



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Efectividad de una intervención educativa en el conocimiento sobre salud bucal en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADEMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Huanca Yana, Violeta (ORCID: 0000-0003-2285-5483)

ASESOR:

Dr. Vertiz Osores, Jacinto Joaquin (ORCID: 0000-0003-2774-1207)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LIMA - PERÚ

2022

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado con todo mi cariño para mi familia; de manera especial a mi esposo Roger y mis hijos Génesis y Dariel; por comprender y hasta sacrificar el tiempo en familia para hacer posible este logro en mi vida profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios por el cuidado y protección y por darnos la vida que es lo más valioso en este tiempo de pandemia

A la Escuela de Posgrado de la Universidad César vallejo, a los asesores y docentes por haber compartido sus conocimientos y motivación brindada para lograr el objetivo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	01
II. MARCO TEÓRICO	06
III. METODOLOGÍA	17
3.1. Tipo y diseño de investigación	17
3.2. Variables, operacionalización	17
3.3. Población, muestra y muestreo	18
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	19
3.5. Procedimientos	20
3.6. Método de análisis de datos	22
3.7. Aspectos éticos	22
IV. RESULTADOS	23
V. DISCUSIÓN	31
VI. CONCLUSIONES	39
VII. RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS	41
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1	Tabla de resultado de la prueba Alfa de Cronbach para la confiabilidad de los instrumentos de toma de datos. 20
Tabla 2	Tabla de rangos y niveles de las dimensiones de la variable 1 conocimiento en salud bucal 20
Tabla 3	Nivel de conocimiento en salud bucal en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021. 23
Tabla 4	Prueba de los rangos con signos de Wilcoxon para salud bucal 25
Tabla 5	Prueba de los rangos con signos de Wilcoxon para caries dental, prevención, dieta, higiene bucal 28

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Flujograma de procedimiento	21

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue evaluar la efectividad de la intervención educativa en el conocimiento sobre salud bucal en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado. Se empleó el enfoque cuantitativo, investigación tipo aplicado, nivel descriptivo, diseño pre experimental, prospectivo de corte longitudinal. La población fue de 29 padres de niños con cardiopatía hospitalizados en el servicio de cardiología, para la recolección de datos se utilizó la técnica de encuesta mediante el cuestionario sobre conocimiento en salud bucal aplicado antes y después de la intervención educativa. En los resultados de la prueba estadística de Wilcoxon dió como valor $z=-4,661$ con un valor de significancia 0.00 siendo significativo para la intervención educativa sobre el conocimiento en salud bucal se vió como resultado del post test 48% en un nivel muy bueno, 35% en el nivel bueno, 14% en el nivel regular y 0% en el nivel malo. Se concluyó que la intervención educativa fue efectiva en el conocimiento sobre salud bucal en los padres de niños con cardiopatía.

Palabras clave: Efectividad, intervención educativa, conocimiento, salud bucal.

ABSTRACT

The objective of the research was to evaluate the effectiveness of the educational intervention in the knowledge about oral health in parents of children with heart disease in a National Institute of Specialized Health. The quantitative approach, applied type research, descriptive level, pre-experimental design, prospective longitudinal section was used. The population consisted of 29 parents of children with heart disease hospitalized in the cardiology service, for data collection the survey technique was used questionnaire on knowledge in oral health applied before and after the educational intervention. In the results of the Wilcoxon statistical test gave z value = -4.661 with a significance value of 0.00 being significant for the educational intervention on knowledge in oral health it was seen as a result of the post test 48% at a very good level, 35% at the good level, 14% at the regular level and 0% at the bad level. It was concluded that the educational intervention was effective in the knowledge about oral health in the parents of children with heart disease.

Keywords: Effectiveness, Health Education, Dental, Knowledge, Oral health.

I. INTRODUCCIÓN

La salud bucal (SB) es un componente fundamental de la salud en general. El cuidado deficiente de la salud oral puede tener graves consecuencias para la nutrición, la salud general, la SB futura y la calidad de vida de un niño (Liu et al., 2017).

Las patologías congénitas del corazón, denominadas como cardiopatías congénitas, son lesiones en la anatomía del corazón que alteran el funcionamiento de las cuatro cámaras, los tabiques, vasos o válvulas cardíacas y se presentan antes del nacimiento. Las cardiopatías congénitas afectan a más de 1 de cada 100 nacidos vivos (Suvarna et al., 2011). Por ello mantener la salud bucal en niños con cardiopatías es extremadamente importante porque la cavidad bucal es la vía de entrada principal para las bacterias que pueden causar endocarditis infecciosa, esto aumenta el riesgo de daño adicional a la afección cardíaca (Garrocho-Rangel et al., 2018). De tal forma la salud oral en niños con cardiopatías se ha visto muy afectada ya que estos niños están predispuestos a desarrollar enfermedades bucales como gingivitis debido a una mala higiene bucal y caries concomitantes (Schulz-Weidner et al., 2020).

Las alteraciones en la formación del esmalte dental que son característica principal en niños con cardiopatía congénita, como hipoplasia de esmalte predisponen al rápido avance de las caries (Suvarna et al., 2011). Entre otras causas se menciona la dificultad para alimentarse, los vómitos frecuentes, la malabsorción y el aumento de la demanda de energía debido al aumento del trabajo respiratorio y cardíaco pueden dar lugar a comidas frecuentes incluso durante la noche ayudando al desarrollo de la caries (Sivertsen et al., 2018), también podrían atribuirse causas tales como falta de educación en salud bucal, conciencia inadecuada entre los padres sobre la importancia de mantener una buena higiene bucal en estos niños, presencia de una condición médica que pueda actuar como barrera para recibir atención primaria odontológica, la imposibilidad de acceder a la atención odontológica especializada y el hecho de que la atención primaria de los padres y cuidadores suele estar centrada en el tratamiento médico (Suvarna et al.,

2011). Debido a estos desafíos, se ha visto que los niños con cardiopatía en todo el mundo tienen una SB más deficiente en comparación con los niños sanos (Sivertsen et al., 2018).

En el Perú, se estimó que entre los años 2006-2010 la cantidad de cardiopatías existentes varió entre 3888 y 3925 casos (Cetta et al., 1993). El Instituto Especializado de Salud del Niño del Ministerio de Salud (MINSa) informó que el 80% de casos tratados de niños son de cardiopatías congénitas y solo el 20% son adquiridas, a pesar de existir abundantes artículos sobre cardiopatía congénita en la literatura médica existe muy pocos que relacionan las cardiopatías congénitas con el manejo estomatológico, y aún menos los enfocados en el paciente pediátrico. Se han documentado enfermedades orales no tratadas causan riesgo de bacteriemia como son la periodontitis y caries dental. El resultado de la sepsis de origen oral en niños con problemas médicos (cardiopatías) puede ser fatal (Sivertsen et al., 2018).

Siendo así el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) un centro de referencia para el tratamiento de las cardiopatías congénitas, el manejo multidisciplinario es importante para el tratamiento adecuado de este grupo de pacientes, los padres de niños con cardiopatías no son conscientes de que una mala SB conlleva riesgos, los padres y / o cuidadores juegan un papel importante en la promoción de la SB y son ellos los principales responsables de enseñar a sus hijos las habilidades de higiene adecuadas y desarrollar hábitos de higiene bucal eficaces.

Por esta problemática surge la necesidad de establecer una intervención educativa personalizada en SB para los padres con el fin de mejorar el nivel de conocimiento en cuanto a la SB y la importancia de la atención odontológica en niños con cardiopatía.

En lo que respecta a la **formulación del problema** se tuvo ¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa en el conocimiento sobre salud bucal en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021? Problemas específicos ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre caries dental en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado,

2021 antes y después de la intervención educativa?, ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre prevención en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional Especializado, 2021 antes y después de la intervención educativa?, ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre dieta en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021 antes y después de la intervención educativa?, ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021 antes y después de la intervención educativa?

El **objetivo general** fue evaluar la efectividad de la intervención educativa en el conocimiento sobre salud bucal en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud, 2021. Especializado. Los objetivos específicos fueron Medir el nivel de conocimiento sobre caries dental en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021 antes y después de la intervención educativa; Medir el nivel de conocimiento sobre prevención en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021 antes y después de la intervención educativa; Medir el nivel de conocimiento sobre dieta en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de salud Especializado, 2021 antes y después de la intervención educativa; Medir el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en padres de niños con cardiopatía en un Instituto nacional de Salud Especializado, 2021 antes y después de la intervención educativa.

La **hipótesis general** fue que existen diferencias significativas en el conocimiento sobre salud bucal del post test y pretest en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021. Y las hipótesis específicas fueron Existe diferencia significativa en el conocimiento sobre caries dental del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021; Existe diferencia significativa en el conocimiento sobre prevención del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021; Existe diferencia significativa en el conocimiento sobre dieta del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021; Existe diferencia significativa en el conocimiento de higiene bucal del post test y pre test

en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021.

La SB en el Perú sigue siendo uno de los grandes problemas que existe en Salud Pública, por ello se hace imperativo un abordaje integral del problema, utilizando estrategias de promoción y prevención en SB que sean eficaces. **La justificación práctica** de la investigación fue que, mediante la intervención educativa sobre SB, se busca incrementar el conocimiento de los padres sobre el cuidado de la SB en niños con cardiopatía, y modificar actitudes y prácticas de los padres hacia los hijos. De igual modo la utilización de métodos preventivos, que favorecen a la disminución de la incidencia de caries dental y una mejor SB de los niños. De tal forma se mejora la calidad de vida de los niños con cardiopatía, no solamente a nivel bucal sino también contribuir con el bienestar físico y psicosocial. Este estudio ayudará para la planificación de estrategias preventivas de salud oral eficaces, así mismo resaltar la importancia del manejo interdisciplinario (pediatría -cardiología -odontopediatría) en los pacientes pediátricos que sufren cardiopatías congénitas. Actualmente aún se separa la salud bucal de la general, y son tratadas de forma independiente una de la otra, por ello se busca establecer un programa preventivo para que estas especialidades estén íntimamente relacionadas e involucradas para un bien común, el manejo interdisciplinario es importante para prevenir padecimientos que puedan aumentar la morbilidad de la población infantil con cardiopatía congénita.

La **Justificación teórica** del estudio se centra en dar a conocer si la intervención educativa personalizada sobre salud oral que se da a los padres es suficiente para incrementar el nivel de conocimiento y con ello motivar a realizar nuevas investigaciones sobre el incremento del conocimiento en SB en los padres. Además, influye directamente en el mejoramiento del comportamiento y prácticas en el cuidado de salud bucal de los niños.

Como **Justificación metodológica**: La investigación desarrolló un método para medir la variable conocimiento sobre salud bucal en el grupo de padres con niños con cardiopatía, este instrumento se validó por juicio de expertos y servirá como instrumento en otro contexto o grupo de estudio en posteriores investigaciones.

Como **Justificación epistemológica**, la ciencia es un conjunto de ideas que la persona tiene. El conocimiento empírico que se adquiere mediante la experiencia, para llegar a ser un conocimiento científico, tiene que ser probado mediante un método científico. Si bien es cierto la metodología es normativa porque muestra las reglas del procedimiento para obtener un trabajo productivo sin embargo no quiere decir que no se puede modificar, porque las técnicas e instrumentos que se usan en las investigaciones son puestos a prueba y están siendo mejorados para obtener mejores resultados y así obtener un conocimiento científico y se materializan en tecnología.

II. MARCO TEÓRICO

Para la intervención educativa se tuvo como antecedentes nacionales al estudio que realizó Pariajulca (2017) en Lima donde determinó el grado de efectividad del Programa de odontología social para la adquisición del conocimiento de SB de profesores, cuidadores y el estado de SB de niños, el programa consistió en una capacitación sobre salud oral a 46 profesores y 93 niños y 93 padres llegando a la conclusión que se logró mejorar los conocimientos en temas de SB en los profesores, cuidadores; así mismo mejorar la higiene oral. Por su parte Torres & Ríos (2017) en Iquitos realizó una sesión educativa sobre SB para 40 niños donde llegaron a la conclusión que un programa educativo afecta de manera positiva en la prevención para la aparición de la caries dental. Igualmente Velasquez (2016) en Lima realizó un programa de capacitación para 20 agentes comunitarios donde ratificó la eficacia de aplicar programas de conocimientos y habilidades sobre salud bucal, ya que llegaron a la conclusión que programas de educación sobre prevención y aplicando métodos innovadores y creativos dan resultados positivos en los agentes comunitarios.

Como antecedentes internacionales se consideró al estudio de Schulz-Weidner et al. (2021) en Alemania tuvieron como objetivo evaluar la efectividad de un programa interdisciplinario de higiene bucal preventiva en niños con CC durante un período de seis a doce meses. se llegó a la conclusión que la cooperación interdisciplinaria entre cardiólogos pediatras y dentistas en un programa estructurado de higiene bucal preventiva mejora significativamente el estado de salud bucal de los niños con CC. Por ello sugieren que el examen y la consulta dental deben integrarse en el protocolo de diagnóstico cardiológico pediátrico. De igual manera Diaz et al. (2020) en Colombia evaluaron el impacto de una intervención educativa en el estado de SB de los niños, consistió en dar charla educativa a 479 padres y aplicación de flúor en niños al finalizar el estudio concluyeron que promover prácticas para el cuidado bucal mejora el cepillado dental y disminuye incidencia de caries dental en los niños.

En el estudio realizado por Nye & Robinia (2019) en los Estados Unidos donde evaluaron la eficacia de un programa en salud bucal en 64 cuidadores, donde se obtuvieron como resultado el incremento significativo en el nivel conocimiento en salud bucal, y esto se traduce en una disminución de la caries dental en niños. A si mismo AbdAllah et al. (2018) en Egipto tuvieron como uno de sus objetivo evaluar la eficacia de un programa educativo especialmente designado para mejorar los conocimientos, las actitudes y las prácticas bucodentales de los padres con niños con autismo en un periodo de un año, tuvo como muestra 30 padres donde llegaron a la conclusión que el programa educativo y preventivo fue eficaz para mejorar los diversos factores de riesgo de caries, aumentar la posibilidad de evitar la caries en los niños autistas e incrementar el conocimiento dental de los niños y los padres.

Por su parte Sivertsen et al. (2018) en Noruega tuvieron como objetivo evaluar la efectividad de un programa intensivo de atención bucal en niños con cardiopatía congénita y niños sanos, obtuvieron como resultado que el grupo que se dio la intervención educativa tenían más probabilidades que padres cepillen a sus niños y menor número de niños con caries no tratadas. Este programa si bien no influyó en la prevalencia de caries, ayudó en la mejora de la higiene bucal y menor sangrado gingival. De igual manera Hoeft et al. (2017) en USA en el estudio realizado tuvieron como objetivo mejorar el conocimiento y conductas en SB de los padres, por ello se abordó temas de higiene bucal en niños, etiología de la caries, tratamientos dentales, nutrición, manejo de conducta del niño y las actividades del desarrollo de habilidades de los padres, al finalizar el estudio se logró el objetivo planteado. Así mismo Cartes-Velásquez et al. (2017) en Chile identificaron que las intervenciones de educación sobre salud bucal son una herramienta que mejoran la salud oral, el estudio fue realizado mediante una entrevista motivacional en el hogar donde se empoderaron a los padres sobre este tema dando resultados positivos. Naidu et al. (2015) en Trinidad compararon la educación en salud dental tradicional con la entrevista motivacional en la cual obtuvieron como resultado que la entrevista motivacional que proporcionó información sobre salud bucal tuvo un efecto positivo en el conocimiento, actitudes y comportamiento de los padres.

Entre los antecedentes internacionales para el conocimiento se consideró al estudio hecho por Schulz-Weidner et al. (2020) en Alemania quienes evaluaron el conocimiento de los padres sobre la cardiopatía de su niño y conocimiento dental mediante un cuestionario, se pudo encontrar que los niños con cardiopatía presentan altos niveles de caries y menor cuidado en la SB a diferencia de los niños sanos, se concluyó que existe una falta de conocimiento sobre la importancia de SB entre los padres con niños con cardiopatía, se necesita mejorar la dieta y conocimiento sobre prevención de la salud oral. Así mismo Naidu & Nunn (2020) en Trinidad concluyeron en su estudio que los conocimientos eran razonables sobre salud bucal. Sin embargo, a pesar de las actitudes positivas hacia la salud bucal preventiva, se observó una confusión en la asistencia dental, el cepillado de dientes supervisado, el uso de flúor y la ingesta de azúcar por ende sugirieron que debe existir mayor énfasis en los programas de promoción de la salud bucal para lograr la mejora en el cuidado de la cavidad oral en la primera infancia.

Por otro lado Salama et al. (2020) en Arabia Saudita tuvieron como objetivo evaluar el conocimiento, comportamientos y creencias con respecto a la SB de los padres llegando a la conclusión que existe discrepancia entre los conocimientos, comportamientos y creencias de los padres sobre la salud oral de sus hijos y existe asociación de estas variables con su estatus sociodemográfico. En cambio Hiratsuka et al. (2019) en USA tuvo como objetivo determinar el comportamiento de cepillado de los padres y la relación entre las creencias de salud bucal de los padres y la frecuencia de cepillado dental en los niños ellos obtuvieron como resultado que es más probable que se encuentre una higiene bucal regular en los niños cuando los padres se cepillan regularmente.

Jahandideh & Tüloğlu (2019) en Turquía evaluaron el conocimiento de los padres y actitudes sobre las acciones preventivas en SB, se obtuvo como resultado que las familias no tenían suficiente información sobre hasta que edad deberían ayudar a sus hijos a cepillarse los dientes y desconocían el efecto de la pasta dental fluorada en la prevención de la caries dental, casi la totalidad desconocía el uso de sellantes de fosas y fisuras. Concluyendo de la necesidad de implementar programas educativos sobre prácticas preventivas, con el fin de acrecentar el grado de conocimiento y actitudes en los padres y crear conciencia.

Sin embargo Kumar et al. (2019) en India tuvo como objetivo determinar el conocimiento actitud y comportamiento de los padres hacia sus hijos llegaron a la conclusión que cambiar el comportamiento y las actitudes de los padres hacia la SB de sus hijos es mucho más importante que aumentar su conocimiento solamente, pues en este estudio se mostró buen conocimiento de los padres sin embargo se observó la alta prevalencia de caries. Por su parte Achalu et al. (2019) en El Salvador en sus estudio exploró los conocimientos, actitudes y experiencias de madres rurales con la nutrición y la salud bucal de sus hijos se llegó a la conclusión que el conocimiento que tenían era muy básico en salud bucal y nutrición infantil en las madres. Además, se pudo evidenciar las barreras que existen para acceder a los servicios dentales, incluida la distancia, el transporte y el costo, por ello recomendaron que los programas de salud materno infantil deben incorporar mensajes claros sobre el impacto adverso de los refrigerios procesados y las bebidas azucaradas en la nutrición y la SB del niño.

De Igual manera Koerdt et al. (2018) en Alemania evaluaron las medidas preventivas adoptadas para mejorar la salud dental en niños con CC y obtener información sobre la conciencia de la enfermedad y el conocimiento sobre la importancia de la salud bucal en los niños con CC y proponer medidas que podrían tomarse. participaron 150 padres en los resultados muestran una ausencia de información en los padres sobre las medidas preventivas y la higiene bucal concluyendo que podría mejorar el conocimiento de los padres sobre la importancia de la salud bucal en niños con cardiopatía. Por su parte Liu et al. (2017) en Taiwán evaluaron el conocimiento, actitudes y comportamientos de los padres con niños con discapacidad, donde se pudo evidenciar que la mayoría de la fuentes de conocimiento sobre salud bucal es obtenida mediante la información dada por los dentistas(60.44%), libros (34,59%) y la televisión (31,21%) además el mayor grado de instrucción de los padres y aplicación de programas educativos fueron el factor principal para tener un comportamiento favorable con respecto a la SB, se concluyó que el conocimiento está asociado positivamente con la actitud.

Según la OMS (1983) la Salud se define como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente como la falta de enfermedad. También la OMS (1984) define a la SB como la ausencia de dolor orofacial, cáncer

en boca, infecciones y úlceras bucales, afecciones periodontales, lesiones cariosas, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablaren las persona afectadas, así mismo repercuten en su bienestar psicosocial.

Para el desarrollo de la enfermedad es necesario que se rompa el equilibrio de la triada ecológica. Se llegó a un consenso entre especialistas logrando desarrollar el modelo de la historia natural de la enfermedad que consta de tres periodos a) periodo pre patogénico, b) periodo patogénico, c) periodo post-patogénico. Es similar a una línea de tiempo en el que sucede cada fase de la enfermedad y la gravedad de esta y también depende del agente causal y de los factores de riesgo y del pronóstico de cada sujeto, por ello una misma enfermedad se puede comportar de manera distinta en dos personas.(Rosas & Mora, 2018). En la evolución de la educación sanitaria existió dos periodos el periodo clásico en la cual se brindaba información educativa y se persuadía al individuo para hacerse responsable de su propia salud. El periodo actual tiene como objetivo la modificación de los factores externos. Se debe incidir en los individuos, en el ambiente y en la sociedad. (Poveda, 2012).

La **Educación para la salud (EpS)** según la OMS definió como un conjunto de actividades que tienen como fin dar información y educar a las personas sobre el cuidado de su salud, además de aprender a buscar ayuda cuando la necesiten (Ginebra, 1989). Consideradas como acciones ejercidas sobre los individuos para llevarlos a cambiar sus comportamientos (Villa et al., 2006). Educar para la salud es un conjunto experiencias de aprendizaje elaborada con el fin de ayudar a la toma de decisiones de forma voluntaria que favorezcan a la salud individual y de la comunidad. Además, sirve para la alfabetización sanitaria este aprendizaje trata de adquirir y modificar conocimientos, creencias y actitudes. Desde un enfoque preventivo o persuasivo motivacional el objetivo es persuadir y motivar a los individuos para lograr cambios en su comportamiento. En todas las definiciones clásicas encontramos el concepto común de modificar los conocimientos, actitudes y hábitos con el fin de prevenir la enfermedad, realizando para ello actuaciones persuasivas a nivel individual sin incidir en el medio ambiente físico (A. Cabrera et al., 2001). La EpS no solo es transmisión de información también ayuda a fomentar

la motivación, habilidades personales y la autoestima para lograr el cambio necesario y mejorar la salud (Poveda, 2012).

Existen diversos tipos de modelos de modificación del comportamiento, la EpS toma algunos de los modelos teóricos y teorías. Los modelos para tomar en cuenta son en base a su amplia difusión y la evolución histórica. El conocimiento se refiere al nivel cognitivo, Villoro (2013) define como la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas”(Aguilar et al., 2017). Las actitudes se refieren al nivel afectivo que delimita la predisposición de una persona de actuar frente a una situación específica. El comportamiento es la forma de proceder frente a diversas situaciones tiene relación con el nivel psicomotor o capacidades físicas, pero también psíquicas y sociales.

Al hablar de modelos de modificación del comportamiento se menciona el **Modelo informativo o racional** que consiste en transmitir la información de forma lineal para lograr un cambio, mediante un proceso racional en la toma de decisiones, las decisiones que los individuos toman se relacionan directamente con la información recibida ya que se generan sapiencias que llevan a una modificación de actitudes y por ende a comportamientos. Si bien es cierto este modelo es muy utilizado en la práctica sin embargo la experiencia hace notar que los comportamientos no necesariamente están relacionados con los conocimientos. Sucede que el individuo receptor crea mecanismos de defensa frente al conocimiento dado y esto no permite que haya cambios. Por otro lado, está el **Modelo de Creencias de Salud** propuesto por Becker y Maiman en 1974 en el cual subyace el supuesto que para producir un cambio en el comportamiento influye más lo que creemos que lo que sabemos, es decir las creencias que tienen las personas influirá de forma directa en la toma de decisiones sobre su salud, en la aceptación de medidas de prevención dadas por el personal médico. Este modelo requiere de algún tipo de “estímulo a la acción” teniendo como objetivo que exista el cambio en el comportamiento, cuando se habla de estímulo se refiere a la información dada por las instituciones y/o establecimientos de la salud. Se menciona cuatro tipos de creencias a) beneficios percibidos en el desarrollo del comportamiento, b) El individuo considera que existe ciertas barreras para cambiar su comportamiento c)

La forma de actuar del individuo depende de la gravedad del problema de salud, d) también influye la percepción que tiene el individuo a ser susceptible al problema y su comportamiento está relacionado con ello. Luego se añaden dos nuevos aspectos: Instrucciones para la acción y Autoeficacia.(A. Cabrera et al., 2001). También se considera al modelo de **Contingencias Situacionales** Kapferer consideró que los comportamientos suceden en una situación determinada, es decir para que existan cambios en el comportamiento debe existir un medio ambiente propicio, además se debe tener en cuenta una serie de contingencias situacionales que hacen independiente de los determinantes internos de los comportamientos (Poveda, 2012). Se menciona al **Modelo de comunicación persuasiva** conocida también como modelo KAP (conocimientos, actitudes y comportamiento) refiere que, la información dada a un grupo de personas por parte de un experto en el área (profesional de salud), de forma clara y comprensible con indicaciones puntuales del estilo de vida, bastaría para lograr cambios en el conocimiento y también en la actitud y por ende en el comportamiento sin embargo, se ha visto que no necesariamente es así, la información dada tiene efecto en el conocimiento mas no en las actitudes por ello se ha introducido la variable motivación para lograr modificaciones en la actitud y por ende en el comportamiento (Salleras, 1985). Y por último el **Modelo Transteórico** habla en adoptar cualquier comportamiento, el proceso tiene carácter continuo, donde el sujeto receptor sufre posibles avances y retrocesos, en el proceso se distingue seis periodos importantes: pre-contemplación (no acepta la probabilidad de cambio de comportamiento), contemplación, determinación, acción, mantenimiento y recaída. Este modelo permite dividir la población de acuerdo a los períodos en las que se encuentran los sujetos, además permite realizar intervenciones de acuerdo con el período que se encuentre y de acuerdo con la necesidad de las personas.(G. Cabrera, 2000)

En cuanto a las Teorías de modificación del comportamiento tenemos a la de Teoría de las Necesidades dado por Maslow, autor de la teoría de las necesidades, para adquirir un comportamiento no basta saber de su existencia y de las ventajas que posee; se requiere sentir la necesidad de realizarlo. La pirámide de las necesidades de Maslow consta de cinco escalas o necesidades que están presentes en todo ser humano y además poseen una jerarquía son: a) fisiológica; b) de seguridad -protección; c) de amor y pertenencia; d) de estima, y e) de

autorrealización. Según esta teórica un comportamiento es realizado si con esta acción se satisface una necesidad. Al ser escalonado indica que para pasar al siguiente nivel tiene que ser satisfecha una necesidad del escalón anterior, es decir primero se satisfacen las necesidades básicas para luego satisfacer al nivel superior (Maslow, 1991). Por ello es necesario relacionar con una necesidad que tienen las personas para promocionar el comportamiento deseado. Por otro lado, la Teoría Cognitiva-Social indica que las personas tienen el control de sus pensamientos, sentimientos, motivación y acciones. Además, refiere que el comportamiento viene a ser la interacción de factores personales, ambientales y consecuentes al comportamiento. La idea principal que rige es aprender de nuestra experiencia diaria a la vez de la observación de experiencias de otras personas y de los resultados de esas experiencias (se aprende “haciendo”, “viendo hacer” y “viendo qué pasa” de uno mismo y de los demás)(Santos, 2015).

Se define la educación como un proceso dinámico de experiencias de aprendizaje de los primeros años de vida del individuo. El aprendizaje inicia desde el nacimiento y continúa en la familia, posteriormente su entorno biológico, psicológico y social determina su aprendizaje. La educación es un proceso incesante e interactivo entre el educador y el educando, generando en el receptor el desarrollo de capacidad crítica para poder elegir entre las opciones en su diario vivir, respetando su propio punto de vista (Guayta et al., 2018; Inocente-Díaz & F, 2012). Se define el aprendizaje como un conjunto de procesos mediante el cual se modifican ideas, conductas, comportamientos, hábitos, producto de estudios, de experiencias, instrucciones recibidas o simplemente del razonamiento y observación (Zapata-ros, 2015).

Los métodos de educación para la salud: Se distingue la educación formal o intencionada es la educación que se da de forma sistemática y ordenada que está plasmada en documento y que culmina con un título. En cambio, la educación informal o no intencionada es la expresada mediante nuestros comportamientos o modo de actuar, es decir la educación que no está reglamentada ni organizada. Los métodos de EpS se usan para brindar información educativa, según el número y características de las personas a la que se brinda la capacitación. La OMS, clasifica estos grupos según la relación locutor-oyente: I) **Los métodos bidireccionales**, en la cual tanto educador como educando toman parte activa y existe un

intercambio dinámico entre ambos. Son ejemplos dialogo y discusión grupal. II) **Los métodos unidireccionales**, aquí el receptor de la información no tiene la opción de discutir o pedir aclaraciones sobre el contenido. Salleras (1985) plantea otra clasificación en directos o indirectos. Los métodos directos: son los que tienen mejores resultados, porque existe una comunicación bidireccional entre el locutor oyente, y uso de la palabra por ambas partes, gracias al contacto que existe entre ambos la comunicación se hace más fluida y reciproca, lo que permite esclarecer las dudas existentes. Además, los medios técnicos ayudan como las transparencias, diapositivas o sistemas audiovisuales, los métodos empleados son el diálogo, clase, charla o conferencia, grupos de discusión, lluvia de ideas, demostraciones, entre otros. Los métodos Indirectos: se refiere que al dar la información existe distancia entre el locutor y oyente, interponiéndose entre ambos un medio tecnológico. Ejemplo cartas, folletos, carteles, internet, etc. Estudios han encontrado que lo resultados son discordantes ya que han obtenido incremento en el conocimiento y muy pocos cambios en el comportamiento en el tiempo (Inocente-Diaz & F, 2012).

La intervención educativa es el conjunto de acciones o actividades con finalidad, planteadas con miras a conseguir los objetivos educativos en temas de la salud bucal (Victoria et al., 2003). Los tipos de intervención que existen son consejo o información que se refiere a una sesión corta donde se da información y una propuesta de motivación para desarrollar un cambio en el conocimiento en personas, el encuentro puede ser programado o a demanda con el profesional. Sin embargo, La educación individual se refiere a sesiones programadas entre el profesional y el usuario, aquí se trabajan las capacidades de la persona sobre un tema específico desde un punto de vista más amplia. La educación grupal es un conjunto de actividades programadas que van dirigidas a un grupo de personas con el fin de mejorar sus capacidades en temas de salud o modo de actuar frente a determinados problemas, además las intervenciones dadas tienen como fin aumentar la conciencia de las personas. En cuanto a la promoción de salud se describe como un proceso en la cual se encarga de la persona, conjunto de personas o de un grupo colectivo con el fin de mejorar sus capacidades para actuar frente a problemas de salud y adicionalmente empoderar al grupo o comunidad para hacer control de las determinantes sociales. Por otra parte, EpS también

incluye estrategias como la Información y comunicación mediante los medios de comunicación social, Acción social y Medidas políticas, técnicas o económicas. (Pérez et al., 2006)

Las enfermedades bucodentales están asociadas a enfermedades crónicas más comunes como las cardiopatías, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes el factor de riesgo principal es la deficiente higiene oral (Fraihat et al., 2019). Las cardiopatías congénitas, son alteraciones en el desarrollo estructural del corazón, y funcionamiento de una o varias de las cuatro cámaras cardiacas, de los tabiques, vasos o válvulas que lo conforman y que se presentan antes del nacimiento, ocurren en aproximadamente 8: 1000 nacidos vivos (Suvarna et al., 2011). Los problemas tempranos de salud dental son comunes en los niños con cardiopatía coronaria grave, y existen factores de fondo complicados que a menudo se asocian con la nutrición, la medicación y la situación exigente de sus familias. Las infecciones bucales son potencialmente más graves en niños con cardiopatías, tienen mayor riesgo a desarrollar la endocarditis bacteriana, que es una infección microbiana endovascular de las estructuras intracardiacas que pone en riesgo la vida del paciente (Bordoni et al., 2010; Fiorillo, 2019). Se han mostrado frecuencias más bajas de atención dental regular en niños con cardiopatía coronaria que en aquellos sin este problema médico.

La salud bucal infantil es muy importante ya que la infancia es un momento crítico para establecer hábitos, tanto buenos como malos, que tienen el potencial de afectar la salud bucal futura de un individuo, así como la salud y el bienestar general en la adolescencia y más allá. Mantener los dientes de leche sanos, es fundamental para facilitar el crecimiento y el desarrollo adecuados en los niños. Los dientes de leche son importantes para comer, hablar y el crecimiento de la mandíbula. La caries dental y la pérdida prematura de los dientes de leche pueden provocar problemas graves en la dentición permanente. El desarrollo de la dentición temporal inicia aproximadamente entre las seis y las ocho semanas de gestación y la dentición inicia la calcificación al final del primer trimestre. La mayor parte de la dentición permanente comienza a formarse aproximadamente a los cinco meses. El primer diente erupciona aproximadamente a los seis meses de edad. Existe una variabilidad sustancial entre los individuos en el momento de la erupción dentaria.

Los dientes temporales erupcionan secuencialmente, a una velocidad de un diente por mes, hasta que los 20 dientes temporales hayan salido aproximadamente entre los 24 y los 30 meses de edad. Los primeros dientes primarios en erupcionar son los incisivos centrales mandibulares inferiores. La secuencia habitual de erupción de los dientes temporales son los incisivos centrales, los incisivos laterales, los primeros molares, los caninos y finalmente los segundos molares. Comúnmente, la erupción de los dientes primarios se asocia con síntomas como irritabilidad, babeo, morder, chupar, alteraciones del sueño, frotarse los oídos, sarpullido facial, elevación leve de la temperatura y disminución del apetito por los sólidos (Brecher & Lewis, 2018). Existen condiciones patológicas que afectan la salud bucal infantil como el Labio leporino y paladar hendido es una de las anomalías congénitas más comunes que afectan la cavidad bucal. Las hendiduras orales afectan la alimentación, el habla, el crecimiento y desarrollo craneofacial y la apariencia y tienen importantes implicaciones para la salud bucal. Los niños que nacen con hendiduras pueden tener dientes perdidos o dientes adicionales, comúnmente tienen maloclusión que requiere tratamiento ortodóntico y quirúrgico y tienen un mayor riesgo de caries dental y enfermedad periodontal (Lewis et al., 2017). Existen también las anomalías de la dentición por factores congénitos y exposiciones prenatales que pueden afectar adversamente la estructura y el color de los dientes, incluidos medicamentos maternos, infecciones congénitas, ictericia y trastornos metabólicos y genéticos. Dependiendo de la agresión, un solo diente, varios dientes o todos los dientes pueden verse afectados. Algunos ejemplos de afecciones que afectan el desarrollo dental en el útero incluyen la infección intrauterina con rubéola, citomegalovirus y sífilis. Las condiciones genéticas pueden ser evidentes más tarde en la infancia cuando erupcionan los dientes temporales. Otras condiciones genéticas, como amelogénesis y dentinogénesis imperfectas, afectan la calidad del esmalte y la dentina, respectivamente. Aunque estas condiciones no tienen hallazgos sistémicos, pueden ser debilitantes en términos de hallazgos orales: dientes dolorosos, sensibles, alto riesgo de caries, múltiples abscesos y dientes necróticos y mala estética. Las agresiones durante la infancia pueden afectar negativamente a la dentición permanente. Ya sea por una infección dental local en la primera infancia, como un absceso periapical que afecta a un diente temporal, puede afectar el desarrollo del diente permanente subyacente especialmente en

niños menores de 3 años que pueden resultar en malformaciones o defectos de hipomineralización en los dientes permanentes. (Brecher & Lewis, 2018)

Las afecciones adquiridas que afectan la SB son: **La caries dental** según OMS (2021) es un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad. Es la enfermedad crónica más común de la infancia, es una enfermedad infecciosa y transmisible, en la que las bacterias cariogénicas pasan del cuidador al niño. Esta transmisión predispone al niño a mayor riesgo de aparición de caries de infancia temprana. El potencial de transmisión de bacterias cariogénicas de padres a hijos enfatiza la importancia de la SB para toda la familia y de establecer y mantener hábitos saludables en la infancia. Una vez que los dientes erupcionan, las bacterias cariogénicas y el sustrato de carbohidratos son todo lo que se necesita para iniciar el proceso de caries. Bacterias cariogénicas, como el *Streptococcus mutans* y *Lactobacilos*, producen ácido como producto final del metabolismo de los carbohidratos (Law et al., 2007). A su vez, el ácido disuelve el mineral de fosfato de calcio del esmalte del diente en un proceso llamado desmineralización. La desmineralización de un diente comienza con una lesión de mancha blanca calcárea y eventualmente causa el colapso de la estructura del diente que resulta en cavitación. La saliva contiene calcio, fósforo, flúor, anticuerpos y agentes amortiguadores que pueden ayudar a remineralizar el diente. Si las condiciones ácidas continuas (PH debajo de 5.5) ocurren, por ejemplo, consumo frecuente de carbohidratos o bebidas dulces, existe mayor desmineralización. Cuando el consumo es menos frecuente, hay más tiempo para que el pH del biofilm vuelva a la normalidad, lo que favorece la remineralización. Aunque aparentemente simplista, una interacción compleja de variables conductuales, sociales, ambientales y genéticas, algunas mejor comprendidas que otras, influye en el proceso de caries (Brecher & Lewis, 2018). La caries en bebés y niños pequeños se conoce como caries de infancia temprana (ECC). Se define como la caries que ocurre en niños menores de seis años. Por lo general, afecta primero a los incisivos superiores, que inicialmente aparecen como manchas blancas calcáreas a lo largo del margen gingival y preserva los incisivos mandibulares (Bulut & Bulut, 2020). La caries es el resultado de la exposición prolongada y frecuente de los dientes a líquidos endulzados, como quedarse

dormido con un biberón de jugo o leche en la boca o la lactancia materna prolongada durante la noche. Si una infección no se trata, puede progresar localmente al diente permanente en desarrollo o puede diseminarse sistémicamente, produciendo efectos graves en la salud del niño.

Cuando se habla de **prevención**, se debe mencionar a la prevención primaria, prevención secundaria, prevención terciaria. La prevención primaria sucede antes de la enfermedad realizando promoción de la salud como: educación, orientación sobre riesgos y actividades saludables (Rosas & Mora, 2018). **La prevención de la caries** significaba la inhibición del inicio de la caries, también llamada prevención primaria consiste en prevenir la transferencia de bacterias cariogénicas de la madre al bebé durante la erupción de la dentición temporal, que ocurre entre los 6 y los 30 meses de edad y La prevención secundaria incluye instrucciones de higiene bucal, asesoramiento dietético y la aplicación temprana de fluoruro para controlar las bacterias productoras de ácido y posiblemente revertir el proceso de caries (Okah et al., 2021). La intervención odontológica anticipada a través de la prevención y promoción de la salud evitan la caries dental. La OMS realiza trabajos enfocados a la promoción, la prevención y el tratamiento, una de estas actividades es el apoyo técnico a los países que están integrando la salud bucal en sus sistemas de salud pública. Además, mediante las escuelas de promoción de la salud diseña programas para mejorar la salud de niños y personal escolar. La prevención de la caries y la promoción de la salud bucal comienza con el establecimiento de hábitos saludables en la infancia. Lo ideal es que el hogar dental se establezca al año, de acuerdo con las pautas de la AAPD. El hogar dental se define como la relación continua entre el dentista y el paciente, donde se brinda orientación sobre aspectos relacionados con la atención de la salud bucal de forma integral, accesible y enfocada en la familia. (Okah et al., 2018). Los proveedores de atención primaria pediátrica también desempeñan un papel esencial en la salud bucal a través de la provisión de orientación anticipada sobre la salud bucal en las visitas de control del niño sano, el examen bucal, la derivación oportuna a un consultorio dental y la aplicación de barniz de flúor. Entre las formas de prevención de caries se considera al fluoruro que es el agente preventivo de caries más importante disponible. Aunque los padres pueden preocuparse por la ingesta de flúor durante la infancia, cuando se usa la cantidad correcta para el tamaño del

bebé, el flúor es seguro y eficaz para prevenir la caries. Hay tres formas en las que se puede administrar fluoruro a los bebés: a través del agua potable fluorada, el uso de pastas dentales fluoradas y el fluoruro tópico aplicado profesionalmente, como el flúor barniz. El flúor actúa para prevenir la caries al impulsar la dinámica de desmineralización y remineralización del diente en la dirección de la remineralización. El fluoruro interactúa con la hidroxiapatita del esmalte y se incorpora a la estructura del diente en forma de fluorapatita, que es más dura y resistente al ataque de los ácidos que el esmalte original al que reemplaza. El flúor funciona mejor para remineralizar los dientes cuando se proporciona en forma tópica en lugar de sistémica (es decir, suplementos de flúor en forma líquida y en tabletas). La exposición tópica al fluoruro se produce al beber agua fluorada, cepillarse pastas dentales con flúor y aplicaciones de flúor barniz fluoruro. Incluso cuando se ingiere fluoruro, los iones de fluoruro ingeridos se absorben en la circulación y luego se liberan en la saliva y el líquido crevicular. Los productos con flúor aplicados profesionalmente son altamente concentrados y dejan en el esmalte de los dientes un compuesto de flúor-calcio que libera flúor cada vez que el pH de la biopelícula disminuye. Entre las opciones disponibles, está el flúor barniz que es seguro y eficaz para reducir la caries en niños. Debido a que se adhiere al diente, la ingestión es mínima y, por lo tanto, es seguro usar en niños de todas las edades, comenzando con la primera erupción del diente. Las aplicaciones regulares de flúor barniz al menos dos veces al año reducen la incidencia de caries en los dientes temporales hasta en un 33%. Cuando el acceso a la atención dental es difícil, los pediatras y otros proveedores de atención médica pediátrica desempeñan un papel importante en la administración de flúor barniz al aplicarlo de dos a cuatro veces al año a sus pacientes con alto riesgo de caries (Brecher & Lewis, 2018; Marinho et al., 2015).

La higiene bucal consiste en la limpieza de los dientes, lengua encías, para evitar enfermedades como la caries. Se inicia desde el nacimiento todo inicia con la aparición del primer diente y debe ser constante para el desarrollo del hábito (MINSA, 2015). Debe ser realizada con Pasta dental con flúor que es un valioso sistema de administración de fluoruro tópico. La pasta dental que contiene 1100 ppm de flúor proporciona una forma tópica concentrada de fluoruro a la superficie del diente para una remineralización continua. Cuando la pasta dental se usa dos

veces al día y no se enjuaga la boca después del cepillado, evidencia de la investigación indica una reducción significativa en la incidencia de caries. La Asociación Dental Americana y la AAPD recomiendan que todos los niños se cepillen los dientes dos veces al día durante dos minutos a partir del primer signo de erupción dental. Los niños menores de tres años deben cepillarse los dientes con un tamaño de grano de arroz de pasta dental. A los tres años, la cantidad se puede aumentar al tamaño de una arveja. Usar cantidades relativamente pequeñas de pasta de dientes al cepillar los dientes de los niños significa que, incluso cuando se traga un poco de pasta de dientes, como es inevitable antes de que los niños aprendan a escupir, la cantidad de flúor ingerida es pequeña, segura y menor de lo que se ingiere cuando se recomienda. Los padres deben evitar las pastas dentales que se comercializan como pastas dentales para "bebés" o "de entretenimiento" porque, por lo general, no contienen flúor. La prevención de caries se da mediante la pasta dental fluorada, pero la salud bucal óptima también es producto de hábitos alimenticios saludables que comienzan en la infancia. (Brecher & Lewis, 2018)

La Dieta es un aspecto de gran importancia contribuye en el establecimiento y desarrollo de la caries ya que los nutrientes esenciales para el metabolismo de los microorganismos provienen de los alimentos (Henostroza,2008). La dieta es muy importante cuando se trata del cuidado de la SB, los hábitos alimenticios saludables consisten en limitar las bebidas azucaradas; evitar el consumo de los alimentos procesados y con alto contenido de grasa; y promover el consumo de las frutas, verduras, granos integrales, carnes, productos lácteos bajos en grasa no solo respaldan la salud bucal, sino que también promueven la buena salud general y un peso saludable. Las prácticas dietéticas saludables promueven la salud bucal, hasta los cinco a seis meses de edad, los bebés solo necesitan nutrición líquida, idealmente leche materna. Esta tiene varios beneficios inmunológicos, nutricionales, digestivos y de otro tipo. Sin embargo, la lactancia materna exclusiva no siempre es posible por diversas razones. En ese caso la fórmula infantil se puede alimentar con biberón. Durante los primeros 12 meses de vida, los bebés no necesitan ninguna otra bebida, excepto la leche materna o la fórmula para bebés, ni jugo, refrescos ni leche de vaca. La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda que el jugo no se debe introducir antes del año. La sobrealimentación ocurre principalmente en el contexto de la alimentación con biberón en lugar de la

lactancia materna, el uso del biberón en los bebés mayores hace que se mantengan en la cama, es más probable que los bebés se sobrealimenten o se duerman con la leche (o incluso con bebidas endulzadas como jugos), lo que permite que se convierta en sustrato para bacterias cariogénicas. Junto con el inicio de los alimentos sólidos, la segunda mitad del primer año de vida es un momento óptimo para introducir una taza, con el objetivo de eliminar el biberón aproximadamente al año. Para prevenir la caries y promover una dieta saludable, las bebidas entre comidas deben limitarse únicamente al agua. Los niños no necesitan jugo en sus dietas, pero si se administra, debe limitarse a cuatro onzas por día para niños de un año a tres años y de cuatro onzas a seis onzas por día para niños de cuatro a seis años.(Brecher & Lewis, 2018)

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación:

Tipo de investigación: Aplicado porque interviene en la realidad pretendiendo un cambio (Hernandez et al., 2014).

Nivel de investigación: Explicativo (Hernandez et al., 2014)

Diseño de estudio: Pre experimental, longitudinal y prospectivo (Hernandez et al., 2014).

Enfoque de la investigación: Es un enfoque cuantitativo ya que la variable fue medida (Hernandez et al., 2014).

3.2 Variables y operacionalización: (anexo 1 y 2)

Intervención educativa: Variable independiente y cualitativa.

Charla brindada en temas de salud bucal y demostración de higiene bucal de forma personal a los padres con niños con cardiopatía para incrementar el conocimiento en salud bucal.

Conocimiento: Variable dependiente y cualitativa.

Es toda aquella información sobre salud bucal que poseen los padres con niños con cardiopatía, el cual será obtenido mediante la aplicación de un pre test y post test.

Esquema 01:



Dónde:

M : grupo de estudio

X : variable independiente (intervención educativa).

O1 : medición pre prueba

O2 : medición post prueba

3.3 Población, muestra y muestreo:

Población: 29 padres de niños con cardiopatía congénita que se encontraban hospitalizados en el servicio de cardiología del Instituto Nacional de Salud Especializado en el mes de noviembre del 2021.

➤ **Criterios de inclusión:**

- Padre o madre encargado del cuidado del niño con cardiopatía congénita.
- Padres de niño con cardiopatía que nunca pasó consulta en consultorio externo de odontología en el Instituto Nacional de Salud Especializado.
- Padres de niños con cardiopatía de cero hasta 7 años.
- Padres que aceptan participar en el estudio.

➤ **Criterios de exclusión:**

- Cuidadores que no sean padre o madre del niño con cardiopatía.
- Padres de niños con cardiopatía mayores de siete años.
- Padres que hayan pasado por consulta en consultorio externo de odontología en el Instituto Nacional especializado
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Unidad muestral: padre o madre de niño con cardiopatía.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica usada: Encuesta.

Instrumento: cuestionario.

Ficha técnica cuestionario sobre conocimiento en salud bucal (anexo 3.3)

Nombre del cuestionario:	Conocimiento sobre salud bucal en padres con niños preescolares
Autor(es):	Ana Cecilia Cupé-Araujo, Carmen Rosa Garcia-Rupaya (2015)- primera versión
Modificaciones con respecto al inmediato anterior:	se modificaron los items 5 y 14 contextualizando al escenario donde el niño presenta cardiopatía congénita y consume medicamentos.
Número de Items:	20 preguntas
Número de dimensiones:	son cuatro: caries dental, prevención, dieta, higiene oral.
Escala:	Tipo ordinal según ministerio de Educación AD (muy bueno) 18-20 puntos, A (bueno) 15-17 puntos, B (regular) 11-14 puntos y C (malo) 0-10 puntos.
Aplicación:	Individual. Tiempo promedio estimado por encuestado 15 a 20 minutos
Validación:	Juicio de expertos, Criterio: validación de contenido.

Tabla 1

Resultado de la prueba Alfa de Cronbach para la confiabilidad de los instrumentos de toma de datos.

Detalle	Instrumento: cuestionario de conocimiento sobre salud bucal
Alfa de Cronbach	0.699
N de elementos	20

Fuente: prueba piloto. Anexo 3.3

El resultado obtenido en el análisis de la prueba de Alfa de Cronbach para el cuestionario que evalúa conocimiento sobre salud bucal es igual a 0,699 lo cual señala que el instrumento para medir la variable es confiable.

Tabla 2

Rangos y niveles de las dimensiones de la variable 1 conocimiento en salud bucal

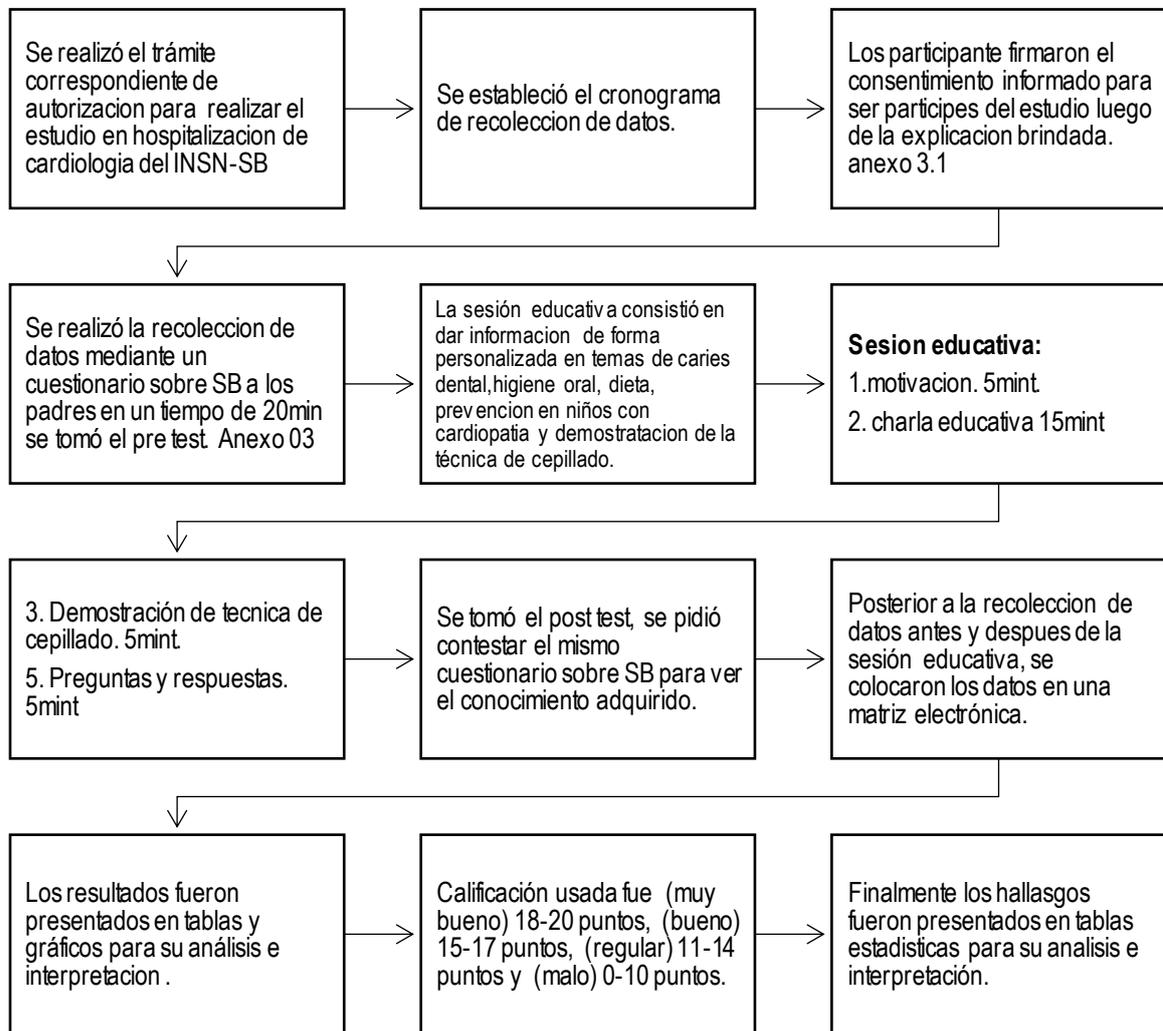
Niveles	D1: conocimiento en salud bucal
Malo	0-10
Regular	11-14
Bueno	15-17
Muy bueno	18-20

Según ministerio de Educación.

3.5 Procedimientos:

Figura 1

Flujograma del procedimiento



3.6 Métodos de Análisis de Datos

Los resultados obtenidos de los cuestionarios fueron ingresados al MS Excel creando una base de datos donde se procedió a recodificar con valor numérico la medición de las variables. Esta base de datos electrónica se introdujo al

software estadístico SPSS 25.0, para el análisis correspondiente de datos se empleó:

Estadística descriptiva: se usó la tabla de frecuencias para describir los datos. mediante tablas y figuras (gráficos). MS Excel®

Estadística inferencial: se usó la prueba estadística NO paramétrica, la prueba de Wilcoxon. Para determinar la prueba a usar primero se realizó un análisis univariado, descriptivo, con medidas de tendencia central y de dispersión, posteriormente se aplicó la prueba de normalidad de Shapiro - Wilk ($n < 50$), para determinar el tipo de distribución que posee cada variable, El análisis de contraste de normalidad sobre el conocimiento en salud bucal, fue oportuna para la elección del estadístico inferencial útil en la investigación, dando respuesta a las hipótesis desarrollada en el estudio, para esta investigación se empleó la prueba de Wilcoxon, para muestras relacionadas, porque compara las medias de los rangos del pre test y post test de un solo grupo. buscando si existen diferencias significativas entre ambas si la intervención educativa realizada provocó en el post test se consideraron con significancia estadística los valores de $p < 0.05$, así como intervalos de confianza de 95 %.

HERRAMIENTA:

IBM SPSS®

3.7 Aspectos éticos

1ero: Respetó la autoría de los investigadores / teóricos empleados como fundamento de esta tesis. Para ello se dispone de la relación de autores en el capítulo de referencias.

2do. Se tuvo en cuenta la consulta previa a los encuestados mediante el consentimiento informado, el mismo que se pidió llenar y firmar antes de la resolución del instrumento de toma de dato.

3ero. No se manipularon los datos obtenidos en la fase de aplicación del instrumento. Teniéndose la evidencia en la base de datos del anexo y los registros originales.

IV. RESULTADOS

4.1 . Resultados descriptivos:

Tabla 3

Nivel de conocimiento de la variable salud bucal y sus dimensiones en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021

Conocimiento		Pre test		Post test	
		n	%	n	%
Salud bucal	Malo	10	34%	0	0%
	Regular	16	55%	4	14%
	Bueno	3	10%	11	38%
	Muy Bueno	0	0%	14	48%
	Total	29	100%	29	100%
D1: Caries bucal	Malo	10	34%	1	3%
	Regular	8	28%	4	14%
	Bueno	10	34%	10	34%
	Muy Bueno	1	3%	14	48%
	Total	29	100%	29	100%
D2: Prevención	Malo	10	34%	3	10%
	Regular	8	28%	3	10%
	Bueno	9	31%	7	24%
	Muy bueno	2	7%	16	55%
	Total	29	100%	29	100%
D3: Dieta	Malo	5	17%	0	0%
	Regular	12	41%	6	21%
	Bueno	12	41%	10	34%
	Muy bueno	0	0%	13	45%
	Total	29	100	29	100
D4: Higiene bucal		15	52%	1	3%
	Regular	11	38%	5	17%
	Bueno	3	10%	10	34%
	Muy bueno	0	0%	13	45%
	Total	29	100%	29	100%

Interpretación:

Variable: Conocimiento sobre salud bucal:

En la tabla 4 se evidencia en el pre test el 55% de padres tienen un nivel regular en el conocimiento sobre salud bucal a diferencia del post test donde el 48% de padres presentaron un nivel de conocimiento muy bueno.

D1: caries dental

En la tabla 4 se evidencia en el pre test el 34% de padres tienen un nivel bajo de conocimiento sobre caries dental a diferencia del post test donde el 48% de padres presentaron un nivel de conocimiento muy bueno.

D2: prevención

En la tabla 4 se evidencia en el pre test el 34% de padres tienen un nivel bajo de conocimiento sobre prevención a diferencia del post test donde el 55% de padres presentaron un nivel de conocimiento muy bueno.

D3: dieta

En la tabla 4 se evidencia en el pre test el 41% de padres tienen un nivel regular de conocimiento sobre dieta a diferencia del post test donde el 45% de padres presentaron un nivel de conocimiento muy bueno.

D4: higiene bucal

En la tabla 4 se evidencia en el pre test el 52% de padres tienen un nivel bajo de conocimiento sobre higiene bucal a diferencia del post test donde el 45% de padres presentaron un nivel de conocimiento muy bueno.

4.2 Resultados inferenciales:

Evaluación, contrastación y prueba de hipótesis

Hipótesis general:

Ho: No existen diferencias significativas en el conocimiento sobre salud bucal del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021.

Hi: Existen diferencias significativas en el conocimiento sobre salud bucal del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021

Tabla 4

Prueba de los rangos con signos de Wilcoxon para salud bucal

Conocimiento sobre salud bucal	N	Rango promedio	Suma de rangos	Estadísticos de prueba ^d	de
Pre test - Rangos negativos	28 ^a	15.45	432.5	Z	-
Post test - Rangos positivos	1 ^b	2.5	2.5	Sig.	0
Post test - Empates	0 ^c				
Total	29				

a. Salud bucal Pre test < Salud bucal Post test

b. Salud Bucal Pre test > Salud bucal Post test

c. Salud bucal Pre test = Salud bucal Post test

d. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

e. Se basa en rangos positivos.

Interpretación:

Se evidenció que 25 padres tuvieron menor conocimiento en SB en el pre test con respecto al post test, un padre tuvo mayor conocimiento en SB en el pre test en comparación con el post test, tres padres tuvieron el igual de conocimiento en SB en el pre y post test. La diferencia significativa en salud bucal al iniciar y finalizar la

intervención es Sig. 0.00 (bilateral) basado en los rangos positivos. Donde la prueba estadística da como valor de la razón $z = -4,661$. En este caso se rechaza la hipótesis nula porque el nivel de significancia es menor a 0.05, por lo tanto, existe diferencias significativas en el conocimiento sobre salud bucal del post test y pretest en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021. Determinándose que la intervención educativa fue efectiva en el conocimiento sobre salud bucal en los padres de niños con cardiopatía.

Hipótesis específicas:

D1: Caries dental

Ho: No existe diferencia significativa en el conocimiento sobre caries dental del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021

Hi: Existe diferencia significativa en el conocimiento sobre caries dental del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021

D2: Prevención

Ho: No existe diferencia significativa en el conocimiento sobre prevención del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021.

H1: Existe diferencia significativa en el conocimiento sobre prevención del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021.

D3: Dieta

Ho: No existe diferencia significativa en el conocimiento sobre dieta del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021.

H1: Existe diferencia significativa en el conocimiento sobre dieta del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021.

D4: Higiene bucal

Ho: No existe diferencia significativa en el conocimiento de higiene bucal del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021.

H1: Existe diferencia significativa en el conocimiento de higiene bucal del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021.

Tabla 5

Prueba de los rangos con signos de Wilcoxon para caries dental, prevención, dieta, higiene bucal

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Estadísticos de prueba ^d	
D1: Caries dental						
Pre test - Post test en Caries Dental	Rangos negativos	25 ^a	13.72	343	Z	-4,369 ^e
	Rangos positivos	1 ^b	8	8	Sig	,000
	Empates	3 ^c				
	Tot al	29				
D2: prevención						
Pre test - Post test en Prevención	Rangos negativos	23 ^a	13.48	310	Z	-4,066 ^e
	Rangos positivos	2 ^b	7.5	15	Sig	,000
	Empates	4 ^c				
	Tot al	29				
D3: Dieta						
Pre test - Post test en Dieta	Rangos negativos	22 ^a	12.82	282	Z	-3,944 ^e
	Rangos positivos	2 ^b	9	18	Sig	,000
	Empates	5 ^c				
	Tot al	29				
D4: Higiene bucal						
Pre test - Post test en Higiene bucal	Rangos negativos	23 ^a	12.91	297	Z	-4,259 ^e
	Rangos positivos	1 ^b	3	3	Sig	,000
	Empates	5 ^c				
	Tot al	29				

a. Salud bucal Pre test < Salud bucal Post test

b. Salud Bucal Pre test > Salud bucal Post test

c. Salud bucal Pre test = Salud bucal Post test

d. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

e. Se basa en rangos positivos.

Interpretación:

D1: Caries dental

Se evidenció que 25 padres tuvieron menor conocimiento en el pre test con respecto al post test, un padre tuvo mayor conocimiento en el pre test en comparación con el post test, tres padres tuvieron el igual conocimiento en el pre y post test. La diferencia significativa en el conocimiento de caries dental al iniciar y finalizar la intervención es Sig. 0.00 (bilateral) basado en los rangos positivos. Donde la prueba estadística da como valor de la razón $z = -4,369$, en este caso se rechaza la H_0 porque el nivel de significancia es menor a 0.05 y se acepta la H_1 . Existe diferencia significativa en el conocimiento sobre caries dental del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021. Determinándose que los padres que recibieron la intervención educativa mostraron mejor nivel de conocimiento en caries dental.

D2: Prevención

Se evidenció que 23 padres tuvieron menor conocimiento en prevención en el pre test con respecto al post test, dos padres tuvieron mayor conocimiento en prevención en el pre test en comparación con el post test, cuatro padres tuvieron igual conocimiento sobre prevención en el pre y post test. La diferencia significativa en el conocimiento de prevención al iniciar y finalizar la intervención es Sig. 0.00 (bilateral) basado en los rangos positivos. Donde la prueba estadística da como valor de la razón $z = -4,066$. En este caso se rechaza la H_0 porque el nivel de significancia es menor a 0.05 y se acepta la H_1 . Existe diferencia significativa en el conocimiento sobre prevención del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021. Determinándose que los padres que recibieron la intervención educativa mostraron mayor nivel de conocimiento en prevención.

D3: Dieta

Se evidenció que 22 padres tuvieron menor nivel de conocimiento en el pre test con respecto al post test, dos padres tuvieron mejor nivel de conocimiento en el pre test

en comparación con el post test, cinco padres tuvieron el mismo nivel de conocimiento en el pre y post test. La diferencia significativa en el conocimiento de la dieta al iniciar y finalizar la intervención es Sig. 0.00 (bilateral) basado en los rangos positivos. Donde la prueba estadística da como valor de la razón $z = -3,944$. En este caso se rechaza la H_0 porque el nivel de significancia es menor a 0.05 y se acepta la H_1 , existe diferencia significativa en el conocimiento sobre dieta del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021. Determinándose que los padres que recibieron la intervención educativa mostraron mayor nivel de conocimiento en dieta.

D4: Higiene bucal

Se evidenció que 23 padres tuvieron menor conocimiento sobre higiene bucal en el pre test con respecto al post test, un padre mayor conocimiento en higiene bucal en el pre test en comparación con el post test, cinco padres tuvieron igual de conocimiento en higiene bucal en el pre y post test. La diferencia significativa en el conocimiento de la higiene bucal al iniciar y finalizar la intervención es Sig. 0.00 (bilateral) basado en los rangos positivos. Donde la prueba estadística da como valor de la razón $z = -4,259$. En este caso se rechaza la H_0 porque el nivel de significancia es menor a 0.05 y se acepta la H_1 , Existe diferencia significativa en el conocimiento sobre higiene bucal del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021. Determinándose que los padres que recibieron la intervención educativa mostraron mayor nivel de conocimiento en higiene bucal

V. DISCUSIÓN

La cardiopatía congénita (CC) está estrechamente relacionada con la endocarditis bacteriana y muchas veces pone en riesgo la vida del paciente, por ello los esfuerzos para el mantenimiento de una excelente higiene y salud bucal. Los padres y cuidadores se consideran guardianes de la salud bucal de los niños, por lo tanto, sus conocimientos, creencias, actitudes y comportamiento sobre la salud bucal pueden influir directa o indirectamente en la salud bucal de los niños. En el presente estudio se evidenció que el conocimiento sobre salud bucal presentado por los padres de niños con cardiopatía estaba en un nivel bajo (34%) y regular (55%) así mismo Suvarna et al.(2011) encontraron que los padres de los niños con CC tenían menor conocimiento sobre los aspectos preventivos como flúor, dieta y la importancia del cepillado de dientes para mantener una salud bucal óptima. Sin embargo la falta de conocimiento puede tener causas distintas de acuerdo a la realidad de cada grupo de pacientes, el estudio realizado por Balmer y Lock, (2003) revelaron que el 79% de los niños con cardiopatía congénita iban al odontólogo general sin embargo, solo el 29% había recibido instrucciones en salud bucal, solo el 13% había recibido asesoramiento sobre la suplementación con flúor estos resultados muestran la importancia de la atención especializada para mejorar el conocimiento sobre SB en los padres y niños, así lo indica incluso el cepillado se realizaba una vez al día o no se cepillaba, y estos niños con CC presentaban un nivel bajo de higiene bucal provocando inminentes problemas de salud bucal.

Liu et al. (2017) evidenciaron que la mayoría de la fuentes de conocimiento sobre salud bucal es obtenida mediante la información dada por los dentistas (60.44%), libros (34,59%) y la televisión (31,21%) además el mayor grado de instrucción de los padres y aplicación de programas educativos fueron el factor principal para tener un comportamiento favorable con respecto a la SB, por su parte Schulz-Weidner et al. (2020) pudo evidenciar la falta de conocimiento sobre la importancia de SB entre los padres de niños con cardiopatía, por ello podría atribuirse la falta de conocimiento sobre salud bucal en padres por causas como falta de educación en salud bucal, la presencia de una condición médica que actúa como barrera para buscar una atención odontológica preventiva así mismo la

imposibilidad de acceder a la atención odontológica especializada además los padres de estos niños están más enfocados en el tratamiento médico. Otro factor podría ser la falta de conciencia, conocimientos y actitudes con respecto a la importancia del mantenimiento de una buena salud bucal para la prevención de la endocarditis, por lo que se hace imprescindible la continuidad de la investigación en este mismo tipo de grupo humano ampliando la pesquisa hacia las actitudes en función de lo interiorizado de los conocimientos sobre salubridad bucal.

En el presente estudio se determinó que hubo diferencias significativas en el conocimiento sobre salud bucal del post test y pretest en padres de niños con cardiopatía, determinándose que la intervención educativa fue efectiva en el conocimiento sobre salud bucal en estos padres de familia, coincidiendo con Shah et al. (2016) quienes tuvieron como resultados que el nivel de conocimiento antes de la intervención fue de $9,49 \pm 2,09$, aumentó a $11,55 \pm 1,60$ después de la intervención existiendo diferencia estadísticamente significativa. Estos mismos autores señalaron que la incorporación de videos educativos sobre salud bucal puede ser una herramienta eficaz para incrementar el conocimiento sobre salud bucal y por ende mejorar el comportamiento en este tópico de salud. Asimismo, el estudio realizado por Pariajulca (2017), al aplicar el programa de odontología, se obtuvo una media de 12.5 de conocimiento en salud bucal antes de la intervención, mientras que, después de la intervención fue de 17.3, siendo significativamente superior a la medición previa, mostrando así un incremento en el conocimiento de salud bucal de profesores, cuidadores y escolares en tres colegios del distrito de Ventanilla. De igual modo existe intervenciones educativas realizadas en niños como el estudio realizado por Torres & Ríos (2017) quien encontró que el programa educativo ejerce efecto positivo en la prevención de caries dental. Coincidiendo con Vargas (2018) sin embargo los resultados de este último muestran que luego de la aplicación del programa educativo; observó que el 37% de niños encuestados se encuentran con un nivel de conocimiento sobre salud bucal en un nivel regular, mientras que el 31% de niños mostraron tener un nivel de conocimiento "Alto", y solo 12% de niños mostraron tener un nivel de conocimiento "Muy alto" sobre salud bucal. Por su parte Soto Ugalde et al. (2014) realizaron un programa educativo utilizando juegos didácticos como estrategia educativa las cuales crean o modifican actitudes favorables para el bienestar físico y mental, el resultado obtenido antes

de la intervención fue de 48.7 % escolares estaban en un nivel malo luego de la intervención presentaron 96.3% en un nivel bueno esta diferencia fue significativo es por ello se concluyó que el programa educativo, logró cambios satisfactorios en los modos de actuar y pensar de los niños, en términos de salud bucal. Empero Anderson et al. (2003) en una evaluación del impacto de los programas de desarrollo de la primera infancia en la salud, concluyó que no había evidencia suficiente para determinar la efectividad de estos programas para mejorar los comportamientos de cuidado de salud dental. Si embargo Cuando los niños tienen la edad suficiente para lograr entender la importancia del cuidado de la SB, muchos ya se encuentran en una trayectoria de mala salud bucal y aquí la parte preventiva ya no funciona como tal. Por lo señalado anteriormente en los niños se debe brindar servicios efectivos de promoción de la salud bucal en el hogar con ayuda de padres para inculcar hábitos saludables, además educar y motivar a los padres para que tomen un papel activo en la salud bucal de sus hijos para lograr una buena salud bucal.

Además en el presente estudio se encontró que existe diferencia significativa en el conocimiento sobre caries dental del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía. Determinándose que los padres que recibieron la intervención educativa mostraron mayor nivel de conocimiento en caries dental. En otros estudios referentes al conocimiento sobre caries en padres como el realizado por Cayo-Tintaya et al. (2019) encontró que el nivel de conocimiento en padres era regular y además mostro una correlación inversa entre nivel de conocimiento de los padres y caries dental de niños es decir a menor nivel de conocimiento de los padres mayor incidencia de caries dental en niños, por su parte Abanto (2020) obtuvo resultados similares donde el conocimiento sobre caries dental en padres era regular. En otros estudios realizados donde hicieron una intervención educativa como el estudio de Weinstein et al. (2006) quienes encontraron que los hijos de padres que recibieron la intervención educativa mediante una entrevista motivacional tenían menos superficies cariosas, más aplicaciones de barniz de flúor y una menor probabilidad de desarrollar nuevas lesiones cariosas después de dos años. Asimismo, AbdAllah et al. (2018) encontró el riesgo de caries al inicio fue alto posterior a la intervención educativa el riesgo de caries fue bajo, estos resultados obtenidos fue producto del incremento de conocimiento en caries dental. Sin

embargo Ismail et al. (2011) encontró que una sola intervención educativa de tipo entrevista motivacional puede cambiar algunos comportamientos de salud bucal, pero no logró reducir el número de nuevas caries dentales no tratadas. En otro estudio realizado por González et al. (2015) realizaron estudios sobre conocimiento de caries dental en padres y pediatras obteniendo resultados bajos en el nivel de conocimiento de los padres en cambio obtuvieron mejores resultados en pediatras mostrando conocimiento adecuado sobre higiene oral, caries y hábitos nutricionales, sin embargo los padres refirieron que la orientación brindada sobre caries dental dado por pediatras era limitada muchas veces nula, además no se les sugirió realizar consulta por odontopediatría. Teniendo en cuenta que la caries dental es la enfermedad crónica infantil más común y ocurre después de la erupción de los primeros dientes y representa un problema significativo. Además, la caries dental en niños menores de seis años tiene efectos negativos sobre el crecimiento y el desarrollo. En tal sentido es necesario mejorar el manejo interdisciplinario entre profesionales sobre todo pediatría y odontopediatría con el único fin de disminuir la incidencia de caries infantil mejorando el conocimiento que tienen los padres de los niños.

También en el presente estudio se encontró diferencia significativa en el conocimiento sobre prevención del post test y pre test en padres. Determinándose que los padres que recibieron la intervención educativa mostraron mayor nivel de conocimiento en prevención. Asimismo Ismail et al. (2011) encontró que los niños cuyas madres muestran una falta de conocimiento sobre algunos determinantes y medios de prevención de la caries tienen una mayor prevalencia y gravedad de caries que aquellos cuyas madres están más informadas acerca de los determinantes y medios de prevención de la caries. Sin embargo, el simple hecho de tener conocimientos sobre los comportamientos saludables a menudo es insuficiente para cambiar los comportamientos no saludables. En el estudio realizado Naidu & Nunn (2020) encontró que los padres y cuidadores de niños en edad preescolar que asistían a consultorio dental de un hospital tenían un conocimiento fáctico inexacto y poca conciencia de la atención preventiva, si bien estos padres tenían conocimientos razonables sobre salud bucal. Sin embargo, a pesar de las actitudes generalmente positivas hacia la salud bucal preventiva, existía confusión con respecto al cepillado de dientes supervisado, el uso de flúor

y la ingesta de azúcar. Por su parte Soto Ugalde et al. (2014) coincidió con nuestro estudio donde encontró que después de la intervención educativa brindado a maestros y niños incremento el conocimiento sobre cepillado dental y uso del hilo dental concluyendo que fue efectiva la intervención educativa en cuanto a prevención de caries dental. Otro estudio que apoya a nuestros resultados es la de Pariajulca, (2017) donde se incrementó el conocimiento sobre prevención en salud bucal. Asimismo otra forma de prevención es el uso del flúor barniz de forma tópica como intervención preventiva frente a la caries, la ADA dio recomendaciones clínicas basadas en la evidencia sobre uso de flúor ya sea de forma domestica o profesional se concluyó que la aplicación del barniz de flúor cada seis meses resulta efectiva para la prevención de la caries en la dentición primaria y permanente de niños y adolescentes (Diaz et al., 2020). En tal sentido se hace necesario brindar información acerca de técnicas de cepillado, uso de hilo dental y aplicación de flúor como formas de prevención contra la caries en padres y niños, además se sugiere dar mayor énfasis en temas de prevención en los programas de promoción de la salud bucal para mejorar la salud en la infancia.

Existe diferencia significativa en el conocimiento sobre dieta del post test y pre test en padres, concluyendo que los padres que recibieron la intervención educativa mostraron mayor nivel de conocimiento en dieta. Asimismo Naidu & Nunn (2020) encontró que los padres de los niños tenían conocimientos razonables sobre salud bucal. Sin embargo, existía desconocimiento sobre los efectos de la ingesta de azúcares. Brecher & Lewis (2018) indicó que es importante tener en cuenta la cantidad total y la frecuencia de la ingesta de azúcar, los niños con caries tienen una mayor frecuencia de consumo de jugo entre comidas en comparación con los niños sin caries. para prevenir la caries y promover una dieta saludable, las bebidas entre comidas deben limitarse únicamente al agua. Por su parte Blinkhorn (2014) señaló que la presencia de caries dental en niños menores de 6 años tiene efectos negativos sobre el crecimiento y el desarrollo debido al dolor y la incomodidad, además de problemas de alimentación, menor aumento de peso y peor calidad de vida. Además Yevlahova & Satur (2009) indicó que las influencias a nivel familiar están mediadas principalmente por los padres y cuidadores con quienes los niños en edad preescolar pasan la mayor parte de su tiempo. durante este período de socialización primaria, los comportamientos dietéticos y de salud de rutina están

directa e indirectamente influenciados por el conocimiento, las actitudes, las creencias y las prácticas de salud bucal de los padres y cuidadores. El estudio que realizó AbdAllah et al. (2018) apoya al presente estudio pues indicó que la intervención educativa mejoró el conocimiento sobre dieta. En el mencionado estudio la frecuencia de la dieta se midió registrando las veces que consume sustancias que provocan emisión de ácidos (incluso un pequeño refrigerio, galletas o dulces). Es así como la intervención pretendió realizar cambios a este nivel. Por ello es necesario realizar investigaciones donde el incremento de conocimiento no solo se quede ahí más al contrario se lleve a la práctica, pues se ha visto una de las principales causas del desarrollo de la caries dental es la dieta.

Así mismo el presente estudio encontró que existe diferencia significativa en el conocimiento sobre higiene bucal del post test y pre test en padres de niños. determinándose que los padres que recibieron la intervención educativa mostraron mayor nivel de conocimiento en higiene bucal. El estudio que apoya nuestros resultados fue la de Schulz-Weidner et al. (2021) quienes confirmaron que la mejora de los parámetros de higiene bucal mediante un Programa de Higiene Bucal Preventiva estandarizado que incluye un cuidado dental continuo con instrucciones para el cepillado y la motivación, tiene incluso un efecto favorable en la reducción de la inflamación y la hiperplasia gingival. Además, se observó una reducción de aproximadamente un 30% en los valores promedio de placa (IHO) lo que indica, la que una buena técnica de cepillado de dientes ayuda a mejorar la higiene oral. En el estudio realizado por Shah et al. (2016) se observó que apenas diez sujetos tenían conocimiento sobre la edad exacta para iniciar el cepillado antes de la intervención, mientras que en el post intervención se observó un cambio significativo. De acuerdo con las pautas de la Asociación Dental Estadounidense, los padres deben iniciar el cepillado de los dientes del niño, desde la erupción del primer diente en cavidad bucal, para evitar la acumulación de placa en el diente erupción. Asimismo Koerdt et al. (2018) en el estudio realizado en términos de higiene bucal, alrededor del 14% de todos los niños con cardiopatía coronaria solo se cepillan los dientes una vez al día. Este sorprendente porcentaje explica la desinformación de los padres. Por su parte Huebner & Milgron (2015) encontró que el 59% de padres cepillaba dos veces al día a sus hijos, luego de la intervención educativa subió al 89% mostrando una aumento estadísticamente significativo por

tal motivo concluyeron que el cepillado de los dientes, dos veces al día, es una estrategia eficaz y de bajo costo para reducir el riesgo de caries infantil. Asimismo Pariajulca (2017) aplicó un programa odontológico social en padres, maestros y niños donde obtuvo resultados positivos ya que mejoró el conocimiento en cuanto a higiene oral, coincidiendo con el presente estudio, por otro lado el índice de higiene oral de los niños, tuvo un promedio de 2.7 antes de la intervención posterior a ello tuvo un puntaje promedio 3.3 evidenciándose una mejoría en la higiene oral del niño. Sin embargo, Diaz et al. (2020) encontró que los conocimientos sobre la higiene bucal de los niños no evidenciaron diferencias significativas después de la aplicación de la intervención educativa. sólo encontró un aumento significativo en la adopción de comportamientos adecuados para el cepillado de los dientes después de la intervención y resaltan la importancia de involucrar la lúdica en las acciones de promoción de la salud bucal de niños preescolares. Igualmente es necesario instruir a los padres en cuanto a la técnica de cepillado.

En el presente estudio el tipo de intervención educativa dada a los padres fue el consejo informativo, donde se obtuvo que la intervención educativa era efectiva. En el estudio realizado por Naidu & Nunn (2020) compararon el efecto de la entrevista motivacional (EM) y la educación tradicional donde se concluyó que la EM al proporcionar información sobre salud bucal presenta un efecto positivo en el conocimiento, las actitudes y los comportamientos sobre la SB de los padres con resultados significativos. Apoyado en el metaanálisis realizado por Rubak et al. (2005) donde evaluaron 72 ensayos controlados aleatorios en la cual mostró un efecto significativo para las entrevistas motivacionales, en los proveedores de atención médica con un efecto del 46% de los estudios y utilizar la entrevista motivacional en breves encuentros de 15 minutos, el 64% de los estudios mostró un efecto. Si embargo los resultados obtenidos por Anderson et al. (2003) mostraron que una sola sesión de EM es insuficiente para mejorar la higiene bucal en pacientes de mantenimiento de larga duración. Al igual que Álvarez et al. (2015) en el estudio que realizó obtuvo una disminución en el índice de placa bacteriana post intervención. Sin embargo, no fue estadísticamente significativo, no demostró ser más eficaz que el modelo informativo tradicional. El modelo información tradicional está basada en la teoría que indica que las personas que adquirieron los conocimientos y las habilidades modificarán su comportamiento para mantener

la SB. Es necesario realizar más investigaciones que involucren el uso de técnicas de asesoramiento breve en esta población, además se necesita estudios a gran escala para demostrar que las entrevistas motivacionales se pueden implementar en el trabajo clínico diario en la atención primaria y secundaria de la salud.

VI. CONCLUSIONES

- Primero:** Existe diferencias significativas en el conocimiento sobre salud bucal del post test y pretest en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021. Determinándose que la intervención educativa fue efectiva en el conocimiento sobre salud bucal en los padres de niños con cardiopatía.
- Segunda:** Existe diferencia significativa en el conocimiento sobre caries dental del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021. Determinándose que los padres que recibieron la intervención educativa mostraron mayor nivel de conocimiento en caries dental.
- Tercero:** Existe diferencia significativa en el conocimiento sobre prevención del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021. Determinándose que los padres que recibieron la intervención educativa mostraron mayor nivel de conocimiento en prevención.
- Cuarto:** Existe diferencia significativa en el conocimiento sobre dieta del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021. Determinándose que los padres que recibieron la intervención educativa mostraron mayor nivel de conocimiento en dieta.
- Quinto:** Existe diferencia significativa en el conocimiento sobre higiene bucal del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021. Determinándose que los padres que recibieron la intervención educativa mostraron mayor nivel de conocimiento en higiene bucal.

VII. RECOMENDACIONES

- Primero:** Al MINSA Considerar la propuesta de la creación de un programa educativo para padres de niños con cardiopatías congénitas constituido por un equipo multidisciplinario (cardiólogo, pediatra, odontopediatra, nutricionista, enfermera, etc.) esta a su vez debe ser de forma continua durante la fase de hospitalización y controles.
- Segunda:** Al programa de salud bucal adaptar un régimen de protocolo preventivo para la atención del niño con cardiopatía, de acuerdo con las necesidades del niño, que debe seguirse estrictamente, teniendo en cuenta la gravedad de la afección médica, los hábitos de higiene bucal y los medicamentos que toma el niño. Teniendo como punto de partida la motivación y empoderamiento a los padres para la conservación de la salud bucal y posterior a ello la atención del niño con cardiopatía.
- Tercero:** A la institución incluir en las guías clínicas de atención al paciente con cardiopatía congénita la atención obligatoria por odontopediatría desde el diagnóstico del paciente.
- Cuarto:** A los cardiólogos y pediatras de la institución enfatizar la importancia de mantener la higiene bucal desde la primera consulta y canalizar a los pacientes de consultorio externo de cardiología al consultorio de odontopediatra para una educación eficaz en cuanto al mantenimiento de la higiene bucal.
- Quinto:** A los padres concientizar sobre la importancia del tratamiento preventivo en los niños y mantenimiento de la higiene bucal con el fin de evitar complicaciones cardíacas.
- Sexto:** A los investigadores es imprescindible la continuidad de la investigación en este mismo tipo de grupo humano ampliando la pesquisa hacia las actitudes en función de lo interiorizado de los conocimientos sobre salubridad bucal.

REFERENCIAS

- Abanto, S. (2020). *Trujillo – Perú*. Universidad Privada Antenor Orrego.
- AbdAllah, E. A., Metwalli, N. E., & Badran, A. S. (2018). Effectiveness of a one year oral health educational and preventive program in improving oral health knowledge and oral hygiene practices of a group of Autistic Egyptian children and their caregivers. *Future Dental Journal*, 4(1), 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.fdj.2018.02.001>
- Achalu, P., Zahid, N., Sherry, D. N., Chang, A., & Sokal-Gutierrez, K. (2019). A Qualitative Study of Child Nutrition and Oral Health in El Salvador. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14). <https://doi.org/10.3390/IJERPH16142508>
- Aguilar, F. del R., Bolaños, R., & Villamar, Y. (2017). *Fundamentos epistemológicos para orientar el desarrollo del conocimiento*. (primera). Editorial Universitaria Abya- Yala.
- Álavarez, A., Yahne, C., Nosas, M., Boj, J., & Espasa, E. (2015). Efectos de la entrevista motivacional en la salud oral de pacientes pediátricos. *Odontología Pediátrica*, 23(3), 187–203.
- Anderson, L. M., Shinn, C., Fullilove, M. T., Scrimshaw, S. C., Fielding, J. E., Normand, J., & Carande-Kulis, V. G. (2003). The effectiveness of early childhood development programs: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3), 32–46. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00655-4](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00655-4)
- Balmer, R., & Lock, F. A. B. (2003). *of children with congenital heart disease*. 439–443.
- Blinkhorn, D. A. S. (2014). Promoting dietary changes in order to control dental caries. <Http://Dx.Doi.Org/10.1080/03073289.1989.10805704>, 27(4), 179–186. <https://doi.org/10.1080/03073289.1989.10805704>
- Bordoni, N., Escobar, A., Libros, R., & Castillo, A. (2010). *Odontología pediátrica La*

salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual (1era ed.). editorial medica Panamericana.
https://books.google.com.pe/books?id=oXr3kxs0fGcC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false

- Brecher, E. A., & Lewis, C. W. (2018). Infant Oral Health. *Pediatric Clinics of North America*, 65(5), 909–921. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.05.016>
- Bulut, H., & Bulut, G. (2020). A step to infant oral health promotion intervention among parents. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 21(1), 61–65. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2020.21.01.12>
- Cabrera, A., Tascón, G., Lucumí, C., & G, J. T. (2001). Creencias en salud : historia , constructos. *Revista Facultad Nacional De Salud Publica*, 19, 90–101.
- Cabrera, G. (2000). Resumen Palabras clave. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18, 129–138.
- Cartes-velásquez, R., Araya, C., Flores, R., Luengo, L., Castillo, F., & Bustos, A. (2017). Una intervención de entrevista motivacional realizada en el hogar para mejorar la alfabetización en salud bucal y reducir la morbilidad de las familias chilenas desfavorecidas : un protocolo de estudio para un ensayo comunitario Abstracto. *BMJ Open*, 7(7), 1–13. <https://doi.org/10.1136 / bmjopen-2016-011819>
- Cayo-Tintaya, N. V., Cosme-Raymundo, T. A., & Morales-Vadillo, R. (2019). Caries dental y su relación con el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia en preescolares. *Kiru*, 16(3), 102–107. <https://doi.org/10.24265/kiru.2019.v16n3.01>
- Cetta, F., Bell, T. J., Podlecki, D. D., & Ros, S. P. (1993). Parental knowledge of bacterial endocarditis prophylaxis. *Pediatric Cardiology*, 14(4), 220–222. <https://doi.org/10.1007/BF00795374>
- Díaz, M. V., Echeverri-Arango, B., Franco Aguirre, J. Q., & Vélez, S. (2020). Impacto de una estrategia educativa en salud bucal en un hogar infantil de la ciudad de Medellín –Colombia. *CES Odontología*, 33(2), 100–111. <https://doi.org/10.21615/cesodon.33.2.9>

- Fiorillo, L. (2019). Salud bucal: el primer paso hacia el bienestar. *Medicina (Lithuania)*, 55(10), 2–5.
- Fraihat, N., Madae'En, S., Bencze, Z., Herczeg, A., & Varga, O. (2019). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of oral-health promotion in dental caries prevention among children: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph16152668>
- Garrocho-Rangel, A., Echavarría-García, A., Rosales-Bérber, M., Flores-Velázquez, J., & Pozos-Guillén, A. (2018). Manejo dental de pacientes pediátricos afectados por atresia pulmonar con comunicación interventricular: una revisión sistemática exploratoria. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal. Ed. Española*, 23(2), 85–95.
- Ginebra, O. M. de S. (1989). *Educación para la salud*. Vanmelle.
- González, E., Pérez-Hinojosa, S., Alarcón, J. A., & Peñalver, M. A. (2015). Conocimiento de pediatras y padres andaluces sobre caries de aparición temprana. *Anales de Pediatría*, 82(1), 19–26. <https://doi.org/10.1016/J.ANPEDI.2014.01.014>
- Guayta, R., Marqués, F., & Sáez, S. (2018). *Métodos y medios en promoción y educación para la salud*. editorial UOC. <http://digital.casalini.it/9788490292952>
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, M. del P. (2014). Metodología de la Investigación Hernández Sampieri 6a Edición. In I. Editores (Ed.), *Septiembre 2015* (sexta edic). McGRAW-HILL.
- Hiratsuka, V., Robinson, J., Greenlee, R., & Refaat, A. (2019). Oral health beliefs and oral hygiene behaviours among parents of urban Alaska Native children. *International Journal of Circumpolar Health*, 78(1). <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1586274>
- Hoelt, K. S., Barker, J. C., Shiboski, S., Pantoja, E., & Hiatt, R. A. (2017). 乳鼠心肌提取 HHS Public Access. *Physiology & Behavior*, 176(12), 139–148. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12250>.Effectiveness

- Huebner, C. E., & Milgron, P. (2015). Evaluation of a parent-designed programme to support tooth brushing of infants and young children* HHS Public Access. *Int J Dent Hyg*, 13(1), 65–73. <https://doi.org/10.1111/idh.12100>
- Inocente-Diaz, M., & F, P.-B. (2012). Educación para la Salud en Odontología. *Rev Estomatol Herediana*, 22(4), 232–241. <https://doi.org/10.20453/reh.v22i4.91>
- Ismail, A. I., Ondersma, S., Willem Jedele, J. M., Little, R. J., & Lepkowski, J. M. (2011). Evaluation of a brief tailored motivational intervention to prevent early childhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 39(5), 433–448. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2011.00613.x>
- Jahandideh, A., & Tüloğlu, N. (2019). Ebeveynlerin Ağız-Diş Sağlığındaki Koruyucu Uygulamalar Hakkındaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi Evaluation of Parental Knowledge About Preventive Applications in Oral and Dental Health Materyal-Metot. *SDU Journal of Health Sciences*, 10, 404–412. <https://doi.org/10.22312/sdusbed.567259>
- Koerdt, S., Hartz, J., Hollatz, S., Frohwitter, G., Kesting, M. R., Ewert, P., Oberhoffer, R., & Deppe, H. (2018). Dental prevention and disease awareness in children with congenital heart disease. *Clinical Oral Investigations*, 22(3), 1487–1493. <https://doi.org/10.1007/s00784-017-2256-2>
- Kumar, G., Kaur, J., Vignesh, R., & Gard, A. (2019). *Pedodontics and Preventive Dentistry*. 37(September), 3–7. <https://doi.org/10.4103/JISPPD.JISPPD>
- Law, V., Seow, W. K., & Townsend, G. (2007). Factors influencing oral colonization of mutans streptococci in young children. *Australian Dental Journal*, 52(2), 93–100. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2007.tb00471.x>
- Lewis, C. W., Jacob, L. S., Lehmann, C. U., & HEALTH, S. O. O. (2017). The Primary Care Pediatrician and the Care of Children With Cleft Lip and/or Cleft Palate. *Pediatrics*, 139(5), 20170628. <https://doi.org/10.1542/PEDS.2017-0628>
- Liu, H., Chen, J., Hsiao, S., & Huang, S. (2017). ScienceDirect Caregivers' oral health knowledge, attitude and behavior toward their children with disabilities. *Journal of Dental Sciences*, 12(4), 388–395. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2017.05.003>

- Marinho, V. C. C., Worthington, H. V., Walsh, T., & Chong, L. Y. (2015). Fluoride gels for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002280.pub2>
- Masslow, A. H. (1991). *Motivación y personalidad* (S. . Diaz de Santos (ed.); tercera). Harper y Row. <https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=8wPdJ2Jzqg0C&oi=fnd&pg=PR13&dq=teoria+de+maslow+motivacion&ots=F0d0ZqRIhg&sig=V3fdxJtttPa1bnsRf9Ltc1vAhlk#v=onepage&q=teoria de maslow motivacion&f=false>
- MINSA. (2015). *salud bucal*.
- Naidu, R., & Nunn, J. (2020). Oral Health Knowledge, Attitudes and Behaviour of Parents and Caregivers of Preschool Children: Implications for Oral Health Promotion. *Oral Health & Preventive Dentistry*, 18(1), 245–252. <https://doi.org/10.3290/J.OHPD.A43357>
- Naidu, R., Nunn, J., & Irwin, J. D. (2015). The effect of motivational interviewing on oral healthcare knowledge, attitudes and behaviour of parents and caregivers of preschool children: an exploratory cluster randomised controlled study. *BMC Oral Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/S12903-015-0068-9>
- Nye, R., & Robinia, K. (2019). The Effect of a Community Based Educational Intervention on Oral Health Knowledge Levels of Adult Caregivers of Young Children in the Rural Upper Peninsula of Michigan. *Journal of Community Health Nursing*, 36(4), 188–198. <https://doi.org/10.1080/07370016.2019.1665317>
- Okah, A., Williams, K., & Talib, N. (2021). Promoción de la salud bucal en la infancia: un proyecto de mejora de la calidad. *Pediatrics*, 1–17. <https://doi.org/https://doi.org/10.1542/peds.2017-2396>
- Okah, A., Williams, K., Talib, N., & Mann, K. (2018). Promoting oral health in childhood: A quality improvement project. *Pediatrics*, 141(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2396>
- OMS. (1983). *Nuevos metodos de la educacion sanitaria en la atencion primaria de*

- salud (No. 690).
- OMS. (1984). *Metodos y programas de prevencion de las enfermedades bucodentales* (No. 713).
- OMS. (2021). *Manual de aplicación de la OMS*.
- Pariajulca, I. (2017). *Efectividad del programa de odontología social en el conocimiento de salud bucal de profesores, cuidadores y el estado de salud bucal de niños en tres colegios del distrito de ventanilla durante el periodo marzo- mayo 2017*. Universidad Privada Wiener.
- Pérez, J., Echauri, M., Ancizu, E., & Chocarro, J. (2006). Manual de Educación para la Salud. In *Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra*.
- Poveda, M. E. S. (2012). *Introducción en educación para la salud: fundamentos , claves y conceptos básicos* (Vol. 5, Issue 4).
- Rosas, M., & Mora, I. (2018). *Educacion para la Salud* (Pearson Educacion de Mexico (ed.); tercera). Mexico. <http://www.ebooks7-24.com/stage.aspx?il=&pg=&ed=>
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305–312.
- Salama, F., Alwohaibi, A., Alabdullatif, A., Alnasser, A., & Hafiz, Z. (2020). Knowledge, behaviours and beliefs of parents regarding the oral health of their children. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 21(2), 103–109. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2020.21.02.03>
- Salleras, L. (1985). Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. In *Ediciones Diaz de Santos. Diaz de Santos*. https://books.google.com.pe/books?id=23fCHlt_HdUC&pg=PA102&lpg=PA102&dq=Contingencias+Situacionales+Kapferer+libro&source=bl&ots=doTnhKD UeG&sig=ACfU3U1LW48KsLTjMOM1GjdSQe4632gWqQ&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiW8buciuvsAhUhLLkGHWL5A10Q6AF6BAgmEAM#v=onepage&q=

Cont

- Santos, S. (2015). *Niveles de conocimientos sobre salud bucal antes y después de una programa de capacitación en alumnas de cuarto grado de magisterioparvulario de la escuela normal para maestras de parvulos "Dr. Alfredo Carrillo Rmirez" de la ciudad de Guatemala, Junio-Jul.* Universidad de San Carlos De Guatemal.
- Schulz-Weidner, N., Logeswaran, T., Jux, C., Schlenz, M. A., Krämer, N., & Bulski, J. C. (2021). Evaluation of the effectiveness of an interdisciplinary preventive oral hygiene program for children with congenital heart disease. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph18073497>
- Schulz-Weidner, N., Logeswaran, T., Schlenz, M. A., Krämer, N., & Bulski, J. C. (2020). Parental awareness of oral health and nutritional behavior in children with congenital heart diseases compared to healthy children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 1–10. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197057>
- Shah, N., Mathur, V., Kathuria, V., & Gupta, T. (2016). Effectiveness of an educational video in improving oral health knowledge in a hospital setting. *Indian Journal of Dentistry*, 7(2), 70. <https://doi.org/10.4103/0975-962X.184646>
- Sivertsen, T. B., Åstrøm, A. N., Greve, G., Aßmus, J., & Skeie, M. S. (2018). Effectiveness of an oral health intervention program for children with congenital heart defects. *BMC Oral Health*, 18(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0495-5>
- Soto Ugalde, A., Sexto Delgado, N. M., & Quintana, N. G. (2014). Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. *Medisur*, 12(1), 24–34. <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2571>
- Suvarna, R., Rai, K., & Hegde, A. M. (2011). Knowledge and Oral Health Attitudes among Parents of Children with. *Congenital Heart Disease International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 4(1), 25–28. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1076>

- Torres, R., & Ríos, M. (2017). *Efecto de un programa educativo en la prevención de la caries dental en la Institución Educativa Primaria 61006 - Belén - 2016.*
- Vargas, L. (2018). "Influencia del programa educativo en el conocimiento de salud bucal en los estudiantes de la Institución Educativa N° 0255 - Lamas, 2018." 79. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/46590>
- Velasquez, J. (2016). *Efectividad del programa educativo "Niño sin Caries, niño feliz", para los agentes comunitarios de salud, en el centro poblado Virgen del Crmen: La Era Lima, 2015.*
- Victoria, M., Piedrahita, A., & Loiza, F. R. (2003). Introducción. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1–16.
- Villa, J., Ruiz, E., & Ferrer, J. L. (2006). *Antecedentes y Conceptos de Educacion para la Salud* (No. 4; Vol. 148).
- Yevlahova, D., & Satur, J. (2009). Models for individual oral health promotion and their effectiveness: A systematic review. *Australian Dental Journal*, 54(3), 190–197. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2009.01118.x>
- Zapata-ros, M. (2015). Teorías y modelos sobre el aprendizaje en entornos conectados y ubicuos Theories and models about learning in connected and ubiquitous environments Bases for a new theoretical model from a critical vision of "connectivism" Palabras clave : Keywords : Re. *Education in the Knowledge Society*, 16, 69–102.

ANEXOS

Anexo 1:

Matriz de consistencia

Matriz de Consistencia							
Título: Efectividad de una intervención educativa en el conocimiento sobre salud bucal en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021.							
Autor: Violeta Huanca Yana orcid 0000-0003-2285-5483							
problema	objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores				
Problema general ¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa en el conocimiento sobre salud bucal en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021?	Objetivo general Evaluar la efectividad de la intervención educativa en el conocimiento sobre salud bucal en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021.	Hipótesis general Existen diferencias significativas en el conocimiento sobre salud bucal del post test y pretest en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021	Variable 1: intervención educativa: Es el conjunto de acciones o actividades con finalidad, planteadas con miras a conseguir los objetivos educativos en temas de la salud bucal (Victoria et al., 2003).				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles y rangos
Problemas específicos 1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre caries dental en padres con	Objetivo específico 1. Medir el nivel de conocimiento sobre caries dental en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de	Hipótesis específicas 1. Existe diferencia significativa en el conocimiento sobre caries dental del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en	Consejo informativo sobre Salud bucal	Diferencia entre pre test y post tes	Caries dental Prevención Dieta Higiene bucal	nominal	-Efectiva (Cuando mejora los conocimientos y aplicando la prueba de hipótesis es significativa) -No efectiva (Cuando no mejora los conocimientos y aplicando la prueba de hipótesis no es significativa)
			Variables e indicadores				
Variable 2: Conocimiento sobre salud bucal Villoro, 2013. El conocimiento es el acto o efecto de conocer. Es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas".							

			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles y rangos		
niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021 antes y después de la intervención?	Salud Especializado, 2021 antes de la intervención educativa.	un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021.	<i>Caries dental</i>	<i>Respuesta correcta sobre Caries dental</i>	1. ¿Qué es la caries dental? 2. Los microorganismos que causan la caries dental pueden transmitirse por... 3. ¿Qué es la placa bacteriana? 4. ¿son importantes los dientes de leche? 5. ¿La presencia de caries puede afectar al corazón de los niños con cardiopatía?	Escala de puntos, descriptiva, ordinal.	18-20 muy bueno 15-17 bueno 11-14 regular 0-10 malo		
2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre prevención en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021 antes y después de la intervención?	2. Medir el nivel de conocimiento sobre prevención en padres con niños con cardiopatía en el Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021 antes de la intervención educativa.	2. Existe diferencia significativa en el conocimiento sobre prevención del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021.			<i>Prevención</i>			<i>Respuesta correcta sobre Prevención</i>	6. La primera visita al odontólogo se recomienda a partir 7. ¿Qué beneficios conoce del flúor? 8. Es necesario visitar al odontólogo cuando se tiene dientes sanos. 9. Si su niño pierde un diente de leche, antes del tiempo porque tiene caries ¿cree usted que pueda afectar la posición de los dientes? 10. ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?
3. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre dieta en padres con niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021 antes y después de la intervención?	3. Medir el nivel de conocimiento sobre dieta en padres con niños con cardiopatía en el Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021 antes de la intervención educativa.	3. Existe diferencia significativa en el conocimiento sobre dieta del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021.							<i>Dieta</i>

<p>4. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en padres con niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021 antes y después de la intervención?</p>	<p>4. Medir el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en padres con niños con cardiopatía en el Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021 antes de la intervención educativa.</p>	<p>4. Existe diferencia significativa en el conocimiento sobre higiene bucal del post test y pre test en padres de niños con cardiopatía en un Instituto Nacional de Salud Especializado, 2021.</p>	<p>Higiene bucal</p>	<p>Respuesta correcta sobre Higiene bucal</p>	<p>16. Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes? 17. ¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor? 18. La higiene dental con dentición decidua completa se debe realizar con 19. ¿cada que tiempo se debe cambiar el cepillo dental? 20. En cuanto al cepillado dental</p>		
<p>Nivel - diseño de investigación</p>	<p>Población y muestra</p>	<p>Técnicas e instrumento</p>		<p>Estadística a utilizar</p>			
<p>Enfoque: cuantitativo Nivel: explicativo. Tipo: aplicado. Diseño: pre experimental, longitudinal y prospectivo.</p>	<p>Población: 30 padres con niño con cardiopatía hospitalizado en el servicio de cardiología en el mes de noviembre muestra: 29 padres. Tipo de muestreo: no probabilístico por conveniencia.</p>	<p>Variable 1. Intervención educativa</p>	<p>Estadística descriptiva: tabla de frecuencias para describir los datos. Mediante tablas y figuras (gráficos). MS Excel</p>				
		<p>Variable 2: Conocimiento Técnica: encuesta Instrumento: cuestionario.</p>	<p>Estadística inferencial: NO paramétrica, la prueba de Wilcoxon</p>				

Anexo 2

Operacionalización de variables

Definiciones conceptuales	Definiciones operacionales	Variable	Dimensión	indicadores	Ítems	Escala	Rango	Nivel
"Es el conjunto de acciones o actividades con finalidad, planteadas con miras a conseguir los objetivos educativos en temas de la salud bucal. (Victoria et al., 2003)	Charla brindada en temas de salud bucal y demostración de higiene bucal de forma personal a los padres con niños con cardiopatía para incrementar el conocimiento en salud bucal.	independiente Intervención educativa	Consejo informativo sobre Salud bucal	Diferencia entre pre y post test	Caries dental Prevención Dieta Higiene bucal	Nominal		-Efectiva (Cuando mejora los conocimientos y aplicando la prueba de hipótesis es significativa) -No efectiva (Cuando no mejora los conocimientos y aplicando la prueba de hipótesis no es significativa)
Es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas". (Villoro, 2013)	Es toda aquella información sobre salud bucal que poseen los padres con niños con cardiopatía, el cual será obtenido mediante la aplicación de un pre test y post test	Dependiente Conocimiento sobre salud bucal	Caries dental	Respuesta correcta sobre Caries dental	1,2,3,4,5	Escala de puntos, descriptiva, ordinal.	18-20 15-17 11-14 0-10	Muy bueno Bueno Regular Malo
			Prevención	Respuesta correcta sobre prevención	6,7,8,9,10			
			Dieta	Respuesta correcta sobre Dieta	11,12,13,14,15			
			Higiene bucal	Respuesta correcta sobre Higiene bucal	16,17,18,19,20			

Anexo: 3: Instrumento

A.3.1 Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Instituciones: Universidad Cesar Vallejo, Instituto Nacional de Salud Especializada

Investigadora: Violeta Huanca Yana

Título: Efectividad de una intervención educativa en el conocimiento sobre salud bucal en padres con niños con cardiopatía en el Instituto Nacional de Salud Especializada, 2021.

Información del Estudio: Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: "Efectividad de una intervención educativa sobre salud bucal en padres con niños con cardiopatía en el Instituto Nacional de Salud del Niño, 2021" Este estudio es desarrollado para evaluar el efecto de una intervención educativa, con la finalidad de incrementar niveles de conocimiento en salud bucal de los padres con niños con cardiopatía en el Instituto Nacional de Salud Especializada que se encuentran hospitalizados en el área de cardiología durante el mes de noviembre, el estudio se realizará por un periodo de un mes, participan todos los padres que no tuvieron consulta por consultorio externo de odontología del Instituto, se encuentran excluidos los que tuvieron citas en consultorio externo de odontología.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le realizará lo siguiente:

1. Se le aplicará un cuestionario sobre salud bucal para el evaluar su nivel de conocimiento antes de la aplicación de la charla educativa.
2. Se le realizará una charla educativa sobre salud bucal.
3. Se le aplicará un cuestionario sobre salud bucal para evaluar su nivel de conocimiento después de la charla educativa.

Riesgos: No existe riesgos por participar en esta fase del estudio.

Beneficios: Usted se beneficiará con una charla educativa sobre salud bucal (información sobre caries dental, prevención, dieta, higiene oral). La participación

es de forma voluntaria y los resultados que se obtengan del cuestionario realizado serán manejados de forma confidencial.

He recibido una explicación satisfactoria sobre el procedimiento del estudio, su finalidad, riesgos, beneficios y alternativas. Quedé satisfecho con la información recibida, se ha respondido todas mis dudas, y comprendo que mi participación es voluntaria. Por ello doy mi consentimiento para participar en el procedimiento propuesto y en caso deseo retirarme puedo hacerlo, con la única obligación de informar nuestra decisión al odontólogo responsable del estudio.

Fecha: _____

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha: _____

Investigador

Nombre Violeta Huanca Yana

DNI:42237425

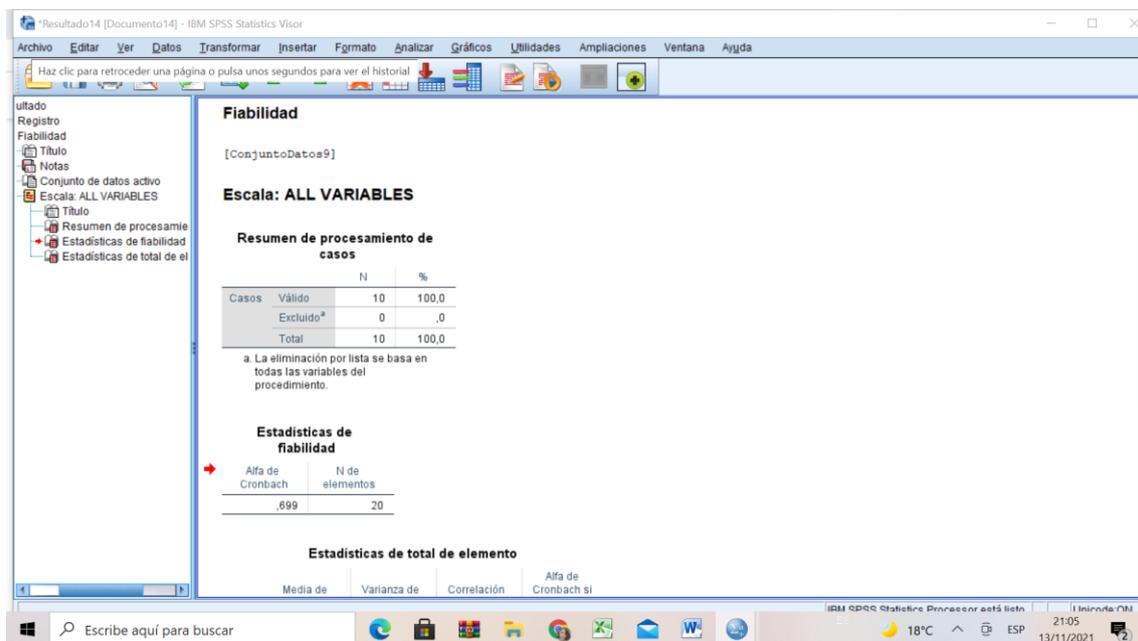
Correo electrónico: violeta.odp@gmail.com

Celular: 999228850

A.3.2 Tabla de validadores

Apellidos y nombres	Grado académico	Juicio
Diaz Mujica, Juana Yris	Doctora (Obstetriz)	Aplicable
Yacarini Paredes, Silvia	Maestra (Odontóloga - odontopediatra)	Aplicable
Cruz Escalante, Marco Antonio	Maestro (Odontólogo – especialista en atención en pacientes especiales)	Aplicable
Puño Quispe, Lucy	Maestra (licenciada en educación)	Aplicable

A.3.3 Confiabilidad



A.3.4 formatos de validación

Validadora 01: Dra. Juana Yris Diaz Mujica



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
CARIES DENTAL								
1	¿Qué es la caries dental? a. Es una enfermedad que solo aparece en los niños desnutridos b. No es una enfermedad c. Es una enfermedad multifactorial causada principalmente falta de higiene y consumo de azúcares. d. Es una mancha negra que aparece por consumo de hierro.	x		x		x		
2	Los microorganismos que causan la caries dental pueden transmitirse por... a. Compartir utensilios b. Compartir cepillos dentales c. Besos en la boca d. Todas las anteriores	x		x		x		
3	¿Qué es la placa bacteriana? a. Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes. b. Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes. c. Es el sarro que se forma en los dientes. d. Es una masa que solo se encuentra en los dientes de los adultos	x		x		x		
4	¿Son importantes los dientes de leche? a. Si, porque guardan espacio para los dientes permanentes b. No, porque no cumple ninguna función c. No, porque al final se van a caer. d. No, porque no son los dientes permanentes	x		x		x		

5	¿La presencia de caries puede afectar al corazón de los niños con cardiopatía? a. No, porque nada tiene que ver con el corazón. b. Si, por la presencia de bacterias. c. Depende del tamaño de la caries. d. No sé.	x		x		x		
PREVENCIÓN								
6	La primera visita al odontólogo se recomienda a partir de: a. A partir de los 2 años. b. Cuando aparece el primer diente de leche c. Cuando tiene dientes de adulto d. Solo cuando existe dolor	x		x		x		
7	¿Qué beneficios conoce del flúor? a. Fortalece los dientes y previene la caries. b. Cura los dientes para prevenir las extracciones. c. El flúor tiene acción blanqueadora en los niños. d. Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte	x		x		x		
8	Es necesario visitar al odontólogo cuando se tiene dientes sanos. a. Si, para un examen clínico de rutina. b. Solo si tiene dientes chuecos. c. No, ya que como no tiene nada no es necesario. d. Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca.	x		x		x		
9	Si su niño pierde un diente de leche, antes del tiempo porque tiene caries ¿cree usted que pueda afectar la posición de los dientes? a. Si. b. Depende, solo si pierde las muelas de leche. c. No. d. No sé.	x		x		x		
10	¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental? a. El flúor. b. Una correcta higiene bucal. c. Evitar consumo excesivo de azúcares.	x		x		x		

	<ul style="list-style-type: none"> b. Una correcta higiene bucal. c. Evitar consumo excesivo de azúcares. d. Todas las anteriores. 							
	DIETA							
11	<p>¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Frutas y vegetales. b. Gaseosas y frutas. c. Frugos y galletas. d. Todas las anteriores. 	x		x		x		
12	<p>Dejar que le niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche ¿Qué causaría?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Queso, quinua, frutas, huevo, pan, carne. b. Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja. c. Frugos, leche chocolatada, chisitos. d. Todas las anteriores. 	x		x		x		
13	<p>Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto</p> <ul style="list-style-type: none"> a. El niño nunca debe consumir azúcar. b. El niño puede consumir azúcar en varios momentos durante el día. c. El niño puede consumir azúcar en horas determinadas y luego cepillarse los dientes. d. Todas las anteriores. 	x		x		x		
14	<p>¿Hasta qué edad se recomienda dar al niño lactancia materna?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hasta los 15 días de nacido. b. Hasta los 3 meses de edad. c. Hasta los 6 meses de edad. d. Hasta el primer mes de nacido. 	x		x		x		
15	<p>Dejar que le niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche ¿Qué causaría?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Va a estar más fuerte al despertar. 	x		x		x		

	<ul style="list-style-type: none"> b. Estará más fuerte y sano. c. Estará más expuesto a tener caries. d. No pasa nada. 							
	HIGIENE BUCAL							
16	<p>¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 1 vez. b. De 2 a 3 veces. c. De 5 a más veces. d. Los niños no deben cepillarse los dientes 	x		x		x		
17	<p>¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. A partir de los 2 años. b. A partir de 5 años. c. A partir de la adolescencia. d. En niños menores de 2 años. 	x		x		x		
18	<p>¿El cepillado debe realizarse después de cada comida?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. No. b. Solo antes de dormir. c. Solo con usar un enjuagatorio basta. d. Si. 	x		x		x		
19	<p>¿Cada que tiempo se debe cambiar el cepillo dental?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Cada 3 meses. b. Cada 8 meses. c. Al año. d. Nunca. 	x		x		x		
20	<p>En cuanto al cepillado dental</p> <ul style="list-style-type: none"> a. El cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño. b. Los padres deben supervisar el cepillado dental de sus niños a esta edad. c. El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años. d. En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental. 	x		x		x		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. Díaz Mujica Juana Yris DNI: 09395072

Especialidad del validador: Metodóloga

¹Partinencia: El ítem corresponde al concepto técnico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dio suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

31 de octubre del 2021



Firma del Experto Informante.

Validador 02: Mg. Marco Antonio Cruz Escalante



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
CARIES DENTAL								
1	¿Qué es la caries dental? a. Es una enfermedad que solo aparece en los niños desnutridos b. No es una enfermedad c. Es una enfermedad multifactorial causada principalmente falta de higiene y consumo de azúcares. d. Es una mancha negra que aparece por consumo de hierro.	X		X		X		
2	Los microorganismos que causan la caries dental pueden transmitirse por... a. Compartir utensilios b. Compartir cepillos dentales c. Besos en la boca d. Todas las anteriores	X		X		X		
3	¿Qué es la placa bacteriana? a. Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes. b. Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes. c. Es el sarro que se forma en los dientes. d. Es una masa que solo se encuentra en los dientes de los adultos	X		X		X		
4	¿Son importantes los dientes de leche? a. Si, porque guardan espacio para los dientes permanentes b. No, porque no cumple ninguna función c. No, porque al final se van a caer. d. No, porque no son los dientes permanentes	X		X		X		

5	¿La presencia de caries puede afectar al corazón de los niños con cardiopatía? a. No, porque nada tiene que ver con el corazón. b. Si, por la presencia de bacterias. c. Depende del tamaño de la caries. d. No sé.	X		X		X		
PREVENCIÓN								
6	La primera visita al odontólogo se recomienda a partir de: a. A partir de los 2 años. b. Cuando aparece el primer diente de leche c. Cuando tiene dientes de adulto d. Solo cuando existe dolor	X		X		X		
7	¿Qué beneficios conoce del flúor? a. Fortalece los dientes y previene la caries. b. Cura los dientes para prevenir las extracciones. c. El flúor tiene acción blanqueadora en los niños. d. Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte	X		X		X		
8	Es necesario visitar al odontólogo cuando se tiene dientes sanos. a. Si, para un examen clínico de rutina. b. Solo si tiene dientes chuecos. c. No, ya que como no tiene nada no es necesario. d. Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca.	X		X		X		
9	Si su niño pierde un diente de leche, antes del tiempo porque tiene caries ¿cree usted que pueda afectar la posición de los dientes? a. Si. b. Depende, solo si pierde las muelas de leche. c. No. d. No sé.	X		X		X		
10	¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental? a. El flúor. b. Una correcta higiene bucal. c. Evitar consumo excesivo de azúcares.	X		X		X		

	<ul style="list-style-type: none"> b. Una correcta higiene bucal. c. Evitar consumo excesivo de azúcares. d. Todas las anteriores. 							
DIETA								
11	<p>¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Frutas y vegetales. b. Gaseosas y frutas. c. Frugos y galletas. d. Todas las anteriores. 	x		x		x		
12	<p>Dejar que le niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche ¿Qué causaría?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Queso, quinua, frutas, huevo, pan, carne. b. Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja. c. Frugos, leche chocolatada, chisitos. d. Todas las anteriores. 	x		x		x		
13	<p>Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto</p> <ul style="list-style-type: none"> a. El niño nunca debe consumir azúcar. b. El niño puede consumir azúcar en varios momentos durante el día. c. El niño puede consumir azúcar en horas determinadas y luego cepillarse los dientes. d. Todas las anteriores. 	x		x		x		
14	<p>¿Hasta qué edad se recomienda dar al niño lactancia materna?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hasta los 15 días de nacido. b. Hasta los 3 meses de edad. c. Hasta los 6 meses de edad. d. Hasta el primer mes de nacido. 	x		x		x		
15	<p>Dejar que le niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche ¿Qué causaría?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Va a estar más fuerte al despertar. 	x		x		x		

	<ul style="list-style-type: none"> b. Estará más fuerte y sano. c. Estará más expuesto a tener caries. d. No pasa nada. 							
HIGIENE BUCAL								
16	<p>¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 1 vez. b. De 2 a 3 veces. c. De 5 a más veces. d. Los niños no deben cepillarse los dientes 	x		x		x		
17	<p>¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. A partir de los 2 años. b. A partir de 5 años. c. A partir de la adolescencia. d. En niños menores de 2 años. 	x		x		x		
18	<p>¿El cepillado debe realizarse después de cada comida?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. No. b. Solo antes de dormir. c. Solo con usar un enjuagatorio basta. d. Si. 	x		x		x		
19	<p>¿cada que tiempo se debe cambiar el cepillo dental?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Cada 3 meses. b. Cada 8 meses. c. Al año. d. Nunca. 	x		x		x		
20	<p>En cuanto al cepillado dental</p> <ul style="list-style-type: none"> a. El cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño. b. Los padres deben supervisar el cepillado dental de sus niños a esta edad. c. El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años. d. En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental. 	x		x		x		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Mg. Magister Cruz Escalante Marco Antonio

DNI: 40586817

Especialidad del validador: Atención Estomatológica de Pacientes Especiales

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

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

08 de octubre del 2021



Firma del Experto Informante.



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ²		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
CARIES DENTAL								
1	¿Qué es la caries dental? a. Es una enfermedad que solo aparece en los niños desnutridos b. No es una enfermedad c. Es una enfermedad multifactorial causada principalmente falta de higiene y consumo de azúcares. d. Es una mancha negra que aparece por consumo de hierro.	x		x		x		
2	Los microorganismos que causan la caries dental pueden transmitirse por... a. Compartir utensilios b. Compartir cepillos dentales c. Besos en la boca d. Todas las anteriores	x		x		x		
3	¿Qué es la placa bacteriana? a. Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes. b. Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes. c. Es el sarro que se forma en los dientes. d. Es una masa que solo se encuentra en los dientes de los adultos	x		x		x		
4	¿Son importantes los dientes de leche? a. Si, porque guardan espacio para los dientes permanentes b. No, porque no cumple ninguna función c. No, porque al final se van a caer. d. No, porque no son los dientes permanentes	x		x		x		

5	¿La presencia de caries puede afectar al corazón de los niños con cardiopatía? a. No, porque nada tiene que ver con el corazón. b. Si, por la presencia de bacterias. c. Depende del tamaño de la caries. d. No sé.	x		x		x		
PREVENCIÓN								
6	La primera visita al odontólogo se recomienda a partir de: a. A partir de los 2 años. b. Cuando aparece el primer diente de leche c. Cuando tiene dientes de adulto d. Solo cuando existe dolor	x		x		x		
7	¿Qué beneficios conoce del flúor? a. Fortalece los dientes y previene la caries. b. Cura los dientes para prevenir las extracciones. c. El flúor tiene acción blanqueadora en los niños. d. Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte	x		x		x		
8	Es necesario visitar al odontólogo cuando se tiene dientes sanos. a. Si, para un examen clínico de rutina. b. Solo si tiene dientes chuecos. c. No, ya que como no tiene nada no es necesario. d. Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca.	x		x		x		
9	Si su niño pierde un diente de leche, antes del tiempo porque tiene caries ¿cree usted que pueda afectar la posición de los dientes? a. Si. b. Depende, solo si pierde las muelas de leche. c. No. d. No sé.	x		x		x		
10	¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental? a. El flúor. b. Una correcta higiene bucal. c. Evitar consumo excesivo de azúcares.	x		x		x		

	<ul style="list-style-type: none"> b. Una correcta higiene bucal. c. Evitar consumo excesivo de azúcares. d. Todas las anteriores. 							
	DIETA							
11	<p>¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Frutas y vegetales. b. Gaseosas y frutas. c. Frugos y galletas. d. Todas las anteriores. 	x		x		x		
12	<p>Dejar que le niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche ¿Qué causaría?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Queso, quinua, frutas, huevo, pan, carne. b. Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja. c. Frugos, leche chocolatada, chisitos. d. Todas las anteriores. 	x		x		x		
13	<p>Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto</p> <ul style="list-style-type: none"> a. El niño nunca debe consumir azúcar. b. El niño puede consumir azúcar en varios momentos durante el día. c. El niño puede consumir azúcar en horas determinadas y luego cepillarse los dientes. d. Todas las anteriores. 	x		x		x		
14	<p>¿Hasta qué edad se recomienda dar al niño lactancia materna?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hasta los 15 días de nacido. b. Hasta los 3 meses de edad. c. Hasta los 6 meses de edad. d. Hasta el primer mes de nacido. 	x		x		x		
15	<p>Dejar que le niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche ¿Qué causaría?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Va a estar más fuerte al despertar. 	x		x		x		

	<ul style="list-style-type: none"> b. Estará más fuerte y sano. c. Estará más expuesto a tener caries. d. No pasa nada. 							
	HIGIENE BUCAL							
16	<p>¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 1 vez. b. De 2 a 3 veces. c. De 5 a más veces. d. Los niños no deben cepillarse los dientes 	x		x		x		
17	<p>¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. A partir de los 2 años. b. A partir de 5 años. c. A partir de la adolescencia. d. En niños menores de 2 años. 	x		x		x		
18	<p>¿El cepillado debe realizarse después de cada comida?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. No. b. Solo antes de dormir. c. Solo con usar un enjuagatorio basta. d. Si. 	x		x		x		
19	<p>¿Cada que tiempo se debe cambiar el cepillo dental?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Cada 3 meses. b. Cada 8 meses. c. Al año. d. Nunca. 	x		x		x		
20	<p>En cuanto al cepillado dental</p> <ul style="list-style-type: none"> a. El cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño. b. Los padres deben supervisar el cepillado dental de sus niños a esta edad. c. El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años. d. En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental. 	x		x		x		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Existe suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Magister ~~Yacatini~~ Paredes Silvia Elena DNI: 44059791

Especialidad del validador: Odontopediatra

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

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

03 de noviembre del 2021



Firma del Experto Informante.



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ²		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
CARIES DENTAL								
1	¿Qué es la caries dental? a. Es una enfermedad que solo aparece en los niños desnutridos b. No es una enfermedad c. Es una enfermedad multifactorial causada principalmente falta de higiene y consumo de azúcares. d. Es una mancha negra que aparece por consumo de hierro.	x		x		x		
2	Los microorganismos que causan la caries dental pueden transmitirse por... a. Compartir utensilios b. Compartir cepillos dentales c. Besos en la boca d. Todas las anteriores	x		x		x		
3	¿Qué es la placa bacteriana? a. Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes. b. Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes. c. Es el sarro que se forma en los dientes. d. Es una masa que solo se encuentra en los dientes de los adultos	x		x		x		
4	¿Son importantes los dientes de leche? a. Si, porque guardan espacio para los dientes permanentes b. No, porque no cumple ninguna función c. No, porque al final se van a caer. d. No, porque no son los dientes permanentes	x		x		x		

5	¿La presencia de caries puede afectar al corazón de los niños con cardiopatía? a. No, porque nada tiene que ver con el corazón. b. Si, por la presencia de bacterias. c. Depende del tamaño de la caries. d. No sé.	x		x		x		
PREVENCIÓN								
6	La primera visita al odontólogo se recomienda a partir de: a. A partir de los 2 años. b. Cuando aparece el primer diente de leche c. Cuando tiene dientes de adulto d. Solo cuando existe dolor	x		x		x		
7	¿Qué beneficios conoce del flúor? a. Fortalece los dientes y previene la caries. b. Cura los dientes para prevenir las extracciones. c. El flúor tiene acción blanqueadora en los niños. d. Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte	x		x		x		
8	Es necesario visitar al odontólogo cuando se tiene dientes sanos. a. Si, para un examen clínico de rutina. b. Solo si tiene dientes chuecos. c. No, ya que como no tiene nada no es necesario. d. Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca.	x		x		x		
9	Si su niño pierde un diente de leche, antes del tiempo porque tiene caries ¿cree usted que pueda afectar la posición de los dientes? a. Si. b. Depende, solo si pierde las muelas de leche. c. No. d. No sé.	x		x		x		
10	¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental? a. El flúor. b. Una correcta higiene bucal. c. Evitar consumo excesivo de azúcares.	x		x		x		

	<ul style="list-style-type: none"> b. Una correcta higiene bucal. c. Evitar consumo excesivo de azúcares. d. Todas las anteriores. 								
DIETA									
11	<p>¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Frutas y vegetales. b. Gaseosas y frutas. c. Frugos y galletas. d. Todas las anteriores. 	x		x		x			
12	<p>Dejar que le niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche ¿Qué causaría?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Queso, quinua, frutas, huevo, pan, carne. b. Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja. c. Frugos, leche chocolatada, chisitos. d. Todas las anteriores. 	x		x		x			
13	<p>Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto</p> <ul style="list-style-type: none"> a. El niño nunca debe consumir azúcar. b. El niño puede consumir azúcar en varios momentos durante el día. c. El niño puede consumir azúcar en horas determinadas y luego cepillarse los dientes. d. Todas las anteriores. 	x		x		x			
14	<p>¿Hasta qué edad se recomienda dar al niño lactancia materna?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hasta los 15 días de nacido. b. Hasta los 3 meses de edad. c. Hasta los 6 meses de edad. d. Hasta el primer mes de nacido. 	x		x		x			
15	<p>Dejar que le niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche ¿Qué causaría?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Va a estar más fuerte al despertar. 	x		x		x			

	<ul style="list-style-type: none"> b. Estará más fuerte y sano. c. Estará más expuesto a tener caries. d. No pasa nada. 								
HIGIENE BUCAL									
16	<p>¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 1 vez. b. De 2 a 3 veces. c. De 5 a más veces. d. Los niños no deben cepillarse los dientes 	x		x		x			
17	<p>¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. A partir de los 2 años. b. A partir de 5 años. c. A partir de la adolescencia. d. En niños menores de 2 años. 	x		x		x			
18	<p>¿El cepillado debe realizarse después de cada comida?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. No. b. Solo antes de dormir. c. Solo con usar un enjuagatorio basta. d. Si. 	x		x		x			
19	<p>¿Cada que tiempo se debe cambiar el cepillo dental?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Cada 3 meses. b. Cada 8 meses. c. Al año. d. Nunca. 	x		x		x			
20	<p>En cuanto al cepillado dental</p> <ul style="list-style-type: none"> a. El cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño. b. Los padres deben supervisar el cepillado dental de sus niños a esta edad. c. El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años. d. En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental. 	x		x		x			

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: → Aplicable [X] Aplicable después de corregir [...] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: D^{ña}/Mg. Lucy Puño Quispe DNI: 40923206

Especialidad del validador: Metodóloga

01 de noviembre de 2021

¹ Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

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

Mg. Lucy Puño Quispe

A.3.4 Instrumento de recolección

CUESTIONARIO: CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL (PRE Y POST TEST)

DATOS GENERALES:

Fecha: _____

Nº de cama _____

¿Quién responde al cuestionario?

a) Padre

b) Madre

Grado de instrucción del informante:

a) Ninguna

b) Educación Primaria

c) Educación Secundaria

d) Educación Técnica y/o Superior

¿Cuál es el diagnóstico del niño?

Edad del informante: _____

El presente cuestionario tiene como finalidad conocer el nivel de conocimiento sobre salud bucal.

Instrucción: Lee atentamente cada ítem y seleccione una de las alternativas de acuerdo con su criterio y marque con un círculo o aspa en la letra que considere correcta.

Finalmente, la respuesta que vierta es totalmente reservada y se guardará confidencialidad

CARIES DENTAL

- 1) ¿Qué es la caries dental?
 - a. Es una enfermedad que aparece solo en los niños desnutridos
 - b. No es una enfermedad
 - c. Es una enfermedad multifactorial causada principalmente por falta de higiene y consumo de azúcares.
 - d. Es una mancha negra que aparece por consumo de hierro.
- 2) Los microorganismos que causan la caries dental pueden transmitirse por...
 - a. Compartir utensilios
 - b. Compartir cepillos dentales
 - c. Besos en la boca
 - d. Todas las anteriores
- 3) ¿Qué es la placa bacteriana?
 - a. Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes.
 - b. Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes.
 - c. Es el sarro que se forma en los dientes.
 - d. Es una masa que solo se encuentra en los dientes de los adultos
- 4) ¿son importantes los dientes de leche?
 - a. Si, porque guardan espacio para los dientes permanentes
 - b. No, porque no cumple ninguna función

- c. No, porque al final se van a caer.
 - d. No, porque no son los dientes permanentes
- 5) ¿La presencia de caries puede afectar al corazón de los niños con cardiopatía?
- a. No, porque nada tiene que ver con el corazón.
 - b. Si, por la presencia de bacterias.
 - c. Depende del tamaño de la caries.
 - d. No sé.

PREVENCION

- 6) La primera visita al odontólogo se recomienda a partir de:
- a. A partir de los 2 años.
 - b. Cuando aparece el primer diente de leche
 - c. Cuando tiene dientes de adulto
 - d. Solo cuando existe dolor
- 7) ¿Qué beneficios conoce del flúor?
- a. Fortalece los dientes y previene la caries.
 - b. Cura los dientes para prevenir las extracciones.
 - c. El flúor tiene acción blanqueadora en los niños.
 - d. Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte
- 8) Es necesario visitar al odontólogo cuando se tiene dientes sanos.
- a. Si, para un examen clínico de rutina.
 - b. Solo si tiene dientes chuecos.
 - c. No, ya que como no tiene nada no es necesario.
 - d. Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca.
- 9) Si su niño pierde un diente de leche, antes del tiempo porque tiene caries ¿cree usted que pueda afectar la posición de los dientes?
- a. Si.
 - b. Depende, solo si pierde las muelas de leche.
 - c. No.
 - d. No sé.
- 10) ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?
- a. El flúor.
 - b. Una correcta higiene bucal.
 - c. Evitar consumo excesivo de azúcares.
 - d. Todas las anteriores.

DIETA

- 11) ¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?
- a. Frutas y vegetales.
 - b. Gaseosas y frutas.
 - c. Frugos y galletas.
 - d. Alimentos salados.
- 12) ¿Qué recomienda que se lleve su hijo en la lonchera?
- a. Queso, frutas, huevo, pan.
 - b. Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja.

- c. Yogur, leche chocolatada, galletas saladas.
 - d. Todas las anteriores.
- 13) Con respecto al consumo de alimentos azucarados, marque lo correcto
- a. El niño nunca debe consumir azúcar.
 - b. El niño puede consumir azúcar en varios momentos durante el día.
 - c. El niño puede consumir azúcar en horas determinadas y luego cepillarse los dientes.
 - d. Todas las anteriores.
- 14) El consumo constante de medicamentos podría causar:
- a. Caries.
 - b. Inflamación de encías.
 - c. Manchas marrones en los dientes.
 - d. Retraso en el recambio dentario.
- 15) Marque la respuesta correcta sobre el efecto del biberón.
- a. El uso del biberón favorece el crecimiento y desarrollo de los maxilares.
 - b. El uso nocturno del biberón con líquidos azucarados produce caries.
 - c. El uso del biberón con leche por las noches ayuda a fortalecer los dientes
 - d. Es mejor el biberón con leche de fórmula que el pecho materno.

HIGIENE BUCAL

- 16) ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?
- a. 1 vez por la noche.
 - b. 3 veces.
 - c. 5 veces a más.
 - d. Los niños no deben cepillarse los dientes
- 17) ¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?
- a. A partir de los 2 años.
 - b. A partir de 5 años.
 - c. A partir de la adolescencia.
 - d. A partir del primer diente en boca.
- 18) La higiene dental con dentición decidua completa se debe realizar con:
- a. Solo pasta dental y cepillo.
 - b. Pasta dental, cepillo, hilo dental y enjuagues bucales.
 - c. Enjuague bucal
 - d. Gasa y enjuagues con bicarbonato.
- 19) ¿Cada que tiempo se debe cambiar el cepillo dental?
- a. Cada 3 meses.
 - b. Cada 8 meses.
 - c. Al año.
 - d. Cada vez que las cerdas del cepillo ya no estén derechas.
- 20) En cuanto al cepillado dental
- a. El cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño.
 - b. Los padres deben supervisar el cepillado dental de sus niños a esta edad.
 - c. El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años.
 - d. En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental.

Anexo 5. Prueba de normalidad



Anexo 6. Resultados originales



Resultado3 [Documento3] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

SansSerif 13.5 B I U

POST	29	16,9655	2,24377	11,00	20,00
PRE	29	11,5517	2,48691	7,00	17,00

Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
PRE - POST	Rangos negativos	28 ^a	15,45	432,50
	Rangos positivos	1 ^b	2,50	2,50
	Empates	0 ^c		
Total		29		

a. PRE < POST
b. PRE > POST
c. PRE = POST

Estadísticos de prueba^a

	PRE - POST
Z	-4,661 ^b
Sig. asintótica(bilateral)	,000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon
b. Se basa en rangos positivos.

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Inicio de CM | 26 W. 1011 | 15:06 | 23°C | 8/12/2021

Resultado3 [Documento3] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

POSTCARIES	29	4,2759	,84077	2,00	5,00
PRECARIES	29	2,9310	1,13172	1,00	5,00

Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

		N	Rango promedio	Suma de rangos
PRECARIES - POSTCARIES	Rangos negativos	25 ^a	13,72	343,00
	Rangos positivos	4 ^b	8,00	8,00
	Empates	3 ^c		
Total		29		

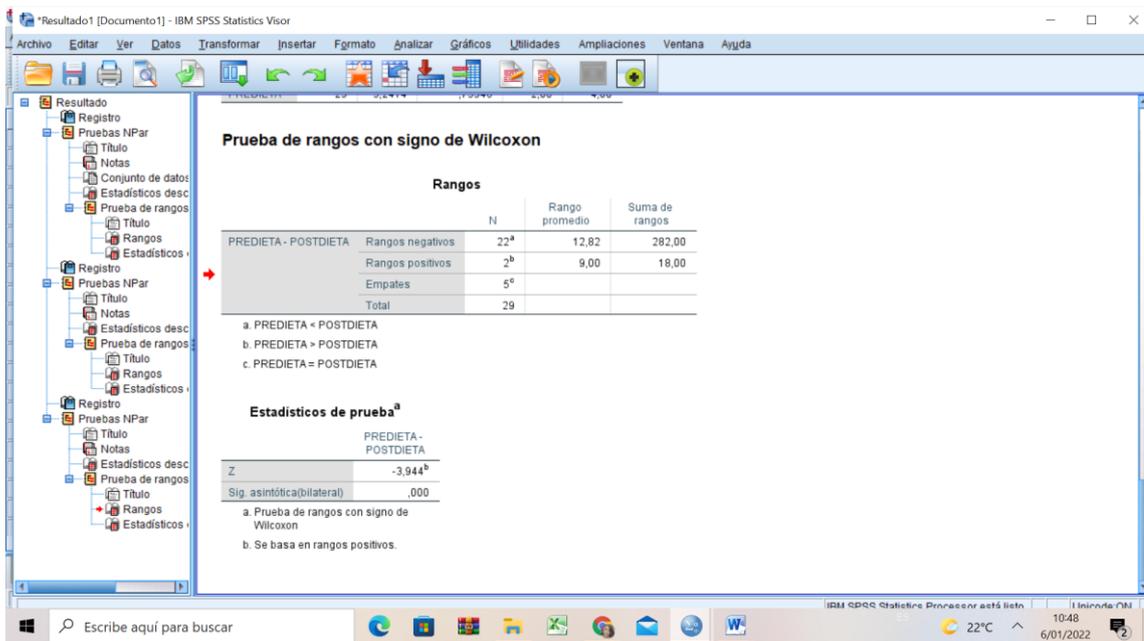
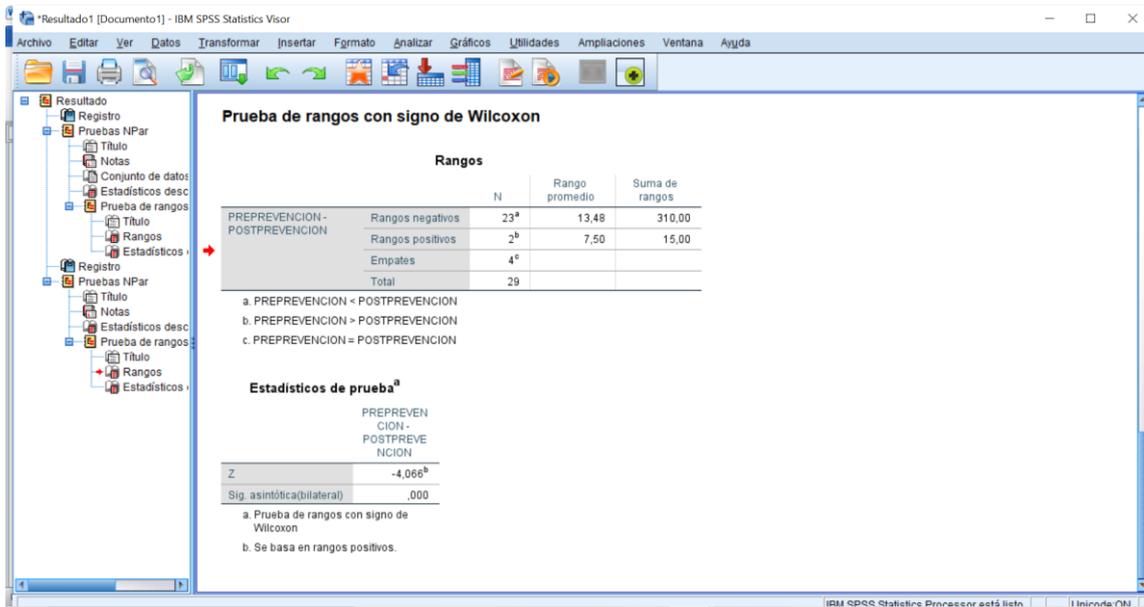
a. PRECARIES < POSTCARIES
b. PRECARIES > POSTCARIES
c. PRECARIES = POSTCARIES

Estadísticos de prueba^a

	PRECARIES - POSTCARIES
Z	-4,369 ^b
Sig. asintótica(bilateral)	,000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon
b. Se basa en rangos positivos.

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Inicio de CM



Resultado1 [Documento1] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

Rangos

		N	Rango promedio	Suma de rangos
PREHBUICAL - POSTHBUICAL	Rangos negativos	23 ^a	12,91	297,00
	Rangos positivos	1 ^b	3,00	3,00
	Empates	5 ^c		
Total		29		

a. PREHBUICAL < POSTHBUICAL
b. PREHBUICAL > POSTHBUICAL
c. PREHBUICAL = POSTHBUICAL

Estadísticos de prueba^a

	PREHBUICAL
	POSTHBUICAL
	L
Z	-4,259 ^b
Sig. asintótica(bilateral)	,000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon
b. Se basa en rangos positivos.

IBM SPSS Statistics Procesador está listo | Inicie sesión | 10:49 | 6/01/2022 | 22°C