

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**



**“EFECTIVIDAD DE LA TÉCNICA EDUCATIVA SOBRE
PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN GESTANTES DE LA
MICRO RED METROPOLITANO PUNO 2013- 2014.”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTADO POR:

Bach. DAINA KATIUSKA LOPEZ QUISPE

**PUNO – PERU
2014**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

EFFECTIVIDAD DE LA TECNICA EDUCATIVA SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD
BUCAL EN GESTANTES DE LA MICRO RED METROPOLITANO PUNO 2013- 2014.”

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. DAINA KATIUSKA LOPEZ QUISPE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE:



Dr. JORGE MERCADO PORTAL

PRIMER MIEMBRO:



C.D. GUSTAVO VARGAS VARGAS

SEGUNDO MIEMBRO:



C.D. SHEYLA CERVANTES ALAGON

DIRECTOR DE TESIS:



Mg. SONIA MACEDO VALDIVIA

ASESOR DE TESIS:



Mg. SONIA MACEDO VALDIVIA

Área: Odontología
Tema: Evaluación de actividades extensionistas

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por regalarme una familia tan maravillosa, por estar siempre conmigo en cada paso que doy, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida, por guiarme por el buen camino, por darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi padre Oswaldo Lopez y a mi mamita Rosalina Quispe quienes sin escatimar esfuerzo alguno sacrificaron gran parte de sus vidas para educarme y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos de constancia y entrega, porque nunca dejaron de creer en mí, gracias a ustedes hoy puedo ver alcanzada ésta meta; ya que siempre estuvieron conmigo cuándo más los necesitaba, impulsándome y alentándome, porque su amor, fue el motor que me permitió llegar hasta donde estoy.

A mis queridas hermanas por brindarme su amistad, darme todo ese apoyo moral e incondicional y por la confianza que siempre tuvieron en mí, en quienes la ilusión a sido verme convertido en un hombre de provecho.

A todos mis amigos, por brindarme esa gran amistad durante estos cinco años, quiero decirle que no los olvidare, que guardare todos esos recuerdos que compartí con todos ustedes. Gracias chicos.

AGRADECIMIENTO

A tí Dios mío, por darme la oportunidad de existir así, aquí y ahora; por mi vida, que la he vivido junto a ti. Gracias por iluminarme y darme fuerzas y caminar por tu sendero.

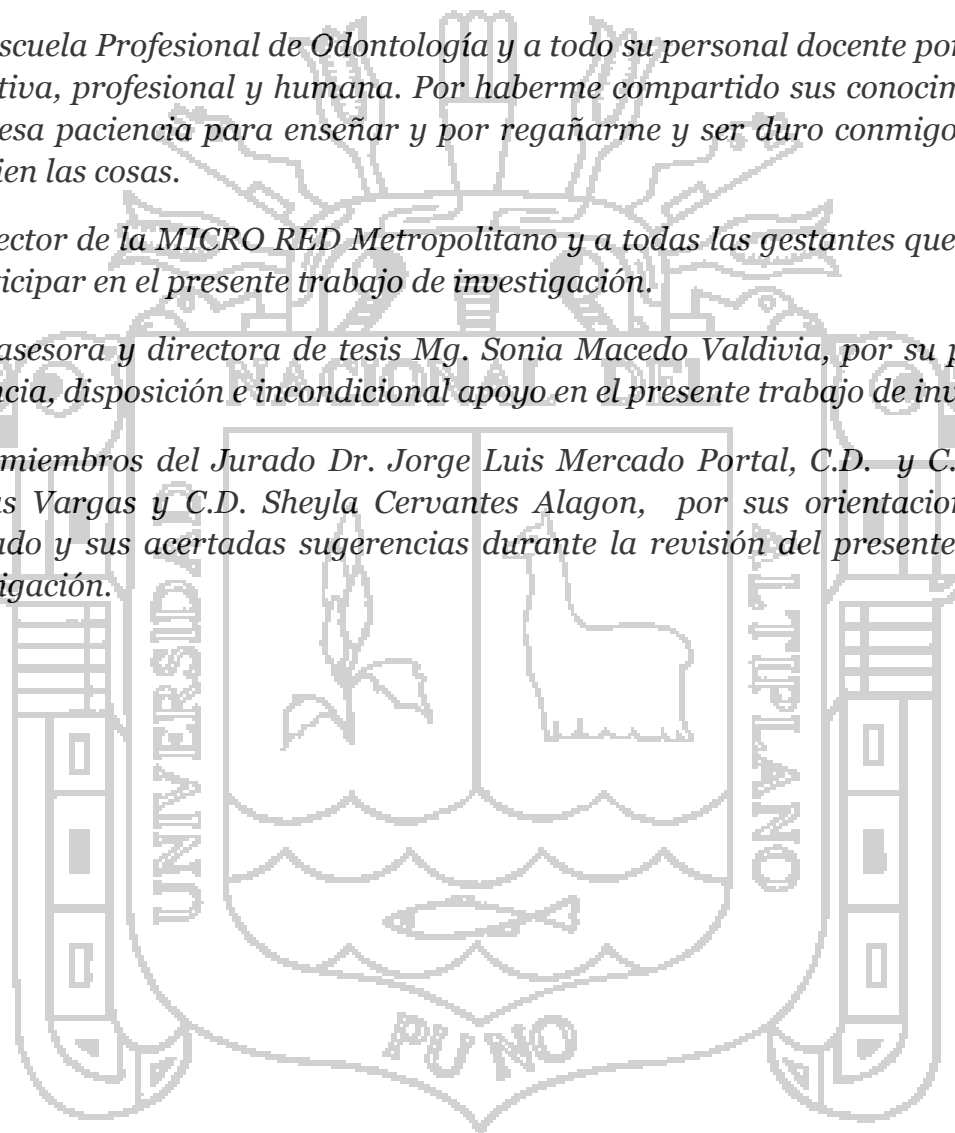
A la Universidad Nacional del Altiplano por brindarme la oportunidad de obtener una vida profesional.

A la Escuela Profesional de Odontología y a todo su personal docente por su calidad educativa, profesional y humana. Por haberme compartido sus conocimientos, por tener esa paciencia para enseñar y por regañarme y ser duro conmigo cuando no hice bien las cosas.

Al director de la MICRO RED Metropolitano y a todas las gestantes que accedieron a participar en el presente trabajo de investigación.

A mi asesora y directora de tesis Mg. Sonia Macedo Valdivia, por su permanente exigencia, disposición e incondicional apoyo en el presente trabajo de investigación.

A los miembros del Jurado Dr. Jorge Luis Mercado Portal, C.D. y C.D. Gustavo Vargas Vargas y C.D. Sheyla Cervantes Alagon, por sus orientaciones, tiempo dedicado y sus acertadas sugerencias durante la revisión del presente trabajo de investigación.



ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I:	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	01
ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	
Antecedentes internacionales	04
Antecedentes nacionales	06
Antecedentes regionales	09
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO	12
HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	38
OBJETIVOS DEL ESTUDIO	
Objetivo General	39
Objetivos Específicos	39
CAPITULO III:	
TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO	41
POBLACIÓN	41
TAMAÑO DE LA MUESTRA	41
SELECCIÓN DE LA MUESTRA	42
VARIABLES	42
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	43

INSTRUMENTOS	44
TECNICAS.....	44
RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	45
RECURSOS.....	49
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	51
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	51
CAPITULO IV:	
CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN.....	52
CAPITULO V	
RESULTADOS.....	55
DISCUSIÓN.....	88
CONCLUSIONES.....	90
RECOMENDACIONES.....	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92
ANEXOS.....	97

ÍNDICE DE TABLAS

	Pag.
Tabla N° 1: Nivel de conocimiento sobre salud bucal antes de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano según edad, Puno 2014	56
Tabla N° 2: Nivel de conocimiento sobre salud bucal antes de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según grado de instrucción, Puno 2014	58
Tabla N°3: Índice de higiene oral simplificado antes de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según edad, Puno 2014	60
Tabla N° 4: Índice de higiene oral simplificado antes de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según grado de instrucción, Puno 2014	62
Tabla N° 5: Nivel de conocimiento sobre salud bucal después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según edad, Puno 2014	64
Tabla N°6: Nivel de conocimiento sobre salud bucal después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según grado de instrucción, Puno 2014	66
Tabla N° 7: Índice de higiene oral simplificado después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según edad, Puno 2014	68
Tabla N° 8: Índice de higiene oral simplificado después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según grado de instrucción, Puno 2014	70
Tabla N° 9: Nivel de conocimiento antes y después de la aplicación de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según edad, Puno 2014	72

Tabla N° 10: Índice de higiene oral simplificado antes y después de la aplicación de la técnica educativa en las gestantes de la Micro Red Metropolitano, según edad, Puno 2014	74
Tabla N° 11: Nivel de conocimiento sobre prevención bucal antes y después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según grado de instrucción, Puno 2014	76
Tabla N° 12: Índice de higiene oral simplificado antes y después de la aplicación de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal en gestantes de la Micro Red Metropolitano; según grado de instrucción, Puno 2014	78
Tabla N° 13: Prueba de hipótesis de la diferencia pareada de los niveles de conocimiento sobre aspectos conceptuales de salud bucal preventiva antes y después de la aplicación de las técnicas educativas sobre prevención en salud bucal en gestantes del MICRO RED METROPOLITANO Puno 2013	80
Tabla N° 14: Prueba de hipótesis de la diferencia pareada de los niveles de higiene bucal antes y después de la aplicación de las técnicas educativas sobre prevención en salud bucal en gestantes del MICRO RED METROPOLITANO Puno 2013	81
Tabla N° 15: Prueba de hipótesis de la diferencia pareada de los niveles de conocimiento en salud bucal e higiene bucal antes y después de la aplicación de las técnicas educativas sobre prevención en salud bucal en gestantes del MICRO RED METROPOLITANO Puno 2013	82
Tabla N°16: Prueba de hipótesis del promedio antes de la aplicación de las técnicas educativas sobre prevención en salud bucal en gestantes del MICRO RED METROPOLITANO Puno 2013	83
Tabla N°17: Prueba de hipótesis del promedio antes de la aplicación de las técnicas educativas sobre prevención en salud bucal en gestantes del MICRO RED METROPOLITANO Puno 2013	84

Tabla 18: Prueba de hipótesis del promedio después de la aplicación de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal en gestantes del MICRO RED METROPOLITANO Puno 2013

85

Tabla 19: Prueba de hipótesis del promedio antes de la aplicación de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal en gestantes del MICRO RED METROPOLITANO Puno 2013

87



ÍNDICE DE GRAFICOS

	Pag.
Grafico N° 1: Nivel de conocimiento sobre salud bucal antes de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano según edad, Puno 2014	57
Grafico N° 2: Nivel de conocimiento sobre salud bucal antes de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según grado de instrucción, Puno 2014	59
Grafico N°3: Índice de higiene oral simplificado antes de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según edad, Puno 2014	61
Grafico N° 4: Índice de higiene oral simplificado antes de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según grado de instrucción, Puno 2014	63
Grafico N° 5: Nivel de conocimiento sobre salud bucal después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según edad, Puno 2014	65
Grafico N°6: Nivel de conocimiento sobre salud bucal después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según grado de instrucción, Puno 2014	67
Grafico N° 7: Índice de higiene oral simplificado después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según edad, Puno 2014	69
Grafico N° 8: Índice de higiene oral simplificado después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según grado de instrucción, Puno 2014	71
Grafico N° 9: Nivel de conocimiento antes y después de la aplicación de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según edad, Puno 2014	73

Grafico N° 10: Índice de higiene oral simplificado antes y después de la aplicación de la técnica educativa en las gestantes de la Micro Red Metropolitano, según edad, Puno 2014 75

Grafico N° 11: Nivel de conocimiento sobre prevención bucal antes y después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según grado de instrucción, Puno 2014 77

Grafico N° 12: Índice de higiene oral simplificado antes y después de la aplicación de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal en gestantes de la Micro Red Metropolitano; según grado de instrucción, Puno 2014 79



RESUMEN

El embarazo es un momento sublime en la vida de una mujer, está acompañado de una serie de cambios fisiológicos y psíquicos que las convierten en pacientes especiales, por lo que la prevención en salud bucal durante este período es particularmente importante.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la efectividad de la técnica educativa expositiva grupal con respecto a la prevención en salud bucal en gestantes del Micro Red Metropolitano Puno 2013- 2014.

El tipo de estudio fue cuasiexperimental, en la que se examinó a 85 pacientes; en quienes se aplicó un cuestionario de entrada y una de salida; posteriormente se examinó la higiene bucal de las gestantes antes de la técnica educativa expositiva, después de tres semanas se volvió a evaluar a las gestantes y finalmente se comparó los resultados para verificar la efectividad de esta técnica.

Por medio de los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación se determinó la eficacia de la técnica educativa expositiva a través del nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la aplicación de estos evaluándose clínicamente la higiene oral mediante el índice de higiene oral simplificado de Green y Vermillon (IHO), donde se obtuvo como resultado que antes de la aplicación de la técnica educativa el nivel de conocimiento e índice de higiene oral eran malos (51.8% y 58.8% respectivamente) y después de la aplicación de la técnica educativa el nivel de conocimiento fue bueno (84.7%) y el índice de higiene oral mejoro notablemente en las gestantes (47.1%).

Conclusiones: Se observó que tanto el nivel de conocimiento y la higiene oral mejoraron significativamente después de la aplicación de la técnica educativa, demostrándose así su efectividad.

Palabras clave: gestantes – técnica educativa – prevención en salud bucal.

ABSTRACT

Pregnancy is a sublime in a woman's life time, is accompanied by a number of physiological and psychological changes that make them special patients, so the promotion of oral health during this period is particularly important.

The present study aimed to determine the effectiveness of group art exhibition education regarding the prevention of oral health in pregnant Metropolitan Micro Red Puno 2013-2014.

The kind of study was the experimental, which was examined in 85 patients; in whom a questionnaire input and one output was applied; later oral hygiene of pregnant examined before the exhibition, back to this educational technique was reassessed pregnant and finally the results were compared to verify the effectiveness of this technique.

Using the results obtained in the present research the effectiveness of educational technology exhibition was determined by the level of knowledge acquired by pregnant and applying these clinically evaluated by oral hygiene oral hygiene index simplified Green and Vermillon (IHO), which result was that before the implementation of educational technology knowledge level and oral hygiene index were bad (51.8% and 58.8% respectively) and after application of educational technology level knowledge was good (84.7%) and oral hygiene index improved significantly in pregnant women (47.1%).

Conclusions: It was observed that both the level of knowledge and oral hygiene improved significantly after the implementation of educational technology, thus demonstrating its effectiveness.

Keywords: pregnant - art education - prevention in oral health.

INTRODUCCIÓN

Se ha visto que en muchos Centros Hospitalarios a los que acuden madres gestantes, estas tienen un insuficiente y muchas veces errado conocimiento acerca de la relación que existe entre sus cuidados y la repercusión de éstos en la Salud Bucal de la madre y de su futuro hijo. Así mismo desconocen los cuidados en salud oral que deben aplicar en sus niños desde que nacen y de esta manera poder prevenir futuros problemas como caries, enfermedad periodontal, maloclusión, etc.

El nivel conocimiento es el grado o altura que alcanza el individuo con respecto a una escala determinada del conocimiento.

La higiene bucal es parte de la estomatología que trata de las normas de conservación de la salud bucal a fin de mantener dientes y boca saludable.

La técnica educativa expositiva o también llamada informativa es una de las técnicas de enseñanza más utilizada en la Educación para la Salud. El expositor desarrolla el tema de forma ordenada y clara, puede utilizar material didáctico como medio de ayuda para la presentación.

En la investigación, se utilizó el test cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento y el índice de higiene oral simplificado de Green y Vermillon para evaluar la higiene bucal, considerando además de edad y grado de instrucción, establecido por el instrumento de diagnóstico elaborado para tal fin.

Dobarganes A, en Cuba (2011); evaluó el impacto de una estrategia de intervención educativa en salud bucal para gestantes. Al inicio de la investigación el nivel de conocimientos fue regular e insuficiente y la higiene bucal no aceptable (81,6 %); al finalizar los resultados fueron buenos y la higiene bucal aceptable (88,3%)

Un objetivo de vital importancia en nuestra profesión, es la prevención como arma contra la enfermedad y alteraciones en la estructura bucal del ser humano, con ello evitamos así el daño y dolor causado como consecuencia de la inacción por el desconocimiento.

Por tal motivo se hace indispensable verificar la efectividad de una técnica educativa usado en la transmisión de información, con el fin de hacer llegar el conocimiento a las gestantes de la mejor manera posible y puedan lograr un mayor nivel de conocimiento para beneficio de su salud bucal.

Por medio de los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación se determina la eficacia de la técnica educativa expositiva a través del nivel de conocimiento adquirido por las gestantes, creando así las bases para la estandarización y maximizando los beneficios de la utilización de técnicas educativas para gestantes.





TÍTULO:

NACIONAL DEL

EFFECTIVIDAD DE LA TECNICA

EDUCATIVA SOBRE PREVENCION EN

SALUD BUCAL EN GESTANTES DE LA

MICRORED METROPOLITANO PUNO

2013-2014



1.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El control de la salud bucal de nuestros niños debe comenzar desde el embarazo, contemplando en la dieta de la mamá el aporte correcto de proteínas, calcio, fósforo y vitaminas. Continúa luego del nacimiento con medidas que fortalecen los dientes que se están formando. Después del nacimiento el mejor alimento es la leche materna. Al nacer los bebés no tienen microorganismos en la boca, los adquieren. Estos microorganismos forman la placa bacteriana. Por eso es muy importante que quienes estén en íntimo contacto con los recién nacidos, no tengan caries o enfermedades en las encías. Se ha visto que en muchos Centros Hospitalarios a los que acuden madres gestantes, estas tienen un insuficiente y muchas veces errado conocimiento acerca de la relación que existe entre sus cuidados y la repercusión de éstos en la Salud Bucal de su futuro hijo. Así mismo desconocen los cuidados en salud oral que deben aplicar en sus niños desde que nacen y de esta manera poder prevenir futuros problemas como caries, enfermedad periodontal, maloclusión, etc.

Es por esto que los padres, especialmente la madre durante su gestación, juegan un papel muy importante ya que ellos son el modelo, un ejemplo para sus hijos, ellos los inducen y es parte de su labor educativa, esta labor empieza con los conocimientos básicos de la madre gestante, acerca de sus propios cuidados tanto de higiene bucal y hábitos dietéticos, como los de su futuro bebé.

DOBARGANES A, en Cuba; evaluó el impacto de una estrategia de intervención educativa en salud bucal para gestantes. Al inicio de la investigación el nivel de conocimientos fue regular e insuficiente y la higiene bucal no aceptable (81,6 %); al finalizar los resultados fueron buenos y la higiene bucal aceptable (88,3%).¹

ROJAS (2010), (Chile); Determino cuáles son los conocimientos, actitudes, prácticas y estado de salud oral de las gestantes del sector rural de la comuna de San Javier en los meses octubre y noviembre de 2010. Método: estudio descriptivo, no probabilístico de 41 gestantes pertenecientes al sector rural de San Javier en los meses octubre y noviembre de 2010, donde se les realizó con previo consentimiento informado un examen oral y una entrevista predeterminada. Resultados: el promedio de edad de las embarazadas fue de 25.8 años, un 47% de las gestantes están en control odontológico, el 66% de las gestantes presentó caries al momento del examen, sin embargo un 97% presentó historia de caries.²

El trabajo de un equipo multidisciplinario es fundamental para la prevención. El médico obstetra debería proveer la información básica con relación a los hábitos de higiene bucal en las gestantes, la repercusión de esta en su futuro bebe y la importancia de su visita al dentista durante este periodo de gestación.

La prevención y conciencia odontológica se debe comenzar con la madre embarazada, motivarla y educarla, en relación a su higiene bucal y la de su futuro hijo, para evitar problemas posteriores y comunes como por ejemplo el uso de chupones, biberones, falta de higiene, etc., las cuales causan problemas como caries dental, mordida abierta, mala posición de las piezas dentarias, etc. Para que se cumplan los objetivos anteriormente descritos, la madre debe llegar al momento del parto en óptimo estado de salud bucal y con una fuerte motivación para mantenerla y lograr también la salud bucal del bebé.

Por tal motivo el presente trabajo aplica la técnica educativa expositiva; ayudando así a las gestantes de manera práctica a refrescar y adquirir nuevos conocimientos sobre la prevención de enfermedades bucales, así mismo se realiza un examen clínico utilizando el índice de higiene oral para evaluar la higiene bucal de las gestantes.

La presente investigación se realizó en la Micro Red Metropolitano porque se observó que por diversos motivos ya sea: desinformación de las gestantes de los riesgos y ventajas de la atención odontológica, falsas creencias, falta de capacitación en ésta materia de los promotores de salud y deficiencias y falta de programas preventivos en salud bucal de esta Micro Red Metropolitano.

1.1.1. Formulación Del Problema

¿Cuál es la efectividad de las técnicas educativas sobre prevención en salud bucal en gestantes de la MICRO RED METROPOLITANO. Puno 2013-2014?

1.1.2 IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Con la presente investigación se pretende evaluar la efectividad de la técnica educativa expositiva sobre prevención en salud bucal y cuanto es que sabe la gestante de la Micro Red Metropolitano sobre medidas de higiene oral y si este conocimiento varía positiva o negativamente.

Con los resultados obtenidos se podrán impartir conocimientos sobre medidas de higiene oral durante el embarazo siendo oportuno e ideal ya que la gestante se muestra más receptiva a adquirir nuevos conocimientos a cambiar o dejar conductas que influenciarían en la salud del bebe por tanto con el presente estudio tendremos nociones de la problemática situacional para así proceder a un trabajo en equipo médico-odontólogo-obstetras ya que el conocer la realidad en las gestantes permitirá elaborar y proponer estrategias preventivas.

Siendo uno de los objetivos primordiales de la presente investigación según sea el resultado orientar, educar, afianzar y/o reforzar los niveles de conocimiento en las gestantes ya que tiene un papel importante y va a servir de modelo como parte de su labor educativa en la higiene oral de su hijo.

La prevención en Salud Bucal dentro de la planificación de la salud, se proyecta a lograr en el futuro una disminución y tal vez la erradicación de la enfermedad de caries, tal como ha sucedido con otras enfermedades llámese polio o bocio. Esto se lograría mediante la educación, concientización y apoyo de los profesionales de la Salud, tanto de los propios Odontólogos (no creando una profesión individualista sino orientándolo hacia un trabajo en equipo) , como los que tienen a su cargo el binomio madre-hijo, tales como médicos, ginecólogos, pediatras, neonatólogos, obstetras, etc; para que sea incluido dentro de Centros Hospitalarios programas de prevención en Salud Bucal en gestantes, y poder tener una relación más estrecha con ellos.

Con este estudio trataremos de evaluar el conocimiento sobre prevención en Salud Bucal de estas futuras madres y de esta manera tener una evaluación real de esta problemática para tener una base y así poner en práctica métodos preventivos a través de nuestra Universidad en los Internados Hospitalarios y también en la práctica privada, ya como profesionales, contribuyendo de esta manera a la salud bucal de nuestra población. Tenemos que tener en cuenta que en la mayoría de las Instituciones de educación en Salud, poseen una filosofía básica restaurativa en educación dental, preparando profesionales

con excelente destreza para producir las mejores restauraciones, pero no muy preparados para inducir a sus pacientes en el área de la prevención.

1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

DOBARGANES A. (2011), (Cuba); Evaluó el impacto de una estrategia de intervención educativa en salud bucal para gestantes. Se realizó un estudio de intervención comunitaria en la Clínica Estomatológica Ignacio Agramonte, del municipio Camagüey, Cuba, desde enero hasta agosto de 2008. El universo se constituyó por las gestantes captadas desde diciembre de 2007 hasta abril de 2008 y la muestra no probabilística quedó integrada por 60 pacientes, igual número correspondió al universo de estudio. Se diagnosticaron factores de riesgo y problemas de salud bucal, se determinó el índice de higiene bucal y se aplicó una entrevista estructurada para obtener el nivel de información sobre salud bucal para luego implementar la estrategia educativa. Se detectó presencia de higiene bucal deficiente (83,3 %) y dieta cariogénica (78,3 %), el 76,6 % de las gestantes estuvieron afectadas por enfermedad periodontal y el 61,6 % por caries dental. Al inicio de la investigación el nivel de conocimientos fue regular e insuficiente y la higiene bucal no aceptable (81,6 %); al finalizar los resultados fueron buenos y la higiene bucal aceptable (88,3%). Se destacaron el cepillado incorrecto y la dieta cariogénica como principales factores de riesgo para la salud bucal de las gestantes, y como afecciones bucales más frecuentes la enfermedad periodontal y la caries dental. Predominaron las evaluaciones de insuficiente y regular al analizar el nivel de información sobre salud bucal al inicio del estudio, y de bien y excelente al finalizar la intervención. Se logró mejorar la eficiencia de la higiene bucal en la mayoría de las embarazadas.¹

ROJAS I. (2010), (Chile); Determinar cuáles son los conocimientos, actitudes, prácticas y estado de salud oral de las gestantes del sector rural de la comuna de San Javier en los meses octubre y noviembre de 2010. Método: estudio descriptivo, no probabilístico de 41 gestantes pertenecientes al sector rural de San Javier en los meses octubre y noviembre de 2010, dónde se les realizó con previo consentimiento informado un examen oral y una entrevista predeterminada. Resultados: el promedio de edad de las embarazadas fue de 25.8 años, un 47% de las gestantes están en control odontológico, el 66% de las gestantes presentó caries al

momento del examen, sin embargo un 97% presentó historia de caries. El COPD promedio fue de 9,36, un 100% de la población requiere instrucción en higiene oral, un 90% requiere destartraje supragingival y un 34% requiere destartraje subgingival y pulido radicular. Conclusiones: Se evidencian avances en la salud oral de las embarazadas, aumentando el porcentaje de gestantes en atención odontológica. Sin embargo aún las condiciones de salud oral son deficientes y existe una gran necesidad de educación en esta población.²

FONTAINE O. (2008), (Chile) Evaluó el estado clínico y el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en 80 mujeres embarazadas, la mayoría de las cuales sufría enfermedad gingival, halitosis y dolor al cepillado. El nivel de conocimientos al inicio fue inadecuado en la casi totalidad de la muestra. La fase interventora consistió en la realización de actividades grupales participativas utilizando los diferentes recursos disponibles de la comunidad. Al finalizar la intervención, los síntomas de la enfermedad gingival desaparecieron o se redujeron significativamente, y el nivel de conocimientos se elevó a un nivel adecuado en la mayor parte de las mujeres.³

CORDOVA J. (2007), (México); Realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, en 100 gestantes mayores de 18 años, que acudieron al servicio de control prenatal en el Hospital de la Mujer (2007). Se aplicó un cuestionario de 15 preguntas de opción múltiple para medir edad, escolaridad, conocimiento sobre prevención en salud bucal, conocimiento sobre principales enfermedades bucales, gestación y atención odontológica. Se encontró que el rango de 18 a 20 años fue el más frecuente ($X = 24$ años, $S = 5$), la escolaridad más frecuente fue la secundaria completa en un 24%; 66% de las gestantes presentaron nivel de conocimiento medio sobre prevención bucal; en el conocimiento de las principales enfermedades bucales, 49% obtuvo nivel medio y 39% nivel bajo; finalmente, sobre gestación y atención odontológica predominó nivel medio con 59%.⁴

VALDÉS N. (2007), (Chile); Realizó un estudio descriptivo, observacional, longitudinal y prospectivo con el objetivo evaluar el nivel cognoscitivo y capacitar en salud buco - dental, a una muestra de 79 embarazadas, que constituyen el universo de las captadas en el segundo semestre del 2006 en Consolación del Sur; a las cuales se le aplicó una encuesta de 27 preguntas, donde se evaluó inicialmente el nivel de conocimiento sobre salud bucal y teniendo en cuenta las necesidades de aprendizaje se diseñó y aplicó una estrategia educativa evaluando el nivel de conocimiento al final de la investigación con el instrumento empleado.

Para el análisis de los datos se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas y se aplicó la prueba estadística de análisis de correlación entre variables. Se concluyó que antes de la intervención el nivel de conocimientos era bajo y la estrategia implementada mejoró ostensiblemente el mismo, posibilitando el incremento de la auto responsabilidad, elevando así el nivel de educación para la salud. ⁵

GUERRA M.E. (2004), (Venezuela); En el estudio “Programa de Odontología Preventiva dirigido a bebés VIH (+) y verticalmente expuestos” en el Servicio de Atención a pacientes con Enfermedades Infecciosas (SAPEI) de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela; describen que dentro del programa educativo se dicta una charla a la madre y/o representante de forma individualizada general, para dar conceptos generales sobre higiene bucal y caries. Se enfatiza sobre caries de biberón, dieta no cariogénica, dentición primaria, funciones del aparato bucal e identificación de lesiones en los tejidos blandos. Los resultados del programa muestran que en el año 1998 un 100% del motivo de consulta era con fines curativos, mientras que para el año 2002 el motivo de consulta fue: 30% (39) por tratamiento de caries rampante, 40% (52) por tratamiento curativo y un 30% (39) que van a consulta para orientación, control y educación. Además señalan que se generaron cambios de conducta en los padres y/o representantes, quienes ahora son partícipes del cuidado bucal de sus bebés. ⁶

ANTECEDENTES NACIONALES.

GALARZA L.H (1996), En su tesis titulada “Efectividad del Sistema Multimedia en la Motivación y Educación del Paciente”, evaluó la efectividad de un sistema multimedia en la educación bucal. La muestra fue de 384 pacientes adultos, se evaluó el nivel de conocimiento de los pacientes en Salud oral con la siguiente escala: inadecuado, regular y adecuado; también se evaluó el nivel de conocimiento de acuerdo al sexo. Concluyó que el nivel de conocimiento después de la intervención educativa se incrementó de 14% (52) a 70% (272) en el nivel de conocimiento adecuado, mientras que el nivel de conocimientos inadecuados disminuyó de 24% (94) a 4%. Respecto al sexo determinó que las mujeres alcanzaron un mejor nivel de conocimiento en el área de especialidades. Señala además que: “el sistema multimedia para la educación es uno de los recursos disponibles a todos para incrementar y/o modificar conocimientos y/o falsos conceptos que favorezcan la conducta a tomar por las personas adultas”. ⁷

TORRES M. E (2001) , En su tesis titulada “Efecto de un Programa Estomatológico Educativo Preventivo dirigido a los Padres de niños con retraso mental en la UIGV”, de tipo exploratorio y descriptivo realizado en Lima- Perú, encontró que antes de la ejecución del programa el riesgo de caries microbiológico (número de S. mutans mayor o igual a 10 000 ufc/ml de saliva) era de 0% nivel bajo, 30% nivel medio y de 70% nivel alto. Mientras que después de la ejecución del programa, es decir, continuas charlas de reforzamiento dirigidas a padres el riesgo de caries microbiológico era de 22% nivel bajo, 44% nivel medio y de 34% nivel alto. Así mismo la autora concluye que “el efecto de un programa educativo-preventivo dirigido a los padres influye favorablemente en el control de riesgo de caries, disminuyendo las unidades formadoras de colonias de S. mutans en saliva de los infantes comprendidos en el programa en mención”.⁸

LA TORRE M. (2001). Realizó un estudio con la finalidad de conocer el grado de conocimiento de la gestante acerca de la higiene bucal en el recién nacido. Para la elaboración de este estudio se tomó una muestra de 40 mujeres gestantes, primigestas, las que fueron evaluadas, primero, según una ficha de datos siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, para luego ser evaluadas con los cuestionarios de estado de la Salud Bucal de la gestante, cuidado de la Salud Bucal del infante, conocimiento del desarrollo dental en el infante, además del registro odontoestomatológico que consta de un odontograma e índices de Higiene bucal simplificado. El cuestionario de la Salud Bucal de la gestante se observó que un alto porcentaje (72,5%) está bien informado, lo que se corrobora con una prevalencia en un 60% es buena en el IHO-S, contra un 12,5% es mala. El cuestionario cuidado de la Salud Bucal del infante, se encontró que un alto porcentaje (85%) se encuentra mal informado. El cuestionario conocimiento sobre Desarrollo y crecimiento dental en el infante, el porcentaje de bien, regular y mal informado es casi equitativo. Al analizar el índice de dientes cariados y obturados se encontró un mayor número de sanos en el nivel alto.⁹

ARIAS C.N (2000). Realizó un estudio de tipo transversal, descriptivo, observacional y retrospectivo, teniendo como propósito evaluar el nivel de conocimiento de medidas preventivas de salud oral en un grupo de 263 gestantes que acudieron a los servicios, dos del IPSS y uno de Salud Pública. Para determinar el nivel de conocimiento

de las gestantes se confeccionó un cuestionario de 10 preguntas, referentes a su educación, visita al dentista, Salud Bucal, condición de embarazo y aplicación de flúor, usando una escala de calificación con los niveles de nulo:0-2 respuestas orientadas a la prevención; bajo:3-5 respuestas; mediano:6-7 respuestas y alto 8-9 respuestas. Se estableció la relación del nivel de conocimiento con el grado de instrucción, trimestre de embarazo y visitas al dentista, se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente, fue el de mediano, con un 87,1% (229 gestantes). Además se pudo establecer que en la mayoría de las gestantes prevalecía el grado de instrucción: secundaria completa a superior. Así mismo, se determinó que existe una estrecha relación entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción.¹⁰

YNCIO S. (2008), Determinar la Prevalencia de caries dental y el nivel de conocimiento sobre medidas de higiene oral en primigestas y multigestas. Para determinar dichos objetivos como la Prevalencia de caries se aplicó el Índice de higiene oral simplificado y el CPOD que sirvieron como indicadores para dichos datos, para obtener el Nivel de conocimiento sobre medidas de higiene oral se aplicó un cuestionario de 12 preguntas repartidas en 3 preguntas por tema los cuales fueron 4: Elementos de higiene oral, Función de los elementos de higiene oral, Patologías orales y Técnicas de higiene oral; cuya puntuación comprendió de (9 – 12 rpts correctas) Nivel de conocimiento Bueno, de (5 – 8 rpts correctas) Nivel de conocimiento Regular y de (0 – 4 rpts correctas) Nivel de Conocimiento malo. La muestra comprendió 200 gestantes, 100 primigestas y 100 multigestas que cumplieron con el criterio de inclusión y que acudieron a la consulta dental y Gineco- Obstetricia en el policlínico Francisco Pizarro Es salud Rimac. El Nivel de Conocimiento sobre Medidas de Higiene oral fue Regular con un 70% en primigestas y 72,1 en multigestas no existiendo diferencias significativas, indicando así que ambos grupos tienen un nivel de Conocimiento promedio.¹¹

DIAZ N. (1996) El presente estudio tuvo como propósito determinar el grado de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal en un grupo de gestantes. En él estudió se encuestó a 85 embarazadas que acudieron al Hospital Materno Infantil de Canto Grande quienes mayormente provienen de AAHH con deficiencias en los servicios básicos y con niveles de ingresos bajos. Los resultados muestran que el 30,1% de la muestra mencionó al cepillado como medida preventiva, el 8,4% mencionó a la fluorización y el 1,2% refirió el evitar dulces en la dieta. El resto de la muestra 60,2% no conocía ningún tipo de medida preventiva. En el análisis del estudio se encontró que el

grado de conocimiento de las medidas preventivas en salud Bucal por parte de las gestantes es nulo en su mayor parte (60%) y bajo en el grupo restante (40%).¹²

VELÁSQUEZ H. (1995). Este estudio tuvo como propósito evaluar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de enfermedades bucales en un grupo de 137 madres gestantes pertenecientes al llamado IPSS, para determinar el nivel de conocimiento de confeccionó un cuestionario de 10 preguntas referentes a la higiene dental del niño y se utilizó un escala de calificación con los niveles bajo (0-3 respuestas) moderado (4-6) y alto (7-10). Se estableció la relación del nivel de conocimientos con el grado de instrucción, trimestre de embarazo y número de embarazos. Se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente fue el moderado con un 60,6% de las madres. También se pudo establecer que dentro de este grupo de gestantes prevalecía el grado de instrucción de secundaria completa. Así mismo se determinó que existe una estrecha relación entre el nivel de conocimientos y grado de instrucción.¹³

ANTECEDENTES REGIONALES.

TUNI J. (2004), Efectuó la investigación “Grado de conocimiento sobre Prevención en salud bucal en primigestas del Hospital Manuel Nuñez Butron de Puno, abril- mayo 2004”. En esta indagación obtuvo los siguientes resultados: a) que el grado de conocimiento sobre prevención en salud bucal, es regular en un 72.1%, b) entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción, se encontró que el grado de educación superior fue el mas frecuente en 67.3%, seguido por secundaria en 29.8%, c) en cuanto al grado de conocimiento según grupos etéreos tienen regular conocimiento entre 20 a 34 años, d) en cuanto el conocimiento sobre atención odontológica el 26.9% visitan al odontólogo y un 73.1% no reciben atención odontológica, e) en relación al conocimiento de las enfermedades bucales el 83% demuestra un buen conocimiento, f) respecto al conocimiento sobre desarrollo y crecimiento dental, el 49.0% de las gestantes presentaron un mal conocimiento.¹⁴

QUISPE B. (2010), Se realizó la investigación “Efectividad del método andragogico en el aprendizaje de salud bucal preventiva por las madres de niños preescolares que asiste al establecimiento de Salud Vallecito de la ciudad de Puno, 2010”. La indagación proporciono

los resultados siguientes: a) al aplicar la pre prueba antes de aplicar el método andragogico, el nivel de conocimiento sobre salud bucal preventiva obtuvieron 11.57 como promedio aritmético. b) después de aplicar el método andragogico es decir la prueba de salida obtuvieron como promedio aritmético 17.45, la aplicación del método andragogico le permitió concluir que la educación andragogica era eficiente. c) haciendo el cálculo de la prueba de hipótesis obtuvo el valor mayor a la $0.05, 65 = 1.64$; entonces es aceptable la hipótesis alterna.

15





MARCO TEÓRICO

2.1. LA PREVENCIÓN EN SALUD

La Prevención puede considerarse como cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien detener o reducir su progresión^{14, 15, 16}.

Por lo tanto, lo que pretende la prevención es evitar o disminuir la enfermedad, para así poder mantener la Salud, entendiendo por Salud según la OMS como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afección y enfermedades”.¹⁴.

2.1.1. NIVELES DE PREVENCIÓN

La Prevención se puede dar antes del inicio o durante la evolución de la enfermedad. Según el caso tenemos:

Prevención primaria

Las medidas de prevención primaria se llevan a cabo durante el periodo prepatogénico, es decir, antes que aparezca la enfermedad y tienen por finalidad evitar su aparición. Abarca la Promoción de la Salud y La Protección Específica.

Promoción de la salud:

“La promoción de la Salud abarca:

1. Educación para la Salud.
2. Buenos niveles de alimentación, ajustados a las diferentes fases de desarrollo.
3. Atención al desarrollo de la personalidad (higiene mental)
4. Provisión de condiciones adecuadas de casa, recreación y condiciones de trabajo.
5. Educación sexual y para el matrimonio.
6. Consejo genético.
7. Exámenes selectivos periódicos”.¹⁵.

Protección específica: Estas medidas previenen la aparición o recurrencia de enfermedades determinadas. Algunos ejemplos son las inmunizaciones, la aplicación tópica de fluoruros, la fluoración de la sal para consumo humano, etc.

Prevención secundaria

La prevención secundaria se aplica cuando no ha habido la prevención primaria, o ha fracasado. Cuando el individuo ha enfermado se hace necesario un diagnóstico y tratamiento tempranos, con el objeto de detener el avance de la enfermedad, prevenir la propagación de enfermedades transmisibles, evitar complicaciones y la aparición de secuelas. Todo ello permite un mejor pronóstico para llegar a la curación del paciente.¹⁶

Prevención terciaria

Cuando no ha existido o han fracasado los niveles de prevención anteriores, y cuando la enfermedad ya está bien establecida se deben tomar medidas para limitar el daño causado por la enfermedad. La prevención terciaria también comprende la rehabilitación física, psicológica y social del individuo.^{14, 15, 16}

LA PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL

Desde 1984 en que se llevó a cabo la Reunión del Grupo de trabajo OPS/OMS San José, Costa Rica, se considera a la Salud Bucal como componente de la Atención Primaria de Salud. Ya hasta ese momento no existía una caracterización precisa del concepto de Salud Bucal ni de sus componentes metodológicos en los programas de Salud, por lo que “se enumeraron las actividades que permitirían sustentar y planificar la atención primaria de Salud Bucal y los aspectos fundamentales que abarcarían la educación, investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación”¹⁹.

La prevención para la Salud Bucal abarca:

I) Diagnóstico y Educación para la Salud

- Diagnóstico de la Cavidad bucal (Labios, carrillos, paladar, gingiva, dientes, etc.)
- Educación para la Salud

II) Medidas Preventivas

- Procedimientos correctos de higiene bucal
- Racionalización de una buena nutrición,
- Control de placa
- Prevenir gingivitis del embarazo
- Inactivación de caries dental
- Uso de fluoruros
- Uso de sellantes de fosas y fisuras
- Seguimiento (Control periódico del paciente) ⁽²⁰⁾ (18).

Estas medidas preventivas proponen como finalidad evitar la aparición o progresión de las enfermedades orales como son la caries dental, enfermedades periodontales, maloclusiones, entre otras; para lograr la Salud Oral y así como consecuencia contribuir a mantener la Salud general del individuo.

2.1.2. ENSEÑANZA - APRENDIZAJE

La enseñanza implica impartir conocimientos, dirigir, orientar y estimular al alumno para que aprenda de forma voluntaria. El aprendizaje consiste en la adquisición de conocimiento de algún arte, oficio u otra cosa a partir de determinada información recibida.

En un sentido más amplio el aprendizaje es la aplicación voluntaria de los conocimientos recibidos, “es por tanto, un proceso activo responsabilidad del alumno”.²¹

Según un estudio sobre porcentajes de aprensión y retención memorística desarrollado por la oficina de estudios de la Secondary Vacuum oil, se muestra de manera concluyente la eficacia del método de enseñanza audiovisual para la retención de información, ya que utiliza los 2 sentidos más importantes para el aprendizaje como son la vista (83%) y el oído (11%).

A continuación se muestra una tabla de dicho estudio en el que se observan porcentajes referentes a la aprehensión sensorial, retención con diversos canales informativos y métodos de enseñanza.²²

“El aprendizaje humano es de naturaleza fundamentalmente perceptiva y, por ello, cuantos más estímulos reciba el sujeto que aprende, más ricas y exactas serán en principio sus percepciones”.²²

2.1.3. TÉCNICA EDUCATIVA

La técnica educativa “es la manera de presentar la materia y el modo de utilizar el material didáctico”²¹ a fin de educar a grupos de personas. “La educación para la Salud es una intervención que enriquece a todos los miembros del grupo participante, incluido al educador, especialmente en el área de la motivación y de las actitudes. Quizá el aspecto más importante es la posibilidad de la interacción entre todos los miembros del grupo; cada uno de los componentes del grupo no sólo recibe, sino que proporciona conocimientos, experiencias y alternativas que van a ser útiles para los demás en su vida habitual respecto a su proceso”.²³

2.1.3.1 TIPOS DE TÉCNICAS GRUPALES:

- Técnicas de Investigación en Aula.
- Técnicas Expositivas.
- Técnicas de Análisis.
- Técnicas para el Desarrollo de Habilidades.
- Otras técnicas de aula y fuera de aula.²⁴

TÉCNICA EXPOSITIVA

La técnica educativa expositiva o también llamada informativa es una de las técnicas de enseñanza más utilizada en la Educación para la Salud²⁵. El expositor desarrolla el tema de forma ordenada y clara, puede utilizar material didáctico como medio de ayuda para la presentación²¹

En este tipo de técnica están incluidos distintos tipos de exposiciones teóricas como:

- Exposición y luego discusión.
- Exposición participativa.
- Panel de expertos.
- Mesa redonda.
- Debate público, etc ²⁴.

LIMITACIONES:

- La efectividad de la charla dependerá de la calidad total de su presentación ²⁵.
- Generalmente la participación del auditorio es muy pobre.²¹

A) SUGERENCIAS Y REQUERIMIENTOS PARA LA EFICACIA DE LA EXPOSICIÓN

1) HABILIDADES DEL COMUNICADOR EN SALUD ^{18, 21,25}

Desarrollar la empatía con el individuo o grupo al que será dirigida la exposición: es decir, el educador debe ser capaz de ponerse en el lugar del individuo o grupo de individuos, para poder entender y satisfacer en la medida de lo posible sus necesidades.

Actitud y Presentación personal del expositor: mostrar entusiasmo y convicción de lo que se expone.

Adoptar una actitud cordial, amistosa y sencilla frente a quienes lo escuchan, a fin de inspirar confianza (no ser arrogante).

Evitar hacer gestos, expresiones faciales o tics ya que distrae a la(s) persona(s) que lo escuchan.

Vestir de manera sencilla, limpia y decente.

Adoptar una buena postura, evitando poner las manos en los bolsillos, recargarse sobre la mesa o movimientos constantes (caminar de un lado a otro); ya que esto restaría importancia y seriedad a la exposición.

Usar un lenguaje simple, sencillo y comprensible adaptado al nivel de los participantes. Las explicaciones difíciles deberán ser repetidas.

Mirar a los ojos del que está escuchando y observar las reacciones del individuo o grupo durante toda la charla.

Expresión oral: el expositor debe tener una voz clara, para ello debe procurar articular correctamente las palabras, con una entonación e intensidad modulada de acuerdo al individuo/grupo y lugar donde se habla. La dicción debe ser equilibrada ni muy lenta, ni demasiado rápida. Todo ello a fin de que el individuo o grupo escuche adecuada y eficazmente lo que se dice.

Conocimiento y buena preparación del tema: planificar los mensajes y auto prepararse para no tener que leer la exposición, dará mayor seguridad y credibilidad al expositor.

Ante cualquier equivocación propia, aceptarla y disculparse sólo cuando sea necesario. No recurrir a arrogancias ni amenazas.

2) EL AMBIENTE

El ambiente debe ser tranquilo y agradable, con buena iluminación y ventilación, privacidad suficiente, tratar en la medida posible de evitar ruidos que pudieran distraer a los que están escuchando la exposición.

Idealmente debería haber una sala especial para dictar la exposición, que esté equipada con material educativo, en donde haya una buena disposición de las sillas para que todo el grupo de personas que recibe la charla pueda oír y ver bien.²⁴

3) LA EXPOSICIÓN

El contenido de la exposición debe ser claro, corto y preciso evitando recargar la exposición con muchos tópicos.

Usar material didáctico adecuado para cada tipo de audiencia.

El mensaje debe responder a las necesidades sentidas del individuo o grupo, es decir, que el mensaje sea de interés para el que lo escucho.

Asignarle un tiempo a cada componente de la charla”

Comprobar si los mensajes son entendidos a través de preguntas para generar el diálogo o discusión. Se sugiere que estas preguntas y respuestas se hagan al final de la charla para evitar prolongar la exposición propiamente dicha.

La exposición propiamente dicha durará aproximadamente 15 minutos para aprovechar el tiempo máximo de concentración de la persona. Luego realizar las preguntas y fomentar el diálogo.²⁴

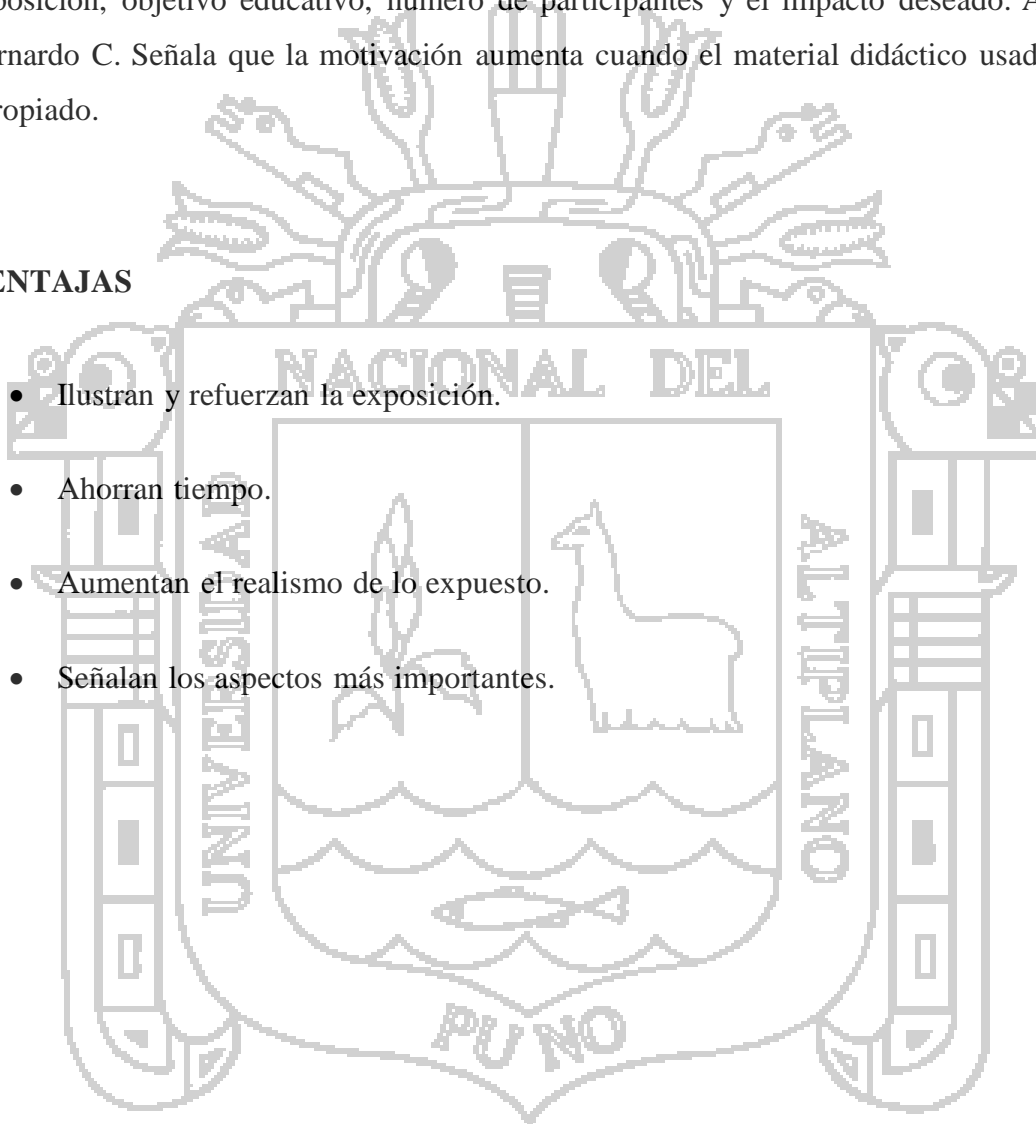
B) MATERIALES DIDÁCTICOS

Los materiales didácticos son todo el conjunto de objetos o cosas visuales y audiovisuales que sirven de complemento o ayuda al educador ^{21,22}, así pues, le permite explicar más clara y organizadamente lo que quiere comunicar.

El material didáctico debe escogerse de acuerdo a la técnica educativa, contenido de la exposición, objetivo educativo, número de participantes y el impacto deseado. Además Bernardo C. Señala que la motivación aumenta cuando el material didáctico usado es el apropiado.

VENTAJAS

- Ilustran y refuerzan la exposición.
- Ahorran tiempo.
- Aumentan el realismo de lo expuesto.
- Señalan los aspectos más importantes.



CONSEJOS PARA CONSTRUIR LOS MATERIALES DIDÁCTICOS

- Que estén acordes con el mensaje.
- Que sean específicos para las personas a las que va dirigida la exposición:

de acuerdo a su edad, motivaciones, entorno cultural, etc.

- Que sea familiar a la(s) persona(s) que reciben la exposición.
- Hacerlos lo más atractivos posibles.
- Usar colores diferentes para que sean llamativos y/o resaltar algún aspecto importante de la exposición.
- Evaluarlos antes de ser utilizados.
- Usar letras grandes, frases cortas y vocabulario entendible.²⁷

C) EL ROTAFOLIO

El rotafolio consiste en una serie de hojas con contenido textual y/o gráfico, unidas en la parte superior que permite voltear de manera secuencial hoja tras hoja. Es un material didáctico sumamente práctico que permite ser fácilmente almacenado y poder ser usado cuantas veces lo requiera el expositor. Puede ser utilizado en lugares donde la población no cuenta con electricidad^{21,26}.

El rotafolio puede ser confeccionado de papel o de materiales más perdurables como los usados para displays publicitarios (gigantografías), llamados Banners. Estos se caracterizan por ser flexibles, durables y resistentes lo que facilita su fácil utilización.

D) CARTILLA MOTIVADORA

Es una especie de cuaderno impreso con contenido textual y/o gráfico que interesan y motivan a determinadas personas.²⁸

Puede ser espiralado en un extremo, semejante a los cuadernos espiral, y confeccionados de material resistente para hacerlo perdurable (enmicados). Como en el caso del rotafolio, este material didáctico también es sumamente práctico y permite su fácil almacenaje para poder ser usado cuantas veces lo requiera el expositor.²⁸

2.1.4. HIGIENE BUCAL

Según informes, las enfermedades dentales son las bacteriosis más frecuentes en humanos. Aunque en años recientes se informó de una disminución de la incidencia de caries dental, millones de niños y adultos están afectados por la enfermedad periodontal, dientes faltantes y maloclusiones, gran parte de lo cual se evitaría si pusieran en práctica un programa diario de prevención y recibieran cuidados odontológicos de manera periódica. Las enfermedades dentales son prevenibles y el dolor bucal innecesario. Una generación sin enfermedades bucales podría ser realidad. El plan comienza poco después de la concepción, antes de que comiencen las enfermedades dentales, y no termina. No tiene final, porque la boca y sus partes deben durar toda la vida.^{29,30,31}

La caries y la enfermedad periodontal tienen su inicio en la constante aposición sobre la superficie del diente de glicoproteínas que forman la placa bacteriana y por tanto la remoción de la misma es la premisa principal en la prevención de aquéllas

2.1.4.1. Placa bacteriana

La placa dental se define como una comunidad microbiana que se encuentra sobre la superficie dental, formando una biopelícula embebida en una matriz de polímeros de origen bacteriano y salival. Se presenta en la boca de individuos sanos y enfermos, y es el agente etiológico de dos de las enfermedades orales más prevalentes: la caries dental y la enfermedad periodontal³².

En 1978, Costerton³² introdujo el término biofilm. El biofilm, o biopelícula, es una formación de agregados bacterianos, usualmente existentes como comunidades cercanamente asociadas, que se adhieren a una variedad de superficies naturales o artificiales, en un medio acuoso que contiene una concentración suficiente de nutrientes para sostener las necesidades metabólicas de la microbiota.

Se ha determinado que las células bacterianas de la biopelícula exhiben características biológicas que difieren marcadamente de las bacterias que están aisladas, o en suspensión.

Las biopelículas constituyen una comunidad microbiana protegida de una amplia variedad de factores antibacterianos y que predominan en cualquier ecosistema que posea un nivel suficiente de nutrientes. Todas las biopelículas poseen una estructura y una fisiología complejas, que les permite crear y mantener un ecosistema abierto de canales de agua. Un estudio reciente sobre la estructura de la placa dental, demostró que ésta presenta una configuración más abierta de lo que antes se pensaba. Se ha descubierto la presencia de canales que pueden atravesar la profundidad de la biopelícula ³².

Proceso de formación de placa

La placa bacteriana es una película blanda, pegajosa que se acumula sobre la superficie dental especialmente en la parte cervical de los dientes.³²

La formación de la placa dental se da después de 1 a 2 días sin medidas de higiene bucal, allí puede observarse con facilidad la placa sobre los dientes. Su color es blanco, grisáceo o amarillo y tiene aspecto globular; el desplazamiento de los tejidos y los materiales alimentarios sobre los dientes causa la eliminación mecánica de la placa, este retiro es muy eficaz en los dos tercios coronales de la superficie dentaria, donde se acumula sin desorganizarse por el movimiento de los alimentos y tejidos sobre la superficie dental en el transcurso de la masticación. La localización y la velocidad en que se forma la placa varían entre los individuos, factores determinantes como la higiene bucal y elementos relativos al huésped como la dieta o la composición salival y la velocidad del flujo.³³

La teoría de formación de la placa no explica que se inicia con el depósito inicial de una capa de proteína salival en la superficie dentaria, a esta película se adhieren los microorganismos presentes en la saliva, es por eso que se habla de la formación de placa en dos etapas, una inicial que puede comprender un depósito no bacteriano y una segunda que comprende la fijación de bacteria.

El depósito de placa a nivel del margen gingival se produce en todas las superficies de los dientes y se puede obtener químicamente con o sin soluciones reveladoras en menos de 24 horas.

Luego de su establecimiento inicial la placa se acumula rápidamente en dirección de la corona y después de aproximadamente una semana sin limpieza activa y adecuada alcanza su máximo espesor y extensión.

La formación de placa es tan grande que al cabo de 7 a 14 días sin higiene oral se observan depósitos en la zona gingival e interdental.^{32, 33}

Existen varias teorías que explican la formación de placa, una de ella refiere que el ácido láctico de las bacterias bucodentales favorece la precipitación de la mucina de la saliva y estos a su vez son metabolizados por las enzimas de las bacterias, sufriendo desmineralización deshidratación e inactivación, para formar luego una placa inicial firme. Otros investigadores han demostrado que las proteínas de la saliva se encuentran en estado metabolizable y como son coloreables se precipitan en forma lenta, esta precipitación guarda mucha relación con el pH salival, tanto es así que el pH favorece el acumulo de placa bacteriana y a su vez favorece el desarrollo bacteriano.

Los grupos predominantes y microorganismos que aparecen durante la formación de placa con microorganismos y estreptococos los filamentos nicóticos son raros en esta etapa. La placa madura, por otro parte, contiene cantidades variables de detrito celular y orgánico y consiste fundamentalmente de microorganismos filamentosos Gram. Positivo incluidos en una matriz amorfa.³³

En la superficie de la placa se observan cocos, bacilos y en ocasiones leptothrix.

Una placa de 10 días contiene gran cantidad de bacterias ya mencionadas además de vibriones y espiroquetas. En una placa de 14 días los cocos Gram. Negativos y los bacilos cortos contribuyen aproximadamente el 50% de la placa dental.

El número total de microorganismos viables se ha estimado en 10⁸ por miligramo de peso húmedo.

La placa bacteriana tiende a calcificarse, al hacerlo aumenta el número de filamentos Gram. Negativo es conocido que la presencia de la placa bacteriana es la causa directa de la enfermedad periodontal y caries dental en consecuencia el control de placa es esencial en la prevención.

Hasta la fecha la forma más segura de control de la placa es la limpieza mecánica con cepillo dental y otros auxiliares de la higiene bucal.³⁴

2.1.4.2. Índices de higiene oral

Índice de higiene oral simplificado

Greem y Vermillon elaboraron el índice de higiene oral en 1960 y luego lo simplificaron para incluir solo seis superficies dentarias. Este índice epidemiológico evalúa el estado de

higiene de oral considerando la presencia y cantidad de placa dentobacteriana y cálculo dental.³⁵

El estado de higiene oral se mide únicamente en superficies de los dientes completamente erupcionados o que han alcanzado el plano oclusal permitiendo también tener un diente sustituto en caso de ausencia del diente guía a examinar, solo se adjudica puntajes a seis piezas dentarias, superficies vestibulares de primeros o segundos molares permanentes superiores, incisivo central superior e inferior y caras linguales de primeros o segundos molares permanentes inferiores, siendo el objetivo:

- Determinar y evaluar cuantitativamente y cualitativamente el grado de higiene oral en la población.
- Evaluar las medidas preventivas del cepillado dental.³⁵

Control mecánico de placa

Es la remoción de la placa bacteriana y prevención de su acumulación en la superficie dentaria y encía adyacente.

Control de Placa Mecánico

- Cepillado Manual
- Cepillado Eléctrico

Higiene Interproximal

- Hilo dental
- Cepillos Interproximales.

Elementos Auxiliares

- Dentífrico
- Pastilla reveladora

Control de Placa Químico

- Colutorios

2.1.4.3. Cepillo dental

El cepillo dental es el dispositivo más usado para la higiene oral con el propósito de remover la placa dental.³⁶

En Europa se empieza a utilizar en el siglo XVII son instrumentos que por acción manual o eléctrica, actúan sobre las piezas dentarias

El cepillado habitual y meticuloso de las superficies dentarias es necesario para la prevención de la caries y las enfermedades periodontales.

Con un cepillado dental adecuado se consigue el control de la placa supragingival y de la placa subgingival situada hasta una cierta profundidad.³⁶

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa y tiene como objetivos:

- 1.- eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana.
- 2.- limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.
- 3.-estimar los tejidos gingivales.
- 4.-aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.

Es preferible el cepillo de mango recto, cabeza pequeña y recta, fibras sintéticas y puntas redondeadas para evitar las lesiones gingivales, y de cerdas blandas o medianas para tener mayor acceso a todas las partes del diente se cree que los penachos separados son más eficientes que aquellos juntos. Frecuencia de cepillado y duración del cepillado

Para ser eficaz, el cepillo debe estar seco antes de usarse; esto significa que no debe mojarse antes de utilizarse.

Es necesario reemplazarlo cada mes a tres meses, en cuanto las cerdas se deformen o se fracturen.

El cepillado debe durar DOS O CUATRO MINUTOS para un mejor aseo.

Técnicas de cepillado

Las técnicas de cepillado son diversas y algunas reciben el nombre de su creador y otras del tipo de movimiento que realizan. Además, pueden combinarse, pues lo importante es cepillar todas las áreas de la boca, entre ellas lengua y paladar.³⁷

- **Técnica de Shaters**

El cepillo con esta técnica es de utilidad para limpiar las áreas interproximales. Las cerdas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45 grados y apuntándole hacia la superficie oclusal de ese modo, se realizan movimientos vibratorios en los espacios interproximales.

Al cepillar las superficies oclusales, se presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de la cerda.

El cepillo se coloca de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores.

La técnica de Shaters se utiliza también alrededor de aparatos ortodónticos y cuando está desapareciendo el tejido Interproximal, pero no se recomienda cuando están presentes las papilas.³⁸

- **Técnica de Stillman**

Las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidos hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansen en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios.

- **Técnica de Bass**

Esta técnica es de gran utilidad para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos. El cepillo se sujeta como si fuera un lápiz, y se coloca de tal manera que sus cerdas apunten hacia arriba en la maxila y hacia abajo en la mandíbula formando un ángulo de 45 grados en relación con el eje longitudinal de los dientes para que las cerdas penetren con suavidad en el surco gingival. Asimismo, se presiona con delicadeza en el surco mientras se realizan pequeños movimientos vibratorios horizontales sin despegar el cepillo durante 10 a 15 segundos por el área.

El mango del cepillo se mantiene horizontal durante el aseo de las caras vestibulares de todos los dientes y la caras linguales de las premolares y molares; pero se sostiene en sentido vertical durante el cepillado de las caras linguales de los incisivos superiores e inferiores.

Las caras oclusales se cepillan haciendo presión en surcos y fisuras y con movimientos cortos anteroposteriores.³⁹

- **Técnica de Bass modificado**

Es la considerada la más eficiente en odontología.

La Técnica de Bass modificada consiste en colocar las cerdas sobre la encía con un ángulo de 45 grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía. Cepille suavemente la superficie dental externa de 2 a 3 dientes con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. mueva el cepillo al próximo grupo de 2 o 3 dientes y repita la operación. Mantenga un ángulo de 45 grados con las cerdas en contacto con la superficie dental y la encía. cepille suavemente usando un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna. Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo ponga el cepillo sobre la superficie masticatoria y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen mal aliento.⁴⁰

- **Cepillado de la lengua**

El cepillado de la lengua y el paladar permite disminuir los restos de alimentos, la placa bacteriana y el número de microorganismos.

La técnica correcta para cepillar la lengua consiste en colocar el cepillo de lado y tan atrás como sea posible, sin inducir náusea, y con las cerdas apuntando hacia la faringe. Se gira el mango y se hace un barrido hacia delante, y el movimiento se repite de seis a ocho veces en cada área.⁴¹

2.1.4.4. Hilo dental

El hilo dental es un hilo especial de seda formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con flúor y con sabor a menta su indicación depende de las características de cada persona.⁴³

2.1.4.4.1. Métodos de limpieza con el hilo dental:

Método del lazo también conocido como método circular

Corte un trozo de hilo dental de aproximadamente 45 cm de largo forme un círculo y átelo finalmente coloque todos los dedos, excepto el pulgar, dentro del lazo después use los índices para guiar el hilo a través de los dientes inferiores y use los pulgares para guiar el hilo en los dientes superiores asegurándose de llegar debajo de las encías, formando una c al costado de cada diente.⁴³

Otro método

Para usar el hilo dental, se extrae del rollo más o menos 60cm y este fragmento se enrolla alrededor del dedo medio de una mano, pero se deja suficiente para sostenerlo de manera firme con el dedo medio de la otra mano. Conforme se va utilizando, el hilo se desenrolla de un dedo y se enrolla en el otro con el fin de usar un segmento nuevo en cada espacio interdental.

El hilo se introduce con suavidad entre los dientes y se desliza hasta el surco gingival en seguida se rodea el diente y se desliza hacia la cara oclusal con movimientos de sierra o de vaivén en sentido vestibulolingual. Luego se mueve encima de la papila interdental con mucho cuidado y luego se pasa al siguiente espacio con otra fracción del hilo. Es importante mantener tenso el hilo entre los dedos.

En los dientes superiores el hilo se guía con los dos pulgares, o con un pulgar y el índice y en los dientes inferiores con los dos dedos índices.⁴³

Importancia del uso de hilo dental

El uso del hilo dental es importante como el uso del cepillo. La seda garantiza la remoción de detritos que el cepillado no elimina. De acuerdo con algunos estudios, la asociación del cepillo y la seda remueve un 26% más de placa que el uso aislado del cepillo

2.1.4.5. Dentífrico o pasta dental

La primera pasta dentífrica fue creada por los egipcios hace 4000 años y era llamada clister. Para fabricarla se mezclaba piedra pómez pulverizada, sal, pimienta, agua, uñas de buey, cáscara de huevo y mirra. En Grecia y Roma, las pastas de dientes estaban basadas en orina. Sin embargo, el dentífrico no sería de uso común hasta el siglo XIX.

A comienzos del siglo XIX, la pasta de dientes era usada con agua, pero los antisépticos bucales pronto ganarían popularidad. Los dentífricos para usar en casa tenían tiza, ladrillo pulverizado, y sal como ingredientes comunes. En 1866, la Home Cyclopedia recomendó el carbón de leña pulverizado, y advirtió que ciertos dentífricos patentados y comerciales hacían daño. El tubo flexible donde se envasa la pasta fue obra de la empresa Colgate.⁴⁴

Hasta hace pocos años, de los dentífricos, el efecto cosmético era el más considerado, pero los avances tecnológicos ha hecho que en ellos se incluyan sustancias con efectos terapéuticos. Por ello, hoy en día existen en el mercado gran cantidad de dentífricos con efectos diversos sobre las piezas dentarias y las encías. El dentífrico es una sustancia que se utiliza en el cepillo dental para limpiar las caras accesibles de los dientes. El cepillo dental tiene la función más importante en la eliminación de la placa bacteriana, pero el dentífrico contribuye a ello por medio de sustancias tenso activas, espumígenos, bactericidas y abrasivos. Además, el dentífrico brinda sensación de limpieza a través de las sustancias soporíferas, como la menta.⁴⁴

2.1.4.6. Colutorios

Los colutorios son soluciones que suele usarse después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias causantes de caries, son preparaciones líquidas destinadas a ser aplicadas sobre los dientes y las mucosas de la cavidad oral con el fin de ejercer una acción local antiséptica, astringente o calmante. El vehículo más comúnmente utilizado en los colutorios es el agua y los principios activos son numerosos, principalmente, antisépticos, antibióticos, antifúngicos, astringentes y antiinflamatorios.

Podemos diferenciar cuatro tipos diferentes de colutorios⁴⁴

Colutorios para la prevención de caries (Flúor)

Colutorios anti placa bacteriana (Colutorios de Clorhexidina, Hexetidina, Triclosán, aceites esenciales, etc.

Colutorios contra la Halitosis

Colutorios cosméticos

Los colutorios de flúor, son muy eficaces durante la calcificación del diente y han contribuido al descenso del número de caries.

Los colutorios con sustancias antiplaca bacteriana son muy eficaces en la prevención y el tratamiento de la enfermedad periodontal, aunque los geles, que son más recientes, cada vez se usan más.

Clorhexidina

Esta es uno de los agentes químicos más eficaces para combatir la placa dentobacteriana. Se une a las bacterias de dicha placa, al esmalte del diente y a la película adquirida, alterando el citoplasma bacteriano. Su ventaja, en relación con otros antisépticos, consiste en fijarse a la mucosa oral debido a su fuerte carga positiva y liberarse poco a poco en el transcurso de las siguientes 8 a 12 horas.⁴⁴

El digluconato de clorhexidina en solución alcohólica al 0.12% se utiliza cada 12 horas en colutorio o enjuagatorio durante 30 a 60 segundos, inmediatamente después de la limpieza bucal. El paciente debe saber que no debe deglutir la solución ni consumir líquidos y alimentos durante los 30 minutos siguientes para lograr su máxima eficacia.

Los colutorios también se han utilizado como tratamiento sintomático de las úlceras aftosas, con resultados equívocos o con varias interpretaciones, como tratamiento de las infecciones por *Cándida* y como alivio del dolor y malestar causado por inflamación a nivel bucal. Los colutorios de fluoruro sódico son recomendables en niños, cuyo esmalte es más poroso, y en adultos de alto riesgo de caries. Los más utilizados para el tratamiento de la hipersensibilidad destinaria son el nitrato potásico y el fluoruro sódico a diferentes concentraciones. Los agentes anticálculo que se emplean con más frecuencia son los pirofosfatos.⁴⁴

2.1.5. Nutrición Durante El Embarazo.

Nunca es más evidente la influencia de la nutrición sobre la salud futura que durante el periodo de desarrollo inicial de una criatura en el vientre de su madre. Durante el embarazo, hay una variedad de cambios metabólicos y hormonales que crean un medio favorable para el feto en desarrollo. En sentido nutricional, estos cambios están asociados con un aumento sustancial de los requisitos de las madres embarazadas con respecto a todos los nutrientes. La madre embarazada tiene una mayor necesidad de proteínas, calorías, vitaminas y minerales. La única forma de que estos puedan alcanzar al niño en desarrollo es a través de la sangre de la madre. La placenta es el órgano que transfiere los nutrientes y el oxígeno de la madre al feto a la vez que elimina el dióxido de carbono y otros desechos del feto, retornándolos a la sangre materna para su excreción.

La calidad de la dieta afecta la formación de caries, la gingivitis del embarazo y las infecciones orales. Se debe tener en cuenta que se observa una mayor apetencia por los alimentos dulces, en este periodo, que, junto con la alteración de los hábitos de higiene oral, dan lugar a un aumento de la incidencia de caries ya que durante el embarazo tienen deseos de comer entre comidas y generalmente alimentos dulces, ricos en azúcares. Cada vez que se ingieren dulces, los ácidos que se generan por la ingestión de los mismos, atacan durante 30 minutos la superficie del esmalte. Por esto, si sienten deseos de comer entre comidas, es preferible que sea algo salado y de todas maneras, cepillarse después de haber comido. La dieta es también importante para el desarrollo de la dentición durante la etapa fetal porque influye en la composición química en el momento de la erupción, en las maloclusiones y en la susceptibilidad de caries del niño.⁴⁶

Durante el desarrollo de los dientes debe tenerse presente una variedad de nutrientes para asegurar una calcificación óptima, tales como la vitamina D y minerales como calcio y fósforo. Entre las principales vitaminas tenemos que mencionar a la vitamina A, que interviene en la formación de dientes, en razón al origen epitelial del órgano del esmalte. El requerimiento durante el embarazo es de 0,001g diarios. Asimismo la vitamina D es necesaria para la calcificación normal de los tejidos óseos, siendo primordial para el desarrollo de los huesos y dientes.^{47,48}

2.1.6. CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad infectocontagiosa y multifactorial que consiste en la desmineralización y desintegración progresiva de los tejidos dentarios calcificados. Este proceso es dinámico, porque sigue un proceso de desarrollo y se produce bajo una capa de bacterias acumuladas sobre las superficies dentarias. Se considera que la caries está producida por los ácidos formados por las bacterias de la placa mediante el metabolismo de los azúcares de la dieta. La caries dental afecta a personas de cualquier edad y es una de las enfermedades humanas más frecuentes. Existen diversos tipos de clasificación de las caries, como superficial, intermedia o profunda, también aguda o crónica, y la clasificación de Black en clase I, II, III, IV y V, de acuerdo a su localización.^{49,50}

Las localizaciones que se observan con mayor frecuencia, tanto en la dentición decidua o permanente, son las fosas y fisuras, las superficies proximales y las zonas gingivales de las superficies lisas libres.

Caries dental en gestantes.

La relación entre el embarazo y la caries no es bien conocida, aunque todas las investigaciones permiten sospechar que el aumento de las lesiones cariosas en las embarazadas se debe a un incremento de los factores cariogénicos locales, entre los que se encuentran cambios de la composición de la saliva y la flora oral, vómitos por reflujo, higiene defectuosa y cambio de los hábitos dietéticos y horarios.⁵¹

Uno de los conceptos erróneos más extendidos es la posibilidad de descalcificación de los dientes debido a las mayores exigencias de calcio que comporta el embarazo. El calcio de los dientes, sin embargo, está en forma cristalina estable y por tanto no disponible para las necesidades maternas.⁵²

2.1.7. ENFERMEDAD PERIODONTAL

Las alteraciones ginivoperiodontales son reacciones conectivo vasculares de la encía, por acción de un agente irritativo, sea este placa bacteriana, tártaro, etc. Para su determinación se debe hacer una evaluación sobre el color de la encía, donde su color normal que es rosado pasa a rojo; textura, consistencia y forma de margen gingival. De igual manera debe hacerse un sondaje, evaluar si existe gingivorragia, y movilidad.

Si esta lesión continuara, se daría un proceso inflamatorio crónico hasta el periodonto de inserción, reemplazando la médula por un exudado de leucocitos y fluido.

Alteraciones periodontales en gestantes

En algunas gestantes se observa la presencia de cálculo, de bolsas moderadas y de hemorragia al sondaje. Esta situación empeora con el tiempo de gestación, edad de la paciente y número de embarazos previos. El tratamiento y prevención de esta patología debe ser realizado para evitar así complicaciones posteriores que dificulten el tratamiento.⁵²

Esta alteración gingival, denominada gingivitis del embarazo, aparece durante el segundo mes y alcanza su punto máximo en el octavo mes, momento en que va disminuyendo hasta el final del embarazo. Clásicamente se le acepta una prevalencia del 35 %, pero algunos autores hablan de hasta el 100%. Se observa una afectación mayor en la zona anterior, sobre todo a nivel interproximal.⁵²

Diferentes estudios sugieren que esta gingivitis es el resultado del aumento de la progesterona y de su efecto sobre la microvascularización, o también debido a cambios hormonales que alteran el metabolismo tisular, acompañado de alteraciones locales como la mala higiene, modificaciones del pH salivar y disminución de las IgA.

A medida que los cambios iniciales aumentan, la gingivitis gestacional se presenta con un incremento del volumen de la encía y tumefacción a nivel papilar, aumento de las gingivorragias, que en casos avanzados puede dar lugar a un dolor ligero acompañado de halitosis y sensación de boca sucia.

Hay estudios, aunque muy pocos, acerca de las consecuencias de la enfermedad periodontal sobre la salud sistémica. El periodonto puede servir como un reservorio de bacterias, productos bacterianos y mediadores inmunoinflamatorios, los cuales pueden interactuar con otros órganos de sistemas alejados de la cavidad bucal. Las enfermedades periodontales en las gestantes son un factor de riesgo estadísticamente significativo para el nacimiento pretérmino, hecho esta hace pocos años desconocido. Es conocido que la respuesta del huésped a la infección periodontal resulta en la producción de mediadores inflamatorios que incluyen citoquinas y prostaglandinas. Por otro lado, el rol de las prostaglandinas en la regulación de la fisiología normal del parto ha sido bien documentado. Así las infecciones maternas durante el embarazo provocan una translocación de productos bacterianos y mediadores inflamatorios, de esta manera la respuesta inflamatoria materna es el mecanismo que conduce a la prematuridad al provocar que los niveles de PGE2 y

citoquinas (fluídos biológicos que por lo general inducen el trabajo de parto) se incrementan velozmente, produciendo trabajo de parto y nacimiento pretérmino.⁵²

2.1.8. ATENCIÓN ODONTOESTOMATOLÓGICO DE LA PACIENTE GESTANTE.

Nuestro tratamiento odontoestomatológico debe ser tan seguro para el feto como para la madre, así, tendremos limitados determinados tratamientos.

El segundo trimestre es el período más seguro para proporcionar cuidados dentales habituales. Incluso así, es aconsejable limitar los tratamientos al mínimo, como actos operatorios simples. Lo más importante es controlar la enfermedad activa y eliminar problemas potenciales que podrían surgir al final del embarazo. Las operaciones de reconstrucción extensas y la cirugía oral y periodontal mayor deben posponerse hasta después del parto.⁵²

Correa y col realizaron un trabajo en Colombia en 1986 y descubrieron que el 79,2% de las gestantes estudiadas no habían asistido a la consulta odontológica. Las investigaciones mencionan que las razones que afectan, son las siguientes: No sentir dolor ni molestia (38,3%); nervios y miedo (26,3%); falta de tiempo (11,4%); no les atienden en su estado (10,9%); descuido (8,6%); no tienen dinero (5,1%).⁽⁵⁴⁾

- **Educación de las pacientes**

Son pacientes en principio muy receptivas hacia cualquier medida que implique una mejora de su salud y la del propio hijo. Así, es un buen momento para insistir en la importancia de la higiene oral, enseñar una buena técnica de cepillado y de instruir también en la necesidad de llevar a cabo un buen control de placa para disminuir el efecto que los cambios hormonales producen en la encía. También deben recibir toda la información necesaria y correcta con respecto a conocimientos básicos sobre desarrollo y crecimiento dental, como tipos de dentición, cronología de erupción, importancia de los dientes, etc.

Existen algunos mitos sobre la Salud Dental durante la gestación. El principal es que la gravidez aumenta el número de lesiones cariosas o problemas gingivales (encías), comúnmente se dice “por cada embarazo, un diente menos” esto no es verdad si se mantienen algunos cuidados básicos, tales como alimentación equilibrada, buena higiene bucal y recibir cuidados profesionales periódicos. Otro concepto erróneo es que “durante la gestación no se puede recibir atención odontológica”, por lo que se

requiere una verdadera concientización por parte de los profesionales de salud con respecto a estos puntos:⁽⁵³⁾

2.1.9 EMPLEO DE FÁRMACOS

Anestésicos locales: Se pueden usar siempre, salvo alergias específicas. En ciertos casos utilizaremos mepivacaína sin VC para evitar problemas circulatorios placentarios.

Analgésicos: El paracetamol es uno de los analgésicos más usados en el embarazo, con efecto analgésico, antipirético y una baja actividad anti-inflamatoria. No existen estudios que demuestren reacciones adversas tanto para la madre como para el feto con la administración de este medicamento, así será el analgésico de elección en la consulta. No hemos de olvidar, no obstante que pasa la barrera placentaria, y que su uso prolongado puede ocasionar anemia materna y nefropatía fetal.

Antibióticos: Las penicilinas y derivados (como amoxicilina) son los antibióticos de elección para el tratamiento de infecciones odontogénicas ligeras-moderadas, y sólo están contraindicadas en casos de hipersensibilidad. No hemos de olvidar, no obstante, que no existen estudios bien controlados en mujeres embarazadas, por lo que su utilización será solo en caso de ser claramente necesaria.

Las cefalosporinas orales son buenas para el tratamiento de infecciones leves-moderadas en odontología. En mujeres embarazadas parece una alternativa segura.⁵⁶

La clindamicina se encuentra en la categoría B de la clasificación de la FDA, y la reservaremos para el tratamiento de infecciones severas después de consultar con el ginecólogo. Parece ser que no existen efectos tóxicos en mujeres embarazadas.

Las tetraciclinas están contraindicadas durante el embarazo debido a los efectos adversos que producen. Dentro de éstos se observa tinción de los dientes, inhibición del crecimiento del hueso y alteraciones hepáticas en el feto. Su utilización solo podría estar justificada si otros medicamentos están contraindicados o no resultan eficaces.

Corticosteroides : Están prohibidos en el primer trimestre del embarazo por la posibilidad de que produzcan efectos teratógenos a dosis elevadas y tiempo prolongado. Se relacionan con la aparición de fisura palatina. Su uso durante el segundo y tercer trimestre parece ser que no comporta graves riesgos, aunque se aconseja administrarlos sólo en casos de absoluta necesidad.^{56, 52}

Momento para llevar a cabo el tratamiento odontoestomatológico

Santana y col. en un trabajo al respecto recomiendan ⁵⁶:

Primer trimestre

- Tratamientos dentales de emergencia
- Enseñanza de higiene oral, control de placa
- Tratamiento periodontal conservador

Segundo trimestre

- Tratamientos de emergencia y electivos
- Radiografías con protección
- Enseñanza de higiene oral, control de placa
- Tratamiento periodontal conservador
- Momento ideal para el tratamiento dental

Tercer trimestre

- Tratamientos de emergencia
- Evitar la posición supina durante tiempo prolongado. Visitas cortas. Se aconseja una posición semi-incorporada y con cambios de posición frecuentes.
- Radiografías con protección
- Enseñanza de higiene oral, control de placa
- Tratamiento periodontal conservador
- Evitaremos al máximo cualquier tratamiento en las últimas semanas debido a la posibilidad de que presente un parto prematuro en el gabinete dental.

Durante todo el embarazo

- Programas de control de placa
- Evitar la anestesia general y sedación intravenosa. Usar anestesia local
- Evitar al máximo la administración de fármacos no necesarios
- Si bien no está justificado por todos los autores, la ingestión oral de 1mg/día de flúor a partir del tercer o cuarto mes de gestación que es cuando empieza la calcificación de los dientes temporales, podría estar justificada en función de ciertos estudios.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

TÉCNICA EDUCATIVA: Es la manera de presentar la materia educativa y el modo de utilizar el material didáctico.

APRENDIZAJE: El aprendizaje consiste en la adquisición de conocimientos de algún arte, oficio u otra cosa a partir de determinada información recibida. En un sentido más amplio el aprendizaje es la aplicación voluntaria de los conocimientos recibidos, es por tanto, un proceso activo responsabilidad del individuo.

NIVEL DE CONOCIMIENTO: Es el grado o altura que alcanza el individuo con respecto a una escala determinada del conocimiento.

PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL. Dirigido a reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades bucales. Definido por tres niveles, el primario, se consigue con promoción y protección específica, el secundario, mediante un diagnóstico temprano y el terciario, mediante la limitación de la incapacidad.

HIGIENE BUCAL. Referido al grado de limpieza y conservación de los dientes y elementos conjuntos.

2.1.HIPÓTESIS

Dado que la técnica educativa proporciona conocimiento, experiencias y alternativas que son útiles para los demás en su vida habitual. Es probable que la técnica educativa expositiva grupal sea efectiva en las madres gestantes de la micro red Metropolitano Puno.

2.1.1. Hipótesis General

2.1.2. Hipótesis específicas

- Es probable que el nivel de conocimientos sobre prevención en salud bucal en las gestantes, sea deficiente antes de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal.
- Es probable que el IHO en las gestantes, antes de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal, sea deficiente
- Es probable que el nivel de conocimientos sobre prevención en salud bucal en las gestantes, después de la técnica educativa sea buena.
- Es probable que el IHO en las gestantes, después de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal sea buena.
- Es probable que los resultados obtenidos antes y después de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal demuestren la efectividad de estas técnicas educativas.

2.2.OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.2.1. Objetivo General

Determinar la efectividad de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal en gestantes del MICRO RED METROPOLITANO Puno 2013-2014

2.2.2. Objetivos Específicos

1. Determinar el nivel de conocimientos sobre prevención en salud bucal en las gestantes, antes de la técnica educativa según edad y grado de instrucción.
2. Evaluar el IHO en las gestantes, antes de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal según edad y grado de instrucción.
3. Determinar el nivel de conocimientos sobre prevención en salud bucal en las gestantes, después de la técnica educativa según edad y grado de instrucción.
4. Evaluar el IHO en las gestantes, después de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal según edad y grado de instrucción.
5. Comparar los resultados obtenidos antes y después de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal.



3.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

El presente trabajo es una investigación de tipo cuasiexperimental en el enfoque cuantitativo del diseño experimental, y se a tenido en cuenta el siguiente diseño:

G1 O1 X O2

Dónde:

G1= Grupo experimental

O1= Prueba de entrada

O2= Prueba de salida

X= Experimento

Asimismo, de acuerdo con su alcance es temporal, por tanto el estudio se puede clasificar como longitudinal porque la observación se realizara en dos momentos determinados y no habrá seguimiento posterior.

3.2. POBLACIÓN:

Está representada por 618 gestantes atendidas en la Micro Red Metropolitano Puno, 2013 al 2014.

3.3.TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para realizar el estudio se tomó en cuenta a las gestantes asistentes al establecimiento de salud mencionado, entonces para el muestreo se aplicó el muestreo probabilístico, es decir todas las gestantes tienen la misma probabilidad de ser seleccionadas para la muestra. Para la aplicación de la investigación han sido seleccionadas 85 gestantes.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

- N = Total de la población
- Z_{α} = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

- $q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.05 = 0.95$)
- d = precisión (en su investigación use un 5%).

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSION

- Gestantes que pertenecen al establecimiento de salud MICRO RED METROPOLITANO Puno.
- Gestantes del primero al séptimo mes

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Gestantes que no asisten al establecimiento de Salud Micro Red Metropolitano Puno
- Gestantes con discapacidades mentales.
- Gestantes del octavo al noveno mes.

3.5. VARIABLES

- Variable Independiente: Técnica educativa expositiva grupal.
- Variables Dependientes:
 - Nivel de conocimiento
 - Higiene bucal



3.5.1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

<i>VARIABLE</i>	<i>DEFINICION OPERACIONAL</i>	<i>DIMENSION</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>ESCALA</i>
<i>TÉCNICA EDUCATIVA (independiente)</i>	<i>La técnica educativa grupal “es la manera de presentar la materia y el modo de utilizar el material didáctico” a fin de educar a grupos de personas</i>	<i>Expositiva grupal</i>	<i>-La exposición</i>	<i>- Efectivo - No efectivo</i>
<i>Nivel conocimiento sobre medida de Higiene oral (dependiente)</i>	<i>Es el grado o altura que alcanza el individuo con respecto a una escala determinada del conocimiento</i>		<i>Cuestionario de 12 preguntas: . 3 preguntas sobre elementos de higiene oral . 3 preguntas sobre la función de los elementos de higiene oral . 3 preguntas sobre patologías orales relacionadas a la higiene oral . 3 preguntas sobre técnicas de higiene oral</i>	<i>Bueno (9 – 12 aciertos) regular (5 – 8 aciertos) malo (0 – 4 aciertos)</i>



<i>Higiene bucal (dependiente)</i>	<i>Parte de la medicina que trata de las normas de conservación de la salud bucal a fin de mantener dientes y boca saludable.</i>		<i>Índice de Higiene Oral Simplificado de Green y Vermillon (IHOS)</i>	<i>Excelente 0 Buena 0.1 – 1.2 Regular 1.3 – 3.0 Mala 3.1 – 6.0</i>
<i>Edad (covariable)</i>	<i>Tiempo que una persona a vivido, a contar desde que nació.</i>		<i>Cuestionario</i>	<i>Menores de 18 18-29 30-55</i>
<i>Grado de instrucción (covariable)</i>	<i>Dícese del sistema de enseñanza que agrupa a los alumnos por grados.</i>		<i>Cuestionario</i>	<i>Primaria Secundaria Superior</i>

3.6. Instrumentos

Ficha de recolección de datos que tiene las siguientes partes:

1. Cuestionario de salud bucal. (Anexo 1)
2. Ficha para índice de higiene oral. (Anexo 2)

3.7. Técnicas

- Entrevista
- Observación estructurada.

3.8. RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente trabajo de investigación se realizó ejecutando el siguiente proceso:

A) Gestión administrativa en el centro de salud MICRO RED METROPOLITANO

Puno:

Se presentó una solicitud dirigida al jefe del centro de salud. Teniendo la aceptación del jefe del centro de salud, se procedió a realizar las coordinaciones con el personal del centro de salud.

Posteriormente se procedió a la recolección de datos mediante la aplicación de un test/prueba (cuestionario), validado por la Universidad Cayetano Heredia¹². (Anexo 1)

Este cuestionario presenta 12 preguntas referidas a higiene oral, disgregado en cuatro partes, de acuerdo a los objetivos de la investigación:

- 1.- La primera parte: Elementos de higiene oral
- 2.- La segunda parte: Función de los elementos de higiene oral
- 3.-La tercera parte: Patologías orales relacionadas con la higiene oral
- 4.- La cuarta parte: Técnica de higiene oral

En cada parte se realizó 03 preguntas, las cuales tuvieron respuestas de tipo cerradas.

La calificación será:

0 – 4 Respuestas acertadas: Nivel de conocimiento bajo

5 – 8 Respuestas acertadas: Nivel de conocimiento regular

9 – 12 Respuestas acertadas: Nivel de conocimiento alto

Las respuestas consideradas como correctas en el cuestionario sobre Nivel de conocimiento sobre medidas de higiene oral fueron:

I Elementos de higiene oral:

- 1.- ¿Cuáles considera usted que son los elementos de higiene oral? Rpta (C).-Cepillo dental, hilo dental, pasta dental, enjuagues bucales.
- 2.- ¿Principalmente cuándo cree usted que debe cepillarse los dientes? Rpta (B).-Después de las comidas.
- 3.- ¿Cada cuánto tiempo debería cambiar su cepillo dental? Rpta (C).- Cada 3 meses.

II Función de los elementos de higiene oral:

- 1.- La pasta dental es:
Rpta (B).- Es una crema que se utiliza en el cepillo dental para ayudar a las eliminación de los restos alimenticios.
- 2.- El hilo dental es:
Rpta (C).- Sirve para retirar restos de alimentos acumulados entre diente y diente.
- 3.- El enjuague bucal es:
Rpta (A).- Es un liquido que se usa después del cepillado para disminuir las bacterias en boca y dar sensación de limpieza y frescura.

III Patologías bucales relacionadas con higiene oral:

- 1.- La placa bacteriana es:
Rpta (C).- Restos de alimentos y microorganismos.
- 2.- ¿Qué es la caries?
Rpta (B).- Es una enfermedad infectocontagiosa.
- 3.- La enfermedad periodontal es:
Rpta (B).- La enfermedad de las encías.

IV Técnicas de higiene oral:

- 1.- Ha recibido alguna vez la enseñanza de una técnica de cepillado: Rpta (A).- Si
- 2.- ¿Cuántas veces se cepilla al día? Rpta (C).- 3 veces
- 3.- ¿Qué características debe tener un cepillo dental?
Rpta (C).- Que las cerdas sean rectas y el mango también.

El cuestionario en mención tiene también información general que consignaran las gestantes para el cumplimiento de objetivos específicos de esta investigación, como:

- Edad

- Trimestre de embarazo
- Grado de instrucción
- Visita previas al odontólogo
- Motivo por el cual recibe o no tratamiento odontológico actualmente

Después del llenado de la prueba de conocimientos se realizó una observación del estado de higiene oral para poder determinar el IHO según Green y Vermillon de la gestante.

El examen clínico se realizó de acuerdo a la llegada al centro de salud según cumplían con los criterios de selección.

Ubicada la paciente en el sillón dental se le dio la pastilla reveladora de placa para proceder al registro en la ficha de índice de higiene oral simplificado (ANEXO 2).

Procedimiento

Dientes a examinar. Se dividió la boca en seis partes (sextante) y se revisó seis dientes específicos, uno por cada sextante. Para la revisión de los dientes se requiere que se encuentren completamente erupcionados para calcular adecuadamente la presencia de detrito o cálculo, en el caso contrario de que los dientes no estén completamente erupcionados, no se revisarán esos dientes.

Número de las superficies. Se evaluó únicamente seis superficies, una de cada diente seleccionado para el IHOS.

Selección de los dientes y las superficies

Se revisó siguiendo la secuencia 16, 11, 26, 36, 31 y 46, para valorar detritos y cálculo. Las superficies dentales se examinaron del borde incisal a cervical con el explorador procurando revisar toda la superficie.

Se revisó las superficies vestibulares de los primeros molares superiores y el central superior derecho. Si no estuviese presentes los primeros molares o se encuentre restaurado con una corona total se sustituyó por el segundo o el tercer molar. En el caso del central se podrá sustituir por el otro central.

Posteriormente se evaluó la superficie bucal del central izquierdo inferior, en el caso de los primeros molares inferiores se revisaron las superficies linguales. De no encontrarse alguno de los dientes, se realiza la sustitución la misma sustitución mencionada anteriormente.

Criterios para establecer el grado de detritos

Depositos blandos

- 0 Sin depositos blandos
- 1 Depositos blandos cubriendo hasta $1/3$ de la superficie
- 2 Depositos blandos cubriendo más de $1/3$ de la superficie
- 3 Depositos blandos cubriendo más de $2/3$ de la superficie

El índice de higiene oral simplificado se obtuvo de la suma de los valores arrojados por cada una de las 6 piezas dentarias examinadas dividida entre seis obteniendo un promedio.

Este promedio se ubicaba dentro de los valores clínicos:

- Excelente 0
- Buena 0.1 – 1.2
- Regular 1.3 – 3.0
- Mala 3.1 – 6.0

Después de la toma de todos estos datos se les dio un tríptico conteniendo los temas abordados en el cuestionario también se programó las charlas expositivas grupales, indicando la fecha a las gestantes en las cuales se les habló de temas sobre prevención y educación en higiene oral.

Llegada la fecha, la exposición tuvo una duración de 45 minutos, aprovechando el tiempo de máxima concentración en las personas.

Finalmente después de tres semanas se volvió a evaluar a las personas para ver la efectividad de las técnicas educativas antes de que se les hiciera la profilaxis por parte del profesional.

3.9. RECURSOS.

Recursos humanos.

- *Asesor de tesis:* Dra. Sonia Macedo Valdivia
- *Directora de tesis:* Dra. Sonia Macedo Valdivia
- *Investigador:* Bachiller Daina Katuska Lopez Quispe

Recursos materiales.

Recursos materiales – no clínicos

- Computadoras
- Impresoras
- Internet
- Papel Bond A4
- Instrumento de Recolección de datos:
- Fichas epidemiológica y de necesidad de tratamiento
- Fólder
- Lapicero Azul
- Lapicero Rojo
- Lápiz Mongól
- Borrador
- Block hojas cuadriculadas
- Liquid Paper Mate
- Tabla de Soporte
- Servilletas descartables

Recursos materiales – clínicos

- Mascarillas
- Guantes Látex
- Mandil
- Algodón
- Alcohol yodado
- Toalla

- Jabón
- Escobilla de uñas
- Pastillas reveladoras

Instrumental Clínico de Diagnóstico bucal:

- Espejo bucal descartable.
- Explorador monoactivo
- Pinza para algodón
- Bandeja acanalada
- Tambor mediano

Recursos institucionales

La recolección de datos se realizara en la MR METROPOLITANO.

Recursos financieros

Presupuesto autofinanciado por el investigador

3.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

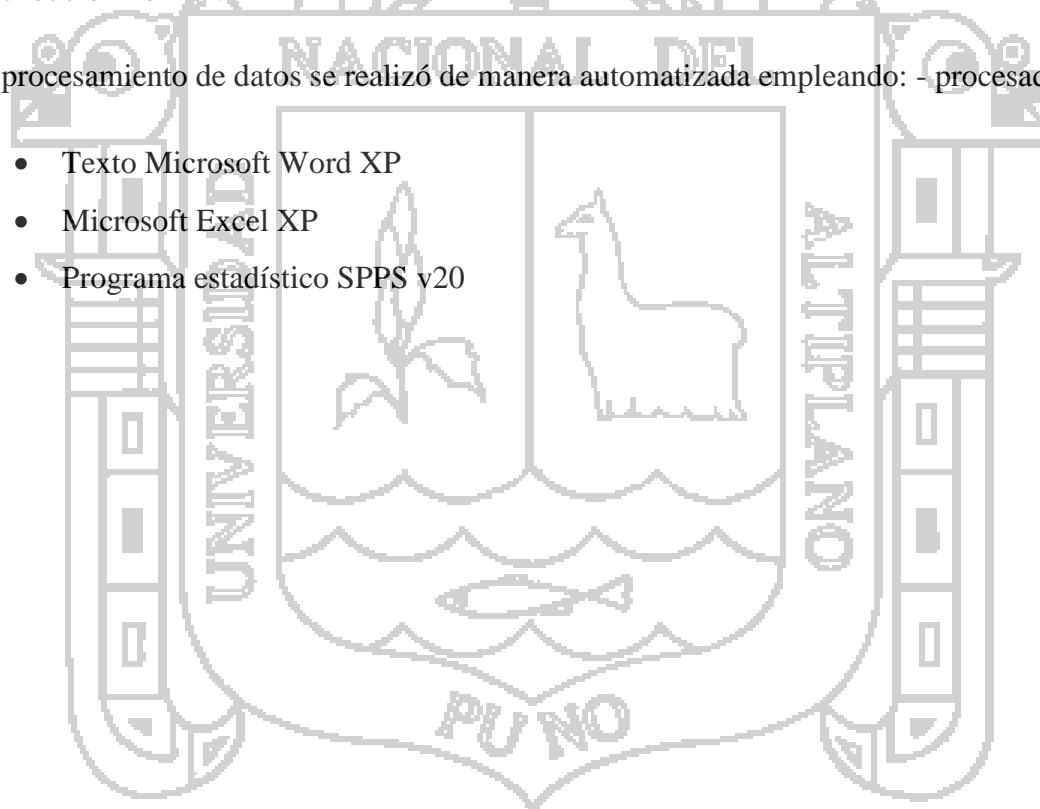
1. Se solicitó una carta de permiso al director de la Micro Red Mestropolitano.
2. Permiso al jefe del departamento de estomatología del centro de salud.
3. Consentimiento informado de cada gestante.

3.11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La información obtenida fue calificada y volcada a fichas. Para la asociación y nivel de significancia se utilizó la prueba T student que es la prueba de hipótesis pareada utilizando la distribución normal.

El procesamiento de datos se realizó de manera automatizada empleando: - procesador de

- Texto Microsoft Word XP
- Microsoft Excel XP
- Programa estadístico SPSS v20





CAPITULO IV

CARACTERIZACION DEL AREA DE

INVESTIGACION

4.1 ÁMBITO GENERAL.

Puno (San Carlos de Puno, 4 de noviembre de 1668), es una ciudad del sureste del Perú, capital del departamento de Puno y provincia de Puno, está ubicada entre las coordenadas geográficas 15°50'15"S 70°01'18"O

La ciudad de Puno según el Instituto Nacional de Estadística e Informática es la vigésima ciudad más poblada del Perú y albergaba en el año 2007 una población de 125.663 habitantes.

Su extensión abarca desde el centro poblado de Uros Chulluni al noreste, el distrito de Paucarcolla al norte, la urbanización Ciudad de la Humanidad Totorani al noroeste (carretera a Arequipa) y se extiende hasta el centro poblado de Ichu al sur y la comunidad Mi Perú al suroeste (carretera a Moquegua).

El espacio físico está comprendido desde la orilla oeste del lago Titicaca, en la bahía interior de Puno (antes Paucarcolla), sobre una superficie ligeramente ondulada, en la parte céntrica, rodeada por cerros; y en la parte alta una superficie semiplana (Comunidad Mi Perú, Yanamayo). Oscilando entre los 3.810 a 4.050 msnm (entre las orillas del lago y las partes más altas). Puno es una de las ciudades más altas del Perú y la quinta del mundo. Actualmente tiene una extensión de 1.566,64 ha, la cual representa el 0,24% del territorio de la provincia de Puno.



4.2 ÁMBITO ESPECÍFICO.

La presente investigación se realizó en la Micro Red Metropolitana Puno, en los servicios de ginecoobstetricia de dicho establecimiento.

Establecimiento: Metropolitano Puno

Clasificación: Centro de Salud o Centro Medico

Tipo: Sin Internamiento

Categoría: I-3

Dirección: Av. Eel Sol N° 1022

Puno - Puno - Puno

Ubigeo: 210101

Teléfono: 951911665

Horario: 7:00 - 19:00 horas

DISA: Puno

Red: Puno

Microred: Puno

Unidad Ejecutora: Salud Puno





Tabla N° 1

Nivel de conocimiento sobre salud bucal antes de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano según edad, Puno 2014.

Nivel de conocimiento antes de la aplicación de la técnica educativa	Edades					
	12-17		18-29		30-55	
	fi	%	Fi	%	fi	%
Malo	1	33.3	34	56.7	14	63.6
Regular	2	66.7	22	36.7	6	27.3
Bueno	0	0	4	6.6	2	7.1
Total	3	100	60	100	22	100

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

INTERPRETACION

Al comparar el nivel de conocimiento sobre salud bucal antes de la aplicación de la técnica educativa según edad, en gestantes de la Micro Red Metropolitano, observamos que las gestantes entre las edades de 18 a 55 años, su nivel de conocimiento fue malo (56.7% y 63.6% respectivamente) y las gestantes con edades entre 12 a 17 años obtuvieron un nivel de conocimiento regular (66.7%).

Grafico N° 1:

Nivel de conocimiento sobre salud bucal antes de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitana según edad, Puno 2014.

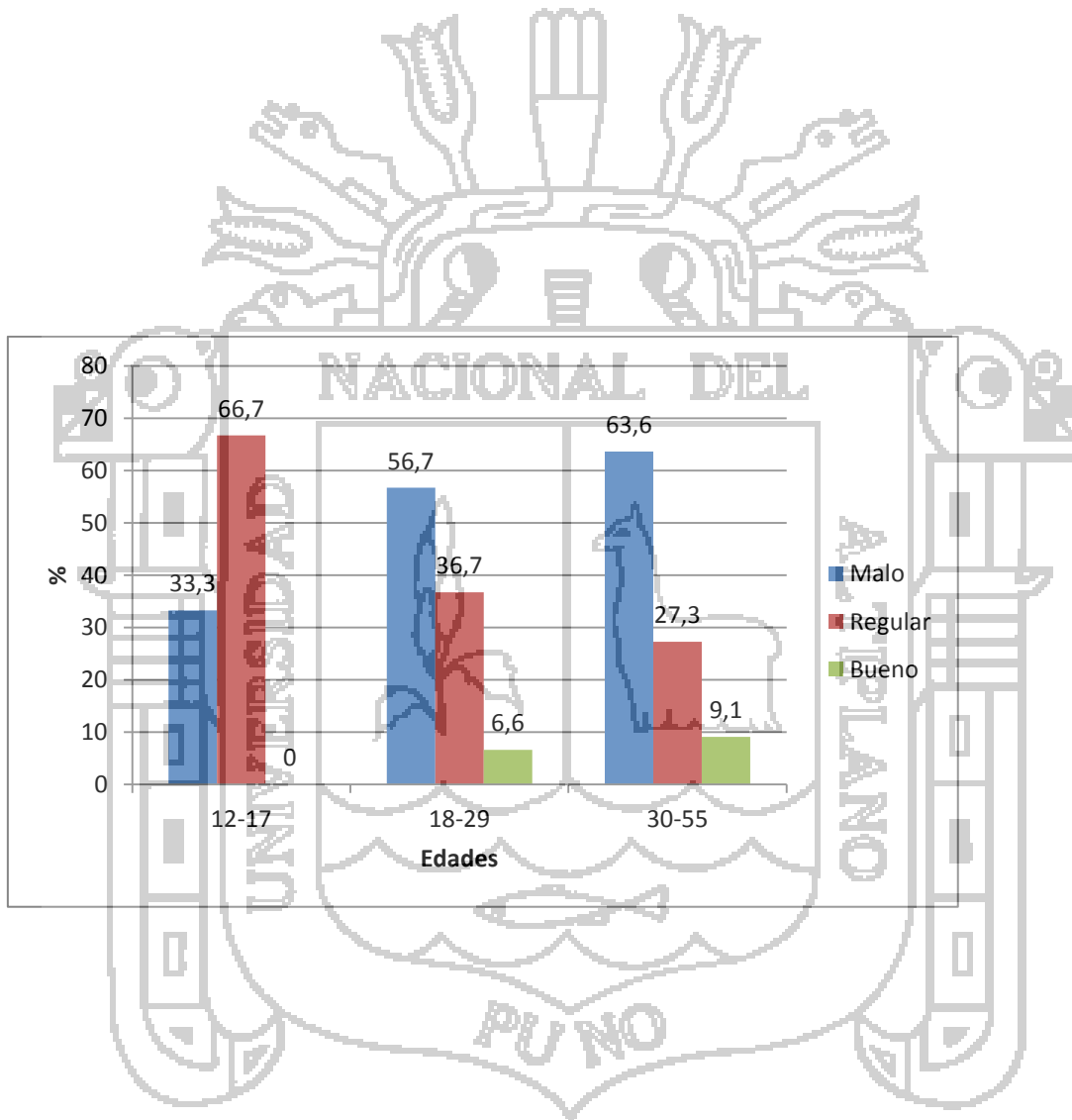


Tabla N° 2

Nivel de conocimiento sobre salud bucal antes de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según grado de instrucción, Puno 2014.

Nivel de conocimiento antes de la aplicación de la técnica educativa	Grado de instrucción					
	Primaria		Secundaria		Superior	
	fi	%	fi	%	Fi	%
Malo	12	92.3	37	60.7	0	0.0
Regular	1	7.7	21	34.4	8	72.7
Bueno	0	0.0	3	4.9	3	27.3
Total	13	100.0	61	100.0	11	100.0

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

INTERPRETACION:

Se aprecia el nivel de conocimiento sobre salud bucal antes de la aplicación de la técnica educativa según el grado de instrucción, en gestantes de la Micro Red Metropolitano, Puno 2014.

Al comparar el nivel de conocimiento se puede observar que las gestantes con grado de instrucción primaria y secundaria tuvieron un nivel de conocimiento malo (92.3% y 60.7% respectivamente) y gran parte de las gestantes con grado de instrucción superior obtuvieron un nivel de conocimiento regular (72.7%) y solo un 27.3% obtuvo un nivel de conocimiento bueno.

Grafico N° 2:

Nivel de conocimiento sobre salud bucal antes de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según grado de instrucción, Puno 2014.

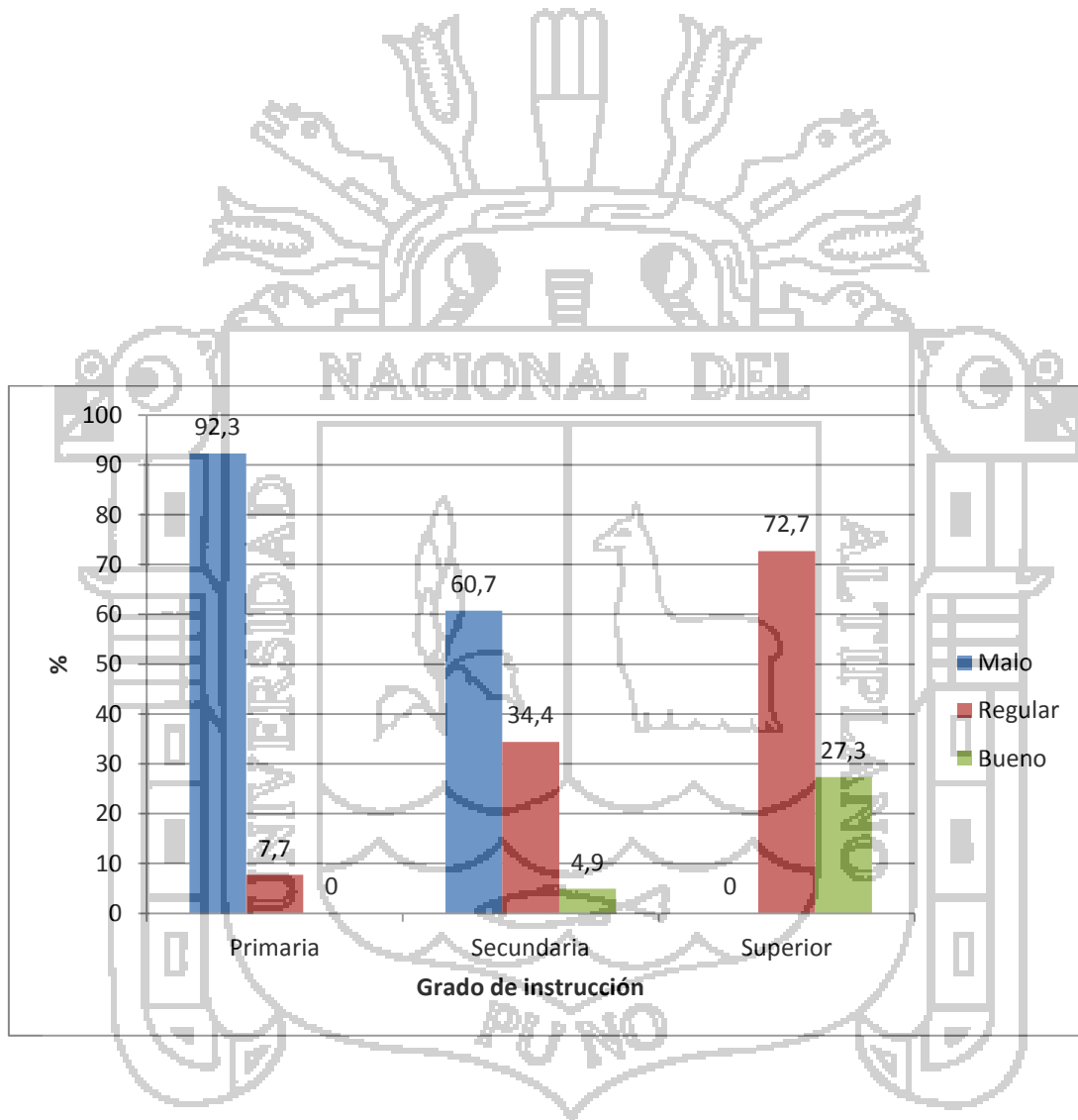


Tabla N°3

Índice de higiene oral simplificado antes de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según edad, Puno 2014.

Nivel de IHOS antes de la aplicación de la técnica educativa	Edades					
	12-17		18-29		30-55	
	fi	%	fi	%	fi	%
Malo	3	100.0	38	63.3	9	40.9
Regular	0	0.0	17	28.3	8	36.4
Bueno	0	0.0	5	8.4	5	22.7
Total	3	100.0	60	100.0	22	100.0

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

INTERPRETACION:

Al comparar el índice de higiene oral simplificado (Green y Vermillon) antes de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano según edad, encontramos que el IHOS malo se encuentra con mayor frecuencia en los tres grupos etarios, siendo más alto en el grupo de 12 a 17 años (100%), seguido de 18 a 29 años y las de 30 a 55 años (63.3% y 40.9% respectivamente).

El IHOS bueno obtuvo mayor porcentaje en el grupo de 30 a 55 años (22.7%) en comparación con las otras gestantes que obtuvieron un porcentaje mínimo.

Grafico N° 3:

Índice de higiene oral simplificado antes de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según edad, Puno 2014.

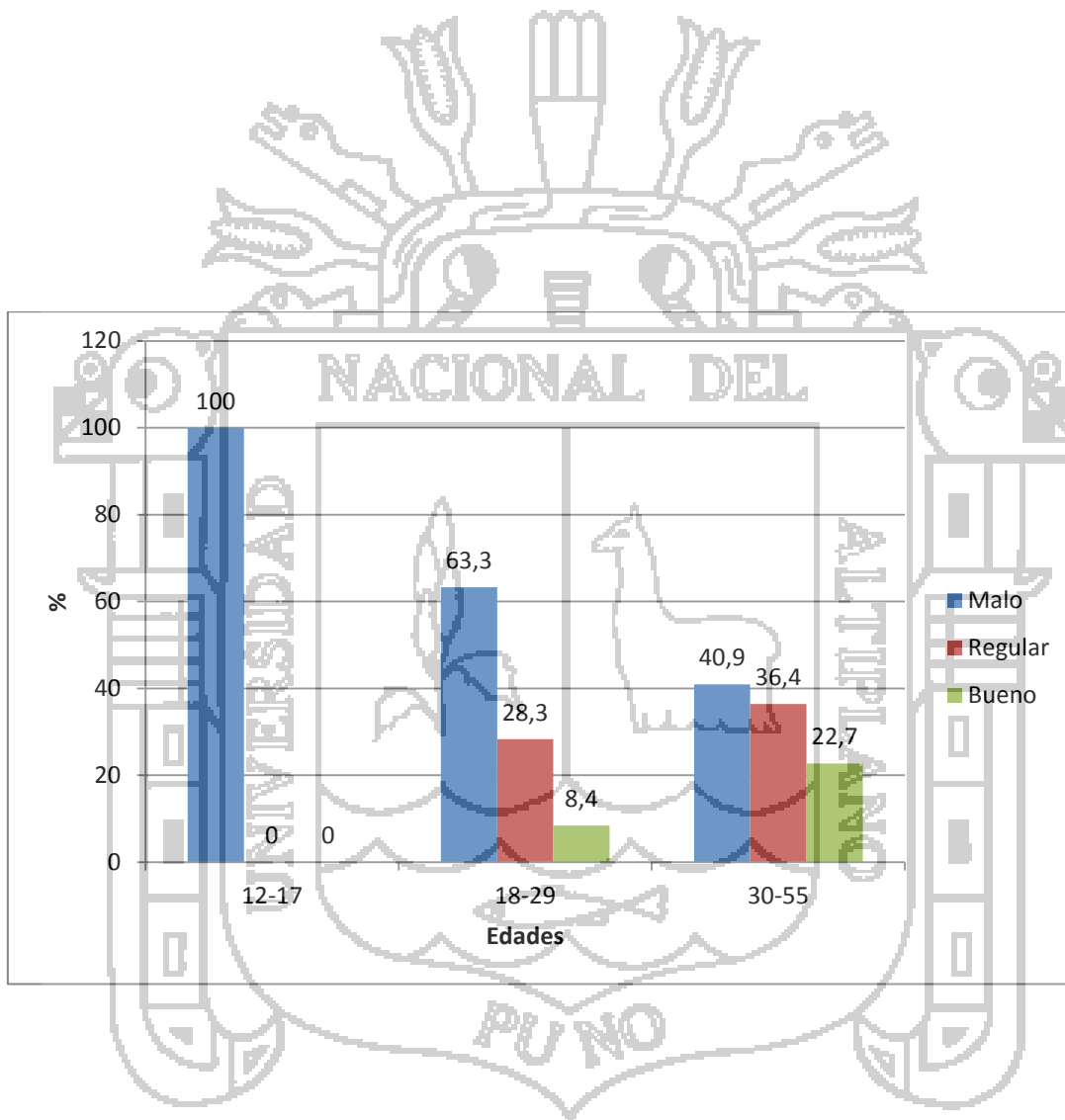


Tabla N° 4

Índice de higiene oral simplificado antes de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según grado de instrucción, Puno 2014.

Nivel de IHO antes de la aplicación de la técnica educativa	Grado de instrucción					
	Primaria		Secundaria		Superior	
	fi	%	Fi	%	fi	%
Malo	9	69.2	35	57.4	6	54.5
Regular	3	23.1	18	29.5	4	36.4
Bueno	1	7.7	8	13.1	1	9.1
Total	13	100.0	61	100.0	11	100.0

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

INTERPRETACION:

Al comparar el IHOS (Green y Vermillon) antes de la aplicación de la técnica educativa expositiva grupal en gestantes de la Micro Red Metropolitano según grado de instrucción se obtuvo mayores porcentajes del nivel malo en los tres grados de instrucción primaria (69.2%), Secundaria (57.4%) y superior (54.5%), seguido del nivel regular también en los tres grupos y muy pocas en el nivel de índice de higiene oral simplificado.

Grafico N° 4:

Índice de higiene oral simplificado antes de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según grado de instrucción, Puno 2014.

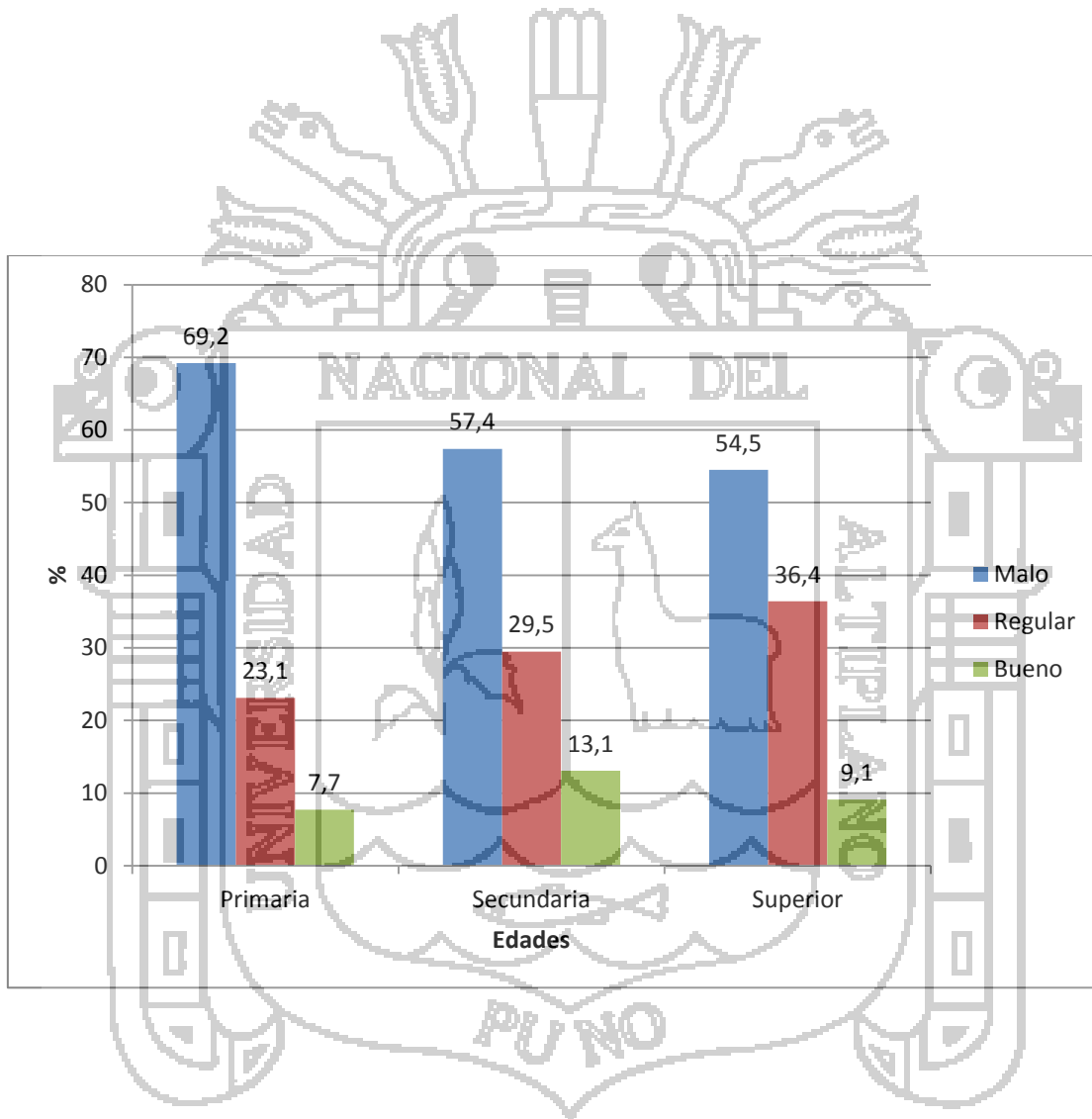


Tabla N° 5

Nivel de conocimiento sobre salud bucal después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitana, según edad, Puno 2014.

Nivel de conocimiento después de la aplicación de la técnica educativa	Edades					
	12-17		18-29		30-55	
	fi	%	Fi	%	fi	%
Malo	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Regular	1	33.3	9	15.0	3	13.6
Bueno	2	66.7	51	85.0	19	86.4
Total	3	100	60	100	22	100

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

INTERPRETACION:

Al comparar el nivel de conocimiento después de la aplicación de la técnica educativa según edad, se observa que todas las gestantes obtuvieron un nivel de conocimiento bueno, teniendo en cuenta que las gestantes entre las edades de 18 a 29 y 30 a 55 años fueron las que tuvieron un mayor porcentaje con un nivel de conocimiento bueno (85.0% y 86.4% respectivamente), y no se encontró nivel de conocimiento malo en ninguno de los tres grupos etarios.

Grafico N° 5:

Nivel de conocimiento sobre salud bucal después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según edad, Puno 2014.

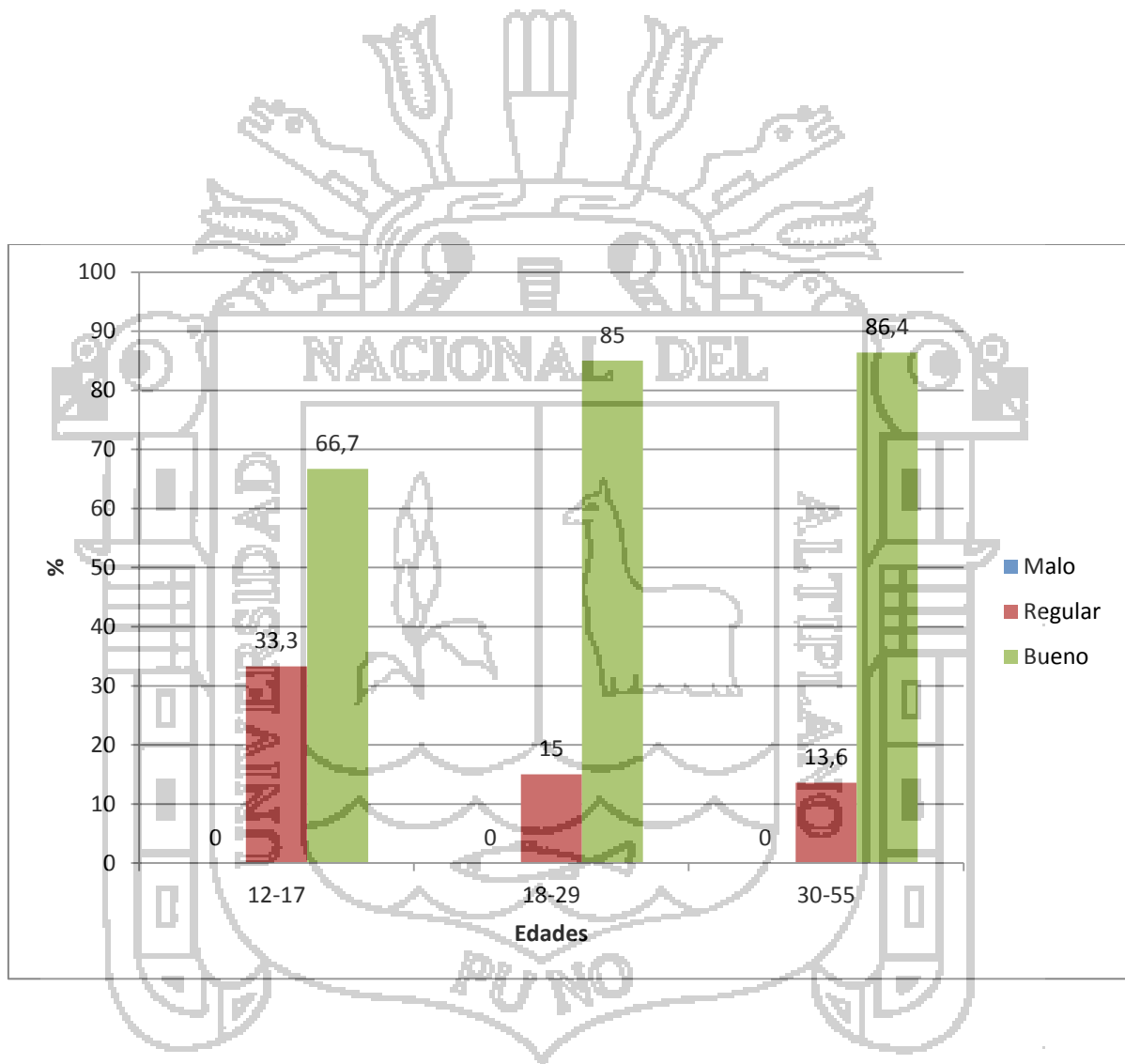


Tabla N°6

Nivel de conocimiento sobre salud bucal después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según grado de instrucción, Puno 2014.

Nivel de conocimiento después de la aplicación de la técnica educativa	Grado de instrucción					
	Primaria		Secundaria		Superior	
	fi	%	Fi	%	fi	%
Malo	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Regular	2	15.4	11	18.0	0	0.0
Bueno	11	84.6	50	82.0	11	100
Total	13	100	61	100	11	100

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

INTERPRETACION:

Se aprecia el nivel de conocimiento sobre salud bucal después de la aplicación de la técnica educativa según su grado de instrucción en gestantes de la Micro Red Metropolitano.

Al comparar el nivel de conocimiento se puede observar que todas las gestantes obtuvieron un nivel de conocimiento bueno (84.6%, 82.0% y 100%), cabe resaltar que el 100% de las gestantes con grado de instrucción superior obtuvieron un nivel de conocimiento bueno.

El nivel de conocimiento malo no se encontró en ninguno de los tres grados de instrucción.

Grafico N° 6:

Nivel de conocimiento sobre salud bucal después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitana, según grado de instrucción, Puno 2014.

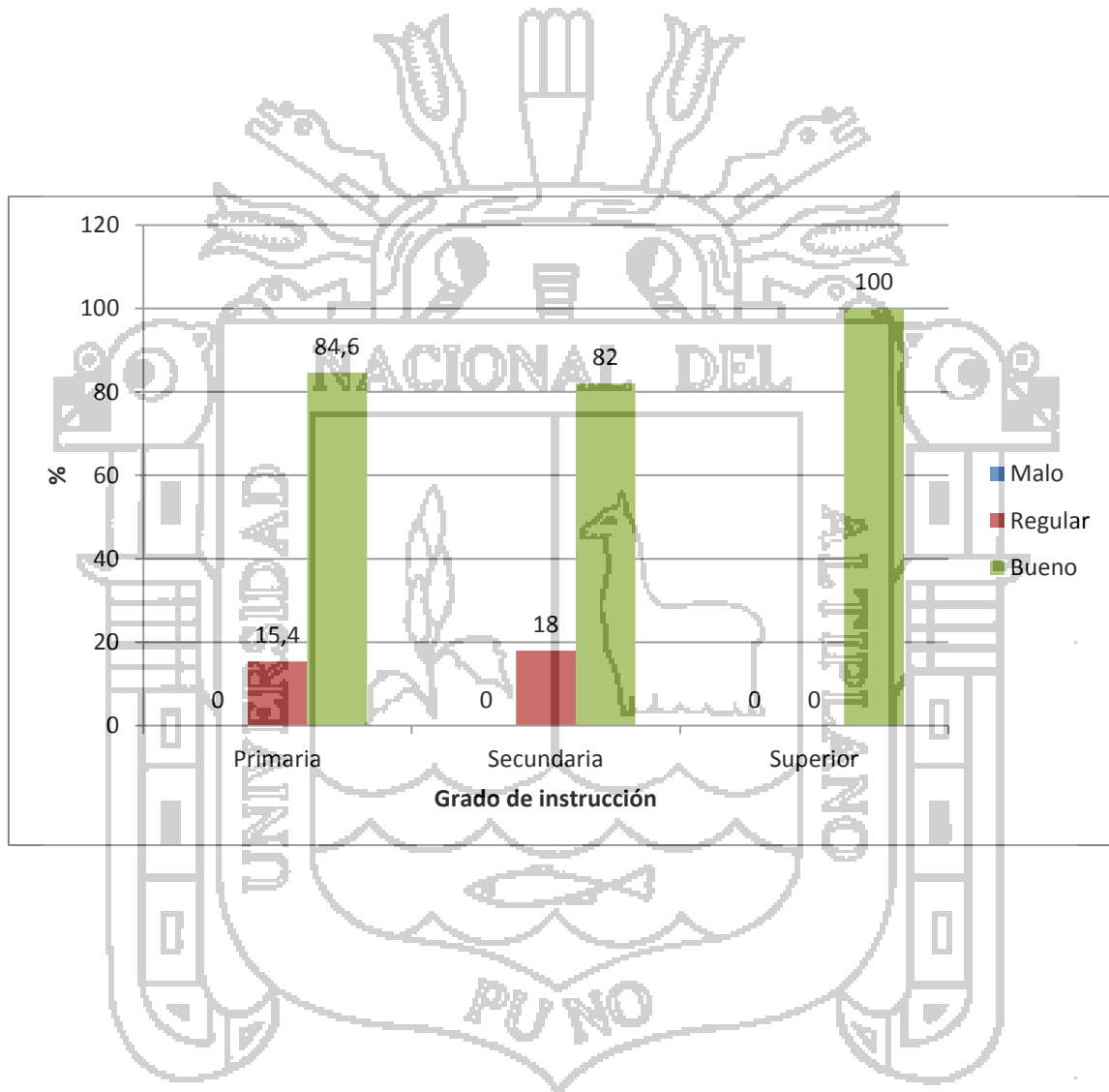


Tabla N° 7

Índice de higiene oral simplificado después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según edad, Puno 2014 .

Nivel de IHO después de la aplicación de la técnica educativa	Edades					
	12-17		18-29		30-55	
	fi	%	fi	%	fi	%
Malo	0	0.0	8	13.4	3	13.6
Regular	2	66.7	26	43.3	5	22.7
Bueno	1	33.3	26	43.3	14	63.7
Total	3	100.0	60	100.0	22	100.0

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

INTERPRETACION:

Al comparar el índice de higiene oral simplificado después de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según edad, encontramos que el IHOS malo se encontró en similar porcentaje en las gestantes de 18 a 29 años y de 30 a 55 años (13.4% y 13.6% respectivamente), el índice regular fue más frecuente en las gestantes de 12 a 17 años, mientras que el IHOS bueno presentó mayores porcentajes en los tres grupos etarios siendo más elevado en las gestantes de 30 a 55 años (63.7%), seguido de las de 18 a 29 años (43.3%) y finalmente las de 12 a 17 años (33.3%).

Grafico N° 7

Índice de higiene oral simplificado después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según edad, Puno 2014 .

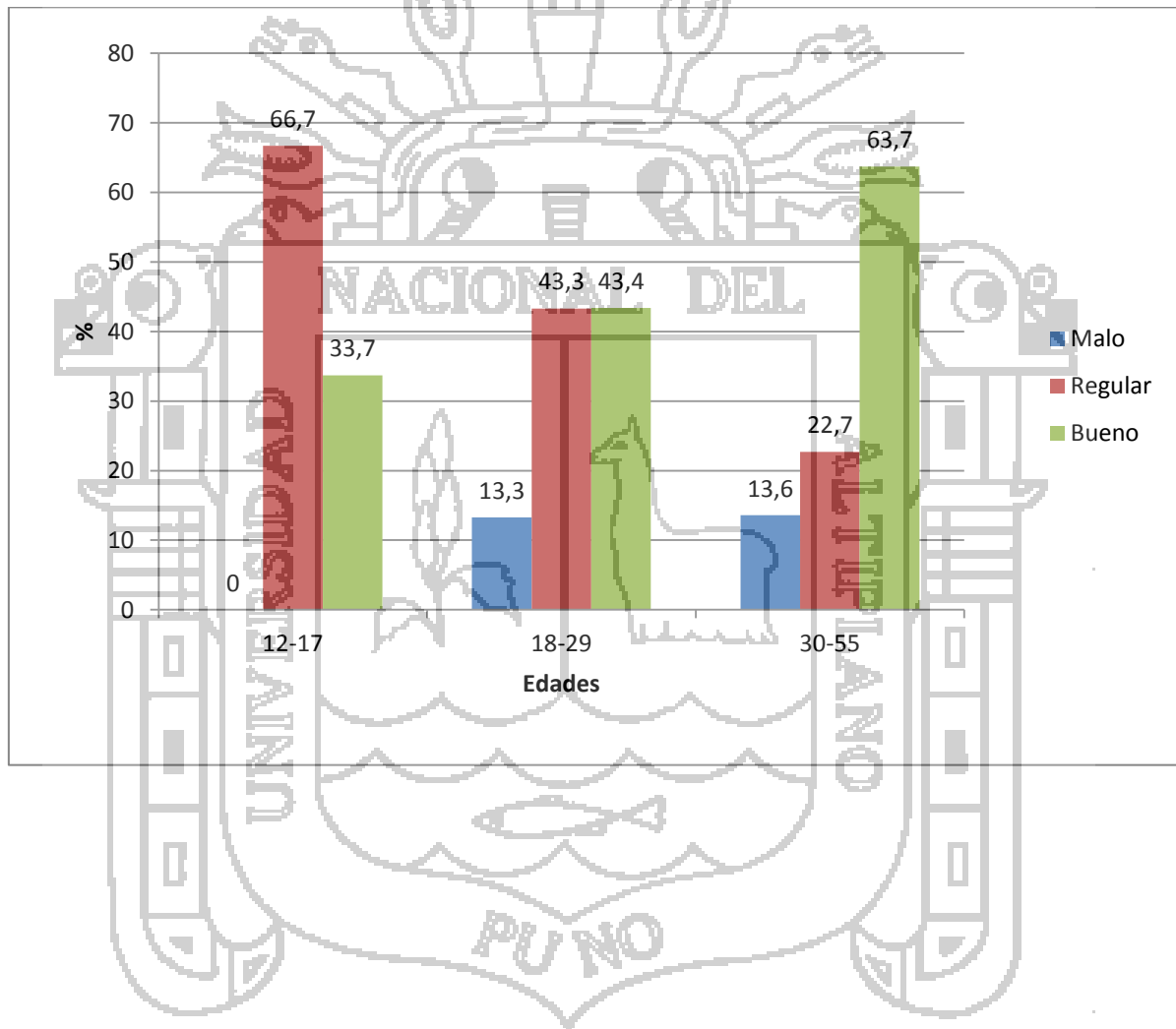


Tabla N° 8

Índice de higiene oral simplificado después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según grado de instrucción, Puno 2014.

Nivel de IHO después de la aplicación de la técnica educativa	Grado de instrucción					
	Primaria		Secundaria		Superior	
	fi	%	Fi	%	Fi	%
Malo	3	23.1	6	9.8	2	18.2
Regular	5	38.5	24	39.3	4	36.4
Bueno	5	38.5	31	50.9	5	45.4
Total	13	100.0	61	100.0	11	100.0

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

INTERPRETACION:

Se aprecia el Índice de higiene oral después de la aplicación de la técnica educativa según grado de instrucción, en gestantes de la Micro Red Metropolitano Puno 2014.

Al comparar los resultados se observa que las gestantes con grado de instrucción primaria presentan un índice de higiene oral entre regular y bueno en igual porcentaje (38.5% y 38.5% respectivamente), en cuanto a las gestantes con grado de instrucción secundaria y superior se observa que presentan un índice de higiene oral bueno (50.9% y 45.4% respectivamente.)

Grafico N° 8

Índice de higiene oral simplificado después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según grado de instrucción, Puno 2014.

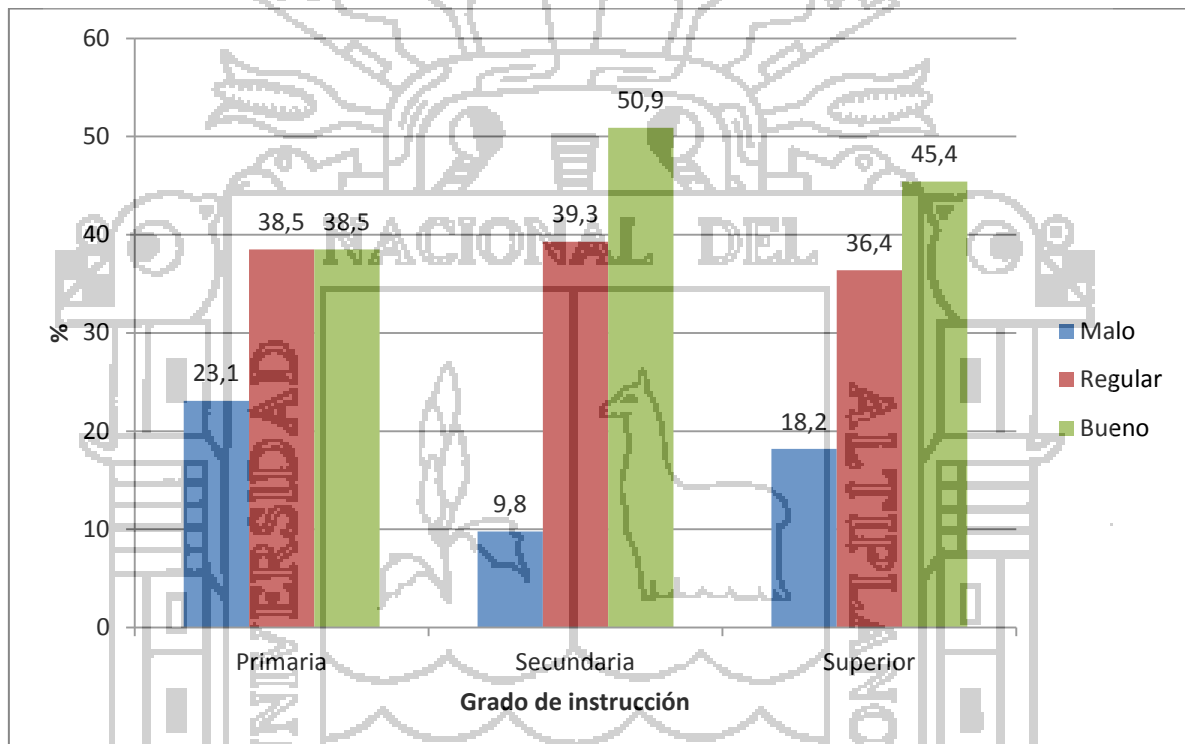


Tabla N° 9

Nivel de conocimiento antes y después de la aplicación de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según edad, Puno 2014.

Edad	Nivel de conocimiento antes						Nivel de conocimiento después					
	Malo		Regular		Bueno		Malo		Regular		Bueno	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
12-17	1	1.2	2	2.4	0	0.0	0	0.0	1	1.2	2	2.4
18-29	34	40.0	22	25.9	4	4.7	0	0.0	9	10.6	51	60.0
30- 55	14	16.5	6	7.1	2	2.4	0	0.0	3	3.5	19	22.4
TOTAL	49	57.6	30	35.3	6	7.1	0	0.0	13	15.3	72	84.7

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

INTERPRETACION:

Al comparar el nivel de conocimiento antes y después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según la edad encontramos que después la aplicación de la técnica educativa ninguna gestante obtuvo un nivel de conocimiento malo, mientras que las gestantes que tenían un nivel de conocimiento regular y bueno (35.3% y 7.1% respectivamente), elevaron su nivel de conocimiento de regular a bueno (15.3% y 84.7% respectivamente).

También se observa que los tres grupos etarios mejoraron su nivel de conocimiento, encontrándose el mayor porcentaje en gestantes entre las edades de 18 a 29 años son las que mas elevaron su nivel de conocimiento (60.0%).

Grafico N°9

Nivel de conocimiento antes y después de la aplicación de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según edad, Puno 2014.

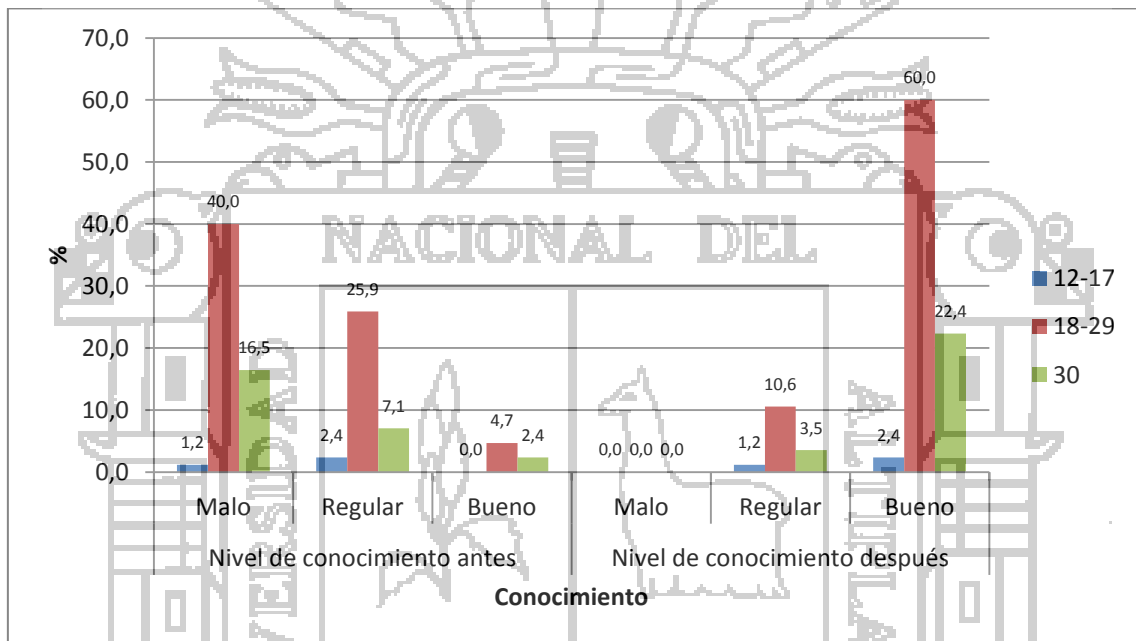


Tabla N° 10

Indice de higiene oral simplificado antes y después de la aplicación de la técnica educativa en las gestantes de la Micro Red Metropolitano, según edad, Puno 2014

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

Edad	Nivel de HBO antes								Nivel de HBO después							
	Mala		Regular		Buena		Excelente		Mala		Regular		Buena		Excelente	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
12-17	3	3.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.4	1	1.2	0	0.0
18-29	38	44.7	17	20.0	5	5.9	0	0.0	8	9.4	26	30.6	26	30.6	0	0.0
30-55	9	10.6	8	9.4	5	5.9	0	0.0	3	3.5	5	5.9	5	16.5	0	0.0
Total	50	58.8	25	29.4	10	11.8	0	0.0	11	12.9	33	38.8	41	48.2	0	0.00

INTERPRETACION:

Al comparar el IHOS antes y después de la aplicación de la técnica educativa en las gestantes de la Micro Red Metropolitano; observamos que los tres grupos etarios mejoraron su IHOS , encontrándose que las gestantes entre las edades de 18 a 29 años son las que más elevaron su IHOS a regular y bueno (30.6% y 30.6% respectivamente.)

También se observa que antes de la aplicación de la técnica educativa un gran porcentaje de las gestantes tenían un IHOS malo (58.8%) y después de la aplicación de la técnica educativa las gestantes elevaron su IHOS a regular y bueno (38,8% y 48.2% respectivamente), demostrándose así su efectividad.

Grafico N° 10

Indice de higiene oral simplificado antes y después de la aplicación de la técnica educativa en las gestantes de la Micro Red Metropolitano, según edad, Puno 2014

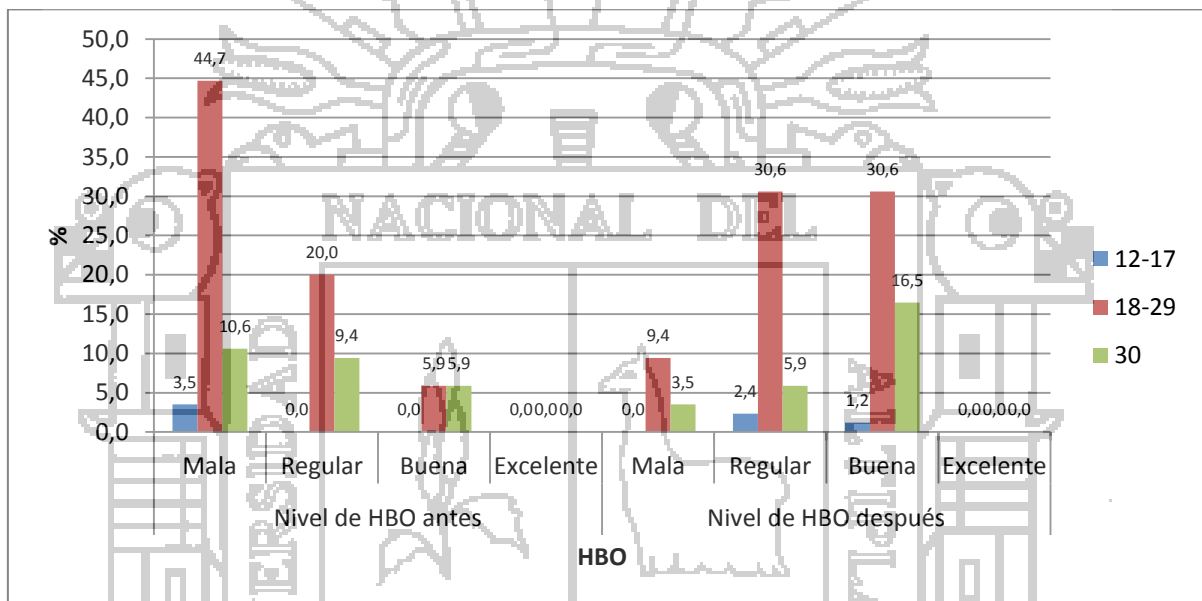


Tabla N° 11

Nivel de conocimiento sobre prevención bucal antes y después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según grado de instrucción, Puno 2014.

Grado de Instrucción	Nivel de conocimiento antes						Nivel de conocimiento después					
	Malo		Regular		Bueno		Malo		Regular		Bueno	
	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%	Fi	%
Primaria	12	14.12	1	1.18	0	0.00	0	0.00	2	2.35	11	12.94
Secundaria	37	43.53	21	24.71	3	3.53	0	0.00	11	12.94	50	58.82
Superior	0	0.00	8	9.41	3	3.53	0	0.00	0	0.00	11	12.94
Total	49.00	57.65	30.00	35.29	6.00	7.06	0.00	0.00	13.00	15.29	72.00	84.71

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

INTERPRETACION:

Al comparar el nivel de conocimiento antes y después de la aplicación de la técnica educativa en las gestantes de la Micro Red Metropolitano, se observa que después de la técnica educativa todas las gestantes de grado de instrucción primaria, secundaria y superior elevaron notablemente su nivel de conocimiento (0.0%, 15.29% y 84.71% respectivamente), demostrándose así la efectividad de la técnica educativa.

Cabe destacar que el mayor porcentaje de nivel de conocimiento bueno después de la técnica educativa (58.82%) lo obtuvieron las gestantes con grado de instrucción secundaria.

Grafico N° 11

Nivel de conocimiento sobre prevención bucal antes y después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, según grado de instrucción, Puno 2014.

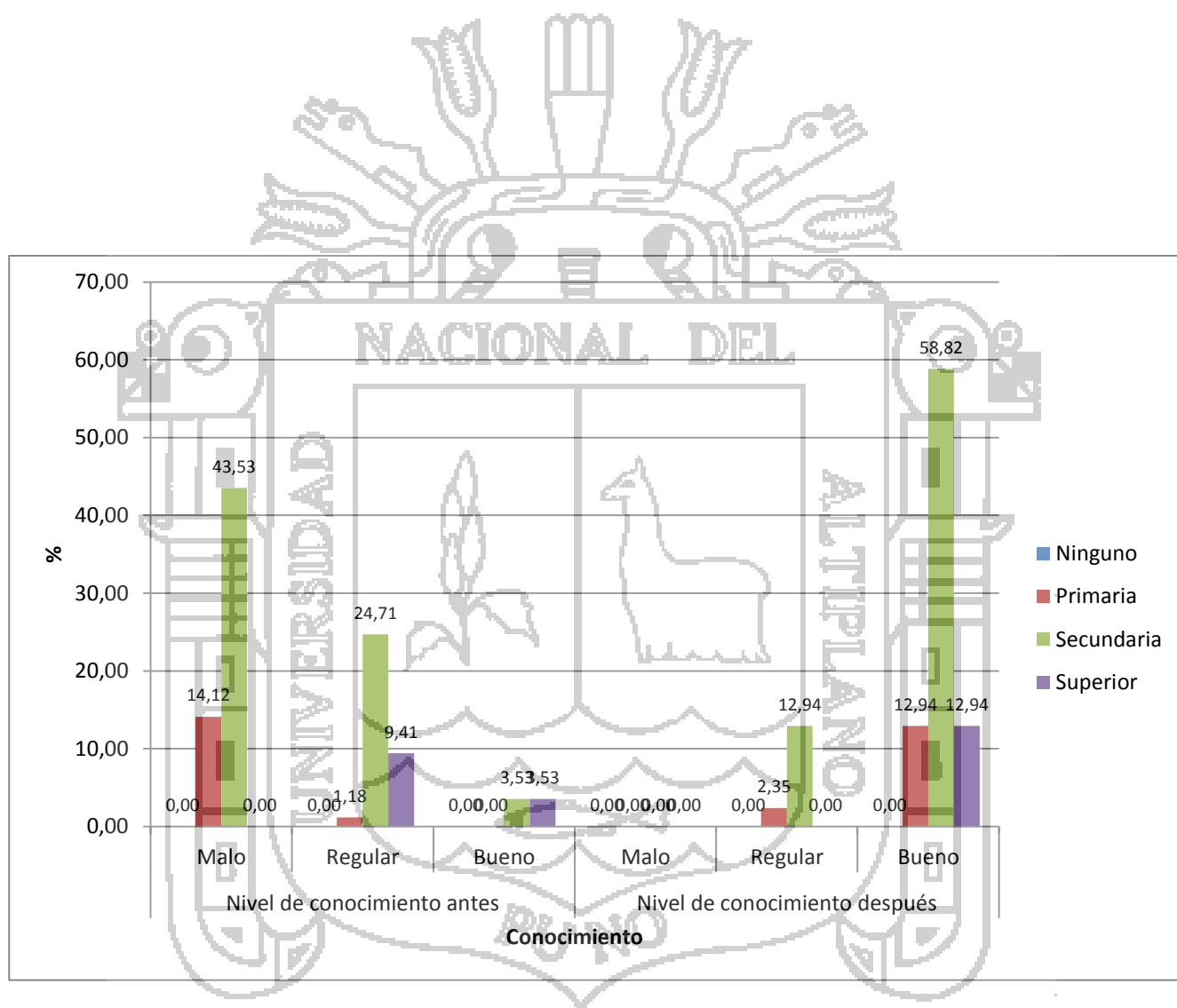


Tabla N° 12

Índice de higiene oral simplificado antes y después de la aplicación de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal en gestantes de la Micro Red Metropolitano; según grado de instrucción, Puno 2014

Grado de Instrucción	IHOS antes								IHOS después							
	Mala		Regular		Buena		Excelente		Mala		Regular		Buena		Excelente	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Primaria	9.00	10.59	3.00	3.53	1.00	1.18	0.00	0.00	3.00	3.53	5.00	5.88	5.00	5.88	0.00	0.00
Secundaria	35.00	41.18	18.00	21.18	8.00	9.41	0.00	0.00	6.00	7.06	24.00	28.24	31.00	36.47	0.00	0.00
Superior	6.00	7.06	4.00	4.71	1.00	1.18	0.00	0.00	2.00	2.35	4.00	4.71	5.00	5.88	0.00	0.00
Total	50.00	58.82	25.00	29.41	10.00	11.76	0.00	0.00	11.00	12.94	33.00	38.82	41.00	48.24	0.00	0.00

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

INTERPRETACION:

A l comparar el IHOS antes y después de la aplicación de la técnica educativa en gestantes de la Micro Red Metropolitano, se observa que todas las gestantes de grado de instrucción Primaria, secundaria y superior mejoraron notablemente su IHOS después de la aplicación de la técnica educativa.

También se observa que el mayor porcentaje de gestantes tenía un IHOS malo (58.82%) y después de la técnica educativa mejoraron su IHOS a regular y bueno (38.82% y 48.24% respectivamente).

Cabe destacar que el mayor porcentaje con IHOS bueno (36.47%) lo obtuvieron las gestantes con grado de instrucción secundaria.

Grafico N° 12

Índice de higiene oral simplificado antes y después de la aplicación de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal en gestantes de la Micro Red Metropolitano; según grado de instrucción, Puno 2014

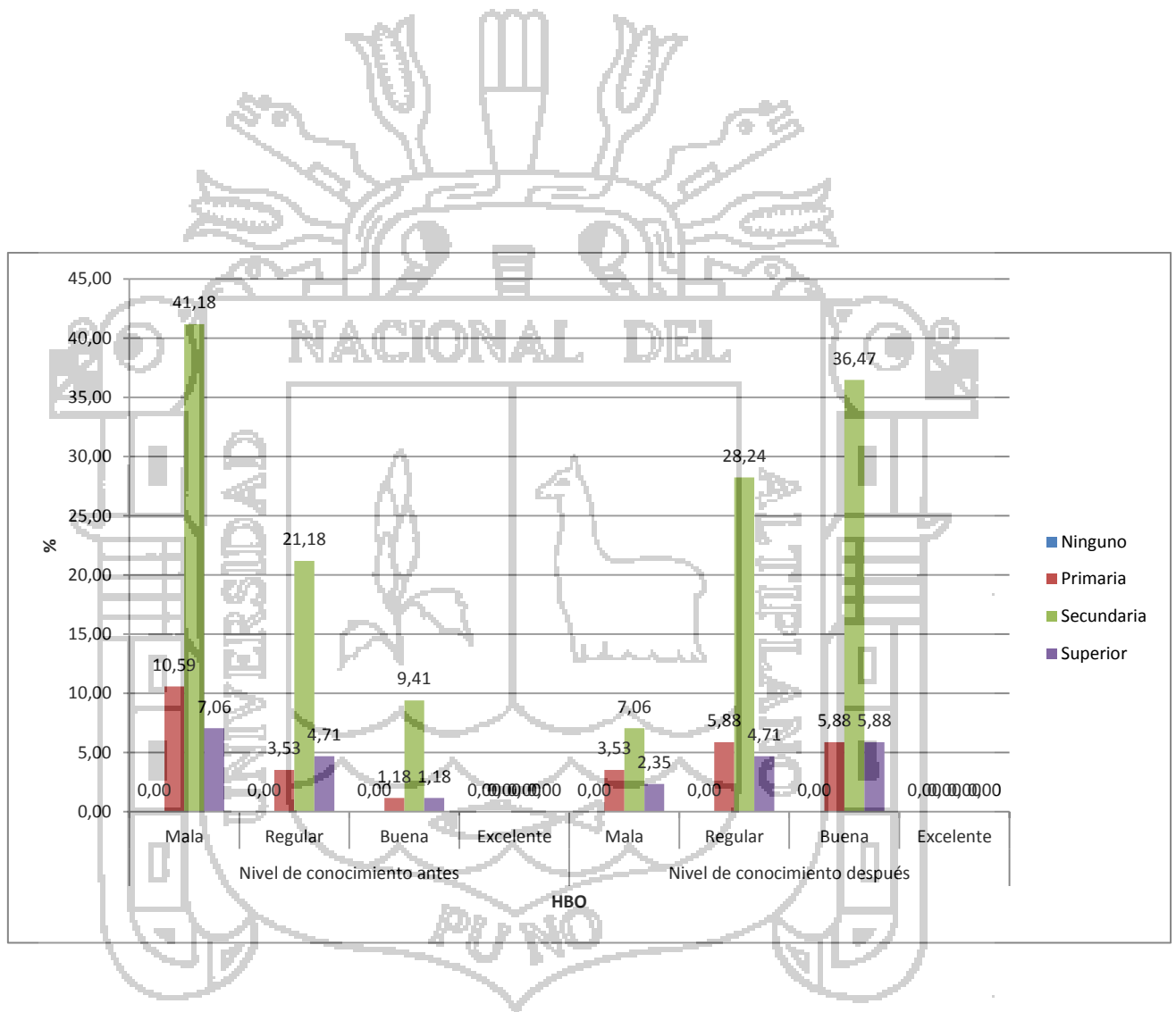


Tabla N° 13
Prueba de hipótesis de la diferencia pareada de los niveles de conocimiento sobre aspectos conceptuales de salud bucal preventiva antes y después de la aplicación de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal en gestantes del MICRO RED METROPOLITANO Puno 2013

n	Promedio de los conocimientos después de la aplicación de las técnicas educativas	Promedio de los conocimientos antes de la aplicación de las técnicas educativas	\bar{d}	S_D	$Z_c = \frac{\bar{d}\sqrt{n}}{S_D}$	Decisión Si $Z_c > Z_t$ se rechaza H_0 y se acepta H_1
85	$\bar{x}_D = 10.4235$	$\bar{x}_A = 4.0824$	5.34118	2.26018	21.787	Como $21.7872 > 1.645$ se rechaza H_0 y se acepta H_1 , a un nivel de significación del 5%.

FUENTE: Prueba sobre conocimientos en salud bucal antes y después de la técnica educativa.

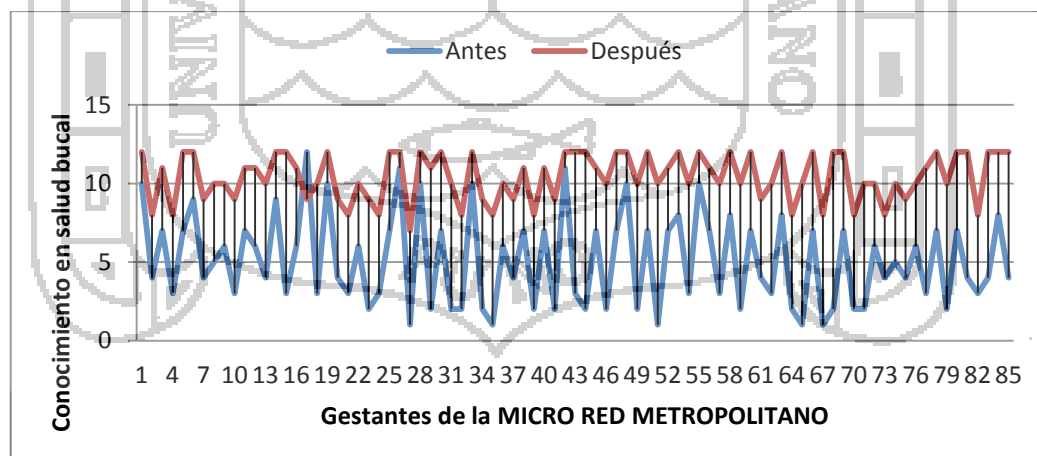
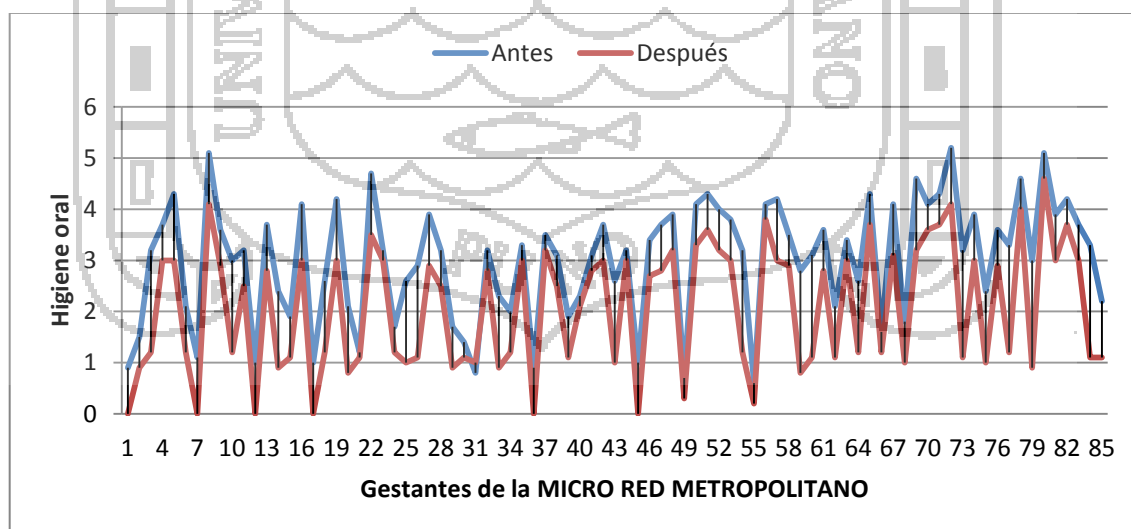


Tabla 14

Prueba de hipótesis de la diferencia pareada de los niveles de higiene bucal antes y después de la aplicación de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal en gestantes del MICRO RED METROPOLITANO Puno 2013

n	Promedio de la higiene bucal antes de la aplicación de las técnicas educativas	Promedio de la higiene bucal después de la aplicación de las técnicas educativas	\bar{d}	S_D	$Z_c = \frac{\bar{d}\sqrt{n}}{S_D}$	Decisión Si $Z_c > Z_t$ se rechaza H_0 y se acepta H_1
85	$\bar{x}_A = 3.0071$	$\bar{x}_D = 2.0718$	0.93529	0.53245	16.195	Como $16.195 > 1.645$ se rechaza H_0 y se acepta H_1 , a un nivel de significación del 5%.

FUENTE: Ficha clínica de IHO aplicada a gestantes





Hipótesis General

Dado que las técnicas educativas sobre prevención en salud bucal en gestantes influencia en el nivel de conocimiento e higiene bucal de las gestantes es probable que estas técnicas educativas sean efectivas.

Tabla 15

Prueba de hipótesis de la diferencia pareada de los niveles de conocimiento en salud bucal e higiene bucal antes y después de la aplicación de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal en gestantes del MICRO RED METROPOLITANO Puno 2013

n	Promedio de los conocimientos e higiene bucal después de la aplicación de las técnicas educativas	Promedio de los conocimientos e higiene bucal antes de la aplicación de las técnicas educativas	\bar{d}	S_D	$Z_c = \frac{\bar{d}\sqrt{n}}{S_D}$	Decisión Si $Z_c > Z_t$ se rechaza H_0 y se acepta H_1
85	$\bar{x}_D = 8.4706$	$\bar{x}_A = 2.9529$	5.51765	1.40248	36.272	Como $36.272 > 1.645$ se rechaza H_0 y se acepta H_1 , a un nivel de significación del 5%.

FUENTE: Prueba sobre conocimientos en salud bucal antes y después de la técnica educativa

Hipótesis Específicas 1

1. Planteamiento de la hipótesis

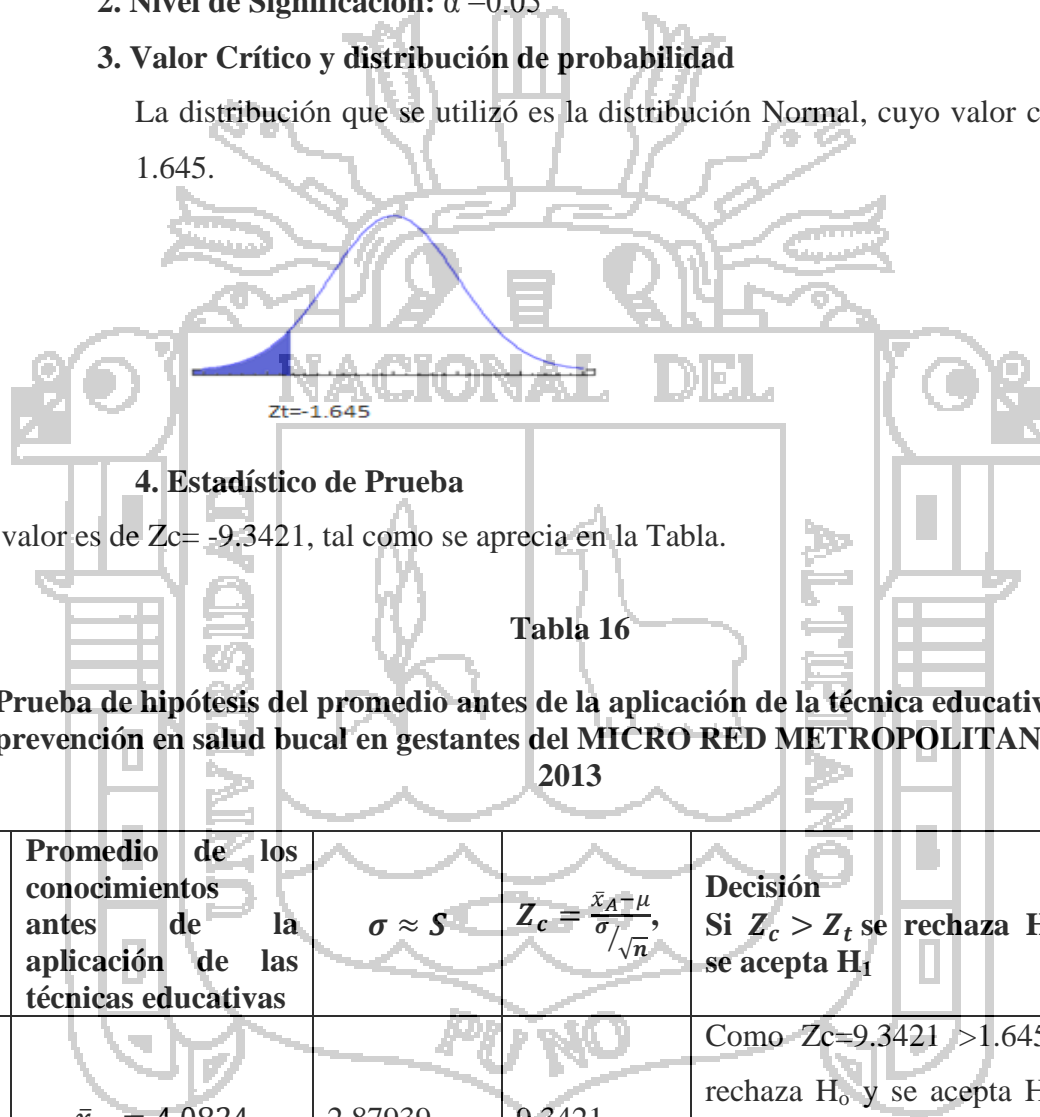
El nivel de conocimientos sobre aspectos conceptuales de salud bucal preventiva en las gestantes, es deficiente antes de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal.

$(H_1: \mu \leq 4)$

2. Nivel de Significación: $\alpha = 0.05$

3. Valor Crítico y distribución de probabilidad

La distribución que se utilizó es la distribución Normal, cuyo valor crítico es - 1.645.



4. Estadístico de Prueba

El valor es de $Z_c = -9.3421$, tal como se aprecia en la Tabla.

Tabla 16

Prueba de hipótesis del promedio antes de la aplicación de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal en gestantes del MICRO RED METROPOLITANO Puno 2013

n	Promedio de los conocimientos antes de la aplicación de las técnicas educativas	$\sigma \approx S$	$Z_c = \frac{\bar{x}_A - \mu}{\sigma / \sqrt{n}}$	Decisión Si $Z_c > Z_t$ se rechaza H_0 y se acepta H_1
85	$\bar{x} = 4.0824$	2.87939	9.3421	Como $Z_c = 9.3421 > 1.645$ se rechaza H_0 y se acepta H_1 , a un nivel de significación del 5%.

FUENTE: Prueba sobre conocimientos en salud bucal antes de la aplicación de las técnicas educativas

5. Decisión

Como $Z_c=9.3421 > Z_t=1.645$ se rechaza H_0 y se acepta H_1 , a un nivel de significación del 5%, por tanto se demuestra que las madres gestantes tenían un nivel de conocimiento deficiente.

Hipótesis Específicas 2

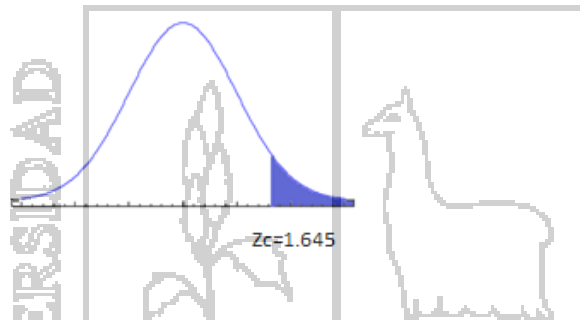
1. Planteamiento de la hipótesis

- El IHO en las gestantes, antes de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal, es deficiente. ($H_1: \mu \geq 3.1$)

2. Nivel de Significación: $\alpha = 0.05$

3. Valor Crítico y distribución de probabilidad

La distribución que se utilizó es la distribución Normal, cuyo valor crítico es 1.645.



4. Estadístico de Prueba

El valor es de $Z_c = 13.5888$, tal como se aprecia en la Tabla.

Tabla 17

Prueba de hipótesis del promedio antes de la aplicación de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal en gestantes del MICRO RED METROPOLITANO Puno 2013

n	Promedio de niveles de IHO antes de la aplicación de las técnicas educativas	$\sigma \approx S$	$Z_c = \frac{\bar{x}_A - \mu}{\sigma / \sqrt{n}}$	Decisión Si $Z_c > Z_t$ se rechaza H_0 y se acepta H_1
85	$\bar{x} = 3.1070$	1.1582	13.5888	Como $Z_c=13.5888 > 1.645$ se rechaza H_0 y se acepta H_1 , a un nivel de significación del 5%.

FUENTE: Prueba sobre el IHO antes de la aplicación de las técnicas educativas

5. Decisión

Como $Z_c=13.5888 > Z_t=1.645$ se rechaza H_0 y se acepta H_1 , a un nivel de significación del 5%, por tanto se demuestra que las madres gestantes tenían niveles de IHO deficientes.

Hipótesis Específicas 3

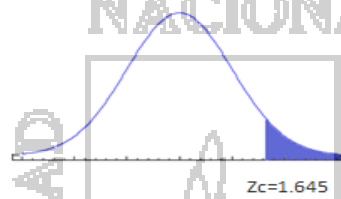
1. Planteamiento de la hipótesis

El nivel de conocimientos sobre aspectos conceptuales de salud bucal preventiva en las gestantes, después de la técnica educativa es bueno. ($H_1: \mu \geq 9$)

2. Nivel de Significación: $\alpha = 0.05$

3. Valor Crítico y distribución de probabilidad

La distribución que se utilizó es la distribución Normal, cuyo valor crítico es - 1.645.



4. Estadístico de Prueba

El valor es de $Z_c = 8.802$, tal como se aprecia en la Tabla.

Tabla 18

Prueba de hipótesis del promedio después de la aplicación de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal en gestantes del MICRO RED METROPOLITANO Puno 2013

n	Promedio de los conocimientos después de la aplicación de las técnicas educativas	$\sigma \approx S$	$Z_c = \frac{\bar{x}_A - \mu}{\sigma / \sqrt{n}}$	Decisión Si $Z_c > Z_t$ se rechaza H_0 y se acepta H_1
85	$\bar{x} = 10.4235$	1.4910	8.802	Como $Z_c = 8.802 > 1.645$ se rechaza H_0 y se acepta H_1 , a un nivel de significación del 5%.

FUENTE: Prueba sobre conocimientos en salud bucal después de las técnicas educativas

5. Decisión

Como $Z_c=8.802 > Z_t=1.645$ se rechaza H_0 y se acepta H_1 , a un nivel de significación del 5%, por tanto se demuestra que las madres gestantes tienen un nivel de conocimiento bueno después de la aplicación de las técnicas educativas.

Hipótesis Específicas 4

1. Planteamiento de la hipótesis

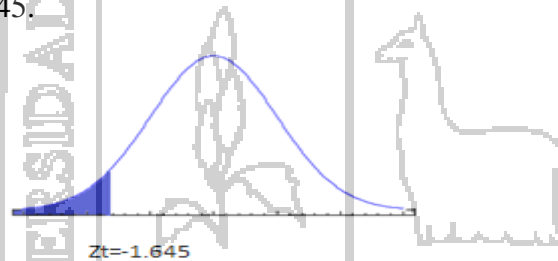
El IHO en las gestantes, después de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal es buena. ($H_1: \mu \leq 1.2$)

2. Nivel de Significación

$\alpha = 0.05$

3. Valor Crítico y distribución de probabilidad

La distribución que se utilizó es la distribución Normal, cuyo valor crítico es 1.645.



4. Estadístico de Prueba

El valor es de $Z_c = -6.95088$, tal como se aprecia en la Tabla.

Tabla 19

Prueba de hipótesis del promedio antes de la aplicación de la técnica educativa sobre prevención en salud bucal en gestantes del MICRO RED METROPOLITANO Puno 2013

n	Promedio de niveles de IHO antes de la aplicación de las técnicas educativas	$\sigma \approx S$	$Z_c = \frac{\bar{x}_A - \mu}{\sigma / \sqrt{n}}$	Decisión Si $Z_c < Z_t$ se rechaza H_0 y se acepta H_1
85	$\bar{x} = 2.07176$	1.2312	-6.9508	Como $Z_c = -6.9508 < -1.645$ se rechaza H_0 y se acepta H_1 , a un nivel de significación del 5%.

FUENTE: Prueba sobre conocimientos en salud bucal antes y después de las técnicas educativas

5. Decisión

Como $Z_c = -6.9508 < Z_t = -1.645$ se rechaza H_0 y se acepta H_1 , a un nivel de significación del 5%, por tanto se demuestra que las madres gestantes continúan teniendo niveles de IHO regulares.

5.2. DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio fue determinar la efectividad de la técnica educativa expositiva, tomando como muestra 85 gestantes comprendidas entre las edades de 17 a 55 años considerando también grado de instrucción, coincidiendo en estos parámetros con TORRES M.E. (8), quien señala que la técnica informativa también llamada expositiva es una de las técnicas de enseñanza más utilizada en educación para la salud, así en su estudio de investigación observó que la aplicación de esta técnica dirigida a los padres de personas con discapacidad mental redujo el IHO de 2.4 a 1.7 estadísticamente significativa, por lo que se prueba la eficacia de dicha técnica. Así, en la investigación que aquí se reporta, se encontró que luego de la aplicación de la técnica expositiva con el uso de material didáctico las madres obtuvieron un nivel de conocimiento bueno.

Nuestros resultados de los niveles de conocimiento después de la aplicación de la técnica educativa fueron buenos, que coinciden con FONTAINE O. (2008), (Chile) quien evaluó el estado clínico y el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en 80 mujeres embarazadas, la mayoría de las cuales sufría enfermedad gingival, halitosis y dolor al cepillado. El nivel de conocimientos al inicio fue inadecuado en la casi totalidad de la muestra. La fase interventora consistió en la realización de actividades grupales participativas utilizando los diferentes recursos disponibles de la comunidad. Al finalizar la intervención, los síntomas de la enfermedad gingival desaparecieron o se redujeron significativamente, y el nivel de conocimientos se elevó a un nivel adecuado en la mayor parte de las mujeres.

Pero discrepamos con MORALES O. (25), quien sostiene la importancia del uso de material didáctico y que éste debe estar confeccionado de acuerdo al tipo de técnica educativa que se utilizara, número de participantes, contenido de la exposición y entorno sociocultural; con la finalidad de mejorar la eficacia de la técnica en la educación de las gestantes, ya que observamos que nuestros resultados fueron favorables aun sin haber utilizado ningún tipo de material didáctico.

Respecto a nuestros resultados sobre el IHOS en las gestantes después de la aplicación de la técnica educativa fueron buenos que coinciden con DOBARGANES A. (2011), (Cuba); quien evaluó el impacto de una estrategia de intervención educativa en salud bucal para gestantes. Se realizó un estudio de intervención comunitaria en la Clínica Estomatológica Ignacio Agramonte, del municipio Camagüey, Cuba, desde enero hasta agosto de 2008 donde se detectó presencia de higiene bucal deficiente (83,3 %), al finalizar los resultados fueron buenos y la higiene bucal aceptable (88,3%).



5.3. CONCLUSIONES

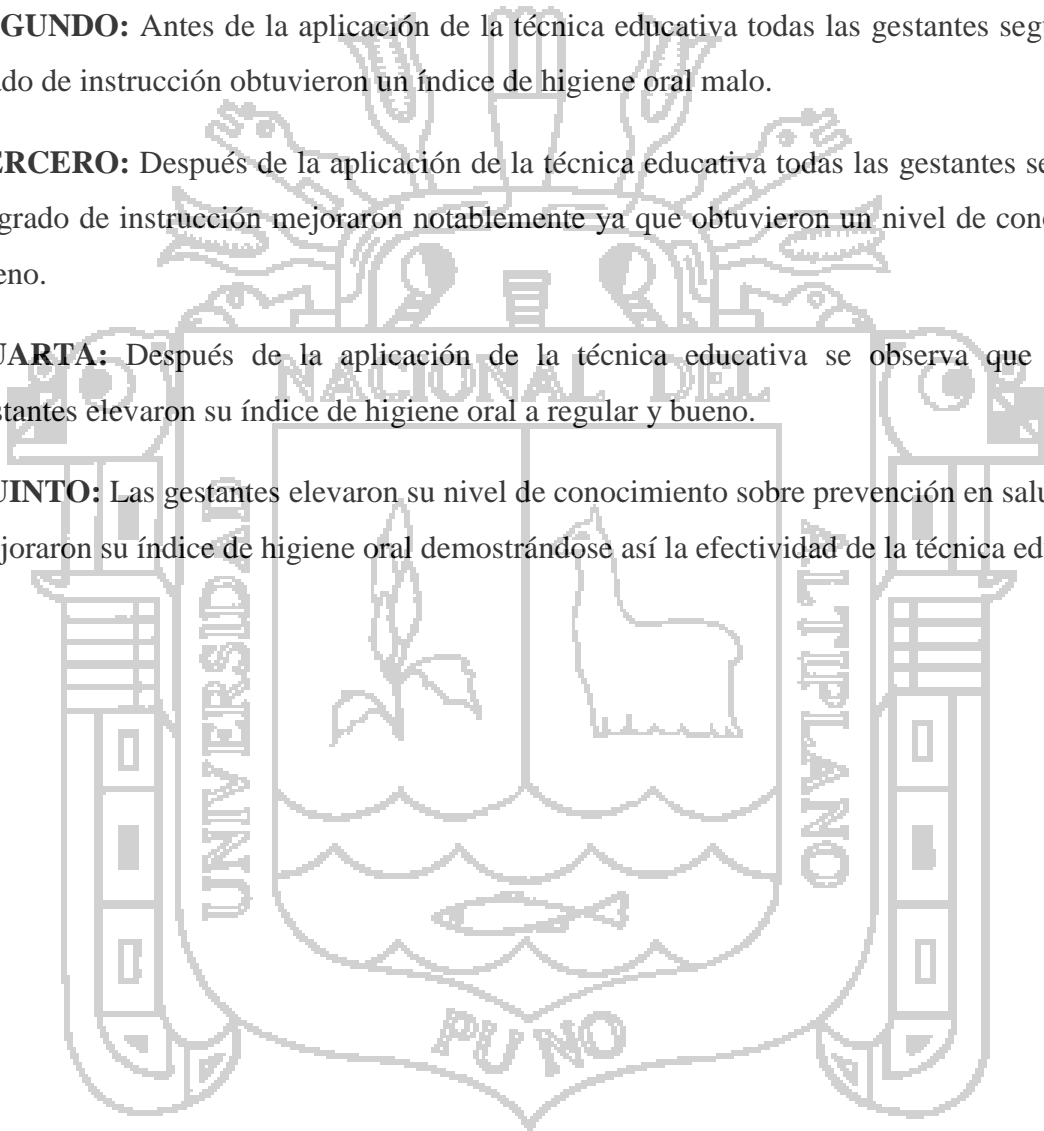
PRIMERA: Antes de recibir la técnica educativa expositiva las gestantes entre las edades de 30 a 55 años y de grado de instrucción primaria y secundaria obtuvieron un nivel de conocimiento malo y las gestantes con grado de instrucción superior tuvieron un nivel de conocimiento regular.

SEGUNDO: Antes de la aplicación de la técnica educativa todas las gestantes según edad y grado de instrucción obtuvieron un índice de higiene oral malo.

TERCERO: Después de la aplicación de la técnica educativa todas las gestantes según edad y grado de instrucción mejoraron notablemente ya que obtuvieron un nivel de conocimiento bueno.

CUARTA: Después de la aplicación de la técnica educativa se observa que todas las gestantes elevaron su índice de higiene oral a regular y bueno.

QUINTO: Las gestantes elevaron su nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y mejoraron su índice de higiene oral demostrándose así la efectividad de la técnica educativa.



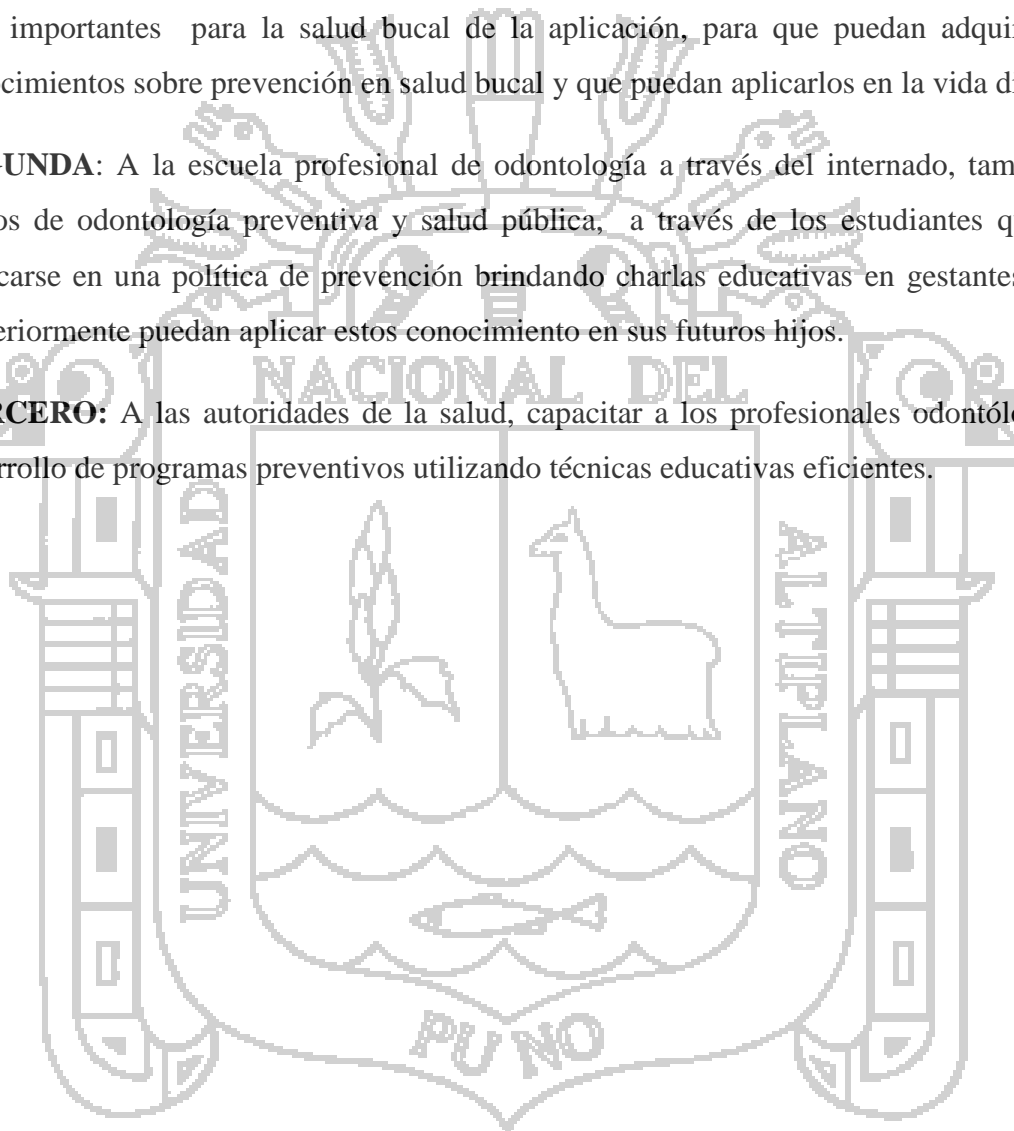
5.4. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta la actitud del presente trabajo de investigación las sugerencias son dirigidas a todas las personas que estén inmersas en promoción de la salud.

PRIMERA: A los profesionales de la salud en el área de la odontología desarrollar la aplicación de una técnica educativa, en las madres sobre salud bucal preventiva que son temas muy importantes para la salud bucal de la aplicación, para que puedan adquirir nuevos conocimientos sobre prevención en salud bucal y que puedan aplicarlos en la vida diaria.

SEGUNDA: A la escuela profesional de odontología a través del internado, también a los cursos de odontología preventiva y salud pública, a través de los estudiantes que puedan enfocarse en una política de prevención brindando charlas educativas en gestantes para que posteriormente puedan aplicar estos conocimiento en sus futuros hijos.

TERCERO: A las autoridades de la salud, capacitar a los profesionales odontólogos en el desarrollo de programas preventivos utilizando técnicas educativas eficientes.



5.5. BIBLIOGRAFIA

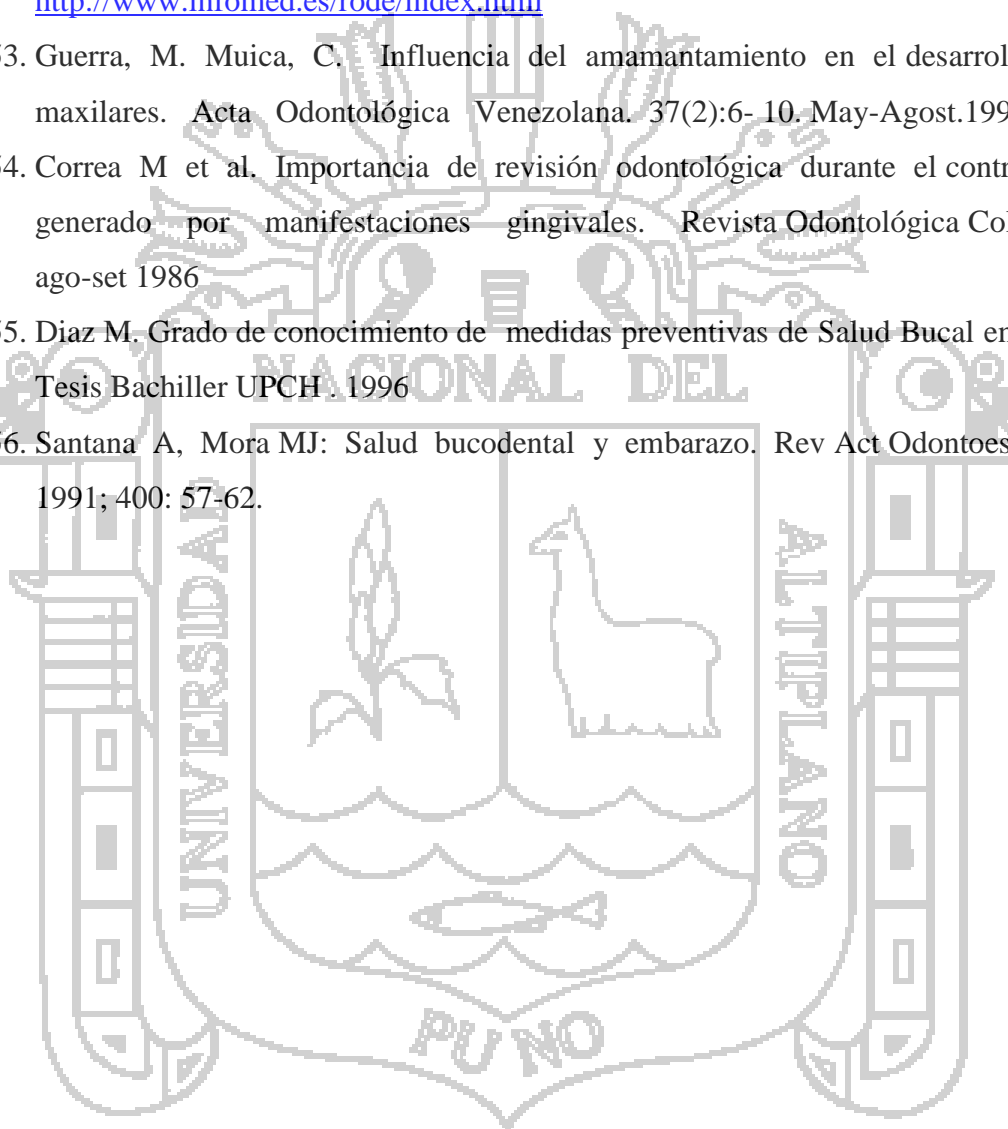
1. Dobarganes A. Intervención educativa en salud bucal para gestantes. Camagüey, Cuba. AMC 2011;15(3):143-145
2. Rojas I. Conocimientos, actitudes, prácticas y estado de salud oral de gestantes del sector rural que pertenecen al CESFAM de San Javier durante los meses de octubre y noviembre de 2010. [Tesis Bachiller Escuela de Odontología, Universidad de Talca (Chile)]. Disponible en: <http://dspace.otalca.cl/handle/1950/8498> (consulta: 10 jun 2012)
3. Fontaine O. Intervención psicológica en salud bucal en embarazadas. Rev. Psicología y Salud 2009;19(1):83-91.
4. Cordova J. Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, hospital de la mujer, Villahermosa, Tabasco. [Tesis Bachiller. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México 2007]. Fecha de acceso: 20/11/2013. Disponible en: http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2007_mayo_agosto/Nivel_de_conocimiento_sobre_prevenccion_de_salud_buca_en_gestantes.pdf (consulta: 1 jul 2012)
5. Valdez N. Evaluación cognoscitiva y capacitación sobre salud bucal en embarazadas del municipio Consolación del Sur 2007. Fecha de Acceso: 20/11/2013 Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos78/evaluacion-capacitacion-saludbocal-embarazadas/evaluacion-capacitacion-salud-bocalembarazadas.shtml>
6. Guerra M. E. et al. 2004. "Programa de Odontología Preventiva Dirigido a Bebés VIH (+) y verticalmente expuestos". Acta Odontológica Venezolana: 42: 3: 182-186.(7). Fecha de Acceso: 21/11/2013
7. Galarza, L. "Efectividad del Sistema Multimedia en la Motivación y Educación del Paciente. [Tesis USMP 1996]. Fecha de acceso: 21/11/2013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Torres M.E. "Efecto de un Programa Estomatológico Educativo Preventivo Dirigido a los Padres de niños con retraso mental en la UIGV". [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano-Dentista. Lima-Perú 2001. UIGV]
9. La Torre M. Gestantes primíparas y conocimiento del cuidado de salud Bucal infantil en el Hospital nacional Hipólito Unanue. [Tesis - Bachiller UPSM. 2001]

10. Arias C. Nivel de conocimiento sobre prevención de salud Oral en gestantes que acuden a 3 centros de salud de Lima de dic.95 a ene 96.[Tesis - Bachiller UNFV 2000].
11. Yncio S. Prevalencia de caries dental en relación al nivel de Conocimiento sobre medidas de higiene oral en primigestas y Multigestas que se atendieron en el policlínico Francisco Pizarro Essalud Rímac de marzo a mayo 2008. Tesis Bachiller UIGV, Lima Perú, 2008]. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/SELAYNCIOLOZADA.pdf> (consulta: 13 jun 2012)
12. Diaz M. Grado de conocimiento de medidas preventivas de Salud Bucal en gestantes. [Tesis Bachiller UPCH . 1996]
13. Velazquez Z. Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de enfermedades bucales en un grupo de madres gestantes del Instituto Peruano de Seguridad Social. [Tesis- Bachiller. UPCH. 1995]
14. Tuni J. Grado de conocimiento sobre prevención en salud bucal en primigestas del Hospital Manuel Nuñez Butron de Puno, Abril Mayo 2004. [Tesis para optar el grado de cirujano dentista]. Puno : Universidad Nacional del Altiplano; 2004.
15. Quispe B. Efectividad del método andragogico en el aprendizaje de salud bucal preventiva por las madres de niños preescolares que asisten al establecimiento de salud vallecito de la ciudad de Puno 2010 [Tesis para optar el grado de cirujano dentista], Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2010
16. Cuenca E.; Manau C.; Serra, L. “Odontología Preventiva y Comunitaria”. España, Editorial Masson S.A., 2da Ed., 1999.
17. Higashida B. “Odontología Preventiva”. México, Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2000.
18. Katz, S.; Donald, J. L.; Stookey, G. “Odontología Preventiva en Acción”. México, Editorial Médica Panamericana S.A., 3ra Ed., 1993
19. Ayala de la Vega, G. R. “Impacto Social de los Programas de Salud Oral en Mujeres Gestantes del Centro de Salud Carmen de la Legua Reynoso-Callao 2001”. Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Estomatología. Lima-Perú 2001. UNMSM.
20. Bordoni, N. et al. “Odontología Preventiva”. PRECONC. E.U.A., OPS- OMS; 2da Ed., 1993.
21. Álvarez, R. “Educación Para la Salud”. México, Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V., 1995.

22. Bernardo, J. y Bastecherthe, J. “Técnicas y Recursos Para Motivar a los Alumnos”. España, Editorial Rialp, 2da Ed., 1995.
23. Caries y embarazo: la importancia del control y la prevención. [serie en internet]. 2005 [citado: 13 sep 2005]; [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.buenasalud.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3027&ReturnCatID=22>
24. Rodríguez Chala HE, López Santana M. El embarazo. Su relación con la salud bucal. Rev Cubana Estomatol. [serie en Internet]. 2003 [citado: 13 sep 2005]; 40(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_2_03/est09203.htm
25. Morales O. “Eficacia de dos Técnicas Educativas: Informativa y Demostrativa dirigidas a padres de personas con Discapacidad mental en el Centro Ann Sullivan del Perú”. [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano-Dentista]. Lima-Perú 2006. UNMSM.
26. Vasquez, E. M. “Principios Y Técnicas De Educación Para Adultos”. Costa Rica. Editorial EUNED, 1985.
27. Ochoa, T. “Guía para Elaborar Material Didáctico en Educación, en Nutrición y Alimentación”. México, Departamento de Salud de la Universidad Iberoamericana, 2001.
28. Real Academia Española. “Diccionario de la Lengua Española”. 2002. 2 tomos. 22ª ed. España.
29. Gomez, S. Importancia de Hábitos de higiene Bucal en programas de promoción de Salud. Revista Odontológica Ciencia No 15, Argentina 1993.
30. Gonzaga, H. Buso, L. Intrauterine Dentistry: An integrated Model of Prevention. Brazilian Dental Journal. 12(2):139-142. 2001
31. Kohash, A. Pinfield, J. Oral Health- Educating mothers with young children. British Dental Journal 188:201-205.2000
32. Listgerdem M. Formation of dental plaque and other oral biofilms. En: Newman HN, Wilson M, eds. Dental Plaque revisited. Oral biofilms in health and disease. UK: BioLine;1999:187-210..
33. Pinkham J.R. Odontología Pediátrica. Nueva Editorial Interamericana. 162-64. 1991.
34. Rios D. Hábitos y elementos empleados en la higiene bucal en niños de 24-42 meses.[Tesis - Bachiller UPCH. 1996]
35. Jiménez Uley LN. Aplicación de acciones educativas para modificar factores de riesgo de caries dental en niños del Consultorio No. 40. Trabajo para optar por el Título de

- Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Instituto Superior de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay", Camagüey. 2005.
36. Lamas , M. Caries de la infancia temprana: etiología, factores de riesgo y prevención. *Profesión Dental*. 2(6):362-8. Jun 1999.
 37. Nahas P. Y Col. *Odontopediatría Na Primeira Infância*. 679(139-50) 1998
 38. Donald, R. *Odontología Pediátrica y del Adolescente*. 5ta edición. Editorial Panamericana. 1995
 39. La saliva. [serie en internet]. 2005 [citado: 13 sep 2005]: [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos6/adig/adig.shtml>
 40. Campodonico C. Relación entre el uso de fluoruros y prevalencia de caries dental en niños de 0-42 meses. [Tesis - Bachiller UPCH. 1997]
 41. Villena R. Concentración natural de fluoruros en aguas de consumo de Lima-Callao. [Tesis -Bachiller.UPCH. 1988].
 42. Vera Delgado MV, Martínez Beneyto Y, Pérez Lajarín L, Fernández Guillart A, Maurandi López A. Nivel de salud bucal de la mujer embarazada de la comunidad autónoma de la región de Murcia. *Odontología Preventiva*. 2010;2(1):1-7.
 43. Little J, Falace D: *Odontología en pacientes con patología previa* , Ed. Medici. Barcelona, 1986.
 44. Leverett D, Adair S, y otros: Randomized clinical trial of the effect of prenatal fluoride supplements in preventing dental caries. *Caries Research*. 1997; 31:174-179.
 45. Zambrano F. Relación entre cronología y secuencia de erupción en infantes de 0-42 meses y estado nutricional de sus madres durante el embarazo. [Tesis -Bachiller. UPCH 1996]
 46. Little, J W. *Gestación y Lactancia. Tratamiento odontológico del Paciente bajo tratamiento medico*. Quinta edición. 668 (434-41). 1998.
 47. Larios , M. Relación entre la dieta de la madre durante el embarazo y el nivel de caries en hijos de 6-42 meses que acudieron a los servicios de Pediatría de dos Policlínicos del IPSS y HNCH en los meses dic 1995- ene.1996. [Tesis-Bachiller UPCH 1996]
 48. Nakamoto, M. Defectos del esmalte en dientes temporales de niños con desnutrición fetal. [Tesis – Bachiller UPSM 2001]
 49. Rodríguez M. Pimentel E. Puede la leche Humana llegar a producir caries, como y porque?. *Acta Odontológica Venezolana* 36(1): 39-45. 1998

50. Casaretto H. Contenido de hidratos de carbono en lácteos y comidas envasadas para lactantes. Boletín de la Asociación Argentina de Odontología para Niños. 25(2):18-21. Mar.1996
51. Holdings LC. Caries y Embarazo: La importancia del Control y la Prevención. Copyright 2000-2002. Bibliomed. <http://www.buenasalud.com>
52. Lopez J. Consideraciones en el tratamiento odontoestomatológico de la mujer embarazada. Operatoria Dental y Endodoncia 1998; 2(3):11 <http://www.infomed.es/rode/index.html>
53. Guerra, M. Muica, C. Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. Acta Odontológica Venezolana. 37(2):6- 10. May-Agost.1999
54. Correa M et al. Importancia de revisión odontológica durante el control prenatal generado por manifestaciones gingivales. Revista Odontológica Colombia julio-set 1986
55. Diaz M. Grado de conocimiento de medidas preventivas de Salud Bucal en gestantes. Tesis Bachiller UPCH. 1996
56. Santana A, Mora MJ: Salud bucodental y embarazo. Rev Act Odontoestomat Esp. 1991; 400: 57-62.



ANEXOS



ANEXO N° 1

Cuestionario sobre nivel de conocimiento en medidas de higiene oral**Introducción**

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de este serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento sobre medidas de higiene oral en gestantes, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta con una sola respuesta de manera veraz.

Datos generales:

Instrucciones

Lea cuidadosamente cada pregunta del cuestionario y marque con una (x) dentro del paréntesis la respuesta que crea conveniente, por favor conteste solo una respuesta.

- Edad _____ años
- Tengo _____ meses de embarazo
- Grado de instrucción

Ninguno () primaria
()

Secundaria () Superior
()

Datos específicos:

1.- Ha visitado alguna vez al dentista: Sí () no ()

2.- Actualmente recibe tratamiento odontológico

Si () no ()

3.- Responda el motivo por el cual usted no asiste al dentista (solo responda esta pregunta, si es que usted no esta asistiendo actualmente al dentista.

Por que estoy gestando ()

Por que no me duele ningún diente () Por
miedo ()

Motivos económicos () Falta de
tiempo ()

No me reciben en mi estado ()

Otros () especifique.....

I.- Elementos de higiene oral

1.- ¿Cuáles considera usted que son elementos de higiene oral?

- a) dulces, cepillo dental, pasta dental ()
- b) flúor, pasta dental, hilo dental ()
- c) cepillo dental, hilo dental, pasta dental, enjuagues bucales ()
- d) no sé ()

2.- ¿Principalmente cuando cree usted que debe cepillarse los dientes?

- a) antes de las comidas () b)
- después de las comidas () c) sólo al
- acostarse () d) sólo al
- levantarse () e) no sé
- ()

3.- ¿Cada cuanto tiempo debería cambiar su cepillo dental?

- a) cada 6 meses () b)
- cada 12 meses () c) cada 3
- meses () d) no sé
- ()

II.- Función de los elementos de higiene oral

1.- La pasta dental:

- a) es un líquido que se usa después del cepillado para disminuir las bacterias en boca y dar sensación de limpieza y frescura. ()
- b) Es una crema que se utiliza en el cepillo dental para ayudar a la eliminación de los restos alimenticios. ()
- c) Sirve para retirar restos de alimentos acumulados entre diente y diente. ()
- d) no sé ()

2.- El hilo dental:

- a) Es una crema que se utiliza en el cepillo dental para ayudar a la eliminación de los restos alimenticios. ()
- b) Es un líquido que se usa después del cepillado para disminuir las bacterias en boca y dar sensación de limpieza y frescura. ()
- c) Sirve para retirar restos de alimentos acumulados entre diente y diente. ()
- d) no sé ()

3.- El enjuague bucal:

- a) es un líquido que se usa después del cepillado para disminuir las bacterias en boca y dar sensación de limpieza y frescura. ()
- b) Sirve para retirar restos de alimentos acumulados entre diente y diente. ()
- c) Es una crema que se utiliza en el cepillo dental para ayudar a la eliminación de los restos alimenticios. ()
- d) no sé ()

III.- Patologías bucales relacionadas con higiene bucal

1.- La placa bacteriana es:

- a) restos de dulces y comidas ()
- b) manchas blanquecinas en los dientes ()
- c) restos de alimentos y microorganismos ()
- d) no sé ()

2.- ¿Qué es la caries?

- a) es una picadura en los dientes ()
- b) es una enfermedad infectocontagiosa ()
- c) es un dolor en la boca ()
- d) no sé ()

3.- La enfermedad periodontal es:

- a) el dolor de diente ()
- b) la enfermedad en las encías ()
- c) inflamación del labio ()
- d) no sé ()

IV.- Técnicas de higiene oral:

1.- Ha recibido alguna vez la enseñanza de una técnica de cepillado:

- a) Sí ()
- b) No ()
- c) Tal vez ()

2.- ¿Cuántas veces se cepilla al día?

- a) 1 vez ()
- b) 2 veces () c) 3 veces () d) ninguna ()

3.- ¿Qué características debe tener un cepillo dental? a) cerdas de dos colores y el mango sea recto () b) que las cerdas sean duras y de un solo color ()

c) que las cerdas sean rectas y el mango también ()

d) que las cerdas sean rectas y el mango curvo ()

GRACIAS





ANEXO N° 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA

FICHA CLINICA DE IHO

Nombres y Apellidos.....

Sexo.....

Edad.....

Dirección.....

Examinador..... Fecha:.....

Cód.	Depositos blandos
0	Sin depositos blandos
1	Depositos blandos cubriendo hasta 1/3 de la superficie
2	Depositos blandos cubriendo mas de 1/3 de la superficie
3	Depositos blandos cubriendo mas de 2/3 de la superficie

- IPB: n° de 1/3 sombreados en rojo
6 (n° de dientes examinados)
- IC: n° de 1/3 sombreados en rojo
6 (n° de dientes examinados)
- IHOS= IPB + IC
- Resultado:
- Los resultados obtenidos se valoran según la siguiente escala:
- 0.0 a 1.2= Buena higiene bucal
- 1.3 a 3.0=Higiene bucal regular
- 3.1 a 6.0= mala higiene bucal

RESULTADOS:

ANEXO N° 3

Puno.... de.....del 2014

Señor Director(a).....

Estimado (a).....

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y manifestarle que debido a que me encuentro realizando mi proyecto de investigación titulado “**efectividad de programas preventivos sobre salud bucal en gestantes del MR METROPOLITANO Puno 2013-2014.** Se realiza con el fin de aportar información sobre la efectividad de técnicas educativas en la prevención. Para seleccionar e implementar estrategias en prevención y tratamiento de las enfermedades bucales más conocidas en gestantes, lo cual aportará a mejor calidad de vida en esta etapa . Por eso es que le solicito a usted permiso para poder ejecutar dicho estudio de investigación en el centro de salud que usted está a cargo.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterarle a usted los sentimientos de mi especial consideración y estima.

DAINA KATIUSKA LOPEZ QUISPE

Bachiller De Odontología De La

UNA-PUNO

Dra. SONIA MACEDO VALDIVIA

Asesora de Tesis

ANEXO 4**CONSENTIMIENTO INFORMADO****EFFECTIVIDAD DE TECNICAS EDUCATIVAS SOBRE PREVENCION EN SALUD BUCAL EN GESTANTES DE LA MICRO RED METROPOLITANO PUNO 2013- 2014**

La presente investigación es conducida por la Bachiller de Odontología de la UNA – PUNO. Daina Katiuska Lopez Quispe. El propósito de este estudio es determinar la efectividad de técnicas educativas sobre prevención en salud bucal en gestantes de la Micro red Metropolitano Puno, Se realiza con el fin de aportar información sobre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y la higiene bucal que presentan las gestantes.. Para seleccionar e implementar estrategias en prevención y tratamiento de las enfermedades bucales en gestantes, lo cual aportará a mejor calidad de vida en esta etapa.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá que llene un test / cuestionario y posteriormente se procederá a evaluar su higiene bucal, el cual no perjudicará su salud.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Puede contactar al Bachiller de Odontología de la UNA – PUNO. Daina Katiuska Lopez Quispe. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Mg. Sonia Macedo Valdivia, He sido informado (a) de que la meta de este estudio es determinar de aportar información sobre el nivel de conocimiento e higiene bucal de las gestantes de la Micro Red Metropolitano Puno.

Reconozco que la información que se obtenga en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin

que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Bachiller de Odontología de la UNA – PUNO. Daina Katuska Lopez Quispe al teléfono 951832126.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Firma de la Gestante

Fecha



ANEXO 5

Puno.... de.....del 2014

Señor Jefe del Departamento de Estomatología:.....

.....

Estimado (a).....

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y manifestarle que debido a que me encuentro realizando mi proyecto de investigación titulado “ efectividad de programas preventivos sobre salud bucal en gestantes del MR METROPOLITANO Puno 2013-2014. Se realiza con el fin de aportar información sobre la efectividad de técnicas educativas en la prevención. Para seleccionar e implementar estrategias en prevención y tratamiento de las enfermedades bucales más conocidas en gestantes, lo cual aportará a mejor calidad de vida en esta etapa . Por eso es que le solicito a usted permiso para poder ejecutar dicho estudio de investigación en los establecimientos del servicio de estomatología.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterarle a usted los sentimientos de mi especial consideración y estima.

DAINA KATIUSKA LOPEZ QUISPE

Dra. SONIA MACEDO VALDIVIA

Bachiller De Odontología De La

Asesora de Tesis