% de los niños alcanzó un nivel de conocimientos bueno, y el 73.8% logró un IHOS considerado bueno. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0.05$). El análisis detallado por edades, reveló que todos los grupos comenzaron con un IHOS predominantemente malo, pero al finalizar el programa, la mayoría de los niños en cada grupo etario mejoró significativamente, alcanzando un IHOS bueno. En todos los casos, los cambios en los niveles de conocimientos y en el IHOS fueron estadísticamente significativos. El estudio concluyó que el programa de salud bucal fue altamente efectivo para reducir el biofilm y mejorar tanto el conocimiento como la higiene oral de los niños participantes.

Agip (14), en 2022, planteó un estudio en Piura con el objetivo de ***“Evaluar la eficacia de un programa de inducción orientado a mejorar la higiene oral en niños”***. La investigación adoptó un diseño preexperimental, básico, explicativo, prospectivo, prolectivo, longitudinal y comparativo, con una muestra compuesta por 140 escolares. Los resultados revelaron que, antes de la intervención, los conocimientos sobre higiene oral eran predominantemente regulares en el 89.3% de los participantes. Tras la aplicación del programa, todos los niños y niñas (100%) lograron mejorar sus conocimientos, alcanzando un nivel óptimo. Respecto al Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOSS), el análisis inicial mostró que el 95.7% de los niños tenía una higiene oral regular. Sin embargo,

después del programa, el 77.9% obtuvo un IHOSS clasificado como bueno. El análisis estadístico, utilizando la prueba Tau b de Kendall, demostró diferencias significativas entre los resultados pre y post intervención ($p < 0.05$). Estos hallazgos llevaron a concluir que el programa de inducción fue eficaz para mejorar significativamente tanto los conocimientos como la condición de higiene oral en los niños de las instituciones educativas evaluadas.

Del Carpio (15), en 2021, planteó en Arequipa “***Determinar las diferencias en el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) antes y después de implementar un Programa Educativo Promocional en niños***”. El estudio, de diseño cuasi-experimental, de campo y transversal, con una muestra de 300 niños de 6 a 12 años, divididos equitativamente entre un grupo experimental y un grupo control. Se realizaron tres mediciones del IHOS: inicial, final y 15 días posteriores a la intervención. En el grupo experimental se aplicó el programa educativo, mientras que en el grupo control no hubo intervención. Los resultados mostraron que, inicialmente, ambos grupos presentaban un IHOS promedio de 1.45, sin diferencias significativas. Tras la implementación del programa en el grupo experimental, el IHOS promedio disminuyó a 0.70 al finalizar la intervención y a 0.36 a los 15 días posteriores. En contraste, el grupo control mantuvo un IHOS promedio de 1.38 en ambas mediciones posteriores. El análisis estadístico con la prueba T-Student confirmó diferencias significativas entre los grupos, lo que permitió concluir que el programa educativo fue eficaz para mejorar significativamente la higiene oral en el grupo experimental.

Díaz (16), en 2021, propuso en Lima “***Evaluar el impacto de un programa de intervención utilizando un video educativo en el conocimiento y comportamiento sobre higiene bucal en niños***”. El diseño de la investigación fue

cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo, con un enfoque analítico observacional, con una muestra de 109 niños de entre 6 y 9 años, de los cuales, 47 formaron parte del grupo intervención y 62 del grupo control. Antes de la intervención, el nivel de conocimiento y comportamiento de los participantes se calificó como regular y bueno en el 73% de los casos. Tras la intervención educativa, estos indicadores mejoraron significativamente, alcanzando un nivel bueno en el 95% de los niños y niñas. Además, el puntaje total medido en la mediana fue de 15 en el grupo experimental frente a 12 en el grupo control, con un nivel de significancia estadística de $p < 0.001$. Se concluyó que el programa de intervención educativa fue efectivo para mejorar tanto el conocimiento como el comportamiento en higiene bucal, demostrando que estrategias estructuradas y basadas en la enseñanza pueden tener un impacto positivo en los hábitos y prácticas relacionadas con la salud oral en la población infantil.

Antecedentes internacionales

Shirahmadi et al. (17), en 2024 propusieron en Irán “*Evaluar el impacto de programas educativos sobre salud bucal en niños escolares*”. de quinto grado de primaria. El diseño metodológico fue un ensayo controlado aleatorio que incluyó a 190 estudiantes de quinto año de primaria. Se midieron variables como el índice de placa (PI), el índice de higiene bucal simplificado (IHOS), el índice periodontal comunitario (CPI), la frecuencia de cepillado con pasta dental fluorada y el uso de hilo dental. La intervención incluyó actividades basadas en la gamificación, apoyadas por materiales educativos como folletos, carteles y una celebración de salud bucal. Tres meses después de la intervención, los resultados mostraron mejoras significativas en los hábitos y parámetros de salud bucal en el grupo intervenido. El porcentaje de estudiantes que se cepillaban los dientes al menos

dos veces al día aumentó en un 48.5%, y el uso de hilo dental incrementó en un 64.2%. Asimismo, la tasa de sangrado gingival disminuyó en un 6.3%, mientras que el IHOS bueno creció en un 44,4%, y la acumulación de placa dental se redujo en un 38,1%. Este estudio concluyó que el uso de estrategias basadas en la gamificación puede ser una herramienta eficaz y práctica para fomentar hábitos saludables y mejorar los indicadores de salud bucal en estudiantes en edad escolar.

Pandya y Hegde (18), en 2024 desarrollaron un estudio en India con la finalidad de ***“Evaluar la eficacia del refuerzo continuo en la educación sobre salud bucal y su impacto en el estado de higiene oral de los niños de educación primaria”***.

El estudio se desarrolló durante un periodo de 8 meses, utilizando un diseño de seguimiento con muestreo por etapas múltiples. La evaluación del estado de higiene bucal se llevó a cabo mediante el índice de higiene bucal simplificado (OHI-S). Los resultados revelaron que el 83.3% de los niños usaban cepillo y pasta dental para su limpieza oral, aunque el 88.1% nunca había acudido al dentista. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en los residuos dentales, el sarro y el puntaje OHI-S en tres momentos del tiempo ($P < 0.05$). A los 4 y 8 meses se observó una mejora significativa en la higiene bucal ($P < 0.01$), lo que indica que el refuerzo educativo periódico influyó positivamente en los hábitos y prácticas de los escolares. Se resalta la importancia de implementar programas educativos continuos en las escuelas para fomentar el mantenimiento de buenos hábitos de higiene bucal.

Sneha et al. (19), en 2022 plantearon en India ***“Evaluar la efectividad de la educación en salud bucal en el conocimiento y las actitudes relacionadas con la salud bucal de niños con discapacidad auditiva y su impacto en su salud”***. La metodología fue comparativa pre y post no aleatorizado con una muestra de 56

niños con discapacidad sensorial y se dividieron en grupos de estudio y control. A los cuidadores del grupo de estudio se les brindó educación en salud bucal durante 1, 3, 6 y 12 meses, y se evaluaron periódicamente sus conocimientos, actitudes y prácticas. La salud bucal de los niños fue evaluada utilizando un formulario de evaluación de la OMS y el índice de higiene bucal simplificado (IHOS) al inicio, a los 6 meses y a los 12 meses. Como resultados, las puntuaciones promedio de conocimientos, actitudes y prácticas entre los grupos de estudio y control mostraron estadísticas significativas, en el grupo de estudio, las puntuaciones mostraron un aumento significativo ($p=0.004$). Asimismo, las puntuaciones de OHI-S mostraron una reducción estadísticamente significativa en ambos grupos desde la evaluación inicial hasta los 6 meses ($p=0.03$) y también desde los 6 meses hasta los 12 meses ($p=0.01$). Se concluyó que hubo un aumento significativo en los conocimientos, actitudes y prácticas de los cuidadores del grupo de estudio, junto con una mejora en la higiene bucal de los niños al final del estudio.

Zarabadipour et al. (20), en 2022, elaboraron una investigación en Irán con el objetivo de ***“Evaluar los efectos de la formación en higiene bucal sobre el índice de placa dental en niños”***. Se evaluó una muestra de 119 estudiantes de tercer grado de primaria. Para medir el grado de higiene bucal, se utilizó el índice de placa dental principalmente mediante el método de Silness y Loe. Los estudiantes fueron capacitados por un estudiante de odontología mediante el método presencial y, después de 2 semanas, se registraron nuevamente los índices de placa dental de cada individuo. Los resultados mostraron que el índice de placa dental fue estadísticamente significativamente diferente antes y después de la formación ($p < 0,001$). Se concluyó que, la motivación de los estudiantes, además de la

formación adecuada, puede tener un impacto significativo en la salud bucal y dental. Además, este estudio muestra que la capacitación presencial, junto con la participación del individuo en la capacitación y el aprendizaje, se consideró bastante útil.

Cabrera et al. (21), en 2022, plantearon en Ecuador *“Evaluar el conocimiento sobre salud bucal y las prácticas de higiene oral antes y después de intervenciones educativas en niños”*. Este fue un estudio cuasiexperimental cuya muestra está compuesta por 36 estudiantes de 8 a 11 años, a quienes se aplicó el cuestionario “Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) dentales dirigidas a escolares”, así como el índice de placa de Löe y Silness. Los hallazgos mostraron que, antes de la intervención, se obtuvo una higiene buena en el 13.8% de niños, higiene regular en el 61.1% e higiene deficiente en el 25%. Después de la intervención educativa, se evidenció un incremento en el nivel de higiene, siendo un 72.2% de niños con un nivel de higiene buena, un 22.2% con higiene regular y un 5.6% con higiene deficiente. Se concluyó que las intervenciones educativas tienen un efecto positivo en la higiene oral de los estudiantes, ya que se logra una reducción de la placa dental conforme los niños mejoran sus conocimientos sobre salud bucal.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Video educativo como estrategia de intervención

El uso de videos educativos como estrategia de intervención se fundamenta en una combinación de teorías del aprendizaje, cognición, motivación y desarrollo, las cuales sustentan las intervenciones educativas orientadas a resolver problemas

prácticos (22). Aunque estas intervenciones suelen basarse en teorías, coexisten enfoques diversos sobre cómo debe impartirse la instrucción, reflejando una riqueza teórica que intenta capturar la complejidad de los fenómenos educativos (23).

Dentro de este marco, la enseñanza efectiva integra elementos mecanicistas y socioconstructivistas, comenzando con la explicación y modelado de estrategias, y continuando con la práctica en entornos colaborativos. Sin embargo, la persistencia de algunas teorías con menor respaldo empírico, como el aprendizaje por descubrimiento, ilustra las tensiones inherentes en este campo (23).

En el ámbito de la educación en salud bucal, se ha consolidado como una herramienta eficaz para la promoción de la salud desde tiempos remotos. En el caso específico de la educación dental escolar, su objetivo principal es mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud bucal entre los niños (24).

Diversos estudios han demostrado que la educación dental escolar tiene un impacto positivo al reducir la acumulación de placa y mejorar la salud gingival, aunque su efectividad para abordar problemas como la gingivitis y las caries dentales sigue siendo incierta. Asimismo, intervenciones a corto plazo han mostrado ser particularmente eficaces para mejorar los comportamientos relacionados con la salud bucal (25). En este contexto, se argumenta que los programas educativos que integran aspectos preventivos, educativos y curativos logran resultados más significativos que aquellos enfocados exclusivamente en un solo aspecto (26).

Entre los métodos para impartir educación en salud bucal destacan los medios visuales, como afiches, tarjetas didácticas y videos, y los métodos tradicionales de

enseñanza, como el uso de tiza y pizarra. Los videos educativos, en particular, ofrecen varias ventajas clave. Al combinar información visual y auditiva, tienen el potencial de captar la atención de los niños de manera efectiva, facilitando la comprensión de mensajes complejos y permitiendo la entrega de información de manera consistente y estandarizada (27).

Por otra parte, los videos son especialmente útiles para personas con niveles bajos de alfabetización en salud, ya que eliminan las barreras que presentan los materiales escritos. Por lo que, estos recursos audiovisuales se han vuelto cada vez más comunes entre los profesionales de la salud debido a su capacidad para transmitir información de forma rentable y a gran escala (28).

El uso del video como medio educativo también elimina las inconsistencias en la entrega de mensajes entre educadores, lo que asegura una presentación uniforme de la información. Asimismo, su versatilidad permite su distribución en diversos formatos, como archivos digitales, DVDs, videos en streaming y plataformas de redes sociales, lo que facilita un alcance masivo y oportuno (29). A pesar de estas ventajas, otros métodos como los materiales escritos o el asesoramiento personalizado cara a cara también tienen su lugar. Los materiales escritos permiten al paciente revisar la información a su propio ritmo, mientras que el asesoramiento presencial brinda una experiencia personalizada que se adapta a las necesidades individuales (30).

La educación basada en videos, sin embargo, se distingue por su creciente aceptación y por la accesibilidad que ofrecen las tecnologías modernas. En el caso de los niños, particularmente aquellos en edades tempranas, los videos educativos pueden

captar su atención de manera significativa, convirtiéndose en una herramienta eficaz para la adquisición de conocimientos y la modificación de comportamientos (31).

2.2.2 Higiene oral

La higiene oral es una práctica fundamental para el mantenimiento de la salud bucal y la prevención de enfermedades como la caries dental y las enfermedades periodontales. Consiste en un conjunto de medidas orientadas a eliminar la placa bacteriana y prevenir su acumulación, promoviendo así un equilibrio saludable en la cavidad bucal. Estas prácticas incluyen el cepillado dental, el uso de hilo dental, enjuagues bucales y visitas regulares al odontólogo, los cuales están estrechamente relacionados con el nivel de conocimiento, actitudes y hábitos de las personas hacia su cuidado bucal (32).

La higiene bucal es fundamental para preservar la salud de los dientes y la boca, ayudando a prevenir enfermedades orales como caries y problemas periodontales. La práctica de una adecuada higiene oral se traduce en dientes limpios, sin residuos o cálculo, y encías saludables, libres de inflamación o sangrado (33).

El cepillado dental constituye la base de la higiene oral, siendo el cepillo de dientes el elemento más importante para el cuidado bucal. Su uso, acompañado de un dentífrico, elimina la placa dental y las manchas, además de permitir la aplicación de agentes terapéuticos. Aunque existen métodos variados de cepillado, como movimientos de rotación, vibración, en sentido circular, vertical y horizontal, no se ha demostrado que uno sea superior a otro en la erradicación de la placa. Sin embargo, la minuciosidad y regularidad del cepillado son esenciales para mantener la salud bucal (34).

Los cepillos de dientes se distribuyen en formatos manuales y eléctricas, estos últimos, destacan por sus movimientos complejos, como rotaciones oscilantes, que potencian la eliminación de la placa en áreas difíciles. Es recomendable cepillar los dientes al menos dos veces diariamente durante dos minutos con una pasta que contenga flúor, lo que ayuda a prevenir caries y enfermedades periodontales (35). Además, un enfoque sistemático en el cepillado asegura alcanzar todas las zonas, especialmente en personas con periodontitis o necesidades específicas que requieren más tiempo y herramientas adicionales como cepillos interdetales (36).

Las técnicas de cepillado dental recomendadas actualmente datan principalmente de la primera mitad del siglo XX. Existen seis métodos de cepillado dental manual recomendados por dentistas y asociaciones dentales. Se diferencian en varios aspectos y se recomiendan para diferentes grupos de edad y pacientes. El método de cepillado dental más antiguo fue descrito en 1913 por Fones y se recomienda principalmente para niños (37). Esta técnica también se conoce como la técnica circular y consiste en sostener el cepillo de dientes en un ángulo recto con respecto a la superficie del diente, realizando amplios movimientos de barrido y círculos de fregado sobre los dientes ocluidos (38).

Por su parte, los enjuagues bucales complementan el cepillado al proporcionar beneficios antimicrobianos y de frescura. Estos productos contienen agentes químicos que reducen la acumulación de biofilm, previenen el crecimiento de bacterias y hongos, y refuerzan la protección contra caries mediante flúor. Su formulación típica incluye agua, etanol, humectantes y saborizantes, diseñados para mejorar la sensación de limpieza y proporcionar un aliento fresco. El uso de enjuagues bucales es especialmente útil para personas con necesidades adicionales de higiene bucal, ya que mejora la eficacia del cuidado dental diario (39).

Estas prácticas, combinadas con un enfoque educativo adecuado, son pilares fundamentales para la prevención de enfermedades bucales y el mantenimiento de una salud oral óptima. En este sentido, el seguimiento de la higiene bucal adquiere un papel esencial en la promoción de una salud oral adecuada y en la prevención de enfermedades dentales frecuentes. Para medir de forma cuantitativa el nivel de limpieza dental en individuos o comunidades, se emplean instrumentos específicos como el Índice de Higiene Oral (IHOS) (40).

El Índice de Higiene Oral (IHOS) es una herramienta que permite evaluar el estado de limpieza bucal de una persona durante un examen clínico. Su cálculo incluye dos componentes principales: el Índice de Residuos (DI), que mide la placa blanda, y el Índice de Cálculo (CI), que se refiere a la placa calcificada. Asimismo, el IHOS está influenciado por cuatro factores individuales clave: el conocimiento, las creencias, la motivación y el comportamiento (41).

El Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), creado por Greene y Vermillion en 1960, se originó como respuesta a la necesidad de disponer de un método estandarizado y objetivo para evaluar de forma práctica y confiable el estado de higiene bucal (42). El Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) fue desarrollado con el objetivo de establecer una herramienta cuantitativa que reduzca la variabilidad entre los evaluadores, aspecto crucial para investigar la epidemiología de las enfermedades periodontales y medir la efectividad de los programas de salud dental comunitaria. A diferencia de su versión original, el IHOS optimiza el proceso de evaluación al simplificar las decisiones y disminuir el tiempo requerido, lo que permite una valoración rápida y precisa de la higiene bucal sin comprometer la sensibilidad del método (43).

El Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) se compone de dos elementos principales: el Índice Simplificado de Residuos o Placa Blanda (IPB-S) y el Índice Simplificado de Cálculo o Placa Calcificada (IPC-S). Estos indicadores evalúan, de manera específica, la presencia de residuos blandos y cálculo dental en seis áreas determinadas de la cavidad oral (44). Las áreas evaluadas comprenden cuatro segmentos posteriores (ubicados distal al segundo bicúspide de cada lado en los primeros molares completamente erupcionados) y dos segmentos anteriores (el incisivo central superior derecho y el incisivo central inferior izquierdo). Esta selección de superficies proporciona una representación general del estado de limpieza dental en toda la boca, lo que hace que el índice sea tanto práctico como preciso al aplicarlo en individuos o grupos (45).

Los residuos orales o placa blanda se describen como una sustancia suave adherida a la superficie dental, compuesta por mucina, bacterias y restos de alimentos. Su color puede variar de blanquecino a grisáceo, y a veces puede presentar tonos verdes o naranjas. Para evaluar la presencia de estos residuos, se utiliza un explorador dental y se asigna una puntuación de 0 a 3 a cada superficie examinada, donde 0 indica la ausencia de residuos ni manchas, 1 corresponde a residuos que cubren hasta un tercio de la superficie dental o la presencia de manchas sin residuos, 2 se asigna cuando los residuos cubren más de un tercio pero menos de dos tercios de la superficie, y 3 se utiliza cuando los residuos cubren más de dos tercios de la superficie (46).

Por otro lado, el cálculo dental o placa calcificada es una acumulación de sales inorgánicas, principalmente carbonato de calcio y fosfato, junto con bacterias y células epiteliales. Existen dos tipos: supragingival, ubicado por encima del margen gingival, y subgingival, debajo del margen gingival, que a menudo tiene un color marrón oscuro debido a la presencia de pigmentos sanguíneos. La evaluación del cálculo se realiza

según el área de la superficie afectada, y se asignan puntuaciones del 0 al 3, donde 0 significa ausencia de cálculo, 1 indica que el cálculo cubre hasta un tercio de la superficie dental, 2 se asigna cuando el cálculo cubre entre un tercio y dos tercios de la superficie o hay pequeñas manchas subgingivales, y 3 se otorga cuando el cálculo cubre más de dos tercios de la superficie o forma una banda continua subgingival (46).

Una vez que se registran las puntuaciones de placa blanda (IPB-S) y placa calcificada (IPC-S) en cada una de las seis superficies seleccionadas, se suman y se dividen entre el número de superficies examinadas para obtener un valor promedio individual. Este valor puede usarse para evaluar el estado de higiene de un grupo, calculando el promedio de las puntuaciones individuales, lo que da lugar al IPB-S y IPC-S del grupo. Al combinar ambas puntuaciones, se obtiene el valor del IHOS, que oscila entre 0 y 6, siendo un valor más alto indicativo de una mayor presencia de residuos y cálculo, lo que refleja un nivel de higiene bucal más bajo (43).

El IHOS no solo ofrece un método estandarizado para evaluar la limpieza bucal, sino que también permite clasificar a individuos y grupos según su estado de higiene, lo cual es útil para el diagnóstico y la prevención de enfermedades dentales (47). Esta herramienta resulta especialmente valiosa en estudios poblacionales sobre higiene oral y en la evaluación de programas de salud dental, ya que permite monitorear la efectividad de las intervenciones educativas y preventivas. Además, al identificar áreas con acumulación de placa y cálculo, el IHOS facilita la toma de decisiones clínicas para mejorar la higiene dental y reducir el riesgo de enfermedades orales (48).

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Ha: Existe una relación significativa entre la aplicación de un video educativo y la mejora en las prácticas de higiene oral de niños de 5 a 7 años pertenecientes a una institución educativa en Lima, durante el año 2025.

Ho: No se evidencia una relación significativa entre el uso de un video educativo y la mejora en la higiene oral de niños de 5 a 7 años en una institución educativa de Lima, 2025.

2.3.2 Hipótesis específicas

Hi1: El video educativo aplicado como estrategia pedagógica presenta un efecto positivo en el índice de higiene oral en escolares de 5 a 7 años en Lima, 2025.

Ho1: La intervención mediante video educativo no genera cambios significativos en el índice de higiene oral en niños de 5 a 7 años en Lima, 2025.

Hi2: La estrategia audiovisual propuesta contribuye de forma significativa al incremento del conocimiento sobre higiene oral en escolares de 5 a 7 años en Lima, 2025.

Ho2: No se observa una diferencia significativa en el conocimiento sobre higiene oral tras aplicar el video educativo en niños de 5 a 7 años en Lima, 2025.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación

La investigación se sustentó en el enfoque hipotético-deductivo, el cual parte de una idea inicial que se somete a prueba a través de procedimientos sistemáticos de observación y contraste. Este método permitió establecer un proceso de razonamiento lógico, partiendo de premisas generales que fueron verificadas en escenarios específicos mediante la recolección de datos empíricos. Gracias a esta estructura metodológica, fue posible analizar el vínculo causal entre las variables del estudio, específicamente al valorar el impacto de una intervención audiovisual sobre los hábitos de higiene oral en escolares (49).

3.2 Enfoque de la investigación

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, que se distingue por la recopilación y procesamiento de datos numéricos con el objetivo de describir, comparar y analizar fenómenos observables (50). Esta metodología permitió obtener resultados objetivos sobre los niveles de higiene bucal infantil mediante instrumentos estandarizados, como el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), el cual ofreció una medida concreta y confiable del impacto generado por la intervención educativa audiovisual.

3.3 Tipo de investigación

El estudio se enmarcó dentro de una investigación aplicada, cuyo objetivo fue resolver problemas prácticos y generar conocimientos de utilidad directa. En este caso,

se evaluó la efectividad de un video educativo como estrategia para mejorar la higiene oral en niños, lo que no solo aportó al conocimiento teórico, sino que también tuvo implicaciones prácticas en el diseño de programas de salud bucal y educación preventiva en el ámbito escolar (51).

3.4 Diseño de la investigación

Se propuso un diseño cuasi-experimental, que implicó la manipulación de la variable independiente (video educativo) y la observación de sus efectos en la variable dependiente (higiene bucal), pero sin la asignación aleatoria de los participantes a los grupos (52).

Asimismo, fue de corte transversal, ya que la información se recopiló en un solo intervalo temporal, antes y después de la intervención educativa, permitiendo una comparación directa de los resultados obtenidos. Se trató de un estudio prospectivo, dado que fue planificado y ejecutado siguiendo un protocolo que guió la recolección de datos durante el año 2024 (53).

Por otra parte, el nivel fue comparativo, ya que se evaluaron las diferencias en el nivel de higiene bucal de los niños antes y después de la exposición al video educativo, con el fin de determinar su efectividad como herramienta pedagógica (54).

3.5 Población, muestra y muestreo

Población

La población se define como el conjunto total de individuos que comparten características específicas relacionadas con el objeto de estudio (55). En este caso, estuvo conformada por niños de 5 a 7 años matriculados en la Institución Educativa Privada Julio

Ramón Ribeyro, ubicada en Lima, durante el año 2025. Según datos preliminares, la población estuvo compuesta por 75 escolares.

Criterios de inclusión

- Niños con edades comprendidas entre cinco y siete años que estuvieran debidamente matriculados en la institución educativa durante el periodo de ejecución del estudio.
- Participantes cuyos padres o tutores legales otorgaran el consentimiento informado por escrito, respetando los principios éticos de investigación con menores.
- Niños en condiciones físicas y cognitivas que les permitan comprender las instrucciones relacionadas con el video educativo y participar activamente en las evaluaciones de higiene oral.

Criterios de exclusión

- Niños con diagnósticos previos de condiciones bucodentales que requieran tratamientos odontológicos específicos al inicio del estudio, ya que esto podría influir en los resultados.
- Niños que presenten dificultades significativas para comunicarse o entender las actividades propuestas en el video educativo.
- Aquellos cuyos padres o tutores no autoricen su participación en el estudio.

Muestra

Está conceptualizada como un subconjunto que representa a la totalidad de la población que será objeto de estudio directo (55). Para esta investigación, se seleccionó una muestra de niños mediante un diseño de muestreo que permitió la conformación de un grupo experimental y un grupo control, asegurando tamaños similares en cada uno para facilitar la comparación de resultados.

Muestreo

Para el presente estudio se utilizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple, el cual permitió que todos los niños de la población tuvieran la misma posibilidad de ser seleccionados, reduciendo significativamente el riesgo de sesgos en la conformación de la muestra. Este procedimiento se ejecutó de manera sistemática y objetiva, garantizando la representatividad necesaria para el análisis estadístico. El cálculo del tamaño muestral se realizó en función del total de la población objetivo, aplicando una fórmula estadística que consideró parámetros como el nivel de confianza, el margen de error y la proporción estimada, de acuerdo con los estándares metodológicos establecidos (56):

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

Donde:

- n representa el tamaño muestral que se desea estimar.
- N representa el tamaño poblacional (para el presente estudio, 75).
- Z representa el nivel de confianza (en este caso 1.96 para un nivel de confianza del 95%).

- p representa la proporción estimada (en este caso 0.5).
- q representa la diferencia de $1 - p$.
- E representa el margen de error (en este caso 0.05 para 5%).

Sustituyendo en la fórmula, el valor de la muestra resultó **64**.

Posteriormente, los niños seleccionados fueron asignados aleatoriamente a uno de los dos grupos: el grupo experimental, que recibió la intervención mediante el video educativo, y el grupo control, que no fue expuesto al video. Finalmente, para la distribución de los grupos, la muestra de 64 niños se dividió equitativamente en dos, asegurando comparabilidad entre ambos:

- **Grupo experimental:** 32 niños fueron expuestos al video educativo.
- **Grupo control:** 32 niños no recibieron la intervención.

3.6 Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala Valorativa
Video educativo	Es una herramienta audiovisual diseñada para transmitir conocimientos de manera estructurada y didáctica, facilitando el aprendizaje y promoviendo cambios en el comportamiento de los espectadores (22).	Es el uso de un video de tres minutos de duración que muestra técnicas de cepillado dental (método de Fones), así como consejos prácticos para mantener la salud bucal. El video es presentado durante las sesiones de intervención educativa a los niños del grupo experimental, mientras se registran los cambios en el índice de	- Frecuencia de la intervención	- Número de proyecciones realizadas (4 para el grupo experimental y 0 para el grupo control).	Cuantitativa discreta	Grupo experimental= 4 Grupo control= 0
Higiene oral	Consiste en un conjunto de medidas orientadas a eliminar la placa bacteriana y prevenir su acumulación, promoviendo así un equilibrio saludable en la cavidad bucal. Incluyen el cepillado dental, el uso de hilo dental y enjuagues bucales (32).	higiene oral antes y después de cada sesión. Se mide mediante el IHOS, para evaluar la higiene oral y un cuestionario de conocimiento sobre higiene bucal en niños el cual consta de 7 preguntas con respuestas de alternativa múltiple.	- Índice higiene oral - Nivel de conocimiento sobre higiene oral	Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) Cuestionario de conocimiento sobre higiene bucal en niños-	Nominal Ordinal	IHOS: - Deficiente: 0.0 a 1.2 - Regular: 1.3 a 3.0 - Eficiente: 3.1 a 6.0 Nivel de conocimiento: - Malo. 0-2 - Regular: 3-5 - Bueno: 6-7

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

Dado que el estudio implicó una intervención educativa, la técnica empleada fue la enseñanza-aprendizaje activa, definida como un proceso sistemático que promueve la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades mediante actividades interactivas, visuales y prácticas.

En este caso, la técnica incluyó la presentación de un video educativo complementado con charlas de reforzamiento y sesiones prácticas de cepillado supervisado. Estas actividades buscaron involucrar activamente a los niños en el proceso de aprendizaje, fomentando no solo la comprensión del contenido, sino también la aplicación inmediata de las técnicas de higiene bucal enseñadas.

La observación directa mediante el examen clínico complementó la intervención educativa para evaluar los resultados de la enseñanza en términos de mejoras en los índices de higiene oral. Esto reforzó el carácter integral del estudio, al combinar una metodología educativa con mediciones clínicas objetivas.

Asimismo, se evaluó el nivel de conocimiento sobre higiene oral a través de un cuestionario aplicado antes y después de la intervención educativa, utilizando como técnica la encuesta. Esto permitió recolectar información sobre los conocimientos previos de los participantes y medir el impacto educativo de la intervención.

El procedimiento para la intervención educativa se llevó a cabo a lo largo de dos semanas, con la participación de dos grupos: el grupo experimental y el

grupo control. En primer lugar, se realizó una medición inicial del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) en todos los escolares seleccionados para el estudio. Para ello, se aplicó una gota reveladora de placa en los dientes de los participantes, lo que facilitó la observación y evaluación de la placa bacteriana. Posteriormente, se midió el IHOS para obtener una referencia del estado de higiene oral de los niños antes de la intervención. Además, se aplicó un cuestionario inicial para evaluar el nivel de conocimiento sobre higiene oral de los escolares, estableciendo así una línea base respecto a su aprendizaje previo.

El grupo experimental recibió cuatro intervenciones a lo largo del estudio, específicamente en los días 1, 2, 4 y 7. En cada una de estas sesiones, se inició con una medición del IHOS, seguida de la proyección del video educativo sobre higiene oral, el cual enseñó a los escolares la técnica de cepillado dental mediante el método de Fones. Luego, se llevó a cabo una charla de reforzamiento sobre la importancia del cepillado dental y la salud bucal en general. A continuación, los niños practicaron el cepillado bajo la supervisión del investigador, quien les proporcionó retroalimentación sobre su técnica. Finalmente, se realizó una nueva medición del IHOS para evaluar si la intervención generó mejoras en la higiene oral de los participantes. Adicionalmente, al término de la última sesión, se aplicó nuevamente el cuestionario para medir los cambios en el nivel de conocimiento alcanzado tras las intervenciones.

Por otro lado, el grupo control recibió solo dos intervenciones, una en el día 1 y otra en el día 7. A diferencia del grupo experimental, este grupo no recibió el video educativo ni la charla de reforzamiento sobre higiene oral. En estas sesiones, únicamente se llevó a cabo la medición del índice de higiene oral, sin

intervenciones educativas adicionales, lo que permitió comparar los resultados del grupo experimental con los del grupo control.

3.7.2 Descripción de instrumentos

El instrumento principal fue una ficha de recolección de datos diseñada específicamente para registrar la información obtenida durante los exámenes clínicos. Esta ficha estuvo estructurada en secciones organizadas de manera clara y precisa, incluyendo:

- **Datos de identificación:** edad, género y grado escolar de cada participante.
- **Índice de higiene oral:** puntuaciones obtenidas mediante el Índice de Residuos Simplificado (IPB-S) y el Índice de Cálculo Simplificado (IPC-S), evaluados en seis superficies dentales seleccionadas.

Además, se empleó un cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en los niños. Este cuestionario, propuesto por Díaz (16) en 2021, constó de siete preguntas de opción múltiple diseñadas específicamente para la población infantil. Cada respuesta correcta se calificó con 1 punto y cada respuesta incorrecta con 0 puntos, obteniendo así un puntaje máximo de 7. Según la puntuación obtenida, el nivel de conocimiento fue clasificado de la siguiente manera: Bueno: 6-7 puntos, Regular: 3-5 puntos y Malo: 0-2 puntos.

Asimismo, se utilizó un video educativo como herramienta de intervención. Este video, con una duración aproximada de tres minutos, fue validado previamente en el estudio de Díaz (16) en 2021. Sus características incluyen información clara, referenciada y estructurada de manera lógica, con un

lenguaje técnico adaptado para facilitar la comprensión de los niños. El contenido aborda el método de cepillado dental de Fones, acompañado de imágenes y sonido de alta calidad para reforzar los conceptos presentados. El video se encuentra disponible en el siguiente enlace: <https://youtu.be/cbMdTjwKEpU>

3.7.2 Validación

Ambos instrumentos fueron sometidos a un proceso de validación mediante juicio de expertos. Para ello, se convocó a especialistas en odontología pediátrica y periodoncia, quienes evaluaron la claridad, pertinencia y adecuación de cada sección del instrumento. Este proceso permitió determinar si los ítems incluidos eran apropiados para obtener datos representativos y válidos en relación con las variables del estudio. Las observaciones y sugerencias realizadas por los expertos fueron incorporadas con el fin de garantizar la validez del instrumento antes de su aplicación.

En cuanto al video educativo, su validación ya había sido respaldada por el estudio de Díaz (16), el cual demostró su efectividad y relevancia como herramienta pedagógica.

3.7.3 Confiabilidad

Para garantizar la confiabilidad de la información recolectada, se implementó un proceso de calibración interevaluador, además de evaluar la consistencia interna del cuestionario utilizado en el estudio. Este procedimiento incluyó un entrenamiento previo, en el cual los evaluadores practicaron la medición de los índices de higiene oral utilizando las herramientas e instrumentos del estudio en condiciones simuladas. Posteriormente, se llevó a cabo una prueba

piloto con un grupo reducido de escolares, lo que permitió verificar tanto el funcionamiento de los instrumentos como la concordancia entre los evaluadores.

En el caso de las mediciones clínicas del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), dos evaluadores realizaron mediciones independientes durante la prueba piloto. Los resultados fueron analizados mediante el índice de concordancia Kappa de Cohen, obteniéndose un valor de 0.69 ($p = 0.001$), lo que indicó una buena fiabilidad en la medición del IHOS. Cuando se detectaron discrepancias, se realizó un proceso de retroalimentación y reforzamiento de la capacitación, con el objetivo de estandarizar las mediciones y asegurar su precisión.

Respecto al cuestionario sobre conocimiento en higiene bucal, se evaluó su consistencia interna mediante el cálculo del coeficiente Kuder-Richardson (KR-20), obteniéndose un coeficiente de 0.7709, lo que reflejó una buena confiabilidad. Dado que este valor superó el umbral de 0.7, el cuestionario fue considerado consistente y adecuado para su aplicación.

La combinación del proceso de calibración, la prueba piloto y los análisis de confiabilidad aseguró que los datos recopilados fueran consistentes, reproducibles y representativos, minimizando errores y maximizando la solidez metodológica del estudio. Esto respaldó la validez de las mediciones realizadas y permitió una interpretación precisa de los resultados obtenidos.

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

El procedimiento para el procesamiento de los datos comenzó con el ingreso de la información recolectada en una base de datos digital, utilizando herramientas como Excel o SPSS versión 27. A cada participante se le asignó un identificador único para facilitar

el seguimiento de las mediciones antes y después de la intervención educativa. En la base de datos, se organizaron las variables principales, como la edad (5, 6, 7 años), el sexo (masculino, femenino), el grupo al que pertenecían (experimental o control), las puntuaciones obtenidas en el nivel de conocimiento y el índice de higiene oral antes y después de la intervención. Estas puntuaciones se registraron específicamente a través del Índice de Residuos Simplificado (IPB-S) y el Índice de Cálculo Simplificado (IPC-S), los cuales permitieron evaluar el estado de la higiene oral en diferentes superficies dentales.

Una vez que los datos fueron ingresados y organizados, se realizó un análisis descriptivo, en el que se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión de las puntuaciones del índice de higiene oral antes y después de la intervención, así como también las frecuencias y porcentajes de las variables en estudio. Estos cálculos proporcionaron una visión general de la distribución de los datos y permitieron comparar los resultados iniciales con los finales.

Para abordar los objetivos de comparación, se aplicaron pruebas estadísticas para determinar si existieron mejoras en los índices de higiene oral y en los niveles de conocimiento después de la intervención. En el caso del Índice de Higiene Oral, se llevó a cabo una comparación de las mediciones antes y después de la intervención en el grupo experimental mediante una prueba W de Wilcoxon de muestras apareadas, dado que los datos no siguieron una distribución normal. Lo mismo se aplicó al nivel de conocimiento, realizando una comparación entre las mediciones pre y post intervención en el grupo experimental, para evaluar el impacto del video educativo.

La efectividad de la intervención se midió comparando los resultados del grupo experimental con los del grupo control. En el grupo experimental, se analizaron las mejoras en el índice de higiene oral y en el nivel de conocimiento sobre higiene oral antes y después de la intervención. Las diferencias medias entre las mediciones pre y post

intervención fueron calculadas para evaluar el impacto del video educativo. Para comparar los grupos, se utilizó una prueba W de Wilcoxon para muestras apareadas, permitiendo determinar si las mejoras fueron significativamente mayores en el grupo experimental que en el grupo control.

Una vez realizados los análisis estadísticos, los resultados fueron interpretados en función de la efectividad del video educativo para mejorar la higiene oral. Si los análisis demostraron que el grupo experimental presentó una mejora significativa en sus puntuaciones de higiene oral, se concluyó que la intervención educativa tuvo un impacto positivo.

3.9 Aspectos éticos

La presente investigación fue desarrollada con estricto apego a los principios éticos que rigen los estudios con seres humanos, tomando como base la Declaración de Helsinki y las disposiciones éticas vigentes a nivel nacional e internacional. Durante todo el proceso se garantizó el respeto por la autonomía de los participantes a través de la obtención del consentimiento informado por parte de los padres o tutores legales, quienes fueron debidamente informados sobre los objetivos, procedimientos y beneficios del estudio. Asimismo, se procuró el bienestar de los niños involucrados, aplicando el principio de beneficencia, al promover prácticas saludables en salud bucal mediante una intervención educativa no invasiva. Se preservó el principio de no maleficencia al evitar cualquier acción que pudiera comprometer la integridad física o emocional de los menores. Por último, se aplicó el principio de justicia asegurando un trato equitativo entre los grupos de estudio, sin discriminación, y brindando orientación sobre la higiene oral a todos los participantes al finalizar la investigación.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados descriptivos

4.1.1 Análisis descriptivo de resultados

Tabla 1
Índice de higiene oral antes de la intervención

Grupo	Media	DE	Mediana	Mín.	Máx.	IHOS	n	%
Control	1.53	0.51	2	1	2	Deficiente	15	46.9
						Regular	17	53.1
Experimental	1.31	0.471	1	1	2	Deficiente	22	68.8
						Regular	10	31.3

En la tabla 1 y figura 1 se presentan los valores del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) antes de la intervención, diferenciando los grupos control y experimental. Se observa que, en el grupo control, el promedio del IHOS fue de 1.53 +/- 0.51, mientras que, en el grupo experimental, el promedio fue de 1.31 +/- 0.471. En términos de la mediana, el grupo control obtuvo un valor de 2, mientras que el grupo experimental presentó una mediana de 1. Asimismo, se evidencia que en el grupo control, el 46.9% de los niños presentó un IHOS deficiente, mientras que el 53.1% mostró un IHOS regular. Sin embargo, en el grupo experimental, el 68.8% de los niños obtuvo un IHOS deficiente, mientras que el 31.3% presentó un IHOS regular.

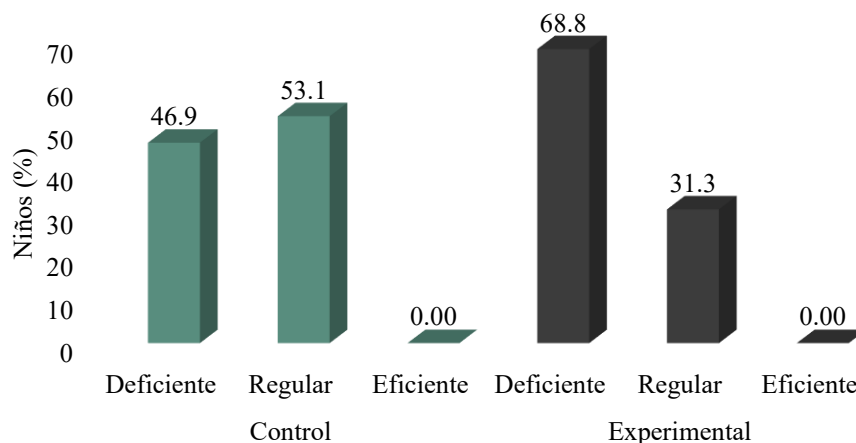


Figura 1

Porcentaje de niños sobre el índice de higiene oral antes de la intervención

Tabla 2

Índice de higiene oral después de la intervención

Grupo	Media	DE	Mediana	Mín.	Máx.	IHOS	n	%
Control	2	0	2	2	2	Regular	32	100
Experimental	2.91	0.296	3	2	3	Regular Bueno	3 29	9.4 90.6

En la tabla 2 y figura 2, se presentan los resultados del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) después de la intervención, diferenciando entre el grupo control y el grupo experimental. Se observa que en el grupo control, el promedio del IHOS fue de 2 ± 0 , lo que indica que todos los participantes de este grupo mantuvieron un nivel de higiene regular (100%). En cambio, en el grupo experimental, el promedio del IHOS aumentó a 2.91 ± 0.296 , y una mediana de 3, reflejando una mejora en la higiene oral. Asimismo, en cuanto a la clasificación del IHOS, se evidencia que en el grupo control, la totalidad de los niños mantuvo un IHOS regular, sin cambios respecto a la evaluación inicial. Por otro lado, en el grupo experimental, se observa una transformación: el 90.6% de los niños alcanzó un IHOS bueno, mientras que el resto permaneció en la categoría de IHOS regular.

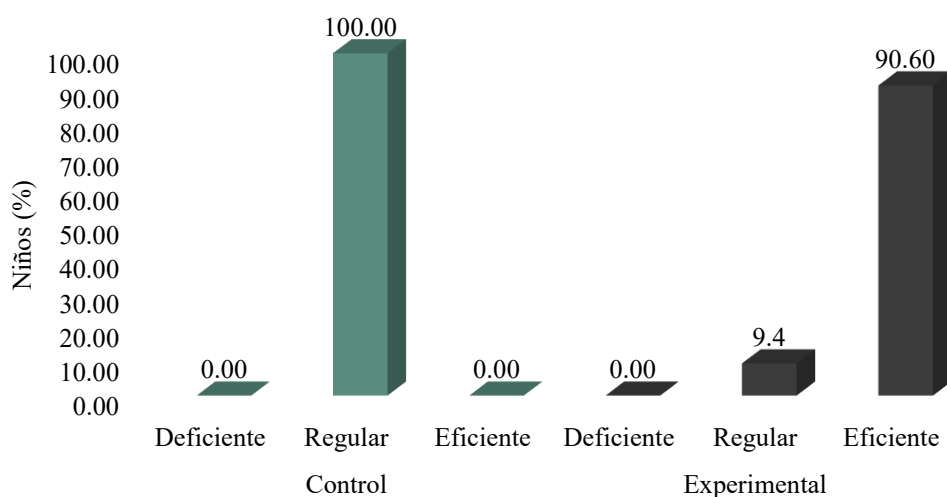


Figura 2

Porcentaje de niños sobre el índice de higiene oral después de la intervención.

Tabla 3

Nivel de conocimiento sobre higiene oral antes de la intervención.

Grupo	Media	DE	Mediana	Mín.	Máy.	NC	n	%
Control	2.25	0.44	2	2	3	Regular	24	75
						Bueno	8	25
Experimental	2.66	0.483	3	2	3	Regular	11	34.4
						Bueno	21	65.6

En la tabla 3 y figura 3, se presentan los resultados del nivel de conocimiento sobre higiene oral antes de la intervención, diferenciando entre el grupo control y el grupo experimental. Se observa que el promedio del nivel de conocimiento en el grupo control fue de 2.25 +/- 0.44, mientras que en el grupo experimental el promedio fue ligeramente mayor, con un valor de 2.66 +/- 0.483. Por otro lado, la mediana en el grupo control fue de 2, mientras que en el grupo experimental fue de 3. En cuanto a la distribución de los niveles de conocimiento, en el grupo control, el 75% de los niños presentó un conocimiento regular, mientras que el 25% mostró un conocimiento bueno. Sin embargo, en el grupo experimental, los resultados fueron más favorables, ya que el 34.4% de los niños tenía un

conocimiento regular, mientras que la mayoría (65.6%) alcanzó un conocimiento bueno.

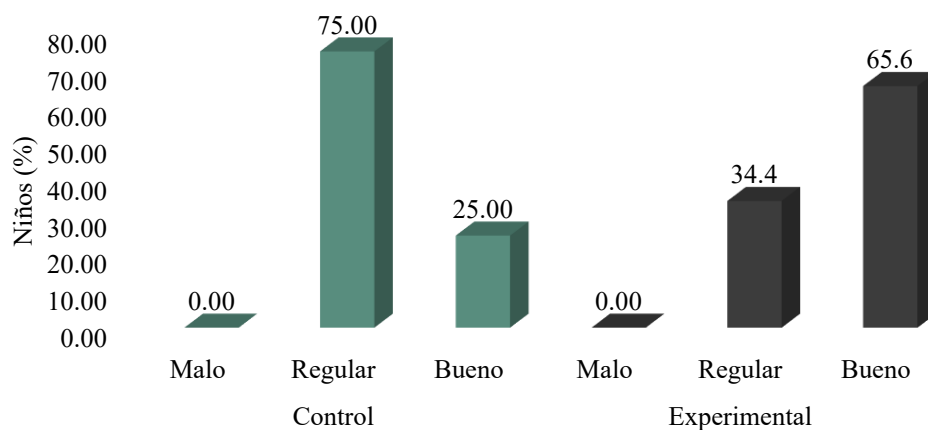


Figura 3

Porcentaje de niños en el NC sobre higiene oral antes de la intervención.

Tabla 4

Nivel de conocimiento sobre higiene oral después de la intervención.

Grupo	Media	DE	Mediana	Mínimo	Máximo	NC	n	%
Control	3	0	3	3	3	Bueno	32	100
Experimental	3	0	3	3	3	Bueno	32	100

En la tabla 4 y la figura 4, se presentan los resultados del nivel de conocimiento sobre higiene oral después de la intervención, comparando los grupos control y experimental. Se observa que ambos grupos alcanzaron un promedio de 3 +/- 0, lo que indica que la totalidad de los niños en ambos grupos lograron un nivel de conocimiento bueno después de la intervención. De manera análoga, la tabla muestra que, tras la intervención, la totalidad de los niños en ambos grupos alcanzaron un nivel de conocimiento bueno.

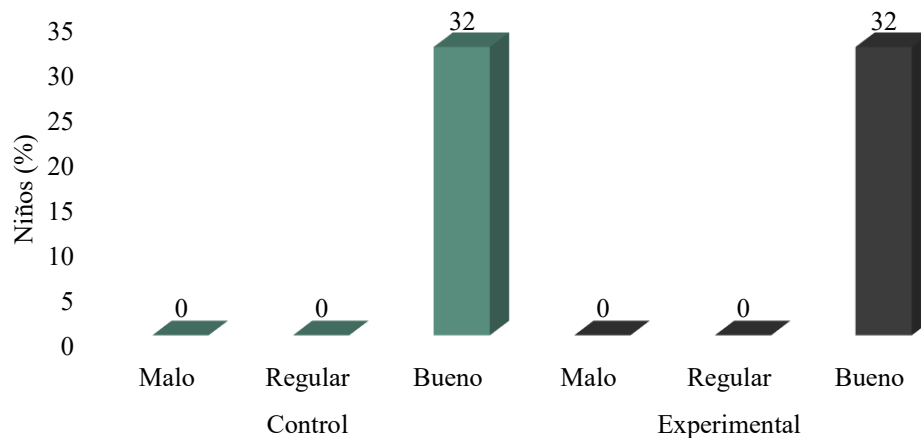


Figura 4

Porcentaje de niños en el nivel de conocimiento sobre higiene oral después de la intervención.

4.1.2 Prueba de hipótesis

Hipótesis general

Ho: Las variables provienen de una distribución normal.

Ha: Las variables no provienen de una distribución normal.

Nivel de significancia

$\alpha = 0.05$

Regla de decisión

Si $p \leq 0.05$; se rechaza Ho.

Si $p > 0.05$; no se rechaza Ho.

Tabla 5
Test de normalidad por Kolmogorov – Smirnov

	K-S	p
NC – Control (Antes)	0.47	< .001
NC – Control (Después)	-	-
IHOS – Experimental (Antes)	0.43	< .001
IHOS – Experimental (Después)	0.53	< .001

En la tabla 5 se muestra la normalidad de las variables analizadas. Con un nivel de significancia establecido en 0.05, se rechaza la hipótesis nula, lo que indica que las variables no siguen una distribución normal. A partir de este hallazgo, se decidió utilizar pruebas estadísticas no paramétricas; específicamente, se aplicó la prueba W de Wilcoxon para muestras apareadas con el objetivo de detectar diferencias significativas entre los períodos designados. En caso de encontrar tales diferencias, se reportó el tamaño del efecto para evaluar si este es pequeño, mediano o grande, utilizando la correlación del rango biseral como referencia.

Hipótesis general

Ho: No existe efectividad del video educativo como estrategia para mejorar la higiene oral en niños de 5 a 7 años de una institución educativa en Lima, 2025.

Ha: Existe efectividad del video educativo como estrategia para mejorar la higiene oral en niños de 5 a 7 años de una institución educativa en Lima, 2025.

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Regla de decisión

Si $p \leq 0.05$; se rechaza Ho.

Si $p > 0.05$; no se rechaza Ho.

Tabla 6

W de Wilcoxon para la efectividad del video educativo en la higiene oral

VARIABLES	N	W	Mediana	p	Tamaño de efecto (Correlación biserada de rangos) *
IHOS - Antes	64		1		
IHOS - Después	64	0	2	<.001	$r_b = 1.00$
NC - Antes	64		2		
NC - Después	64	0	3	<.001	$r_b = 1.00$

}
Nota. $H_0: \mu \text{ Medida 1} - \text{Medida 2} \neq 0$

Tabla 7

Tamaño de efecto según la correlación biserada de rangos por Wilcoxon

Tamaño	Intervalo
Muy pequeño	$r_b < 0.10$
Pequeño	$0.10 < r_b < 0.29$
Moderado	$0.30 < r_b < 0.49$
Grande	$r_b \geq 0.50$

Nota. Según López y Ardura (57)

Según la tabla 6, el valor de $p < 0.001$ en ambas variables implica que se rechaza H_0 , lo que evidencia un efecto significativo del video educativo en la mejora del IHOS y el NC. Además, de acuerdo con los criterios de López y Ardura en la tabla 7, un $r_b \geq 0.50$ representa un efecto grande, lo que confirma que la intervención no solo fue significativa, sino también de gran magnitud en la mejora de ambos indicadores.

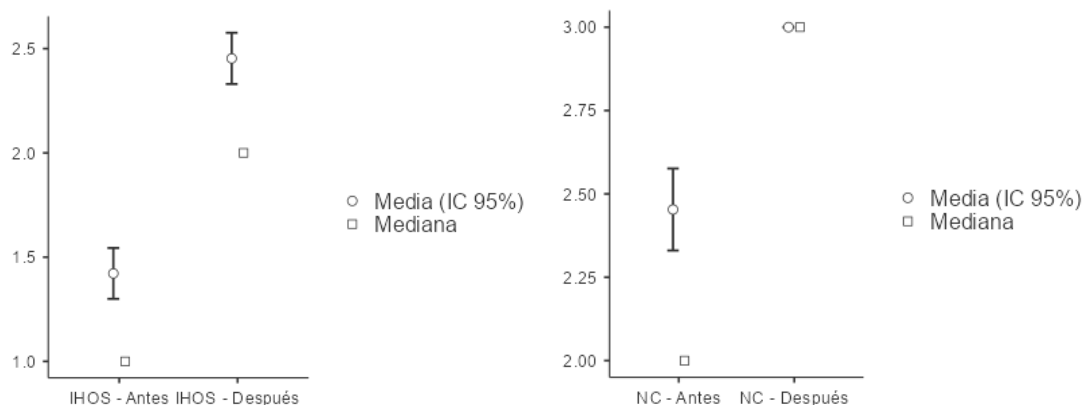


Figura 5

Comparación general del video educativo en la higiene oral

Hipótesis 1

Ho¹: No existe efectividad del video educativo como estrategia para mejorar la higiene oral en niños de 5 a 7 años de una institución educativa en Lima, 2025, en la dimensión índice de higiene oral.

Ha¹: Existe efectividad del video educativo como estrategia para mejorar la higiene oral en niños de 5 a 7 años de una institución educativa en Lima, 2025, en la dimensión índice de higiene oral.

Nivel de significancia

$\alpha = 0.05$

Regla de decisión

Si $p \leq 0.05$; se rechaza Ho¹.

Si $p > 0.05$; no se rechaza Ho¹.

Tabla 8

Comparación del índice de higiene oral antes y después de la intervención

IHOS	N	W	Mediana	p	Tamaño de efecto (Correlación biserada de rangos)
Antes	32	0	1	< .001	r _b = 1.00
Después	32		3		

Nota. H_a μ Medida 1 - Medida 2 \neq 0

Tabla 9

Tamaño de efecto según la correlación biserada de rangos por Wilcoxon

Tamaño	Intervalo
Muy pequeño	$r_b < 0.10$
Pequeño	$0.10 < r_b < 0.29$
Moderado	$0.30 < r_b < 0.49$
Grande	$r_b \geq 0.50$

Nota. Según López y Ardura (57)

Según la Tabla 8, el valor de $p < 0.001$ indica que se rechaza la H_0^1 , lo que confirma que el video educativo fue efectivo en la mejora del índice de higiene oral en los niños. Antes de la intervención, la mediana del IHOS era 1, mientras que después aumentó a 3, evidenciando una mejora significativa en la higiene oral tras la aplicación del video. Asimismo, de acuerdo con la Tabla 9, el tamaño del efecto calculado mediante la correlación biserada de rangos ($r_b = 1.00$) se clasifica como grande, según los criterios de López y Ardura. Bajo este resultado, implica que la intervención no solo tuvo un impacto significativo, sino que este fue de gran magnitud en la mejora del índice de higiene oral en los niños, llegando a la conclusión que los resultados demuestran que el video educativo fue altamente efectivo, generando una mejora considerable en la higiene oral infantil tras la intervención.

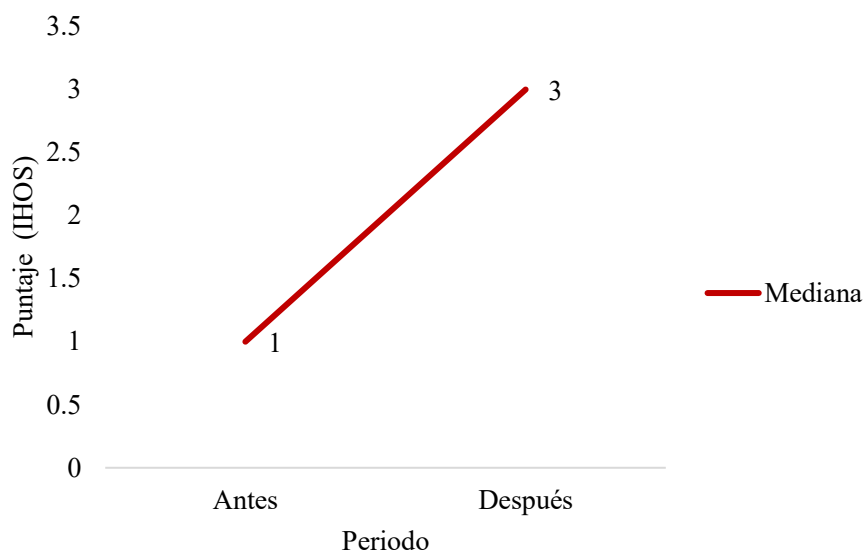


Figura 6

Comparación del índice de higiene oral antes y después de la intervención.

Hipótesis 2

Ho²: No existe efectividad del video educativo como estrategia para mejorar la higiene oral en niños de 5 a 7 años de una institución educativa en Lima, 2025, en la dimensión conocimiento.

Ha²: Existe efectividad del video educativo como estrategia para mejorar la higiene oral en niños de 5 a 7 años de una institución educativa en Lima, 2025, en la dimensión conocimiento.

Nivel de significancia

$$\alpha = 0.05$$

Regla de decisión

Si $p \leq 0.05$; se rechaza Ho.

Si $p > 0.05$; no se rechaza Ho.

Tabla 10

Comparación del nivel de conocimiento antes y después de la intervención.

NC	N	W	Mediana	p	Tamaño de efecto (Correlación biserada de rangos)
Antes	32		2.66		
Después	32	0	3	< .001	1.00

Nota. $H_a \mu$ Medida 1 - Medida 2 \neq 0**Tabla 11**

Tamaño de efecto según la correlación biserada de rangos por Wilcoxon.

Tamaño	Intervalo
Muy pequeño	$r_b < 0.10$
Pequeño	$0.10 < r_b < 0.29$
Moderado	$0.30 < r_b < 0.49$
Grande	$r_b \geq 0.50$

Nota. Según López y Ardura (57)

Según la Tabla 10, el valor de $p < 0.001$ indica que se rechaza la H_0 , lo que confirma que el video educativo fue efectivo en la mejora del nivel de conocimiento sobre higiene oral en los niños. Antes de la intervención, la mediana del NC era 2.66, mientras que después aumentó a 3, evidenciando un incremento significativo en el conocimiento tras la aplicación del video educativo. Por otro lado, de acuerdo con la Tabla 11, el tamaño del efecto calculado mediante la correlación biserada de rangos ($r_b = 1.00$) se clasifica como grande, según los criterios de López y Ardura. Esto indica que la intervención no solo fue significativa, sino que tuvo un impacto considerable en la mejora del conocimiento sobre higiene oral en los niños, llegando a la conclusión, que los resultados demuestran que el video educativo fue altamente efectivo en la adquisición de conocimientos sobre higiene oral, evidenciando una mejora significativa tras la intervención.

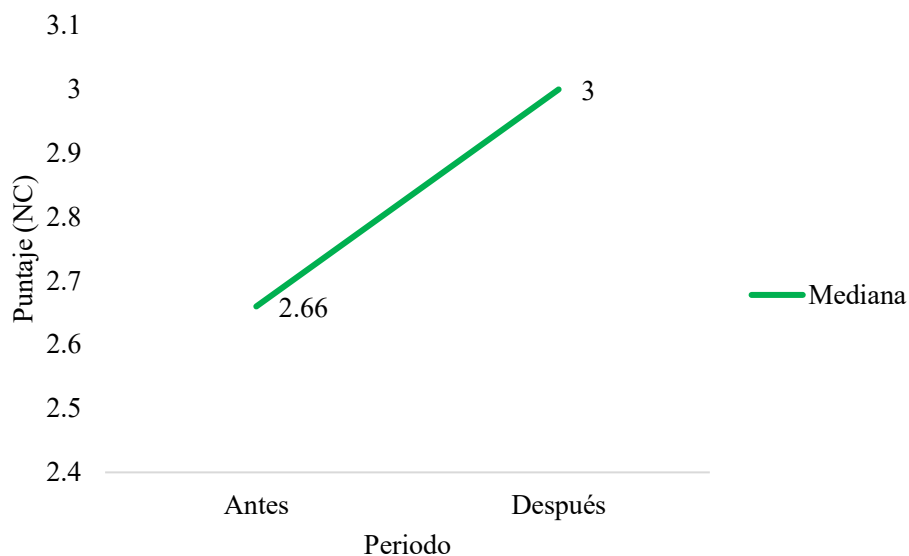


Figura 7

Comparación del nivel de conocimiento antes y después de la intervención

4.1.3 Discusión de resultados

El estudio evidenció que el video educativo tuvo un efecto significativo y de gran magnitud en la mejora del índice de higiene oral (IHOS) y el nivel de conocimiento (NC), con un $p < 0.001$ y un tamaño de efecto grande ($r_b = 1.00$). Similarmente, Mego (2024), reportó que, tras la intervención con un video educativo, el porcentaje de niños con un IHOS bueno aumentó significativamente. Acorde con, Díaz (2021) encontró que un programa educativo basado en video mejoró significativamente el conocimiento y comportamiento en higiene bucal. A nivel internacional, Shirahmadi et al. (2024) y Pandya & Hegde (2024) confirmaron que los programas educativos con refuerzo interactivo mejoraron el IHOS y los hábitos de higiene bucal en escolares. Del mismo modo, Sneha et al. (2022) evidenció un aumento significativo en conocimientos y reducción del índice de placa tras una intervención educativa en niños con discapacidad auditiva, lo que resalta la efectividad de métodos educativos estructurados para diferentes poblaciones.

De acuerdo con el primer objetivo, antes de la intervención, el 68.8% de los niños en el grupo experimental presentó un IHOS deficiente, mientras que en el grupo control el 53.1% tenía un IHOS regular. Estos valores iniciales son comparables con los hallazgos de Cabrera et al. (2022), donde demostraron que, antes de una intervención educativa, el 25% de los niños tenía un IHOS deficiente y el 61.1% presentaba un IHOS regular. De manera semejante, Tuesta (2023) reportó que el 70% de los niños tenía un IHOS considerado malo antes de la implementación de un programa educativo. Por otro lado, Zarabadipour et al. (2022) evaluaron la higiene bucal en niños mediante el índice de placa dental y encontraron que, antes de la intervención, los niveles de placa eran elevados. Sin embargo, luego de la formación, se observó una reducción significativa en la acumulación de placa dental ($p < 0.001$).

Respecto al segundo objetivo, después de la intervención, el 90.6% de los niños en el grupo experimental alcanzó un IHOS bueno, mientras que en el grupo control no se evidenció mejora alguna, manteniéndose el 100% con un IHOS regular. De igual modo, Del Carpio (2021), reportó que, tras la implementación de un programa educativo, el IHOS promedio del grupo experimental mejoró significativamente, mientras que en el grupo control no hubo cambios. De manera similar, Agip (2022) evidenció que el porcentaje de niños con un IHOS bueno pasó del 4.3% al 77.9% tras la intervención. A nivel internacional, Zarabadipour et al. (2022) encontraron que la educación en higiene bucal redujo significativamente los niveles de placa dental en niños, lo que se relaciona con la mejora en el IHOS observada en este estudio.

Por lo que se refiere al tercer objetivo, antes de la aplicación del video educativo, el 65.6% de los niños en el grupo experimental tenía un nivel de conocimiento bueno, mientras que en el grupo control solo el 25% alcanzó este nivel.

De manera análoga, Agip (2022), reportó que, antes de una intervención educativa, el 89.3% de los niños tenía un nivel de conocimientos regular. De manera similar, Tuesta (2023) evidenció que el 60.6% de los niños tenía un conocimiento deficiente sobre salud bucal antes de recibir educación formal. Este hallazgo responde que, antes de recibir una educación estructurada, los niños suelen tener niveles de conocimiento insuficientes sobre higiene oral.

En cuanto al cuarto objetivo, después de la aplicación del video educativo, el 100% de los niños en ambos grupos alcanzó un nivel de conocimiento bueno, lo que sugiere que la estrategia educativa fue altamente efectiva. De acuerdo con Mego (2024), reportó que, tras la intervención con un video educativo, la totalidad de los escolares alcanzó un nivel óptimo de conocimiento sobre higiene oral. Asimismo, Díaz (2021) encontró que el 95% de los niños lograron un nivel de conocimiento bueno tras la intervención educativa. A nivel internacional, Cabrera et al. (2022) reportó que, tras una intervención educativa, el porcentaje de niños con conocimientos buenos pasó del 13.8% al 72.2%, evidenciando la eficacia de las estrategias de enseñanza en la adquisición de conocimientos sobre salud bucal.

En el quinto objetivo, el análisis estadístico reveló que el video educativo tuvo un efecto significativo en la mejora del IHOS ($p < 0.001$), con una mediana que pasó de 1 a 3 y un tamaño de efecto grande ($r_b = 1.00$). Este resultado es consistente con el estudio de Del Carpio (2021), donde el IHOS promedio del grupo experimental disminuyó significativamente, y con el de Agip (2022), quien reportó que el 77.9% de los niños mejoró su IHOS a la categoría de bueno tras la intervención.

En el sexto objetivo, el análisis mostró que el video educativo tuvo un impacto significativo en el nivel de conocimiento ($p < 0.001$), con una mediana que pasó de

2.66 a 3, y un tamaño de efecto grande ($r_b = 1.00$). Del mismo modo, Tuesta (2023), reportó que, tras una intervención educativa, el 70% de los niños alcanzó un nivel de conocimiento bueno.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. El estudio confirmó que la estrategia basada en un video educativo tuvo un impacto significativo y de gran magnitud en la mejora del índice de higiene oral (IHOS) y el nivel de conocimiento (NC) en niños de 5 a 7 años. El análisis estadístico reflejó un cambio significativo en ambas variables tras la intervención, demostrando que este tipo de herramientas educativas son eficaces para la promoción de hábitos de higiene oral.
2. Antes de la intervención, se observó que la mayoría de los niños presentaban un IHOS regular o deficiente, evidenciando hábitos de higiene bucal inadecuados.
3. Tras la intervención con el video educativo, se observó una mejora significativa en el IHOS en el grupo experimental, donde el 90.6% de los niños alcanzó un IHOS bueno, a diferencia del grupo control, que no mostró cambios.
4. Antes de la intervención, los niños del grupo experimental presentaban un nivel de conocimiento ligeramente superior al grupo control; sin embargo, en ambos casos predominaba un conocimiento regular o bueno, evidenciando la necesidad de reforzar la educación en salud bucal.
5. Después de la intervención, todos los niños del grupo experimental y control alcanzaron un nivel de conocimiento catalogados como bueno, lo que evidencia la efectividad del video educativo como estrategia pedagógica.
6. El análisis estadístico confirmó que el video educativo tuvo un impacto positivo en la mejora del IHOS, con un tamaño de efecto grande. Antes de la intervención,

la mediana del IHOS era 1, mientras que después aumentó a 3, reflejando una mejora sustancial en la higiene oral de los niños.

7. Los resultados evidenciaron que el video educativo mejoró significativamente el nivel de conocimiento sobre higiene oral, con un impacto de gran magnitud. Antes de la intervención, la mediana del NC era 2.66, mientras que después aumentó a 3, consolidando el aprendizaje adquirido.

5.2 Recomendaciones

1. Se recomienda la implementación de videos educativos en programas escolares de salud bucal, complementados con actividades prácticas de cepillado supervisado y refuerzo didáctico. Además, de incluir estos materiales en campañas de prevención odontológica dirigidas a niños en edad preescolar y primaria.
2. Es fundamental que las instituciones educativas incorporen evaluaciones periódicas del IHOS en los niños, a fin de detectar deficiencias en la higiene bucal y establecer intervenciones tempranas. Además, los programas de salud escolar deben enfatizar la importancia del rol de los padres y docentes en la supervisión del cepillado.
3. Se recomienda que los videos educativos sean incorporados como una herramienta estándar en programas de prevención de caries y enfermedades periodontales en niños, acompañados de sesiones interactivas con odontólogos o docentes capacitados. Además, de la realización de refuerzos periódicos, para consolidar los hábitos adquiridos a largo plazo.

4. Es necesario que los programas educativos en salud bucal sean integrados en el currículo escolar, promoviendo la enseñanza del cepillado correcto desde los primeros años de vida. Además, de involucrar a los padres en estas iniciativas, brindándoles orientación sobre la importancia de la higiene bucal en el hogar.
5. Se aconseja que los videos educativos sobre higiene oral sean utilizados de manera recurrente en instituciones educativas y centros de salud, asegurando su actualización y complementación con actividades prácticas. Además, de la capacitación docente en salud bucal, para que puedan reforzar los conocimientos adquiridos por los niños.
6. Se recomienda que los videos educativos sean aplicados en combinación con estrategias de monitoreo y evaluación clínica del IHOS, permitiendo un seguimiento continuo de los avances en higiene oral. Además, se sugiere que los programas de prevención bucal sean adaptados a diferentes grupos etarios, garantizando su efectividad en diversas poblaciones infantiles.
7. Es importante que las estrategias educativas en salud bucal sean reforzadas con actividades interactivas, como talleres de cepillado y uso de tabletas reveladoras de placa, para garantizar que el conocimiento adquirido se traduzca en una mejora real en la higiene oral. Asimismo, se recomienda el uso de tecnología educativa, como aplicaciones y plataformas digitales, para reforzar los aprendizajes en el hogar.

REFERENCIAS

1. Zareban I, Karimy M, Araban M, Delaney D. Oral self-care behavior and its influencing factors in a sample of school children from Central Iran. *Arch Public Heal.* 2021;79(1):175.
2. Organización Mundial de la Salud. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. World Health Organization, editor. 2022. 120 p.
3. Ruff RR, Senthil S, Susser S, Tsutsui A. Oral health, academic performance, and school absenteeism in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc.* 2019;150(2):111–21.
4. Seguro Social de Salud del Perú. Gob.pe. 2022. EsSalud recomienda cuidado de los dientes ante incremento de casos de caries en niños y adolescentes menores de 15 años.
5. Goodarzi A, Heidarnia A, Tavafian S, Eslami M. Predicting oral health behaviors among Iranian students by using health belief model. *J Educ Health Promot.* 2019;8(10):1–9.
6. Rafiei E, Zandi H, Joshan N, Maybodi FR, Fallah R. Bacterial composition of subgingival plaque in crowded and noncrowded teeth. *Am J Orthod Dentofac Orthop.* 2022;161(3):375–80.
7. Pudentiana R, Purnama T, Emini, Nurbayani S, Prihatiningsih N. Knowledge of Oral and Dental Health Impacts the Oral Hygiene Index Simplified (OHI-S) of Primary School Children. *Indian J Forensic Med Toxicol.* 2021;15(4):2179–83.
8. Lazo G. Problemática Actual En Salud Bucal En El Perú. *Scientiarvm.*

- 2015;3(2):55–8.
9. Bramantoro T, Santoso CMA, Hariyani N, Setyowati D, Zulfiana AA, Nor NAM, et al. Effectiveness of the school-based oral health promotion programmes from preschool to high school: A systematic review. *PLoS One*. 2021;16(8):e0256007.
 10. Kolawole KA, Folayan MO. Association between malocclusion, caries and oral hygiene in children 6 to 12 years old resident in suburban Nigeria. *BMC Oral Health*. 2019;19(262):1–9.
 11. Almansob Y, Alhammadi M, Luo X, Alhadj M, Zhou L, Almansoub H, et al. Comprehensive evaluation of factors that induce gingival enlargement during orthodontic treatment. *Niger J Clin Pract*. 2021 Nov;24(11):1649–55.
 12. Mego C. Efectividad de la higiene oral pre y post intervencion con el uso de video educacional en escolares de 8 a 10 años de las instituciones educativas Andabamba y Yauyucan, Cajamarca, 2023. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2024.
 13. Tuesta L. Efectividad de un programa de salud bucal para disminuir el biofilm en niños de una institucion educativa del Callao, 2019. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2023.
 14. Agip S. Programa de inducción para mejorar la condición de higiene oral en niños y niñas de 6 a 7 años de dos instituciones educativas-Chulucanas-2019. Universidad Alas Peruanas; 2022.
 15. Del Carpio D. Efecto del programa educativo promocional “ Compartiendo Sonrisas” en el índice de higiene oral simplificado en niños de 6 a 12 años del distrito de Aplao, provincia de Castilla, Arequipa 2019. Universidad Católica de Santa María; 2021.

16. Diaz AM. Efecto de un programa de intervención educativa en el nivel de conocimiento y comportamiento sobre higiene bucal en niños y niñas de 6 a 9 años. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021.
17. Shirahmadi S, Bashirian S, Soltanian AR, Karimi-shahanjarini A, Vahdatinia F. Effectiveness of theory-based educational interventions of promoting oral health among elementary school students. *BMC Public Health*. 2024;24(130):1–22.
18. Pandya S, Hegde V. Effectiveness of Reinforced Oral Health Education on the Oral Hygiene Status of 9–12-year-old Primary Schoolchildren: A Follow-up Study. *J Prim Care Dent Oral Heal*. 2024;5(1):24–8.
19. Sneha K, Praveen P, Anantharaj A. An assessment of the effectiveness of oral health education on oral health-related knowledge and attitudes of caregivers of children with hearing impairment. *Eur J Paediatr Dent*. 2022;23(1):10–4.
20. Zarabadipour M, Makhlooghi Sari M, Moghadam A, Kazemi B, Mirzadeh M. Effects of Educational Intervention on Dental Plaque Index in 9-Year-Old Children. *Int J Dent*. 2022;2022(1):7339243.
21. Cabrera M, Pillacela J, Lafebre M, Reinoso J, Ramón J. Impact of an educational intervention on oral health in children aged 8 to 11 years. *World J Adv Res Rev*. 2022;14(2):510–4.
22. Xiao X, Wong RM, Yang W. Effectiveness of video-based health promotion: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2024;119(108095):1–15.
23. Pressley M, Graham S, Harris K. The state of educational intervention research as viewed through the lens of literacy intervention. *Br J Educ Psychol*. 2006;76(1):1–

- 19.
24. Menegaz AM, Silva AER, Cascaes AM. Educational interventions in health services and oral health: Systematic review. *Rev Saude Publica*. 2018;52(52):1–14.
25. Menon P, Shivakumar S, Bhambani G, Singh TP, Khare A, Pathak A. Effectiveness of School - Based Oral Health Education in Influencing Oral Health among School Children - Systematic Review and Meta - Analysis. *J Head Neck Physicians Surg*. 2021;9:100–7.
26. Ahmad AN, Kherul A, Jamaludin M, Mohd Z. Effective Oral Health Interventions for Disadvantaged Schoolchildren: a Systematic Review. *J Heal Transl Med*. 2024;2024(1):162–77.
27. Dahodwala M, Geransar R, Babion J, de Grood J, Sargious P. The impact of the use of video-based educational interventions on patient outcomes in hospital settings: A scoping review. *Patient Educ Couns*. 2018;101(12):2116–24.
28. Tuong W, Larsen E, Armstrong A. Videos to influence: A systematic review of effectiveness of video-based education in modifying health behaviors. *J Behav Med*. 2014;37(2):218–33.
29. Boynito W, Pauwels N, Otayto K, De Henauf S, Abbeddou S. Effects of community-based educational video interventions on nutrition, health, and use of health services in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *Nutr Rev*. 2024 Feb;004.
30. Yousef A, Chatti M, Schroeder U. The state of video-based learning: A review and future perspectives. *Int J Adv Life Sci*. 2014;6(3–4):122–35.

31. Romantika I, Lusmilasari L, Prabandari Y, Syahrul S. Application of video-based health education in improving mother's knowledge and attitudes about behavioral problems among preschool children. *Enferm Clin*. 2020;30(2):172–6.
32. Tadin A, Guberina R, Domazet J, Gavic L. Oral Hygiene Practices and Oral Health Knowledge among Students in Split, Croatia. *Healthc*. 2022;10(2):406.
33. Duangthip D, Chu CH. Challenges in Oral Hygiene and Oral Health Policy. *Front Oral Heal*. 2020;1(575428):1–4.
34. Joiner A. The Cleaning of Teeth. In: *Handbook for Cleaning/Decontamination of Surfaces*. Elsevier; 2007. p. 371–405.
35. Gunjan K, Jalaluddin K, Dhirendra S. Tooth Brush and Brushing Technique. *J Adv Med*. 2013;2(1):1–8.
36. Sälzer S, Graetz C, Dörfer CE, Slot DE, Van der Weijden FA. Contemporary practices for mechanical oral hygiene to prevent periodontal disease. *Periodontol* 2000. 2020;84(1):35–44.
37. Wainwright J, Sheiham A. An analysis of methods of toothbrushing recommended by dental associations, toothpaste and toothbrush companies and in dental texts. *Br Dent J*. 2014;217(3):8–11.
38. Ravindran V. Dentists's Preference Of Brushing Technique Taught To Children With Permanent Dentition. *Int J Dent Oral Sci*. 2021;8(9):4500–4.
39. Varela P, Bugarín R, Blanco A, Varela A, Seoane J, Romero A. Oral hygiene habits. Results of a population-based study. *An Sist Sanit Navar*. 2020;43(2):217–23.
40. Fitri H, Kasuma N, Fajrin FN, Sovira GDJ, Aulia RK, Huriyah H. Simplified Oral

- Hygiene Index Haria Fitri and et al. *J Int Dent Med Res*. 2023;16(2):656–60.
41. Yandi S, Mahata IBE, Anggraini E. Oral hygiene index-simplified sebelum dan setelah penyuluhan menyikat gigi menggunakan media PowerPoint dan media flip chart Oral hygiene index-simplified before and after tooth brushing counselling using PowerPoint and flip chart media. *Padjadjaran J Dent Res Students*. 2020;4(2):141–5.
 42. Greene J, Vermillion J. the Simplified Oral Hygiene Index. *J Am Dent Assoc*. 1964;68(1):7–13.
 43. Greene JC. The Oral Hygiene Index—Development and Uses. *J Periodontol*. 1967;38(6P2):625–35.
 44. D’Elia G, Floris W, Marini L, Corridore D, Rojas MA, Ottolenghi L, et al. Methods for Evaluating the Effectiveness of Home Oral Hygiene Measures—A Narrative Review of Dental Biofilm Indices. *Dent J*. 2023;11(7):172.
 45. Sungkar S, Narulita L, Diansari V. Oral Hygiene Index Simplified (OHI-S) Pada Murid Kelas IV SD Negeri 24 Kuta Alam. *J Caninus Denstistry*. 2016;1(4):6–8.
 46. Mora K, Calle D, Sacoto F. Índice De Higiene Oral Simplificado en Escolares de 6 años de edad, Ecuador, 2016. Vol. 2, *Odontología Vital*. 2020. p. 73–8.
 47. Pudentiana R, Purnama T, Emini, Tauchid S, Prihatiningsih N. Knowledge of Oral and Dental Health Impacts the Oral Hygiene Index Simplified (OHI-S) of Primary School Children. *Indian J Forensic Med Toxicol*. 2021;15(4):2179–83.
 48. Aripin D, Suwargiani AA, Wardani R, Susilawati S. Oral Hygiene Instruction – How it Affects the Caries Experience, Oral Hygiene Status, and sCD14 Levels? *Open Dent J*. 2022;16(4):1–6.

49. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: Las rutas Cuantitativa Cualitativa y Mixta. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México; 2018.
50. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. El Método científico. Metodología de la Investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis. 2019. 562 p.
51. Cabeza Mejía ED, Andrade Naranjo D, Torres Santamaría J. Introducción a la metodología de la investigación científica. 2018. 138 p.
52. Pimienta H, de la Orden A. Metodología de la investigación: competencia-aprendizaje-vida. Pearson; 2017.
53. Muñoz C. Metodología de la investigación. México D.F.: Oxford University Press México, S.A. de C.V.; 2016.
54. Niño V. Metodología de la investigación: diseño y ejecución. Ediciones de la U, editor. Bogotá; 2011.
55. Etikan I, Babatope O. A Basic Approach in Sampling Methodology and Sample Size Calculation. MedLife Clin. 2019;1:50–4.
56. Yadav S, Singh S, Gupta R. Sampling Methods. In: Biomedical Statistics: A beginner's guide. Springer; 2019. p. 71–83.
57. López E, Ardura D. El tamaño del efecto en la publicación científica. Educ XX1. 2023;26(1):9–17.
58. Dettori J, Norvell D. Kappa y más allá: ¿hay acuerdo? Glob Spine J [Internet]. 2020;10(4):499–501. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/2192568220911648>

59. Sugihasto H. Prueba comparativa del coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach, Kr-20, Kr-21 y el método de división por la mitad. *Rev Investig y evaluación Educ* [Internet]. 2024;8(1):47–57. Disponible en: <https://ejournal.undiksha.ac.id/index.php/JERE/article/view/68164/29185>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general:</p> <p>¿Qué grado de efectividad presenta un recurso audiovisual educativo como estrategia didáctica para mejorar la higiene oral en escolares de 5 a 7 años en una institución educativa de Lima durante el año 2025?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿Cuál es el estado del índice de higiene oral previo a la aplicación del recurso audiovisual educativo en niños de 5 a 7 años?</p> <p>¿Qué cambios se observan en el índice de higiene oral posterior a la intervención con el video educativo en niños de 5 a 7 años?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene oral antes de la proyección del video en escolares de 5 a 7 años?</p> <p>¿Qué nivel de conocimiento sobre higiene oral alcanzan los niños tras la exposición al video educativo?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Analizar la efectividad de un video educativo como recurso didáctico para optimizar la higiene oral en escolares de 5 a 7 años de una institución educativa en Lima durante el año 2025.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Describir el índice de higiene oral de los niños antes de aplicar la estrategia audiovisual educativa.</p> <p>Identificar las variaciones en el índice de higiene oral tras el uso del video educativo.</p> <p>Evaluar el conocimiento sobre higiene oral previo a la intervención con material audiovisual en niños de 5 a 7 años.</p> <p>Medir el nivel de conocimiento sobre higiene oral alcanzado después de la intervención educativa.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Ha: Existe una relación significativa entre la aplicación de un video educativo y la mejora en las prácticas de higiene oral de niños de 5 a 7 años pertenecientes a una institución educativa en Lima, durante el año 2025.</p> <p>Ho: No se evidencia una relación significativa entre el uso de un video educativo y la mejora en la higiene oral de niños de 5 a 7 años en una institución educativa de Lima, 2025.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Hi1: El video educativo aplicado como estrategia pedagógica presenta un efecto positivo en el índice de higiene oral en escolares de 5 a 7 años en Lima, 2025.</p> <p>Ho1: La intervención mediante video educativo no genera cambios</p>	<p>V1: Video educativo</p> <p>V2: Higiene oral</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Índice higiene oral - Nivel de conocimiento sobre higiene oral <p>Covariables:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sexo Edad 	<p>Método:</p> <p>Análítico</p> <p>Enfoque:</p> <p>Cuantitativo</p> <p>Tipo de investigación:</p> <p>Básica</p> <p>Diseño:</p> <p>Cuasi Experimental</p> <p>Corte: transversal, Prospectivo</p> <p>Nivel:</p> <p>Comparativo</p> <p>Población y muestra:</p> <p>Escolares de 5 a 7 años de una institución educativa, Lima 2024</p>

¿Qué efectividad tiene el video educativo como herramienta para mejorar la higiene oral en la dimensión índice de higiene oral?	Determinar el impacto del video educativo en la mejora del índice de higiene oral como dimensión evaluativa.	significativos en el índice de higiene oral en niños de 5 a 7 años en Lima, 2025.
¿Qué eficacia se identifica en el recurso audiovisual en relación con el nivel de conocimiento sobre higiene oral?	Analizar la efectividad del video educativo en el incremento del conocimiento sobre higiene oral infantil.	Hi₂: La estrategia audiovisual propuesta contribuye de forma significativa al incremento del conocimiento sobre higiene oral en escolares de 5 a 7 años en Lima, 2025. Ho₂: No se observa una diferencia significativa en el conocimiento sobre higiene oral tras aplicar el video educativo en niños de 5 a 7 años en Lima, 2025.

Anexo 2: Instrumentos**Ficha de Recolección de Datos: Evaluación de la Efectividad de un Video Educativo como Estrategia para Mejorar la Higiene Oral****Identificación del participante**

- Código del participante: _____
 - Edad: _____ años
 - Sexo: Masculino Femenino
 - Grado escolar: _____
 - Grupo asignado:
 Control (sin video educativo)
 Experimental (con video educativo)
-

Sección Inicial: Información previa a la intervención

1. Fecha de evaluación: ____ / ____ / _____
 2. Índice de Higiene Oral Simplificado Inicial (IHOS):
 - **Índice de Placa Bacteriana Simplificado (IPB-S):** _____
 - **Índice de Cálculo Simplificado (IPC-S):** _____
 - **Categoría general del IHOS:**
 Deficiente (0.0 - 1.2)
 Regular (1.3 - 3.0)
 Eficiente (3.1 - 6.0)
-
-

Sección Final: Información posterior a la intervención

2. Fecha de evaluación: ____ / ____ / _____
3. Índice de Higiene Oral Simplificado Final (IHOS):
 - **Índice de Placa Bacteriana Simplificado (IPB-S):** _____
 - **Índice de Cálculo Simplificado (IPC-S):** _____
 - **Categoría general del IHOS:**
 Deficiente (0.0 - 1.2)
 Regular (1.3 - 3.0)
 Eficiente (3.1 - 6.0)


Cuestionario de conocimiento sobre higiene bucal en niños

- Código del participante: _____
- Edad: _____ años
- Sexo: [] Masculino [] Femenino
- Grado escolar: _____
- Grupo asignado:
[] Control (sin video educativo)
[] Experimental (con video educativo)

Lee atentamente cada pregunta y responde marcando la opción que consideres adecuada con una (X), según corresponda:

1. La caries es una enfermedad que:
 Destruye los dientes
 Hace que tus dientes sean más blancos
2. ¿Comer muchos dulces causa caries?
 Sí
 No
3. ¿Cuántas veces al día se debe cepillar los dientes?
 Una vez
 Dos veces
 Tres veces
4. ¿Por cuánto tiempo hay que cepillarse los dientes?
 1 minuto
 2 minutos
5. ¿Te debes cepillar la lengua?
 Sí
 No
6. ¿Qué debes hacer para evitar la caries dental?
 Cepillarse todos los días
 Cepillarse antes de cada comida
7. ¿Cuántas veces se debe ir al dentista al año?
 Una vez
 Dos veces
 Tres veces

Anexo 3: Validez del instrumento


Universidad
Norbert Wiener

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Mg. CD. Fátima García Delgado

1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente de la Universidad Norbert Wiener

1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: ÍNDICE O'LEARY

1.4 Autor del Instrumento: FRANCIA RODRIGUEZ ANA SILVIA

1.5 Título de la Investigación: 'EFECTO DE LA ENSEÑANZA DIGITAL DE DOS TÉCNICAS DE CEPILLADO DENTAL PARA LA REDUCCIÓN DE BIOFILM BACTERIANO EN NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS DE LA I.E.P. JULIO RAMON RIBEYRO - 2024'

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

CRITERIOS	Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy buena
	1	2	3	4	5
1. CLARIDAD				X	
2. OBJETIVIDAD				X	
3. ACTUALIDAD				X	
4. ORGANIZACIÓN				X	
5. SUFICIENCIA				X	
6. INTENCIONALIDAD				X	
7. CONSISTENCIA				X	
8. COHERENCIA				X	
9. METODOLOGÍA				X	
10. PERTINENCIA				X	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					
	A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50}$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

09 de octubre del 2024

Firma y sello
COP: 4559
DNE: 07973218
Mg. Fátima García Delgado
ESP. ODONTOLÓGICA
C.P. 70011000



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Mg. CD. ... MARIBIA VILLACORTA MOUNA
- 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente de la Universidad Norbert Wiener
- 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: INDICE O'LEARY
- 1.4 Autor del Instrumento: FRANCIA RODRIGUEZ ANA SILVIA
- 1.5 Título de la Investigación: "EFECTO DE LA ENSEÑANZA DIGITAL DE DOS TÉCNICAS DE CEPILLADO DENTAL PARA LA REDUCCIÓN DE BIOFILM BACTERIANO EN NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS DE LA I.E.P. JULIO RAMON RIBEYRO - 2024".

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy buena
	1	2	3	4	5
1. CLARIDAD					✓
2. OBJETIVIDAD					✓
3. ACTUALIDAD					✓
4. ORGANIZACIÓN					✓
5. SUFICIENCIA					✓
6. INTENCIONALIDAD					✓
7. CONSISTENCIA					✓
8. COHERENCIA					✓
9. METODOLOGÍA					✓
10. PERTINENCIA					✓
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					
	A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = \frac{1}{50}$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL. (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado	[0,00 - 0,60]
Observado	<0,60 - 0,70]
Aprobado	<0,70 - 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

09 de octubre del 2024

Elmora y ssa

COP:

DNI:

Coel
Mg. ANA SILVIA RODRIGUEZ
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 13354



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Mg. CD. Leyla Samonde Segura
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente de la Universidad Norbert Wiener
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: INDICE O'LEARY
 1.4 Autor del instrumento: FRANCIA RODRIGUEZ ANA SILVIA
 1.5 Título de la Investigación: "EFECTO DE LA ENSEÑANZA DIGITAL DE DOS TÉCNICAS DE CEPILLADO DENTAL PARA LA REDUCCIÓN DE BIOFILM BACTERIANO EN NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS DE LA I.E.P. JULIO RAMON RIBEYRO - 2024"

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				Y	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.				Y	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.					Y
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.				Y	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de investigación.				X	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					4	2
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50}$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado <input type="radio"/>	[0,00 – 0,60]
Observado <input type="radio"/>	<0,60 – 0,70]
Aprobado <input checked="" type="radio"/>	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

09 de octubre del 2024

Leyla Samonde Segura
 Mg. Esc. Leyla Samonde Segura
 Ciudad de Lima - Distrital
 COP 1232 RNE 3497

Firma y sello
 COP: 12932
 DNI: 20810609



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Mg. CD.
- 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente de la Universidad Norbert Wiener
- 1.3 Nombre del Instrumento motivo de evaluación: ÍNDICE O'LEARY
- 1.4 Autor del Instrumento: FRANCIA RODRIGUEZ ANA SILVIA
- 1.5 Título de la Investigación: "EFECTO DE LA ENSEÑANZA DIGITAL DE DOS TÉCNICAS DE CEPILLADO DENTAL PARA LA REDUCCIÓN DE BIOFILM BACTERIANO EN NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS DE LA I.E.P. JULIO RAMON RIBEYRO - 2024".

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CONTENIDO	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				✓	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				✓	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.				✓	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				✓	
8. COHERENCIA	Entre los ítems, indicadores y las dimensiones.				✓	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.				✓	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				✓	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50}$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado ○	[0,00 – 0,60]
Observado ○	<0,60 – 0,70]
Aprobado ○	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

09 de octubre del 2024

FRANCIA RODRIGUEZ MORALI S
 COP: DIRECTORA DE CALIDAD
 DNI: 85533020

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

Fiabilidad de la variable “Índice higiene oral”

Tabla 12

Categorización de la fiabilidad según el índice de concordancia Kappa de Cohen

Rango de referencia	Descripción	Probabilidad acumulada
		Kappa
0,81 a 1,00	Muy bueno	0,00
0,61 a 0,80	Bueno	0,06
0,41 a 0,60	Moderado	0,09
0,21 a 0,40	Regular	0,11
≤0,20	Pobre	1,00

Nota. Propuesto por Dettori y Norvell (58)

Tabla 13

Concordancia intraobservador

	Valor	Error estándar asintótico	T aproximada	Significación aproximada
Medida de acuerdo	Kappa 0,692	,196	3254.000	0,001
N de casos válidos	20			

En el caso del Índice de Higiene Oral, se utilizó el índice de concordancia Kappa de Cohen, obteniéndose un valor de 0.692, lo que indica una buena fiabilidad en la medición. La prueba de significación mostró un p-valor de 0.001, confirmando la fiabilidad estadística del acuerdo interevaluador.

Fiabilidad de la variable “Nivel de conocimiento sobre higiene oral”

Tabla 14

Categorización de la fiabilidad según Kuder – Richardson (KR-20)

Coefficiente de Fiabilidad de la Prueba	Categorización
1,00 > 0,90	Fiabilidad muy alta
0,75 - 0,90	Buena fiabilidad
0,50 - 0,75	Fiabilidad media
-1,00 < 0,50	Fiabilidad baja

Nota. Propuesto por Sugihasto (59)

Tabla 15

Prueba piloto de la variable “Nivel de conocimiento sobre higiene oral”

Nº	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Total	
1	1	1	1	0	1	0	1	5	
2	1	1	1	0	0	0	1	4	
3	1	1	1	1	1	1	1	7	
4	1	1	1	0	0	0	0	3	
5	1	1	1	1	1	1	1	7	
6	1	1	1	0	0	0	0	3	
7	1	1	1	1	1	1	1	7	
8	1	1	1	0	0	0	0	3	
9	1	1	1	0	0	0	0	3	
10	1	1	1	1	1	1	1	7	
11	1	1	1	0	1	1	1	6	
12	1	1	1	0	0	0	0	3	
13	1	1	1	0	0	0	0	3	
14	1	1	1	1	0	0	0	4	
15	0	1	1	0	0	0	1	3	
16	1	1	1	0	0	0	1	4	
17	0	1	1	1	0	0	0	3	
18	1	1	1	0	1	0	1	5	
19	1	1	1	1	1	1	1	7	
20	0	1	1	0	0	0	0	2	
P	0.85	1	1	0.35	0.4	0.3	0.55	3.103	Varianza muestral
Q	0.15	0	0	0.65	0.6	0.7	0.45		
PQ	0.1275	0	0	0.2275	0.24	0.21	0.2475	1.0525	Suma (PQ)

Confiabilidad de Kuder – Richardson para “Nivel de conocimiento sobre higiene oral”


$$KR_{20} = \frac{k}{k-1} \times \left[1 - \frac{\sum p \times q}{V_t} \right]$$

$$KR_{20} = \frac{7}{7-1} \times \left[1 - \frac{1.0525}{3.103} \right]$$

$$KR_{20} = 0.7709$$

Para la variable Nivel de Conocimiento sobre Higiene Oral, se calculó la confiabilidad mediante el coeficiente Kuder-Richardson (KR-20), obteniéndose un valor de 0.7709, lo que corresponde a una buena fiabilidad según los criterios establecidos.

Anexo 5: Consentimiento y asentimiento informado

 Universidad Norbert Wiener	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO(FCI) EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIEI-VRI		
	CÓDIGO: UPNW-EE 8-FOR-088	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 11/08/2022

Título de proyecto de investigación: EFECTIVIDAD DE UN VIDEO EDUCATIVO COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA HIGIENE ORAL EN NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS EN LIMA, 2025.
Investigadora: Ana Silvia Francia Rodríguez.
Institución: Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: "EFECTIVIDAD DE UN VIDEO EDUCATIVO COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA HIGIENE ORAL EN NIÑOS EN LIMA, 2025", de fecha 02/03/2025 y versión 01. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener(UPNW).

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El objetivo de la investigación es determinar la efectividad de un video educativo como estrategia para mejorar la higiene oral en niños de 5 a 7 años de I.E. en Lima, 2025. Esta investigación tiene el potencial de generar un impacto práctico significativo en la promoción de hábitos de higiene oral saludables en niños. Al desarrollar un video educativo atractivo y efectivo, se busca mejorar la higiene bucal y reducir la incidencia de enfermedades bucales en la infancia, especialmente en contextos con limitaciones económicas y de acceso a servicios de salud bucal. Los resultados de este estudio pueden ser aplicados por instituciones educativas, programas de salud pública y profesionales de la odontología para desarrollar estrategias similares y mejorar la calidad de vida de los niños y sus familias.

Duración del estudio (meses): 5 meses.

Nº esperado de participantes: Estará conformada por los niños de 5 a 7 años matriculados en la I. E. P. Julio Ramón Ribeyro, ubicada en Lima, durante el año 2025. Según datos preliminares, cuya muestra suma un total de 64 niños.

Criterios de Inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Niños de 5 a 7 años matriculados en la institución durante el periodo de estudio.
- Aquellos cuyos padres o tutores otorguen su consentimiento informado por escrito para participar en el estudio.
- Niños en condiciones físicas y cognitivas que les permitan comprender las instrucciones relacionadas con el video educativo y participar activamente en las evaluaciones de higiene oral.

Criterios de exclusión:

- Niños con diagnósticos previos de condiciones bucodentales que requieran tratamientos odontológicos específicos al inicio del estudio, ya que esto podría influir en los resultados.
- Niños que presenten dificultades significativas para comunicarse o entender las actividades propuestas en el video educativo.
- Aquellos cuyos padres o tutores no autoricen su participación en el estudio.

Procedimientos del estudio:

V 01 02 – 03 – 2025	Página 1 de 3
------------------------	---------------

Prohibida la reproducción de este documento, este documento Impreso es una copia no controlada.

 Universidad Norbert Wiener	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO(FCI) EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIEI-VRI		
	CÓDIGO: UPNW-EE 8-FOR-088	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 11/08/2022

Su hijo ha sido seleccionado para participar en un estudio sobre la efectividad de un video educativo para mejorar la higiene oral en niños de 5 a 7 años. A continuación, se describe el procedimiento del estudio:

1. Medición inicial del Índice de Higiene Oral (IHOS): Se medirá el IHOS de su hijo al inicio del estudio para evaluar su nivel de higiene oral.
2. Asignación a un grupo: Su hijo será asignado aleatoriamente a uno de dos grupos: el grupo experimental o el grupo control.
3. Intervención educativa (Grupo Experimental): Si su hijo es asignado al grupo experimental, recibirá una intervención educativa que incluye:
 - La proyección de un video educativo sobre higiene oral.
 - Charlas de reforzamiento sobre la importancia de la higiene oral.
 - Sesiones prácticas de cepillado supervisado.
4. Medición del IHOS después de la intervención: Se medirá el IHOS de su hijo después de la intervención educativa para evaluar los cambios en su nivel de higiene oral.
5. Aplicación de un cuestionario: Se aplicará un cuestionario a su hijo al inicio y al final del estudio para evaluar su nivel de conocimiento sobre higiene oral.

Duración y Frecuencia de las Sesiones: El estudio constará de 4 sesiones, cada una con una duración de aproximadamente 30 minutos. Las sesiones se llevarán a cabo en la institución educativa de su hijo.

Riesgos: Su participación en el estudio no presenta riesgos significativos para la participación en este estudio.

Beneficios:

- Mejora en la higiene oral de su hijo.
- Mayor conocimiento sobre la importancia de la higiene oral.
- Contribución al desarrollo de estrategias efectivas para mejorar la higiene oral en niños.

Los resultados se entregarán de forma individual, respetando la confidencialidad y anonimato.

Costos e incentivos: Usted no pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

Derechos del paciente: La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negar la participación de su hijo en el estudio o retirarlo de éste en cualquier momento, sin

V 01 02 – 03 – 2025	Página 2 de 3
------------------------	---------------

Prohibida la reproducción de este documento, este documento impreso es una copia no controlada.

 Universidad Norbert Wiener	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO(FCI) EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIEI-VRI		
	CÓDIGO: UPNW-EE S-FOR-088	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 11/08/2022

que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con la investigadora principal Bachiller en Odontología Ana Silvia Francia Rodríguez, número de contacto es el 939 871 848 y correo electrónico a2007100428@uwiener.edu.pe

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, Email: comité.etica@uwiener.edu.pe

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado(FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

 (Firma)
 Nombre participante:
 DNI:
 Fecha: (dd/mm/aaaa)


 Nombre investigador: Ana Silvia Francia Rodríguez.
 DNI: 40843700
 Fecha: (02/03/2025)

 (Firma)
 Nombre testigo o representante legal:
 DNI:
 Fecha: (dd/mm/aaaa)

Nota: La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.

V 01 02 – 03 – 2025	Página 3 de 3
------------------------	---------------

Prohibida la reproducción de este documento, este documento impreso es una copia no controlada.

 Universidad Norbert Wiener	ASENTIMIENTO INFORMADO		
	CÓDIGO: UPNW-EE3-FOR-081	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 11/08/2022

|

Título de proyecto: EFECTIVIDAD DE UN VIDEO EDUCATIVO COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA HIGIENE ORAL EN NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS EN LIMA, 2025.

Objetivo del estudio: Evaluar la efectividad de un video educativo para mejorar la higiene oral en niños de 5 a 7 años.

Procedimientos:

- Medición inicial de la higiene oral.
- Asignación a un grupo: video educativo o control.
- Intervención educativa (video, charlas y prácticas de cepillado).
- Medición final de la higiene oral.

Importancia del estudio: Mejorar la higiene oral en niños y reducir enfermedades bucales.

Hola mi nombre es Ana Silvia Francia Rodriguez Bachiller en Odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW). Actualmente se estoy realizando un estudio de investigación para conocer acerca de la efectividad de un video educativo para mejorar la higiene oral en niños de 5 a 7 años.

y para ello queremos pedirte tu participación.

Tu participación en el estudio consistiría en:

1. Medición inicial: Nosotros te vamos a revisar los dientes para ver cómo están.
2. Ver un video: Puedes ver un video divertido sobre cómo cuidar tus dientes.
3. Aprender a cepillar: Te enseñaremos cómo cepillar tus dientes correctamente.
4. Medición final: Después de aprender, te revisaremos los dientes de nuevo para ver cómo te fue.
5. Preguntas: Te haremos algunas preguntas para ver qué aprendiste.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá y/o apoderado hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información nos ayudará a mejorar la higiene oral y tener dientes saludables y fuertes.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (O RESULTADOS DE MEDICIONES), sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrito de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre del participante: _____

Nombre y firma de la persona/investigador que obtiene el asentimiento:

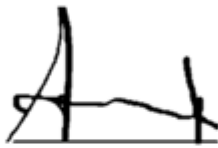
V 01 02 – 03 – 2025	Página 1 de 2
------------------------	---------------

Prohibida la reproducción de este documento, este documento impreso es una copia no controlada.

 Universidad Norbert Wiener	ASENTIMIENTO INFORMADO		
	CÓDIGO: UPNW-EE3-FOR-031	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 11/08/2022

Firma

Fecha: ____ de ____ del 2025.



Nombre de la investigadora: Ana Silvia Francia Rodriguez.
DNI: 40843700
Fecha: (/ /2025)

V 01 02 - 03 - 2025	Página 2 de 2
------------------------	---------------

Prohibida la reproducción de este documento, este documento impreso es una copia no controlada.

Anexo 6: Constancia de aprobación



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 15 de marzo de 2025

Investigador(a)
Ana Silvia Francia Rodriguez
Exp. N°: 0350-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: "**EFFECTIVIDAD DE UN VIDEO EDUCATIVO COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA HIGIENE ORAL EN NIÑOS DE 5 A 7 EN LIMA, 2025**". con fecha **07/03/2025**.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Ana Silvia Francia Rodriguez.

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años** (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Raúl Antonio Rojas Ortega
Presidente

Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
UPNW



Anexo 7: Carta de presentación y Autorización de ejecución

Lima, 16 de abril del 2025

Carta N°042-04-2025-EAP-ODON-UPNW

Mg. Giancarlo Bernardo Suca
Director
Institución Educativa Particular "Julio Ramón Riveyro"
Puente Piedra

Presente. -

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted a nombre de la Universidad Norbert Wiener, con motivo de presentar a la Bachiller **Ana Silvia Francia Rodríguez** de la carrera de **Odontología** para que pueda realizar la recolección de datos para su tesis titulada: **"EFECTIVIDAD DE UN VIDEO EDUCATIVO COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA HIGIENE ORAL EN NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LIMA, 2025"**.

Por ello, solicitamos brindar el acceso a vuestra digna Institución a la Bachiller para que ejecute las actividades relacionadas a su investigación.

Esperando contar con su apoyo a la formación profesional de nuestros estudiantes aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente,




Dra. Brenda Vergara Pinto
Directora
Programa Académico de Odontología
Universidad Norbert Wiener



"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

Lima, 27 de febrero del 2025.

Señorita

Ana Silvia FRANCIA RODRIGUEZ

PRESENTE. -


Estimada señorita, es grato dirigirme a usted, en atención a su solicitud para el desarrollo de su tesis de investigación denominada: **"EFECTIVIDAD DE UN VIDEO EDUCATIVO COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA HIGIENE ORAL EN NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA EN LIMA, 2025"**, para el cual cuenta usted con el apoyo de nuestra Institución Educativa "Julio Ramon Ribeyro".

Para el inicio de la recolección de datos y revisión de imágenes, agradecería acercarse a las instalaciones para ultimar las coordinaciones necesarias para el logro de sus objetivos planteados.

Atentamente,

Giancarlo Rafael BERNARDO SUCAR
DIRECTOR

Anexo 8: Informe de tesis

 Universidad Norbert Wiener	INFORME DEL ASESOR		
	código: UPNW-GRA-FOR-014	VERSION: 02 REVISION: 02	FECHA: 13/05/2020

Lima, 10 de mayo del 2025

Dra. Esp. Brenda Vergara Pinto

Directora de la EAP de Odontología Universidad Privada Norbert Wiener Presente. -

De mi especial consideración:

Es grato expresarle un cordial saludo y como asesor de tesis titulada: **"EFECTIVIDAD DE UN VIDEO EDUCATIVO COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA HIGIENE ORAL EN NIÑOS DE 5 A 7 AÑOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LIMA, 2025"** desarrollado por el egresado Ana Silvia Francia Rodríguez; para la obtención del Título Profesional de Cirujano dentista; ha sido concluida satisfactoriamente.

Al respecto informo que se lograron los siguientes objetivos:

- Orientar la investigación para lograr los objetivos de la misma.
- Revisar el informe final en sus resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.
- Aprobar la tesis para su sustentación.

Atentamente,



DRA. MG. ESP. JACQUELINE CESPEDES PORRAS
DNI: 09336072

Anexo 9: Reporte de turnitin

Reporte de similitud	
NOMBRE DEL TRABAJO	AUTOR
Tesis	Ana Francia
RECuento DE PALABRAS	RECuento DE CARACTERES
12560 Words	68080 Characters
RECuento DE PÁGINAS	TAMAÑO DEL ARCHIVO
58 Pages	313.6KB
FECHA DE ENTREGA	FECHA DEL INFORME
Jul 29, 2025 7:03 PM GMT-5	Jul 29, 2025 7:05 PM GMT-5
<p>● 17% de similitud general</p> <p>El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14% Base de datos de Internet • Base de datos de Crossref • 11% Base de datos de trabajos entregados • 4% Base de datos de publicaciones • Base de datos de contenido publicado de Crossref <p>● Excluir del Reporte de Similitud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material citado • Coincidencia baja (menos de 10 palabras) 	

Anexo 10: Evidencia fotográfica









● 17% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 11% Base de datos de trabajos entregados
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	3%
2	hdl.handle.net Internet	1%
3	repositorio.unap.edu.pe Internet	<1%
4	repositorio.ucv.edu.pe Internet	<1%
5	pesquisa.bvsalud.org Internet	<1%
6	coursehero.com Internet	<1%
7	repositorio.xoc.uam.mx Internet	<1%
8	Lisbeth Macote-Orosco, Andrea Martín-Vacas, Marta M. Paz-Cortés, M... Crossref	<1%