

# Universidad Católica de Santa María

## Facultad de Odontología

### Escuela Profesional de Odontología



**“INFLUENCIA DE LA CAPACITACIÓN EXPLICATIVA-DEMOSTRATIVA Y SÓLO EXPLICATIVA DEL CEPILLADO BUCAL EN EL IHO-S EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD ALTO INCLAN, MOLLENDO-ISLAY, 2018”**

Tesis presentada por la Bachiller:

**Rodríguez Nuñez, Endy Yeraldine**

Para optar el Título Profesional de:

Cirujana Dentista

**Asesor:**

**Dra. Barriga Flores, María del Socorro**

**Arequipa – Perú**

**2020**

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA  
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

DRA SEREY PORTILLA MIRANDA

**BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 131**

Vista la solicitud que presenta don (ña **ENDY YERALDINE RODRIGUEZ NUÑEZ** sobre el dictamen de la Tesis titulada **INFLUENCIA DE CAPACITACIÓN EXPLICATIVA DEMOSTRATIVA Y SOLO EXPLICATIVA DEL CEPILLADO BUCAL EN EL IHO-S EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD ALTO INCLAN MOLLENDO ISLAY 2018.** y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DRA SEREY PORTILLA MIRANDA  
DR ALBERTO FIGUEROA BANDA  
DRA MARIA EUGENIA GAMA CONTRERAS

Arequipa, 10 DE DICIEMBRE del 2018

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

DR. HERBERT GALLEGOS VARGAS  
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

*Se. Decano de la Facultad de Odontología, habiendo revisado el presente Borrador de tesis se dan las siguientes indicaciones: Fotografía, estructura formal del proyecto. Técnica e instrumentos*

*Habiendo realizado las correcciones antes indicadas, se da pase para que continúe con el trámite.*

Arequipa, 2018 *08/05/18*

CEBECORINAS S.A.C. R.L.C. 20145116988 TELEFONO 084 - 225836 / TELEFAX 054 - 283769 - AREQUIPA

(5154) 251210

(5154) 252542

ucsm@ucsm.edu.pe

http://www.ucsm.edu.pe

0024356

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA  
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

DR ALBERTO FIGUEROA BANDA

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 131

Vista la solicitud que presenta don(ña ENDY YERALDINE RODRIGUEZ NUÑEZ sobre el dictamen de la Tesis titulada **INFLUENCIA DE CAPACITACIÓN EXPLICATIVA DEMOSTRATIVA Y SOLO EXPLICATIVA DEL CEPILLADO BUCAL EN EL IHO-S EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD ALTO INCLAN MOLLENDO ISLAY 2018.** y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DRA SEREY PORTILLA MIRANDA  
DR ALBERTO FIGUEROA BANDA  
DRA MARIA EUGENIA GAMA CONTRERAS

Arequipa, 10 DE DICIEMBRE del 2018

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA  
  
DR. HERBERT GALLEGOS VARGAS  
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

*poner Pis de Pagina de Acuerdo a Regls interseccionales*  
*Mejorar hipotesis*  
*A-phori. criterios de inclusion*  
*por Matriz*  
*por ficha de Evaluacion* } *anexos*  
*Actualizar Bibliografía* } *11/1/18*

*Vistos los anexos se*  
*da pase a la sustentación*   
*2019/01/03*

Arequipa, 2018 *12/13*

CEISOFORMAS S.A. C.R.L.C. 20464116298 TELEFONO: 054 - 2228281 TELEFAX: 054 - 2222281 AREQUIPA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

DRA MARIA EUGENIA GAMA CONTRERAS

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 131

Vista la solicitud que presenta don(ña ENDY YERALDINE RODRIGUEZ NUÑEZ sobre el dictamen de la Tesis titulada **INFLUENCIA DE CAPACITACIÓN EXPLICATIVA DEMOSTRATIVA Y SOLO EXPLICATIVA DEL CEPILLADO BUCAL EN EL IHO-S EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD ALTO INCLAN MOLLENDO ISLAY 2018.** y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DRA SEREY PORTILLA MIRANDA  
DR ALBERTO FIGUEROA BANDA  
DRA MARIA EUGENIA GAMA CONTRERAS

Arequipa, 10 DE DICIEMBRE del 2018

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
*H. Albergos*  
DR. HERBERT CALLEGOS VARGAS  
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

- ① Revisar, en todo el documento, la ortografía: uso de mayúsculas, tildes etc
  - ② Justificar el texto del Marco Teórico mucho párrafo.
  - ③ Reducir Marco Teórico: sólo lo relacionado a variables desde pág 2.2 no es necesario tanto informar
  - ④ Hay parte de Marco Teórico: como IHO-S que pueden ser técnicas
  - ⑤ Párrafo Finales en embargo NO es necesario
  - ⑥ Muy importante. No hay en esta la Ficha de Observación. No está la Ejecución de Variables
  - ⑦ No hay calificación
  - ⑧ No hay Conclusiones Informales
  - ⑨ No se explica la Técnica Explicativa y Explicativa demostrativa
  - ⑩ No hay Informe de Validación
  - ⑪ Las Conclusiones se explican nuevamente
- Arequipa, 2018 30 Abril.  
*M. Eugenia Gama*  
Se sugiere proceder con trámites correspondientes para su sustentación

CESOPFORMAS S.A.C R.U.C. 2056158698 TELEFONO: 054 - 2726288 / TELEFAX: 054 - 2825293 AREQUIPA

## DEDICATORIA

Al santísimo salvador, por estar siempre a mi lado con su amor infinito, fortaleciendo mi corazón en cada momento de tristeza y debilidad.

A mis abuelitos, REMIGIO Y VITORINA que desde el cielo me cuidan en todo momento, ejemplos de valores y virtudes que son dignos de imitar.

A mis padres VALENTÍN Y LUZGARDA, a mi amado hijo, PIERO, a mi esposo ELVIS, que al enterarse que ya llegó el momento de continuar con mis proyectos profesionales, me alentaron a realizarlos en todo momento.

A mis doctores, que fueron las personas que me dieron los conocimientos que hoy tengo; además de estar presentes en este proyecto dándome su apoyo, consejos invaluable en cada paso de mi proyecto.

Estoy muy agradecida con cada uno de ustedes, por haberme brindado su apoyo, colaboración, cariño y preocupación.

## EPIGRAFE



*Si tienes una pasión, sí realmente crees en algo, esfuérzate y podrás hacer posible las cosas con las que has soñado.*

*Norman Foster.*

## RESUMEN

Las enfermedades bucales constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población. La reducción de la frecuencia de estas enfermedades se logrará con el esfuerzo del profesional de salud incrementando las actividades de promoción, prevención y educación sanitaria, donde desempeña una relevante función la educación para la salud, por cuanto influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos, grupos y colectividades

En el presente trabajo se realizó un estudio comparativo para evaluar la influencia de dos métodos educativos en el índice de higiene oral simplificado de desechos blandos (I.H.O.S.(DI-S)) en gestantes del centro de Salud Alto Inclán, como métodos didácticos para fortalecer los conocimientos en salud bucal y en consecuencia mejorar los hábitos de higiene bucal.

La población de estudio estuvo conformado por 30 gestantes con las cuales se formaron dos grupos, asignados al azar, se evaluó el índice de higiene oral simplificado de desechos bucales de Greene y Vermillion antes y después de la aplicación de los métodos educativos, uno explicativo demostrativo y otro sólo explicativo; se analizaron los resultados y se pudo determinar que hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto que el método explicativo demostrativo tuvo una mejor influencia en el I.H.O.S.(DI-S) a diferencia del método sólo explicativo.

**Palabras claves:** higiene oral, salud bucal.

## ABSTRACT

Oral diseases are a major health problem because of its high prevalence, public demand and strong impact on individuals and society in terms of pain, discomfort, limitations and social and functional disability, as well as its effect on quality of life of the population. Reducing the frequency of these diseases will be achieved through the efforts of professional health by increasing advocacy, prevention and health education, which plays an important role the health education, because a favorable influence on knowledge, attitudes and behaviors of individuals, groups and communities

In this paper a comparative study was conducted to evaluate the influence of two educational methods in the simplified oral hygiene index soft waste (IHOS (DI-S)) of the health center highInclánin pregnant women, as teaching methods to strengthen knowledge on oral health and consequently improve oral hygiene habits.

The study population consisted of 30 pregnant women with which two groups randomized formed, the index simplified oral hygiene of oral debris Greene and Vermillion before and after application of educational methods were evaluated, one Explanatory demonstration and another single explanatory; the results were analyzed and it was determined that there were statistically significant differences in the Explanatory demonstrative method had better influence on the I.H.O.S. (DI-S) unlike the single explanatory method.

**Keywords:** oral hygiene, oral health.

## INTRODUCCIÓN

Para promover comportamientos y actitudes saludables que aseguren la salud del individuo y en especial de la gestante debemos tener en cuenta que las personas necesitan tener la información sobre qué hacer y cómo hacerlo. La información es importante para modificar hábitos nocivos y transformarlos en saludables.

Durante el embarazo se producen grandes modificaciones fisiológicas en el organismo que pueden conllevar a la aparición de trastornos en el estado de salud bucal, pero el embarazo por sí sólo no es capaz de provocar enfermedad, es necesaria la influencia de otros factores, fundamentalmente de tipo conductuales relacionados con el estilo de vida, que junto con los factores biológicos condicionan la aparición y agravamiento de enfermedades bucales.

Existe gran influencia cultural, que influye sobremanera en los cuidados de salud de un individuo, debido a estos criterios fuertemente arraigados en la población, las embarazadas han aprendido a aceptar todas aquellas alteraciones que indiscutiblemente pueden surgir en la cavidad bucal, considerándolas como un fenómeno "normal e inevitable" en esta etapa de la mujer gestantes.

Como es de conocimiento, el Biofilm juega un papel importante en la etiología de enfermedades orales en las Gestantes como caries, gingivitis y enfermedad periodontal. Sin duda, el método preventivo más importante para evitar la formación de Biofilm es el correcto y frecuente cepillado de dientes y uso adecuado de seda dental.

De acuerdo a lo antes mencionado, es importante considerar la enseñanza de la técnica de cepillado dental en Gestantes, utilizando métodos explicativos, demostrativos, que favorezcan y faciliten el aprendizaje.

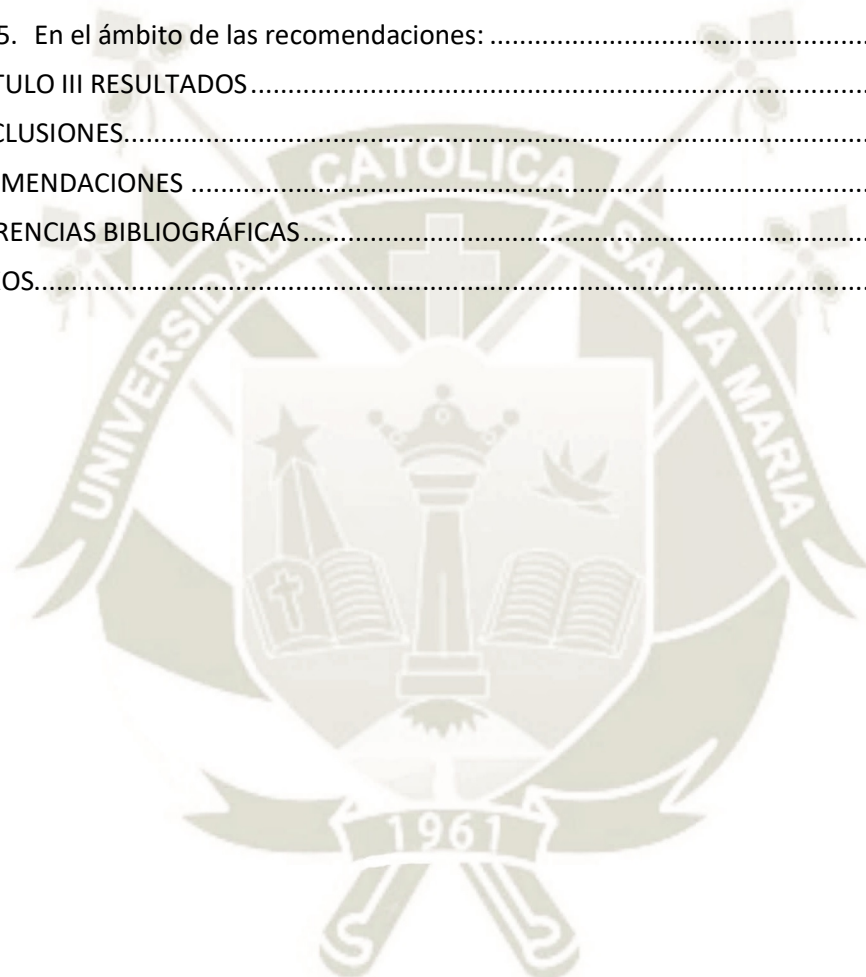
Con la presente investigación se pretende comparar dos métodos de enseñanza de la técnica de cepillado dental, siendo éstos: el demostrativo-explicativo y el explicativo, con el objetivo principal de determinar cuál de ellos es el más efectivo para lograr un mejor control del Biofilm bucal en Gestantes.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	iv
ABSTRACT .....	v
INTRODUCCIÓN .....	vi
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO .....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	2
1.1. Determinación del problema .....	2
1.2. Enunciado del problema .....	2
1.3. Descripción del problema .....	2
1.3.1. Área del conocimiento .....	2
1.3.2. Operacionalización de variables .....	3
1.3.3. Interrogantes básicas .....	3
1.3.4. Taxonomía de la Investigación .....	4
1.4. Justificación .....	4
1.4.1. Relevancia Científica .....	4
1.4.2. Relevancia Social: .....	4
1.4.3. Relevancia Humana .....	4
1.4.4. Originalidad .....	4
1.4.5. Actual .....	5
1.4.6. Interés Personal .....	5
1.4.7. Viabilidad .....	5
2. OBJETIVOS .....	5
3. MARCO TEÓRICO .....	6
3.1. Conceptos básicos .....	6
3.1.1. Prevención en salud bucal .....	6
3.1.2. Placa bacteriana .....	6
3.1.3. Control de placa bacteriana .....	7
3.1.3.1. Control de la placa bacteriana .....	14
3.1.4. Metodología de la educación para la salud .....	16
3.1.5. Planificación en educación para la salud. ....	26
3.1.5.1. Plan de Enseñanza. ....	26
3.1.5.2. Planificación de la Charla o Exposición. ....	26
3.1.5.3. Evaluación de la Educación para la salud. ....	27
3.1.6. Atención estomatológica en la Gestante .....	28
3.1.6.1. Manejo de la ansiedad frente a la atención odontológica .....	28
3.1.6.2. Periodo más adecuado para la atención odontológica .....	29
3.1.6.3. Medicamentos durante el embarazo .....	30

3.2. Antecedentes Investigativos.....	30
4.    HIPÓTESIS .....	31
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....	32
1.    TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN .....	33
1.1. TÉCNICA.....	33
1.1.1. Precisión de la técnica .....	33
1.1.2. Esquematización .....	33
1.1.3. Descripción de las técnicas.....	33
1.1.3.1. Técnica de observación documental.....	33
1.1.3.2. Técnica de observación Clínica intraoral.....	33
1.2. INSTRUMENTOS .....	34
1.2.1. Instrumento documental:.....	34
1.2.2. Instrumentos mecánicos: .....	34
1.3. MATERIALES .....	34
2.    CAMPO DE VERIFICACIÓN .....	35
2.1. UBICACIÓN ESPACIAL .....	35
2.2. UBICACIÓN TEMPORAL .....	35
2.3. UNIVERSO.....	35
2.3.1. Universo Cualitativo .....	35
2.3.1.1. Criterios de Inclusión .....	35
2.3.1.2. Criterios de Exclusión.....	35
2.3.2. Universo Cuantitativo.....	35
2.3.3. Temporalidad .....	36
2.3.4. Tamaño del Universo .....	36
3.    ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	36
3.1. ORGANIZACIÓN .....	36
3.2. RECURSOS .....	36
3.2.1. Recursos humanos: .....	36
3.2.2. Recursos institucionales:.....	36
3.2.3. Recursos económicos .....	36
3.3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO .....	36
4.    ESTRATEGIA PARAMANEJAR RESULTADOS.....	37
4.1. PLAN DE PROCESAMIENTOS DE DATOS.....	37
4.1.1. TIPO DE PROCESAMIENTO.....	37
4.1.2. OPERACIONES DE PROCESAMIENTO .....	37
4.1.2.1. Clasificación de datos: .....	37
4.1.2.2. Recuento.....	37
4.1.2.3. Plan de tabulación .....	37

4.1.2.4. Graficación.....	37
4.2. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS .....	37
4.3. A NIVEL DEL ESTUDIO DE LOS DATOS .....	38
4.3.1. Metodología de la interpretación: .....	38
4.3.2. Modalidades interpretativas .....	38
4.3.3. Operaciones para la interpretación de cuadros: .....	38
4.3.4. Niveles de interpretación .....	38
4.4. En el ámbito de las conclusiones: .....	38
4.5. En el ámbito de las recomendaciones: .....	39
CAPÍTULO III RESULTADOS .....	40
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES .....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXOS.....	55



## INDICE DE TABLAS

Tabla 1: COMPARACIÓN DE LA EVALUACIÓN BASAL DEL INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE DESECHOS BUCALES EN LAS GESTANTES PARTICIPANTES.....	41
Tabla 2: COMPARACION DE LOS RESULTADOS DEL INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE DESECHOS BUCALES EN LA PRIMERA EVALUACIÓN .....	43
Tabla 3: COMPARACION DE LOS RESULTADOS DEL INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE DESECHOS BUCALES EN LA SEGUNDA EVALUACIÓN .....	45
Tabla 4: COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE DESECHOS BUCALES EN LAS TRES EVALUACIONES REALIZADAS EN EL GRUPO CON EDUCACIÓN EXPLICATIVA DEMOSTRATIVA .....	47
Tabla 5: COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE DESECHOS BUCALES EN LAS TRES EVALUACIONES REALIZADAS EN EL GRUPO CON EDUCACIÓN EXPLICATIVA .....	49

## INDICE DE GRAFICOS

Grafico 1: COMPARACIÓN DE LA EVALUACIÓN BASAL DEL INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE DESECHOS BUCALES EN LAS GESTANTES PARTICIPANTES.....	42
Grafico 2: COMPARACION DE LOS RESULTADOS DEL INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE DESECHOS BUCALES EN LA PRIMERA EVALUACIÓN .....	44
Grafico 3: COMPARACION DE LOS RESULTADOS DEL INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE DESECHOS BUCALES EN LA SEGUNDA EVALUACIÓN .....	46
Grafico 4: COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE DESECHOS BUCALES EN LAS TRES EVALUACIONES REALIZADAS EN EL GRUPO CON EDUCACIÓN EXPLICATIVA DEMOSTRATIVA.....	48
Grafico 5: COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE DESECHOS BUCALES EN LAS TRES EVALUACIONES REALIZADAS EN EL GRUPO CON EDUCACIÓN EXPLICATIVA.....	50



**CAPÍTULO I**  
**PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Determinación del problema

Las enfermedades bucales constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población. La reducción de la frecuencia de estas enfermedades se logrará con el esfuerzo del profesional de salud incrementando las actividades de promoción, prevención y educación sanitaria, donde desempeña una relevante función la educación para la salud, por cuanto influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos, grupos y colectividades

Por eso es conveniente realizar un estudio que determine de que manera influyen los diferentes métodos educativos, en este caso explicativo demostrativo y solo explicativo, en el índice de higiene oral.

### 1.2. Enunciado del problema

“Influencia de la capacitación explicativa-demostrativa y sólo explicativa del cepillado bucal en el IHO-S (DIS) en gestantes del Centro de Salud Alto Inclán, Mollendo-Islay, 2018”

### 1.3. Descripción del problema

#### 1.3.1. Área del conocimiento

- a) Campo : Ciencias de la salud
- b) Área específica : Odontología
- c) Área de especialidad : Odontología preventiva
- d) Línea : Educación en salud oral

### 1.3.2. Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADOR	SUBINDICADORES
CAPACITACIÓN	EXPLICATIVA DEMOSTRATIVA	
	EXPLICATIVA	
IHO-S	PLACA BLANDA	BUENO (0.0-0.6) REGULAR (0.7-1.8) MALO (1.9-3.0)

### 1.3.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el índice IHOS antes de aplicar la capacitación explicativa - demostrativa y solo explicativa del cepillado bucal en gestantes del Centro de salud Alto Inclán, Mollendo Islay, 2018?
- ¿Cuál es el índice IHOS después de aplicar la capacitación explicativa demostrativa y solo explicativa del cepillado bucal en gestantes del Centro de salud Alto Inclán, Mollendo Islay, 2018?
- ¿Cuál será la capacitación que tendrá mejor influencia en el índice IHOS de gestantes del Centro de Salud Alto Inclán, Mollendo-Islay, 2018?

### 1.3.4. Taxonomía de la Investigación

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de datos que se planifica recoger	Por el número de mediciones de la variable	Por el número de muestras o poblaciones	Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Observacional	Prospectivo	Transversal	comparativo	De campo	Comparativo	Descriptivo

## 1.4. Justificación

### 1.4.1. Relevancia Científica

El presente trabajo de investigación tiene relevancia científica por qué no se encuentran reportes del Ministerio de Salud del Biofilm en Gestantes.

### 1.4.2. Relevancia Social:

Tiene relevancia social, ya que ayudará a los trabajadores de salud y en especial a los odontólogos en la atención Estomatológica en la gestante, a prevenir la aparición de distintas enfermedades orales; atendiendo a estas pacientes de forma oportuna y dándoles la educación en prevención en salud bucal que necesitan.

### 1.4.3. Relevancia Humana

La placa bacteriana es la principal causa del inicio a problemas en los dientes, encía y periodonto, ya que la no remoción de ella trae consigo una gingivitis que al no ser tratada terminaría con una periodontitis y por ende la pérdida de la pieza dental trayendo luego problemas de disfunción masticatoria y luego a nivel oclusal y de articulación témporo-mandibular, es por ello que se deberá tener muy en cuenta la prevención enseñando la correcta higiene oral.

### 1.4.4. Originalidad

Hay investigaciones del control de la Biofilm dental, pero con diferentes enfoques; la presente se enfoca al método de enseñanza en gestantes; además contribuirá a un punto de partida para generar futuras

investigaciones que aborden la eficacia del método explicativo-demostrativo y explicativo en el control por medios mecánicos de la Biofilm dental.

#### **1.4.5. Actual**

Este tema es actual y requiere de una solución inmediata debido a que la placa bacteriana dental es la causante de enfermedades de la cavidad bucal que conllevan a secuelas biológicas y sociales de las personas que las padecen.

#### **1.4.6. Interés Personal**

Interés personal para obtener el título profesional de Cirujano Dentista, contribuyendo con lo preventivo-promocional y en concordancia con las líneas y políticas de investigación de la Facultad de Odontología.

#### **1.4.7. Viabilidad**

Cabe señalar que la presente investigación es viable ya que se cuentan con los recursos necesarios, así como el acceso directo a la información.

## **2. OBJETIVOS**

- 2.1 Determinar el IHOS oral antes de aplicar la capacitación explicativa-demostrativa y solo explicativa del cepillado bucal en gestantes del Centro de salud Alto Inclán Mollendo Islay, 2018.
- 2.2 Determinar el índice de higiene oral después de aplicar la capacitación explicativa-demostrativa y solo explicativa del cepillado bucal en gestantes del Centro de salud Alto Inclán, Mollendo Islay, 2018.
- 2.3 Determinar que capacitación tendrá mejor influencia en el índice IHOS de gestantes del Centro de Salud Alto Inclán, Mollendo-Islay, 2018.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Conceptos básicos

##### 3.1.1. Prevención en salud bucal

- a) **Concepto.**- Son las acciones destinadas a evitar la instauración de una enfermedad, así como su difusión y agravamiento (1).

La idea básica de la Prevención en Odontología es evitar la aparición de caries y todos los problemas derivados de ella, así como las enfermedades de las encías y sus secuelas (2).

La Odontología Preventiva es la suma total de esfuerzos por promover, mantener y/o restaurar la salud del individuo a través de la promoción y del mantenimiento de la salud oral, actuando tan precozmente como sea posible para eliminar la enfermedad.

- b) **Objetivos de la Prevención.**

- Considerar al paciente como un todo.
- Mantener una boca sana el máximo tiempo posible.
- Detener la progresión de la enfermedad y proporcionar la rehabilitación más conveniente.
- Ofrecer a los pacientes los conocimientos, las habilidades, y las motivaciones necesarias (3).

##### 3.1.2. Placa bacteriana

- a) **Definición.**

Existen varias definiciones según diversos autores, entre ellas podemos nombrar:

"Es una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas que se colecciona sobre la superficie de los dientes, la encía y otras superficies bucales (prótesis, etc.) cuando no se practican métodos de higiene oral adecuados" (4).

"La placa no es patológica exclusivamente, sin embargo, en ausencia de ella no ocurren caries dental ni enfermedad periodontal inflamatoria crónica" (5).

"La placa bacteriana se puede definir como una zooglea formada por una serie de microorganismos aglutinados en un hábitat común y contenidos por una sustancia microbiana que los une y los adhiere a la superficie del diente" (6).

### 3.1.3. Control de placa bacteriana

**a) Definición:** Es la prevención de la acumulación de la placa bacteriana u otros depósitos sobre los dientes y superficies gingivales adyacentes. Es la manera eficaz de prevenir la formación de cálculo, gingivitis, caries y periodontopatías.

"Debido a que las enfermedades dentales de mayor importancia, es decir, la caries y la enfermedad periodontal, están directamente causadas por la placa bacteriana, se han realizado varios esfuerzos para prevenir la formación de la placa o eliminarla en forma efectiva de la superficie de los dientes" (7).

El control de placa bacteriana es una de las claves de la práctica de la Odontología, sin éste nunca se lograría ni se conservaría la salud de la cavidad oral. Cada paciente debe participar en un programa de control de placa.

Para la persona que tenga el periodonto sano, el control de la placa significa la conservación de la salud; para aquel con enfermedad periodontal, significa una curación óptima después del tratamiento, y para los pacientes con enfermedad periodontal tratada representa la prevención de la recurrencia de la enfermedad.

El control de la placa bacteriana es un elemento esencial para la salud oral.

Otros autores refieren que: "Está indicado el control de la placa dental para todos los seres humanos, a lo largo de su vida" (8).

“Para lograr el control adecuado de la formación de placa bacteriana, las técnicas básicas se orientan hacia la remoción diaria de la placa que se acumula en la región cervical del diente” (6).

Es necesaria la eliminación de la placa bacteriana y el control de su neo formación. Con tal propósito se utilizan elementos que la remuevan como el cepillo, pasta dental, hilo dental, etc.

De los varios métodos con que puede controlarse la placa, el más efectivo en el momento actual es la remoción mecánica de dicha placa, por medio del cepillo de dientes, la pasta y el hilo dental.

Se puede determinar con facilidad que un Programa de control de placa es esencialmente un PROGRAMA EDUCATIVO, primeramente se debe educar al paciente en lo referente a la placa y cuáles son sus efectos, y en segundo lugar como controlar estos efectos. Debe comprenderse que para que un programa educativo esté terminado, debe producirse un cambio de conducta.

El control de la placa dental es la base de la prevención, con el fin de evitar sufrir de enfermedad periodontal y de caries (8).

**b) Evaluación de la placa:** Existen varios índices para medir la placa bacteriana. En general estos índices miden:

- La presencia de placa en todos los dientes de la boca o en unos pocos seleccionados.
- La cantidad de placa acumulada sobre tales dientes.

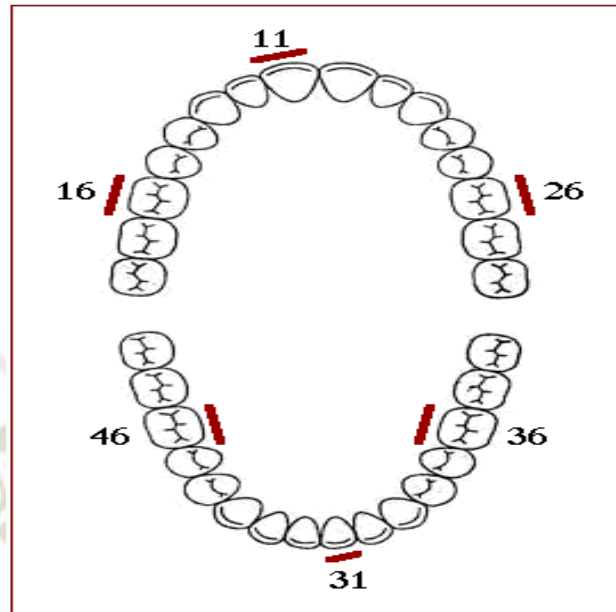
En cualquiera de los casos es imprescindible el uso de compuestos revelantes para volver visible la placa (4).

• **Índice simplificado sobre higiene oral**

En 1960. Greene y Vermillion crearon el índice de higiene bucal (OHI, por sus siglas en inglés oral hygiene index); más tarde lo simplificaron para incluir sólo seis superficies dentales representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la boca. Esta modificación recibió el nombre de OHI simplificado (OHI-S, por sus siglas en inglés oral hygiene index simplified). Mide la superficie del diente cubierta con desechos y cálculo. Se usó el impreciso término de desechos dado que no era práctico diferenciar entre la placa, los desechos y la materia alba. Asimismo, lo práctico de establecer el peso y grosor de los depósitos blandos incitó a la suposición de que en tanto más sucia se encontrase la boca, mayor sería el área cubierta por los desechos. Esta inferencia también denota un factor relativo al tiempo, dado que mientras más tiempo se abandonen las prácticas de higiene bucal, mayores son las probabilidades de que los desechos cubran la superficie del diente.

El OHI-S consta de dos elementos: un índice de desechos simplificado (DI-S, por sus siglas en inglés simplified debris index) un índice de cálculo simplificado (CI-S, por sus siglas en inglés simplified calculus index). Cada uno se valora en una escala de 0 a 3. Sólo se emplean para el examen un espejo bucal y un explorador dental tipo hoz o cayado de pastor. Las seis superficies dentales examinadas en el OHI-S son las vestibulares del primer molar superior derecho, el incisivo central superior derecho, el primer molar superior izquierdo y

el incisivo central inferior izquierdo. Asimismo, las linguales del primer molar inferior izquierdo y el primer molar inferior derecho.



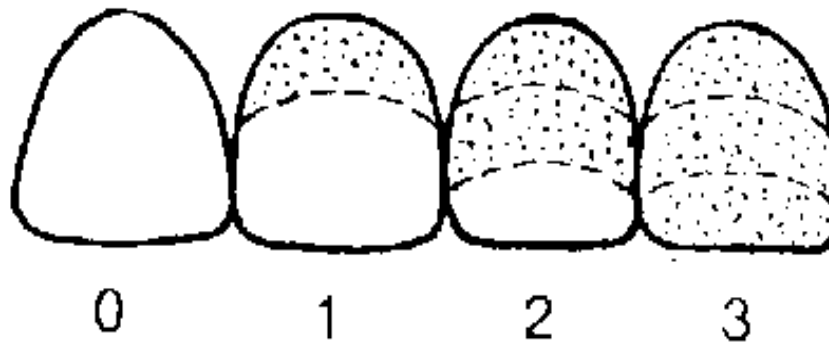
Cada superficie dental es dividida horizontalmente en tercios gingival, medio e incisal. Para el DI-S, se coloca un explorador dental en el tercio incisal del diente y se desplaza hacia el tercio gingival, según los criterios expuestos en los cuadros siguientes (9).

#### SISTEMA DE REGISTRO DE PLACA BACTERIANA

DIENTE	NUMERO	SUSTITUTO	SUPERFICIE A EXAMINAR
Primer Molar Derecho	16	17	Vestibular
Incisivo central superior derecho	11	21	Labial
Primer molar superior izq.	26	27	Vestibular
Primer molar inferior izq.	36	37	Lingual
Incisivo central inferior izq.	31	41	Labial
Primer molar inferior der.	46	47	Lingual

### Índice de desechos bucales (DI-S)

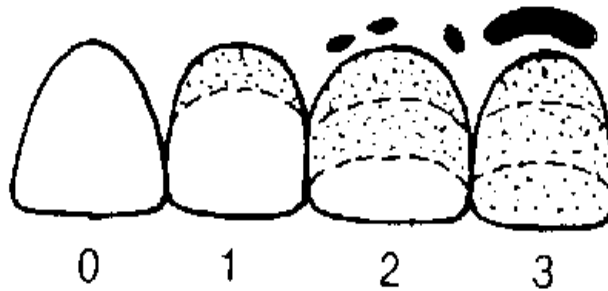
0. No hay presencia de residuos o manchas.
1. Desechos blandos que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental o hay presencia de pigmentación extrínseca sin otros residuos, sin importar la superficie cubierta.
2. Desechos blandos que cubren más de una tercera parte, pero menos de la tercera parte de la superficie dental expuesta.
3. Residuos blandos que cubren más de la tercera parte de la superficie dental expuesta (10).



### Índice de cálculo (CI-S)

0. No hay sarro presente
1. Cálculo supragingival que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental expuesta
2. Sarro supragingival que cubre más de un tercio, pero menos de dos terceras partes de la superficie dental expuesta ó hay presencia de vetas individuales de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente, ó ambos.
3. Sarro supragingival que cubre más de dos tercios de la superficie dental expuesta, ó hay una banda gruesa continua

de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente, ó ambos (10).



La calificación DI-S se obtiene por persona totalizando la puntuación de los desechos por superficie dental y dividiendo el resultado entre la cantidad de superficies examinadas.

La valoración CI-S se practica colocando con cuidado un explorador dental en el surco gingival distal y llevándolo en sentido subgingival desde el área de contacto distal hacia la mesial (una mitad de la circunferencia dental es considerada como la unidad de calificación). El cuadro anterior incluye los criterios para calificar el componente referente al sarro en el parámetro OHI-S. La puntuación CI-S se obtiene por persona redondeando las calificaciones del cálculo por superficie dentaria y dividiendo el resultado entre la cantidad de superficies examinadas. La calificación OHI-S por persona es el total de las calificaciones DI-S y CI-S por sujeto.

A continuación se expresan los valores clínicos de la limpieza bucal respecto a los desechos que es posible relacionar con las calificaciones DI-S agrupadas:

Bueno 0.0-0.6

Regular 0.7-1.8

Malo 1.9-3.0

Los valores clínicos de la higiene bucal que pueden vincularse con las calificaciones OHI-S para grupos son los siguientes:

Bueno 0.0-1.2

Regular 1.3-3.0

Malo 3.1-6.0

La relevancia del parámetro OHI-S es que, al igual que el índice de placa, es muy empleado en todo el mundo y contribuye de manera considerable a la comprensión de la enfermedad periodontal. La eficacia principal del OHI-S es su utilización en estudios epidemiológicos y en la valoración de los programas de educación sobre la salud dental (ensayos longitudinales). También puede evaluar el grado de aseo bucal de un individuo y puede, en grado más limitado, servir en estudios clínicos. El índice es de fácil uso dado que los criterios son objetivos, el examen puede realizarse sin demora y se puede alcanzar un nivel alto de capacidad de duplicación con un mínimo de sesiones de capacitación (10).

- **Identificación de la placa.-** “La placa dental no se identifica fácilmente porque carece de color es invisible en la naturaleza. En consecuencia, es necesario un agente para evidenciar la placa al paciente” (11).

Las áreas de los dientes que tienen la mayor cantidad de placa, deben de ser identificados después del cepillado ya sea por los mismos niños o por sus padres. Generalmente estas áreas son las superficies linguales de las piezas posteriores del maxilar inferior, las superficies vestibulares de las piezas posteriores superiores y las áreas gingivales de la mayor parte de los dientes. Estas áreas más difíciles de limpiar deben de ser señaladas a los pacientes, que no sean omitidas durante el cepillado dental.

Para facilitar la ubicación de la placa deben de usarse agentes reveladores que tiñan a los depósitos de placa. Para un niño pequeño los padres pueden aplicar una solución reveladora utilizando un gotero.

Una vez que la placa es visible debe mejorar la higiene para su eliminación. Después de que se haya establecido una rutina efectiva del cepillado dental los agentes reveladores pueden ser usados periódicamente para la comprobación de la continuada efectividad del cepillado dental (11).

### **3.1.3.1. Control de la placa bacteriana**

El control de la placa bacteriana, consiste en la eliminación de ésta y la prevención de nueva acumulación en la superficie de los dientes, puede lograrse mediante un control mecánico y uno químico.

#### **1. Control mecánico de la placa bacteriana:**

Este se realiza mediante:

##### **a) Cepillado Dental:**

El objetivo principal del cepillado es desorganizar la placa bacteriana que se está formando permanentemente sobre los dientes y encía, de modo de impedir que las bacterias cariogénicas produzcan los ácidos que dañan las capas externas de los dientes (12).

El cepillado dental de los niños debe comenzar cuando se dé inicio a la erupción dentaria, por lo común a los 6 meses de edad.

Los niños no desarrollan la destreza manual necesaria para cepillarse los dientes de manera eficaz sino hasta alrededor de los 6 o 7 años de edad (13); hay ciertas actividades con el desarrollo de la motricidad fina requerida para esta tarea: poder atarse los zapatos, poder pintar con colores entre líneas, poder cortar un trozo de carne, poder escribir (12).

### Técnicas de cepillado:

- **Técnica de cepillado circular o de Fones:** consiste en pedirle al niño que primero junte sus dientes y realice movimientos circulares amplios, abarcando desde el borde de la encía del diente superior al inferior, pasando por todas las piezas dentarias de derecha a izquierda. En la superficie oclusal de sus molares debe complementar con movimientos de arrastre de atrás hacia delante. Con esta técnica se consigue remoción de la placa y al mismo tiempo, se masajean las encías y se va adiestrando para una higiene más compleja. Al niño se le va educando para que conozca las zonas que debe cuidar de su boca (12).
- **Técnica Horizontal:** Las cerdas del cepillo se colocan en  $90^\circ$  con respecto al eje mayor del diente y el cepillo se mueve de atrás hacia delante como en el barrido. Esta técnica se recomienda para niños pequeños o con dificultades motrices (12).
- **Técnica de Bass Modificada:** el cepillo se coloca de tal manera que sus cerdas apunten hacia arriba en la maxila (maxilar superior) y hacia abajo en la mandíbula (maxilar inferior) formando un ángulo de  $45^\circ$  en relación con el eje longitudinal de los dientes para que las cerdas penetren con suavidad en el surco gingival. Se desliza el cepillo en dirección oclusal para limpiar las caras (vestibulares o linguales) de los dientes. Las caras oclusales se cepillan haciendo presión en surcos y fisuras y con movimientos cortos anteroposteriores (14).
- **Técnica de Starkey:** es una técnica que llevan a cabo los padres colocando al niño de espaldas a ellos y apoyándolo sobre su pecho o su pierna. Cuando el niño ya tiene dos o tres años esta técnica se realiza de pie y delante de un espejo. Se posicionan los filamentos del cepillo angulados  $45^\circ$

respecto al eje vertical del diente hacia apical y se realizan movimientos horizontales. El objetivo de esta técnica es la adquisición del hábito de higiene, por lo que se recomienda hasta la edad de 7 años (15).

Cepillo dental:

En Odontopediatría se prefiere el cepillo suave, por la baja posibilidad de trauma a la encía y la capacidad de limpieza interproximal. Se sugiere usar un cepillo de cabeza pequeña y un mango grueso para facilitar la toma del mismo por el niño o niña. Sin embargo, ningún cepillo ha demostrado, científicamente, ser superior para la remoción de placa (12).

#### **3.1.4. Metodología de la educación para la salud**

La educación para la salud es uno de los pilares fundamentales de la Salud Pública, cuya función definida por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud es la de promover, organizar y orientar los procesos pendientes a influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud de los individuos, grupos y colectividades, adquiere una importancia capital y contribuye al desarrollo de la conciencia sanitaria de la población.

La educación para la salud es una de las funciones básicas del equipo de Salud Pública cuyo objetivo es enseñar:

- La forma de vida en salud.
- Fomentar la salud.
- Recuperar la salud.
- Insertarse adecuadamente en su medio (familiar o social)

El profesional de Salud Pública es el que más está en contacto con la comunidad y por ello conoce a fondo a la población y sus necesidades individuales o colectivas para llevar a cabo una correcta educación para la salud (16).

### a) Definición de Educación para la Salud

**Biocca:** Es una especialización que pretende aplicar principios educativos para promover cambios de conducta en el individuo o la comunidad.

**Davies:** Es el proceso de persuadir para que acepten medidas que fomentan su salud y rechacen las que dan efectos adversos.

En general, todos los autores remarcan 2 aspectos:

- (1) Todos van dirigidos a individuos o colectivos.
- (2) El fin es obtener un comportamiento determinado - proceso dinámico.

La educación para la salud imparte conocimientos cuyo objetivo es que las personas cuiden de sí mismas, de su familia o comunidad llegando a modificar conductas y adquirir nuevos hábitos para conservar el estado de salud.

La educación para la salud se lleva a cabo mediante la comunicación:

**TRANSMISOR** (profesional) → **MENSAJE** (contenido de la enseñanza) → **RECEPTOR** (Individuo o grupo)

El individuo recibe un mensaje y para que se produzca un cambio de conducta, debe llegar a las 3 esferas de la conciencia:

- Cognoscitiva: información
- Afectiva: que le llegue el mensaje
- Volitiva: que tenga la voluntad de cambiar

Entonces se consigue el cambio de conducta. Para que el cambio sea efectivo, no debe ser esporádico sino permanente es lo que da lugar al hábito sanitario.

Los medios de información, propaganda y difusión:

- No llegan a producir un cambio de conducta.

- Útiles porque permiten llegar a muchas personas aunque sólo sea superficialmente. No se educa con propaganda.

La educación para la salud va más allá de la información y es sistemático y programado (17).

**b) Objetivo:**

Modificar y perfeccionar normas que constituyan la base para la modificación de conductas para la salud.

Ayuda a los individuos a que alcancen la salud mediante un esfuerzo y comportamiento.

Debemos tener presente que la educación sanitaria es uno de los muchos factores que influyen en la mejora y fomento de la salud y debe ser complemento de otros programas de tipo social, económico, sanitario o educativo (17).

**c) Principios a tener en cuenta:**

- Que la educación para la salud es una responsabilidad de toda la comunidad y debe participar en ella.
- Se basa en conocimientos científicos y metodología pedagógica: Los métodos deben ser experimentados y evaluados.
- Debe ser organizado y planificado para garantizar su eficacia.
- Debe actuar en edades tempranas: favorece la adquisición de conocimientos, hábitos y conductas.
- Los objetivos, contenidos y métodos de la educación para la salud deben estar relacionados en base a las necesidades individuales y colectivas teniendo en cuenta las características (sexo, edad, educación, interés y motivación, estado de salud, modo de vida, trabajo y responsabilidad con el grupo familiar) (17).

**d) Principios relativos al educador:**

- Miembro del equipo de salud con autoridad profesional legítima.
- Un especialista que actuará como asesor, catalizador y coordinador y todo el personal debe tener una formación adecuada.

En relación a los principios debemos resaltar que para asegurar la calidad y eficacia hay que considerarlo en un marco real y para poder aplicar en un marco real debe adaptarse a las características sociales del lugar donde se hace la educación para la salud. Implica que aunque existen Principios en los que basarse, se puede dar una variedad de matices.

Existen tres apartados para transmitir un mensaje de educación para la salud:

- Información a las masas.
- Educación de grupos.
- Asesoramiento individual.

**Información a las masas:** mediante los medios de información (televisión, radio...) Transmite un mensaje de salud que puede ser reafirmado con la repetición y si se hace durante un periodo largo puede producir un cambio de conducta. Esto inicia una labor sin asegurar que se modifique, luego no es educación para la salud.

**Educación de grupos:** se consiguen mejor los cambios de actitudes y conductas y se llega mejor a los tres niveles de conciencia. Se facilita el proceso de comunicación por la relación personal entre el educador y los educados.

**Asesoramiento individual:** se personaliza al máximo el contenido educativo. Requiere el conocimiento del individuo y situación particular y una mayor dedicación de tiempo (17).

**e) Práctica de la educación para la salud:**

Se basa en la relación entre el educador y el individuo o grupo lo que permite ayudar que las personas tengan actitudes y conductas positivas lo que implicará un estado de salud integral.

- Convencer que los cambios sugeridos son positivos.
- Aumentar los conocimientos sobre los recursos existentes y su buen uso.

El educador debe de tener en cuenta las características del proceso de educación, lo cual permite:

- Adquisición de conocimientos.
- De cambios.
- De actitudes.
- Modificación de conductas.

En la planificación de acciones, debemos tener en cuenta:

1º Principios del aprendizaje:

Según Hernán San Martín, "todo ser humano tiene capacidad de aprender y cambiar, sea cual sea".

Esto nos garantiza el hecho de que en una situación cualquier persona aprende lo que el educador transmite pero existen muchos factores que influyen sobre el aprendizaje (motivación, percepción, memoria, medio donde se realiza y esfuerzo individual)

Para que esto sea eficaz se han de cumplir unos principios:

- Que es más eficaz, si la persona desea aprender.
- Debe tener incentivos o motivos (que vea la ventaja).

2º Motivación.

Es muy importante y necesaria sin ella irremediamente la educación para la salud no se podrá llevar a cabo ni será eficaz. El

educador debe buscar motivaciones, si no las hubiere, para la adecuada efectividad.

Es responsabilidad del educador el elegir qué tipo de incentivos y no olvidar la actitud del grupo al que el individuo pertenece.

Los seres humanos tienen una inclinación a adoptar las normas del grupo al que pertenece.

Por tanto, el educador debe tener en cuenta:

- Intereses del individuo.
- Intereses del grupo al que pertenece.

### 3° La memoria.

Lo que no interesa, no se recuerda.

Lo que depende de lo que queramos recordar.

Muy unida a la motivación.

La información llega a la memoria a corto plazo y de ahí a largo plazo.

La memoria a corto plazo es muy vulnerable de forma que:

- a) El volumen de la información hace que no se recuerden muchos datos. Sólo se recuerdan alguno de ellos.
- b) La rapidez de la información también interfiere en la memoria.
- c) La similitud de la información dada en un mismo momento (confusión).

### 4° La percepción.

El sujeto que aprende está sujeto a ello de forma que no todos interpretan algo de la misma manera.

Influido por:

- Las experiencias personales.
- Personalidad.
- Culturas.
- Costumbres.

5° Diferencias individuales o grupales.

El educador se enfrenta a una gran variedad de características:

- Culturales.
- Económicas.
- Educativas.
- Edades.
- Intereses.

El educador ha de hacer sentir al educando que las situaciones individuales producidas por el contexto, ambiente y sentimientos, son consideradas. Ayudará a que las personas sepan las enseñanzas a su situación particular.

6° El individuo aprende mejor lo que utilizará en su vida diaria.

Si no hay oportunidad de aplicar los conocimientos o de traducirlos en una conducta, éstos tienden a olvidarse.

7° El aprendizaje se hace con más eficacia si el individuo tiene sentimientos de satisfacción con lo que aprende.

8° Participación activa, es decir "aprender haciendo" es más eficaz que el solo oír y/o mirar (17).

**f) Factores que influyen en la enseñanza:**

- Características del lugar.
- Hora del día.

Estos factores pueden ser favorables o desfavorables y el educador debe producir condiciones favorables para que el mensaje sea recogido de forma más eficaz (17).

**g) Métodos de Educación para la salud.**

Pueden ser:

- Unidireccionales o didácticos.
- Pluri direccionales o socráticos.

• **Métodos Didácticos**

Se usan para realizar la enseñanza a un individuo o grupo. Por ejemplo conferencias, clase magistral, etc.

**Ventaja:**

Informa al mismo tiempo a un gran número de personas.

**Desventaja.**

- El público no participa.
- La atención disminuye a lo largo de la sesión de forma rápida.
- Se retienen pocos aspectos de lo transmitido.
- Los asistentes olvidan pronto el mensaje recibido.

• **Métodos< Socráticos.**

Son métodos compartidos o dialogados.

La enseñanza se basa en el intercambio de conocimientos entre el educador y los educados.

En este caso se presupone que los participantes tienen conocimientos o experiencias sobre el tema.

Ejemplo: Entrevistas, coloquios, etc.

Ambos métodos pueden usarse aisladamente o conjuntamente.

En la educación para la salud es frecuente usar los 2 métodos en la misma sesión.

Los métodos de educación para la salud pueden aplicarse a:

- Individuos: es decir aisladamente (visita domiciliaria).
- Grupos: charla en el centro de salud a un número de personas determinado.
- Grupos importantes de la población: educación para la salud como parte de programas de enseñanza general en escuelas, lugar de trabajo, a adultos, etc (16).

#### **h) Medios y Ayudas de Educación para la Salud.**

Los medios que existen para realizar la educación para la salud son:

- Verbales (charlas, conferencias).
- Escritos (libros, revistas)
- Visuales (fotografías, gráficos)
- Mixtos (audiovisuales)

El medio usado con más frecuencia es el verbal porque establece una relación directa con el individuo o grupo.

La eficacia de los métodos de enseñanza y del medio verbal aumenta considerablemente con el uso de ayudas a la palabra o ayudas audiovisuales.

Los motivos más comunes para utilizar ayudas audiovisuales:

- Acentuar o recalcar un punto considerado central o básico del tema.
- Introducir en la enseñanza otros elementos que ayuden a la memorización.
- Clarificar determinados puntos o aspectos
- Añadir variedad a una exposición.

- Ilustrar aspectos de difícil explicación verbal.
- Sintetizar todos los puntos tratados.
- Utilizar el tiempo económicamente.

Estos métodos y ayudas pueden dividirse en:

- No proyectables como pizarra o murales.
- Proyectables como las diapositivas.

La selección del método y ayuda está influida por los siguientes factores:

- a) El tema a tratar, sus objetivos y contenidos.
- b) Características del individuo o grupo (edad, sexo, ...)
- c) Los recursos con los que se cuenta.

Demostraciones:

- Es uno de los medios que más se usa en Salud Pública.
- Hay actividades difíciles de poner en práctica si sólo se oyen descripciones de las mismas.

La demostración consiste en la realización de una práctica; procedimiento por el educador frente a un grupo de individuos.

Ejemplo: preparación de biberones o administración de insulina.

Se debe acompañar de una charla que fundamente el procedimiento y explique sus elementos, así como los errores a evitar.

Al planificar una demostración se tendrá que determinar:

- Los objetivos.
- Seleccionar y organizar los contenidos.
- Elegir el equipo que necesita.

Es necesario comprobar que el material está en buenas condiciones y se usará el mismo material al que el individuo o grupo tenga acceso.

- Que la demostración sea visible a todos.

- Se usa para conseguir que la comunidad se haga independiente y pueda llegar al auto cuidado (17).

### **3.1.5. Planificación en educación para la salud.**

#### **3.1.5.1. Plan de Enseñanza.**

- Definición de propósitos.
- Marcamos unos objetivos.

En cuanto a la definición de propósitos, según la OMS, se trata de equipar a las personas con los conocimientos y habilidades que le permitan resolver sus problemas de salud.

Los objetivos sugieren formas para alcanzar los propósitos establecidos. Interacciones a corto plazo específicos y se expresan en términos de la conducta que se espera obtener. (Por ejemplo un buen cepillado dental)

Determinar los objetivos de una acción educativa:

- Facilitar la resolución y organización del contenido.
- Dar directrices para lograr los propósitos.
- Ayudar a la evaluación de los resultados (17).

#### **3.1.5.2. Planificación de la Charla o Exposición.**

##### **a) Introducción**

Parte que induce al tema central. Estimula y motiva el proceso de aprendizaje. Debe ser breve, concreto y estimulante.

- b) Contenido o tema central.**
- c) Desarrollo del tema en sí.**
- d) Conclusiones.**

Saber los puntos más difíciles de comprender, destacar los más importantes.

### 3.1.5.3. Evaluación de la Educación para la salud.

Es un componente esencial, indica si los objetivos se han cumplido de forma que después de cada programa de educación para la salud se realiza (18).



### 3.1.6. Atención estomatológica en la Gestante

#### 3.1.6.1. Manejo de la ansiedad frente a la atención odontológica

El embarazo, parto y puerperio constituyen períodos sensibles en la vida de las mujeres que implican grandes transformaciones, tanto fisiológicas, como psicológicas y de roles sociales.

En las mujeres embarazadas, la atención odontológica es una fuente de ansiedad, constituyéndose en algunos casos en una barrera para acudir al tratamiento odontológico.

Una práctica necesaria para disminuir la ansiedad de la mujer embarazada en la consulta Odontológica consiste en indagar previo a la atención clínica sobre las inquietudes o temores que ella pueda tener sobre la atención y tranquilizarla, destacando que la atención, incluyendo el uso de radiografías, anestesia local y analgésicos, es segura para ella y su hijo.

El equipo de salud bucal debe considerar los cambios que implica el embarazo para la mujer, planificando:

- Sesiones clínicas breves, privilegiando la comodidad de la mujer en posición semi-inclinada en el sillón y permitiendo los cambios frecuentes de posición.
- Si la mujer presenta náuseas y vómitos matinales (hiperémesis gravidarium) se deben programar las sesiones por la tarde.
- La posición en la que se recuesta la mujer en el sillón puede contribuir a disminuir la ansiedad asociada a la atención (19).

### 3.1.6.2. Periodo más adecuado para la atención odontológica

Las características de las distintas etapas del embarazo y del desarrollo fetal determinan las prestaciones más adecuadas a desarrollar en cada periodo:

- Durante el primer trimestre (desde la concepción hasta la semana 14) se recomienda realizar solo atención de urgencia, considerando que es un periodo crítico del desarrollo fetal (organogénesis). Los cuidados preventivos deben iniciarse lo antes posible, incluyendo el refuerzo de los hábitos de higiene bucal y consejería dietética.
- El segundo trimestre (desde la semana 14 a 28) es el periodo más seguro para realizar la atención dental. Las radiografías intraorales pueden realizarse, tomando todas las medidas necesarias para minimizar la exposición a la radiación de la paciente. Las prestaciones electivas postergadas en el primer trimestre pueden realizarse en esta etapa. Se debe reforzar las medidas de higiene bucal y alimentación saludable.
- Durante el tercer trimestre (desde la semana 29 hasta el parto) la mujer siente mayor malestar por el aumento de peso, lo que puede dificultar la atención en el sillón. Se deben preferir las sesiones cortas y permitir los cambios frecuentes de posición para prevenir el síndrome de hipotensión postural. La postergación del tratamiento hasta después del parto puede ser problemática, porque en ese periodo la mujer concentrará toda su atención en el recién nacido. Es importante reforzar las medidas de higiene en el hogar y en la clínica (profilaxis dental).

Se recomienda entregar todas las prestaciones definidas en el plan de tratamiento antes del parto, priorizando el tratamiento de caries no tratadas. Las reconstrucciones extensas y cirugías complejas pueden postergarse hasta después del parto (20).

### 3.1.6.3. Medicamentos durante el embarazo

Si se considera necesario indicar el uso de medicamentos durante el embarazo, se debe evitarla politerapia y la dosis administrada debe ser la mínima efectiva por el menor tiempo posible.

El uso de medicamentos durante el embarazo tiene el potencial riesgo de daño fetal si la droga atraviesa la barrera placentaria.

Durante el periodo de lactancia la droga puede ser excretada a través de la leche materna, lo que puede generar algún riesgo para el lactante. Cuando sea necesario utilizar medicamentos durante esta etapa se recomienda ingerirlos después de amamantar para permitir la eliminación de la droga antes del siguiente momento de lactancia (19).

## 3.2. Antecedentes Investigativos

**“Estudio comparativo de cuatro métodos para la enseñanza de la técnica de cepillado dental en preescolares, comprendidos entre los 5 y 6 años de edad, de instituciones educativas de los municipios de Fraijanes, Retalhuleu y Guatemala, inscritos en el ciclo escolar 2004”.**

**AUTOR:** Ileana del Rosario Hurtado Castillo.

**RESULTADOS:** El método experimental es el método didáctico más recomendable para la enseñanza de la técnica de cepillado dental, en niños preescolares, no solo porque logró los mejores resultados en el control de placa dentobacteriana, sino porque también es de bajo costo y fácil aplicación (21).

**“Efectividad del método demostrativo en el control de la placa bacteriana bucal por medios mecánicos en niños de 3 a 5 años de edad de la institución educativa inicial n°005–Huánuco–mayo-noviembre2010”.**

**AUTOR:** Víctor Manuel Huayta Natividad

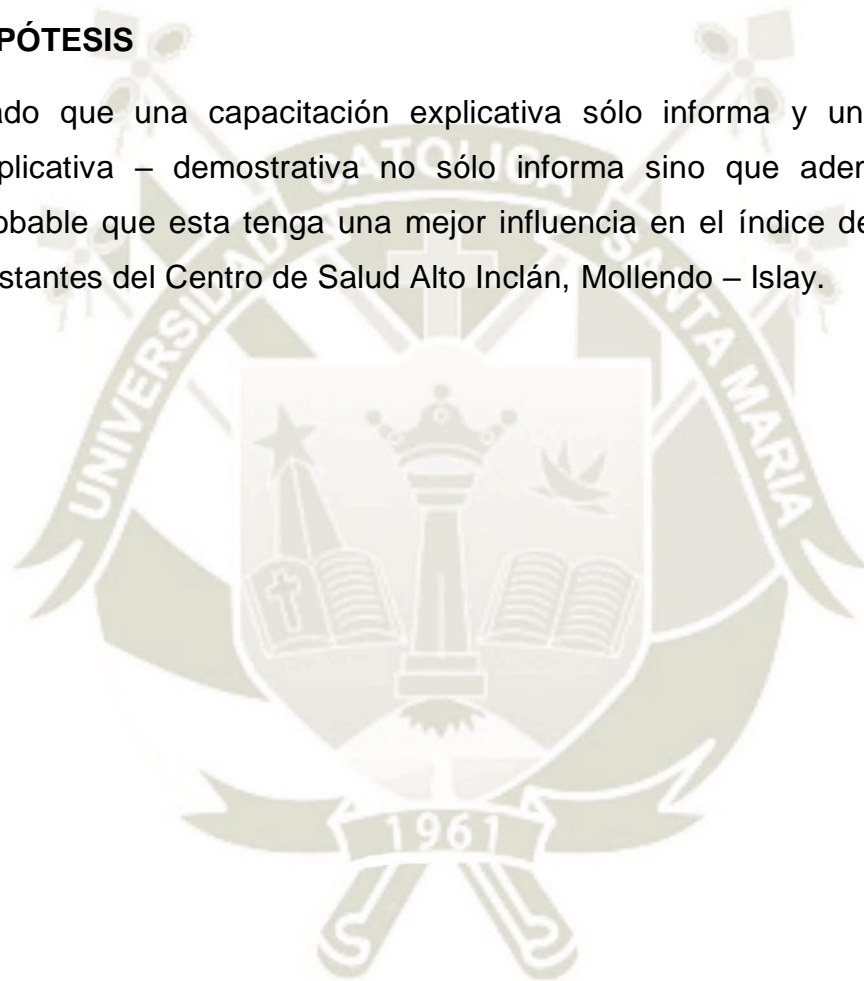
**RESULTADOS:** Para el Grupo1 (Método Demostrativo) ,el promedio del porcentaje de disminución de placa bacteriana bucal fue en un 65% desde

la prueba inicial, y para el Grupo2 (Método Explicativo), el promedio del porcentaje de disminución de placa bacteriana bucal fue en un 35% desde la prueba inicial.

Por lo tanto el grupo que obtuvo mejores resultados en el control de placa bacteriana bucal durante el estudio fue el grupo 1 a través del Método Demostrativo (22).

#### 4. HIPÓTESIS

Dado que una capacitación explicativa sólo informa y una capacitación explicativa – demostrativa no sólo informa sino que además forma, es probable que esta tenga una mejor influencia en el índice de IHOS de las gestantes del Centro de Salud Alto Inclán, Mollendo – Islay.





## 1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

### 1.1. TÉCNICA

#### 1.1.1. Precisión de la técnica

Se precisó de la técnica Observación clínica intraoral para recoger información de la variable investigativa: IHO-S (DS)

#### 1.1.2. Esquematización

VARIABLE	INDICADORES	TÉCNICA	Instrumento
IHO-S	PLACA BLANDA (DS)	Observación clínica intraoral	Ficha de Observación documental

#### 1.1.3. Descripción de las técnicas

##### 1.1.3.1. Técnica de observación documental

Se solicitó el permiso correspondiente a la Gerente del centro de Salud el Dr. Guillermo Barreda Cáceres quien autorizó que se realizara el trabajo de investigación, brindándonos el Padrón nominal de Gestantes y la Historia Clínica de cada una de ellas, donde se encuentra registrada el diagnóstico respectivo de cada una su edad, y su periodo gestacional que presenta.

##### 1.1.3.2. Técnica de observación Clínica intraoral

Se elaboró una ficha de observación documental como instrumento de recolección de datos, donde se colocó y registró todos los hallazgos clínicos encontrados en la recolección de los datos.

Para evaluar la higiene oral se utilizó el Índice de Higiene Oral simplificado de Green y Vermillion de desechos blandos, como agente revelador de placa dental se utilizó la solución reveladora Dítonos (eritrosina sódica 1% y azul brillante 1%), se usó explorador y espejo bucal para el examen clínico.

## 1.2. INSTRUMENTOS

### 1.2.1. Instrumento documental:

- Padrón nominal de Gestantes y la Historia Clínica de cada una de ellas.
- Ficha de observación clínica.
- Consentimiento informado.

### 1.2.2. Instrumentos mecánicos:

- Instrumental básico para examen clínico odontológico.
- Bandeja porta instrumental.
- Exploradores, espejos bucales, pinzas de algodón.

## 1.3. MATERIALES

- Silla, mesa.
- Campo de trabajo.
- Guantes descartables, Barbijos, baberos.
- Algodón.
- Solución reveladora de placa dental Ditonos.
- Utilería de escritorio.
- Rotafolios.
- Tipodón y cepillo dental.
- Cámara fotográfica.
- Vasos descartables.
- Espejo.
- Explorador.
- Pinza.
- Alcohol.
- Gazas.
- Guantes.
- Vasos descartables.

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

La investigación se realizó en los ambientes e infraestructura del centro de salud Alto Inclán, del distrito de Mollendo, provincia de Islay.

### 2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

Se realizó en un periodo comprendido entre los meses de Noviembre y Diciembre del 2018.

### 2.3. UNIVERSO

Está constituido por las Gestantes que acuden al centro de salud Alto Inclán, del distrito de Mollendo, provincia de Islay.

#### 2.3.1. Universo Cualitativo

##### 2.3.1.1. Criterios de Inclusión

- Mujeres gestantes que acepten participar en la investigación.
- Mujeres gestantes que están siendo atendidas de forma regular en el centro de Salud Alto Inclán.

##### 2.3.1.2. Criterios de Exclusión

- Mujeres gestantes que no cumplan con las precisiones requeridas para cada índice.
- Mujeres gestantes en riesgo.

#### 2.3.2. Universo Cuantitativo

GESTANTES	N
UNIVERSO	55
NO CUMPLEN CON CRITERIOS DE INCLUSIÓN	25
UNIVERSO FORMALIZADO	30

### **2.3.3. Temporalidad**

Se desarrolló en los meses de octubre y noviembre del 2018.

### **2.3.4. Tamaño del Universo**

30 Mujeres gestantes del centro de salud Alto Inclán.

## **3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.1. ORGANIZACIÓN**

Antes de la medición de los índices odontológicos se coordinó ciertas acciones previas:

- Permiso del decano de la Facultad de Odontología.
- Permiso de la Gerente del centro de Salud Alto Inclán.
- Consentimiento de cada una de las mujeres gestantes.
- La información obtenida de cada una de ellas será transcrita a una ficha de datos para su respectivo análisis.

### **3.2. RECURSOS**

#### **3.2.1. Recursos humanos:**

- Investigador : Endy Yeraldine Rodríguez Núñez
- Asesora: Dra. María Barriga F.

#### **3.2.2. Recursos institucionales:**

- Biblioteca de la Universidad Católica de Santa María.
- Centro de Salud Alto Inclán.

#### **3.2.3. Recursos económicos**

Autofinanciados por el investigador.

### **3.3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

Se pidió permiso al Jefe de Salud Alto Inclán y al odontólogo a cargo; se realizó a un grupo de gestantes llevándose a cabo el examen clínico y el llenado de la ficha de observación. Con ello se determinó la viabilidad del instrumento, la detección de posibles errores y deficiencias de la técnica.

## **4. ESTRATEGIA PARAMANEJAR RESULTADOS**

### **4.1. PLAN DE PROCESAMIENTOS DE DATOS**

#### **4.1.1. TIPO DE PROCESAMIENTO**

Manual y Computarizada.

#### **4.1.2. OPERACIONES DE PROCESAMIENTO**

##### **4.1.2.1. Clasificación de datos:**

Una vez aplicados los instrumentos, la información obtenida se clasificó mediante una matriz de datos de acuerdo a las variables de estudio.

##### **4.1.2.2. Recuento**

Se utilizó cálculos estadísticos.

##### **4.1.2.3. Plan de tabulación**

Se utilizó las tablas de frecuencia y porcentaje.

##### **4.1.2.4. Graficación**

Se utilizó gráficos de barra.

### **4.2. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS**

Se empleó estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes.

Para determinar si las diferencias entre los grupos eran significativas, se aplicó la U-Mann-Whitney y el test de Kruskal Wallis a un nivel de confianza del 95% y en este sentido se pudo determinar la influencia de los dos métodos en el índice.

El análisis estadístico se efectuó con la ayuda del software SPSS versión 13.0.

<b>Vs. Operac.</b>	<b>Carácter estadístico</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Técnicas de estadística descriptiva</b>	<b>Prueba estadística</b>
IHOS ( DS )	Cualitativo	Nominal	Frecuencias absolutas  Frecuencia porcentual	U-Mann-Whitney  test de Kruskal Wallis

### **4.3. A NIVEL DEL ESTUDIO DE LOS DATOS**

#### **4.3.1. Metodología de la interpretación:**

se clasificaron los datos, se contrastaron con los objetivos y se hizo una apreciación crítica, descriptiva de cada uno de las tablas.

#### **4.3.2. Modalidades interpretativas**

Se optó por una interpretación subsiguiente a cada cuadro y una discusión global de los datos.

#### **4.3.3. Operaciones para la interpretación de cuadros:**

- Clasificación
- Jerarquización
- Juicio valorativo

#### **4.3.4. Niveles de interpretación**

según variables y relación de variables.

### **4.4. En el ámbito de las conclusiones:**

Se realizó conclusiones de acuerdo a la hipótesis planteada en el trabajo de investigación

#### 4.5. En el ámbito de las recomendaciones:

Esta se asumió en forma de sugerencias orientadas principalmente a la solución del problema de manera práctica.





**Tabla 1:**  
**COMPARACIÓN DE LA EVALUACIÓN BASAL DEL INDICE DE HIGIENE  
ORAL SIMPLIFICADO DE DESECHOS BUCALES EN LAS GESTANTES  
PARTICIPANTES**

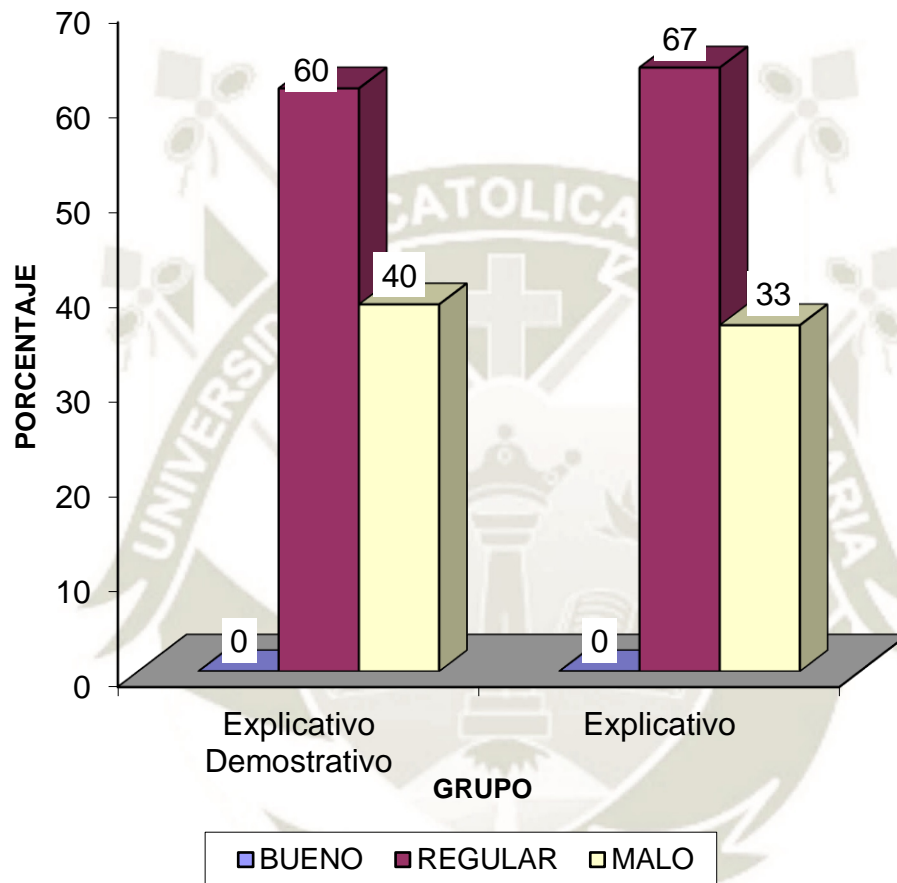
IHOS –( DI-S)	Grupo				Total	
	Explicativo Demostrativo		Explicativo			
	N	%	N	%	N	%
BUENO 0.0 - 0.6	0	0	0	0	0	0
REGULAR 0.7 - 1.8	09	60	10	67	19	63
MALO 1.9 - 3.0	06	40	05	33	11	37
TOTAL	15	100.00	15	100.00	30	100.00

P = 0.734 N.S.

Fuente: Elaboracion propia

Tabla 1, se observa el nivel del IHO-S (DI-S) de ambos grupos al inicio del estudio y podemos calificarlo como malo y regular, dado por la evaluación basal, estadísticamente no existen diferencias significativas entre los grupo, elemento favorable para la ejecución de la investigación.

**Grafico 1:**  
**COMPARACIÓN DE LA EVALUACIÓN BASAL DEL INDICE DE HIGIENE  
ORAL SIMPLIFICADO DE DESECHOS BUCALES EN LAS GESTANTES  
PARTICIPANTES**



Fuente: Elaboracion propia

**Tabla 2:**  
**COMPARACION DE LOS RESULTADOS DEL INDICE DE HIGIENE ORAL  
SIMPLIFICADO DE DESECHOS BUCALES EN LA PRIMERA EVALUACIÓN**

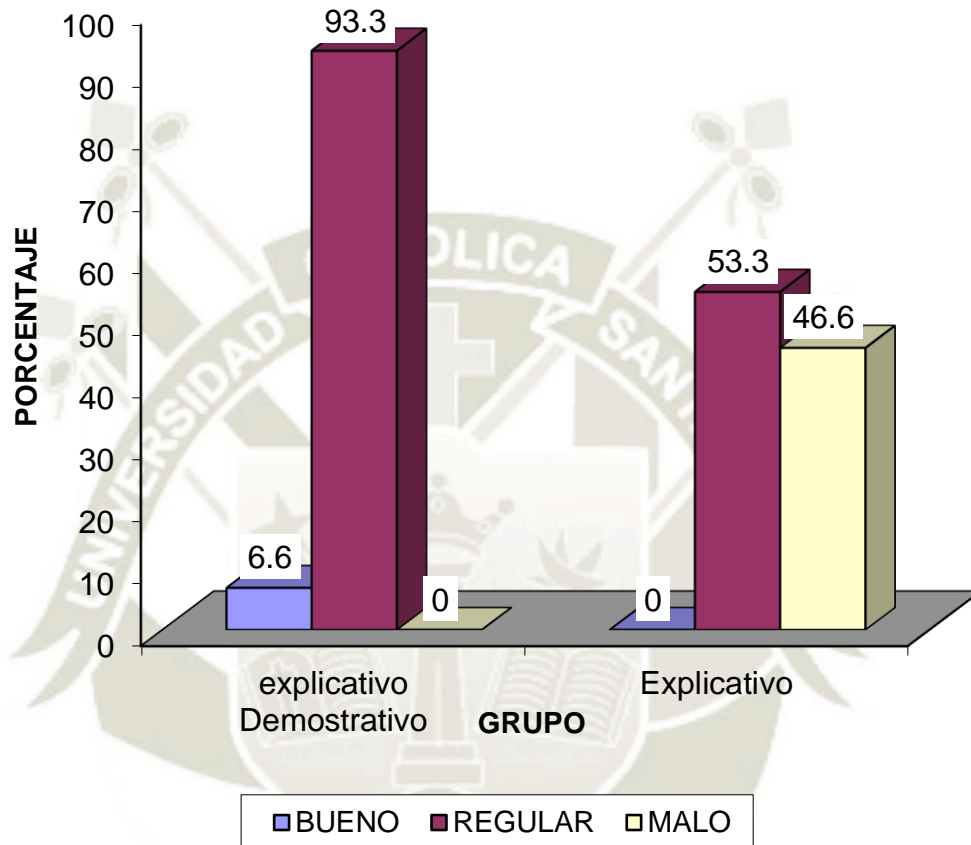
IHOS - (DI-S)	Grupo				Total	
	Explicativo Demostrativo		Explicativo		N	%
	N	%	N	%		
BUENO 0.0 - 0.6	1	6.66	0	0.00	1	3.33
REGULAR 0.7 - 1.8	14	93.33	8	53.33	22	73.33
MALO 1.9 - 3.0	0	0.00	7	46.66	7	23.33
TOTAL	15	100.00	15	100.00	30	100.00

P = 0.000 S.S.

Fuente: Elaboration propia

Tabla 2, se observa la comparación de los resultados entre los dos grupos de estudio en la primera evaluación, se puede constatar que estadísticamente hay diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) donde el grupo en el que se impartió la educación explicativa demostrativa presenta mejores niveles de I.H.O.S (DI-S) ya que las gestantes pasaron de un parámetro malo y regular en la evaluación basal a un parámetro de regular y bueno en la primera evaluación, mientras que los del grupo en el que se impartió la educación explicativa se mantienen igual.

**Grafico 2:**  
**COMPARACION DE LOS RESULTADOS DEL INDICE DE HIGIENE ORAL  
SIMPLIFICADO DE DESECHOS BUCALES EN LA PRIMERA EVALUACIÓN**



Fuente: Elaboración propia

**Tabla 3:**  
**COMPARACION DE LOS RESULTADOS DEL INDICE DE HIGIENE ORAL  
SIMPLIFICADO DE DESECHOS BUCALES EN LA SEGUNDA EVALUACIÓN**

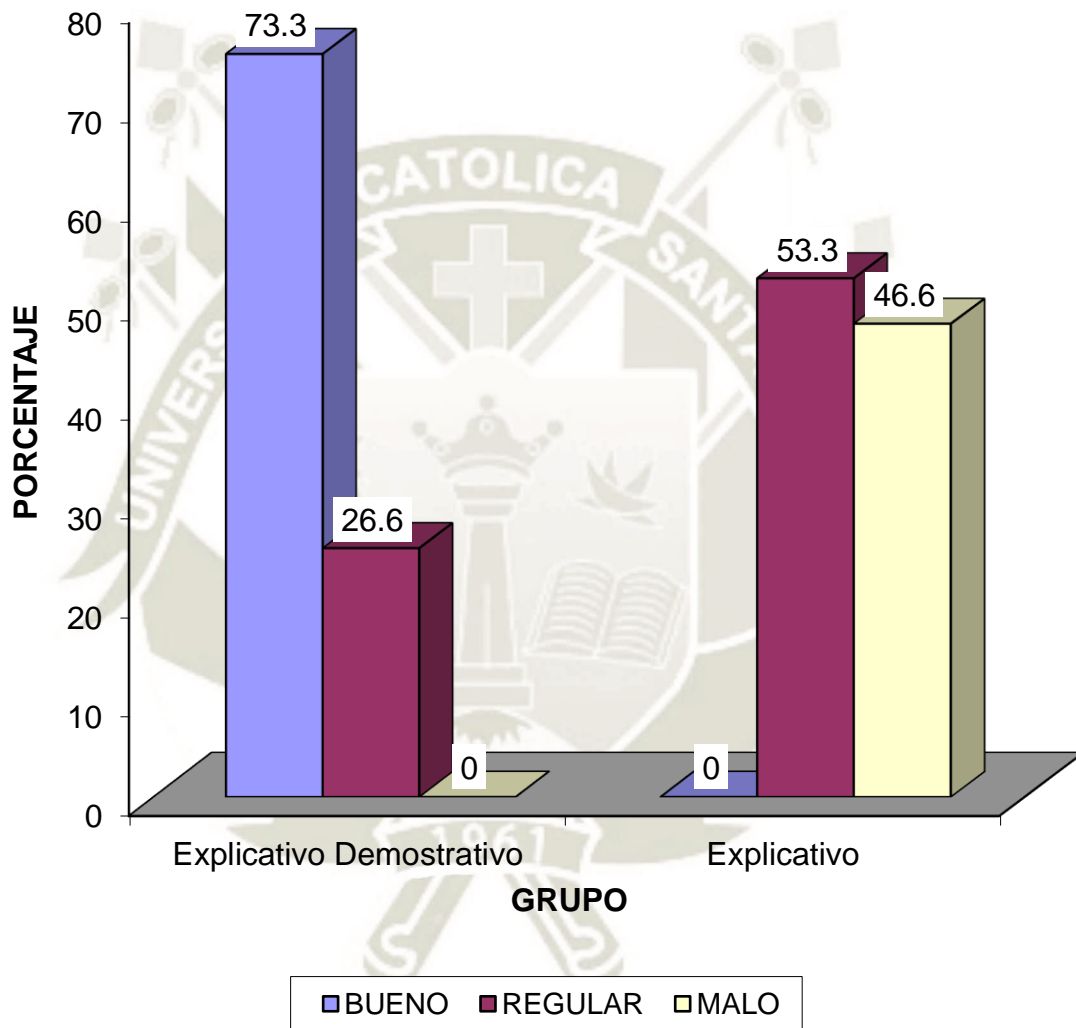
IHOS – (DI-S)	Grupo				Total	
	Explicativo Demostrativo		Explicativo		N	%
	N	%	N	%		
BUENO 0.0 - 0.6	11	73.33	0	0.00	11	36.66
REGULAR 0.7 - 1.8	04	26.66	08	53.33	12	40
MALO 1.9 - 3.0	0	0.00	07	46.66	07	23.33
TOTAL	15	100.00	15	100.00	30	100.00

P = 0.000 S.S.

Fuente: Elaboracion propia

Tabla 3, se observa la comparación de los resultados entre los dos grupos de estudio en la segunda evaluación, estadísticamente hay diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) en el grupo en el que se impartió la educación explicativa demostrativa incrementa la mejoría en los niveles de I.H.O.S (DI-S), mientras en el que se impartió la educación explicativa se mantienen en los mismos parámetros que en la evaluación basal.

**Grafico 3:**  
**COMPARACION DE LOS RESULTADOS DEL INDICE DE HIGIENE ORAL  
SIMPLIFICADO DE DESECHOS BUCALES EN LA SEGUNDA EVALUACIÓN**



Fuente: Elaboración propia

**Tabla 4:**  
**COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL INDICE DE HIGIENE ORAL  
SIMPLIFICADO DE DESECHOS BUCALES EN LAS TRES EVALUACIONES  
REALIZADAS EN EL GRUPO CON EDUCACIÓN EXPLICATIVA  
DEMOSTRATIVA**

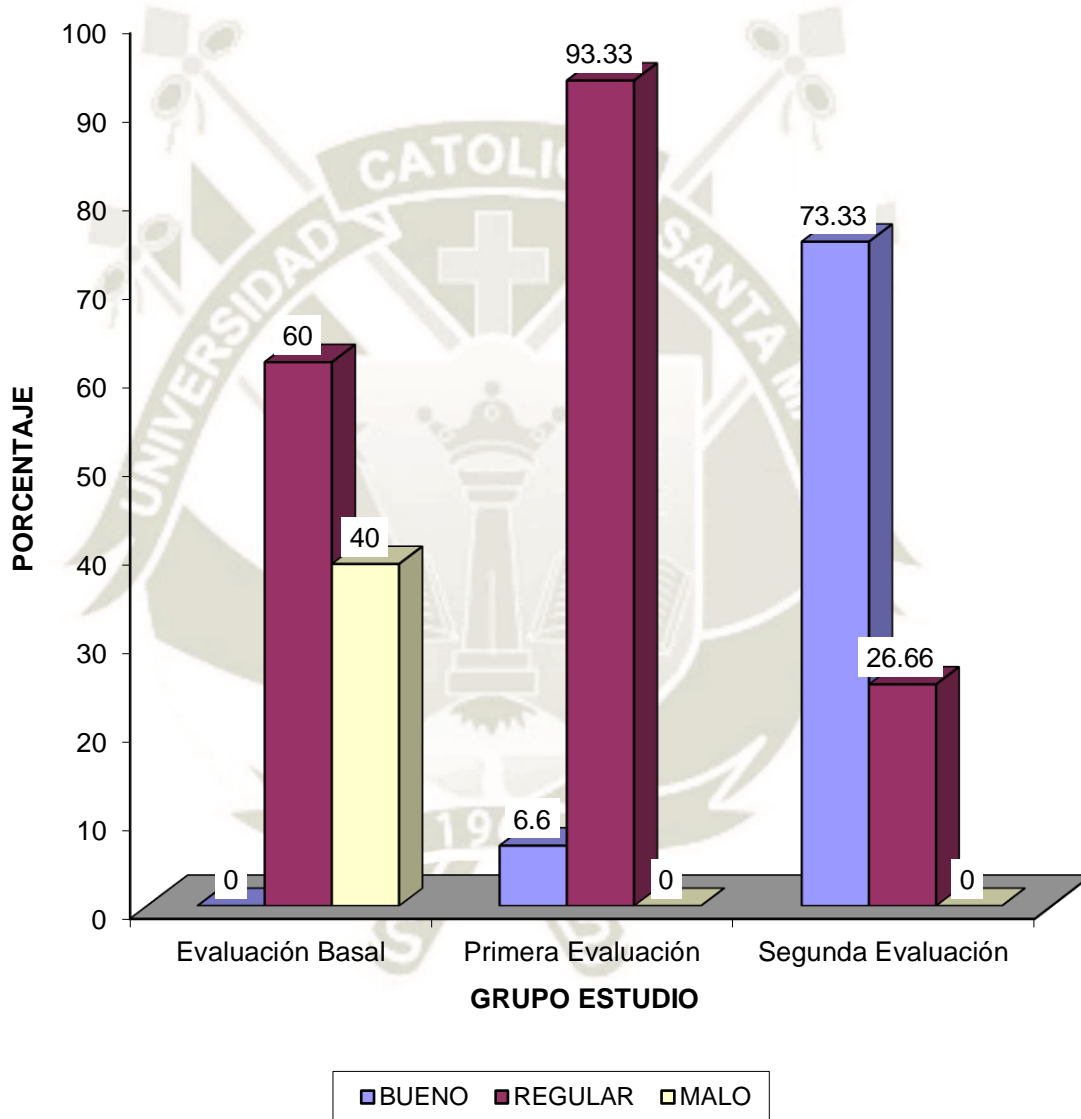
IHOS - (DI-S)	Evaluación Basal		Primera Evaluación		Segunda Evaluación		Total		Test Kruska IWallis
	N	%	N	%	N	%	N	%	
	BUENO 0.0 - 0.6	0	0	1	6.66	11	73.33	12	
REGULA R 0.7 - 1.8	09	60	14	93.33	04	26.66	27	60	114.68
MALO 1.9 - 3.0	06	40	0	0.00	0	0.00	06	13.33	44.50
TOTAL	15	100.00	15	100.00	15	100.00	45	100.00	

P = 0.000 S.S.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4, observamos que los valores del IHOS-(DI-S) mejoran paulatinamente en cada momento de evaluación, aplicando la prueba estadística hay diferencia estadísticamente significativa en las 3 comparaciones, esto quiere decir que la educación con el método Explicativo demostrativo, es altamente favorable.

**Grafico 4:**  
**COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL INDICE DE HIGIENE ORAL  
SIMPLIFICADO DE DESECHOS BUCALES EN LAS TRES EVALUACIONES  
REALIZADAS EN EL GRUPO CON EDUCACIÓN EXPLICATIVA  
DEMOSTRATIVA**



Fuente: Elaboración propia

**Tabla 5:**  
**COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL INDICE DE HIGIENE ORAL  
SIMPLIFICADO DE DESECHOS BUCALES EN LAS TRES EVALUACIONES  
REALIZADAS EN EL GRUPO CON EDUCACIÓN EXPLICATIVA**

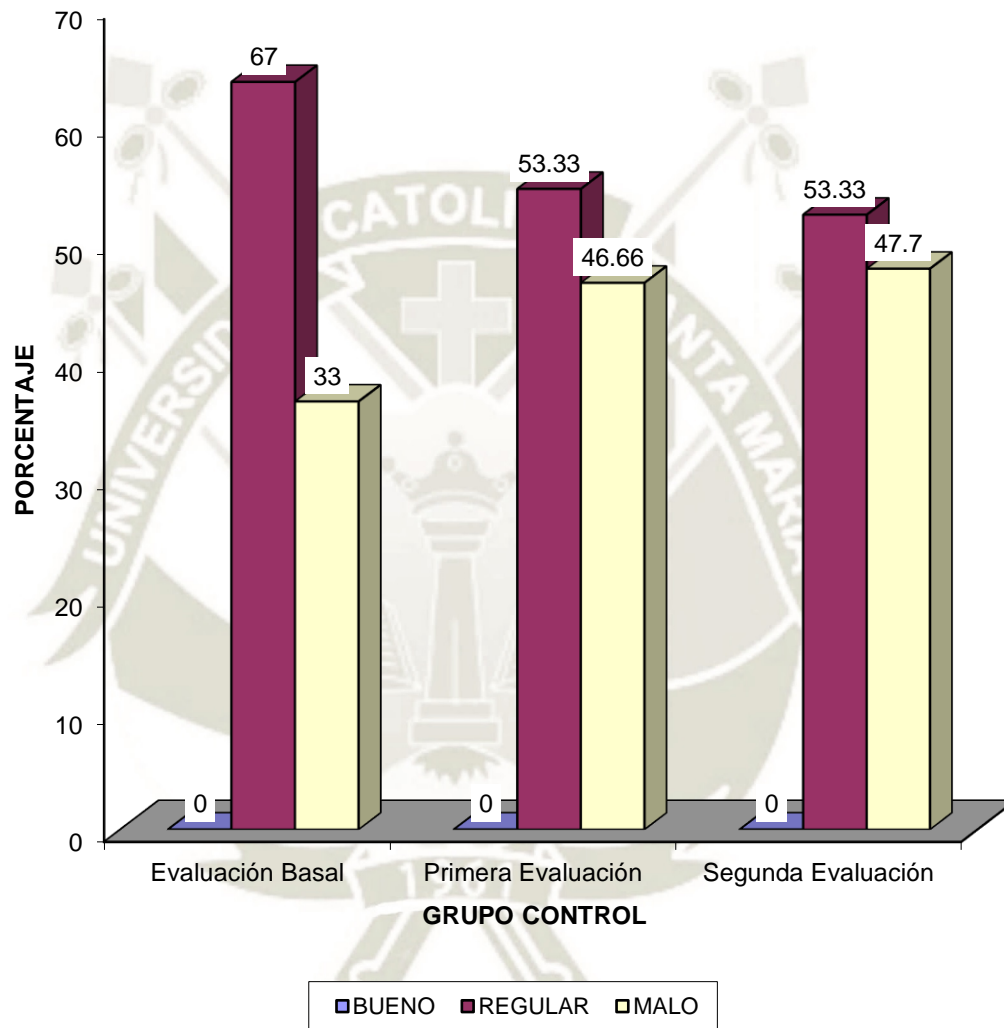
IHOS - (DI-S)	Evaluación Basal		Primera Evaluación		Segunda Evaluación		Total		Test Kruskal Wallis
	N	%	N	%	N	%	N	%	
	BUENO 0.0 - 0.6	0	0	0	0.00	0	0.00	0	
REGULAR 0.7 - 1.8	10	67	08	53.33	08	53.33	26	57.77	126.63
MALO 1.9 - 3.0	05	33	07	46.66	07	46.66	19	42.22	140.68
TOTAL	15	100.00	15	100.00	15	100.00	45	100.00	

P = 0.129 N.S.

**Fuente:** Elaboración propia

Tabla 5, observamos que los valores del IHOS-(DI-S) se mantienen en cada momento de evaluación, aplicando la prueba estadística no hay diferencia estadísticamente significativa en las 3 comparaciones, esto quiere decir que en el grupo en el que se aplicó dolo el método explicativo no hay mejoría significativa en ninguno de los momentos de evaluación.

**Grafico 5:**  
**COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL INDICE DE HIGIENE ORAL  
SIMPLIFICADO DE DESECHOS BUCALES EN LAS TRES EVALUACIONES  
REALIZADAS EN EL GRUPO CON EDUCACIÓN EXPLICATIVA**



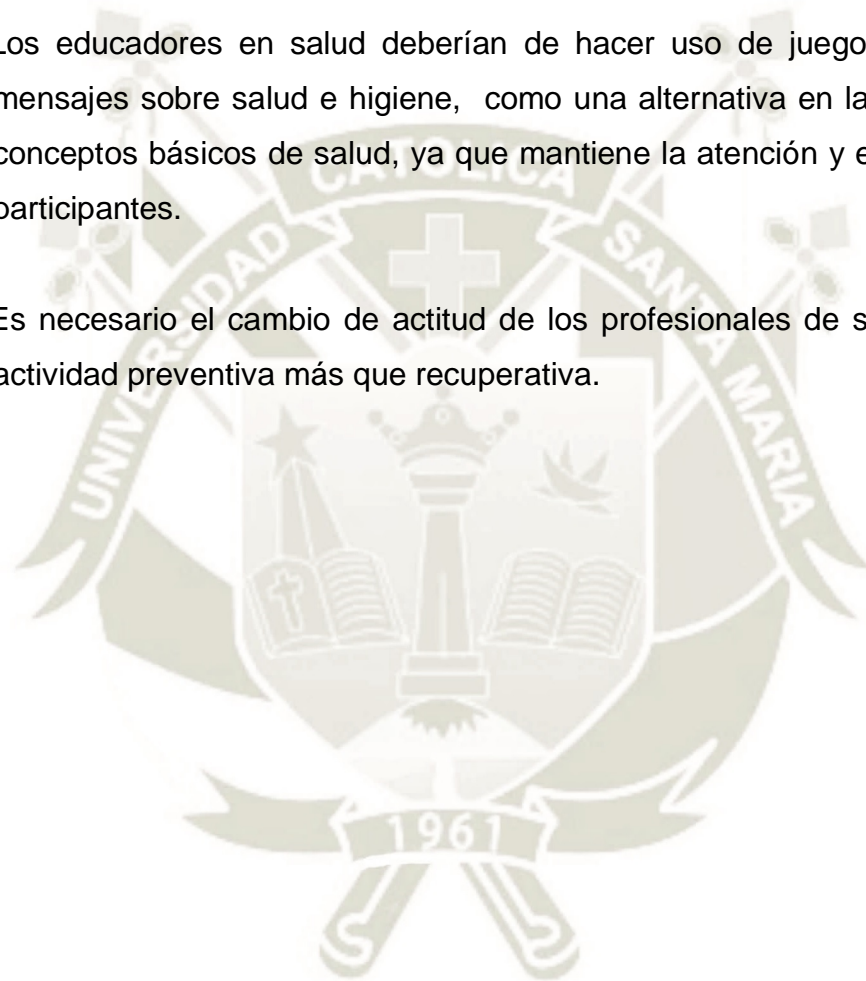
Fuente: Elaboración propia

## CONCLUSIONES

- PRIMERA:** El promedio del Índice de Higiene oral Simplificado de las gestantes, antes de la aplicación de los métodos educativos, se encontró dentro de los parámetros malo y regular.
- SEGUNDA:** Después de la aplicación del método educativo, El Índice de Higiene oral Simplificado de las gestantes, en el grupo en el que se hizo educación Explicativa Demostrativa, mejoró significativamente pasando la mayoría del parámetro regular al parámetro bueno, mientras que el grupo en el que se hizo solo educación explicativa, seguía manteniéndose dentro de los parámetros malo y regular.
- TERCERA:** El Índice de Higiene oral Simplificado de las gestantes del grupo en el que se hizo educación Explicativa Demostrativa, fue mejorando paulatinamente; por lo tanto este método educativo repercutió favorablemente en el Índice de Higiene oral Simplificado (DI-S) y por ende en la salud bucal de las gestantes.

## RECOMENDACIONES

1. Es importante que los profesionales en salud incidan más en una educación demostrativa para lograr la modificación de hábitos y conductas que van en detrimento de la salud del individuo.
2. Los educadores en salud deberían de hacer uso de juegos que incluyan mensajes sobre salud e higiene, como una alternativa en la enseñanza de conceptos básicos de salud, ya que mantiene la atención y el interés de los participantes.
3. Es necesario el cambio de actitud de los profesionales de salud hacia una actividad preventiva más que recuperativa.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hilleboe, H. MEDICINA PREVENTIVA. Pág. 122. Traducido al español por el Dr. Santiago Sapiña Renard, Editorial interamericana. 2da edición. México 1999..
2. Herazo, B. CLÍNICA DEL SANO EN ODONTOLOGÍA. Ece Ediciones, 2da. Edición, Santa Fé de Bogotá Colombia 2000..
3. Mcdonald, Ralph. ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DEL ADOLESCENTE; 2018.
4. Katz, MCDonald. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA EN ACCIÓN. Editorial Médica Panamericana, 3ra Edición, México 1999..
5. Newman, Hubert. LA PLACA DENTAL; 2019.
6. Barrios, G. ODONTOLOGÍA SU FUNDAMENTO BIOLÓGICO. Editorial Iatros, tomos I, II y III Bogotá Colombia 1999..
7. Newbron, E. CARIOLOGÍA; 2015.
8. Bagazo, B. CLÍNICA DEL SANO; 2015.
9. Carranza, F. PERIODONCIA CLÍNICA. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana Healt Care Group. 8va. Edición-Mexico 1999..
- 10 Lindhe. PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA. Editorial Médica Panamericana, . capitulo 2, pag. 73,1992..
- 11 Woodali Irene y colaboradores. TRATADO DE HIGIENE DENTAL, Salvat . Editores Tomo I y II, Barcelona España 2000..
- 12 Ministerio de Salud de Chile. “Programa de promoción y prevención en Salud . Bucal para niños y niñas preescolares”. p. 25..
- 13 Duggal, Monty, et al. The effect on dental enamel of the frequency of . consumption of fluoridated milk with a cariogenic challenge in situ Ob. cit. p. 59; 2017.
- 14 Higashida, B. Odontología Preventiva; 2015.

- 15 Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. Manual de Higiene . Bucal; 2018.
- 16 Salazar, C. Eficacia de un programa educativo en el conocimiento y . destrezas para el autoexamen de mama en mujeres de una comunidad Urbano marginal, Arequipa 2005..
- 17 Nicanor A. El proceso de enseñanza. [Online].; 2018. Available from: . [http://www.aniorte-nic.net/apunt\\_metod\\_educat4\\_4.htm](http://www.aniorte-nic.net/apunt_metod_educat4_4.htm).
- 18 Hospital Nacional de Clínicas. Educación para la salud. [Online].; 201 [cited . 2019 12 19. Available from: <http://hospitalnacionalclinicas.webs.fcm.unc.edu.ar/educacion-para-la-salud/>.
- 19 Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. . [Online].; 2013. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/955578f79a24ef2ae04001011f01678a.pdf> f.
- 20 Organización Mundial de la Salud. Promoción del desarrollo fetal óptimo. . [Online].; 2006 [cited 2019 12 19. Available from: [https://www.who.int/nutrition/publications/fetal\\_dev\\_report\\_ES.pdf](https://www.who.int/nutrition/publications/fetal_dev_report_ES.pdf).
- 21 Hurtado Castillo IdR. Estudio comparativo de cuatro métodos para la . enseñanza de la técnica de cepillado dental en preescolares, comprendidos entre los 5 y 6 años de edad, de instituciones educativas de los municipios de Fraijanes, Retalhuleu y Guatemala Guatemala; 2004.
- 22 Huayta N. Efectividad del método demostrativo en el control de la placa . bacteriana bucal por medios mecánicos en niños de 3 a 5 años de edad de la institución educativa inicial n°005 mayo-noviembre Huánuco; 2010.

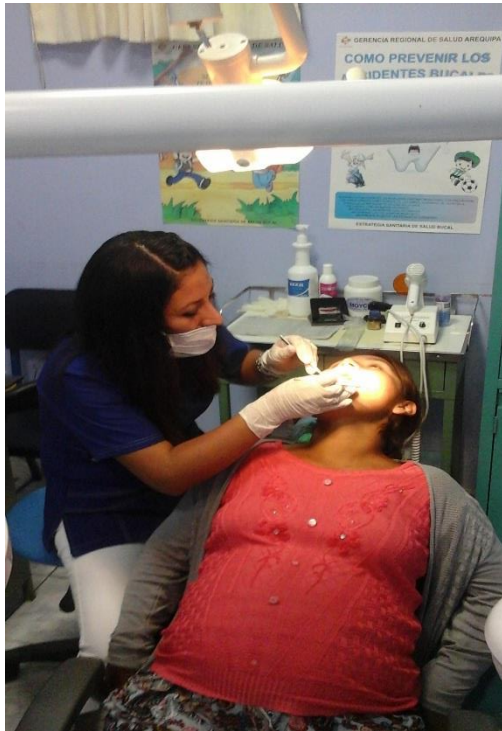


CRONOGRAMA												
TIEMPO	oct-18				nov-18				dic-18			
ACTIVIDAD	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión Bibliográfica	X	X										
Elaboración del Proyecto		X	X	X								
Presentación y Aprobación del Proyecto				X	X							
Recolección de Datos						X	X	X				
Procesamientos de Datos								X	X			
Análisis de Informes									X	X		
Informe Final											X	X

## EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DEL METODO

### EXPLICATIVO -DEMOSTRATIVO:

### EVALUACION DEL INDICE DE HIGIENE ORAL

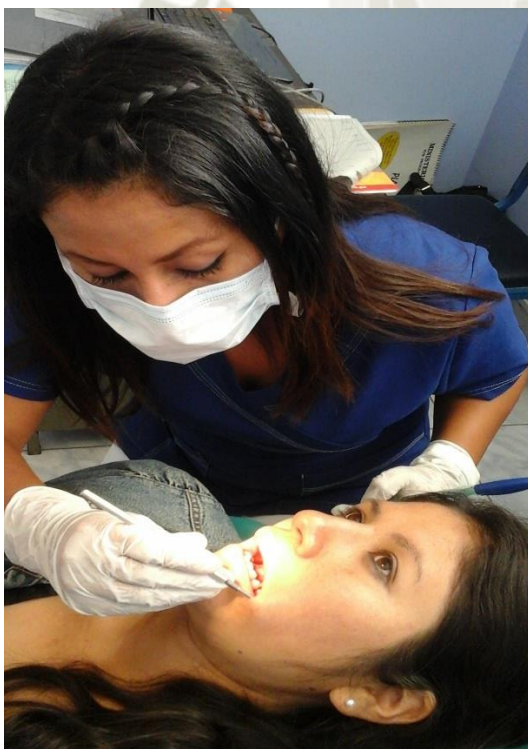


## CHARLAS DEL METODO EXPLICATIVO –DEMOSTRATIVA





**CONTROL DEL INDICE DE HIGIENE ORAL**



## EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DEL METODO EXPLICATIVO:

### EVALUACION DEL INDICE DE HIGIENE ORAL

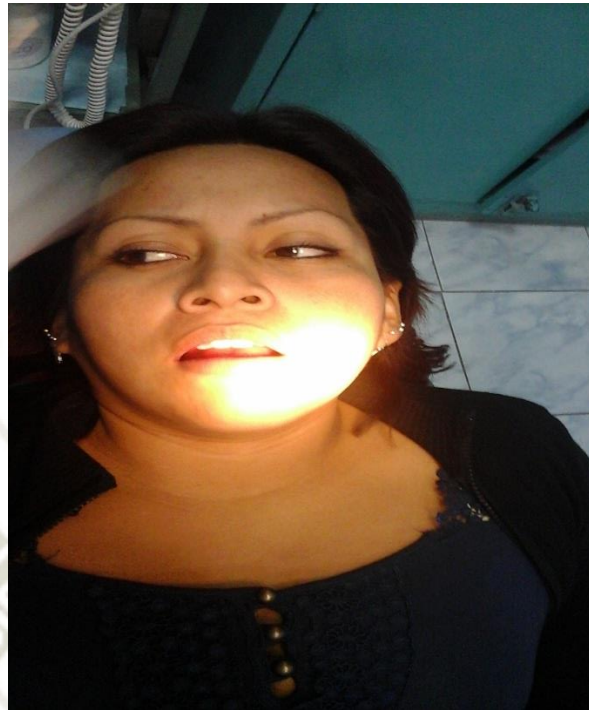


CHARLAS DEL METODO EXPLICATIVO





## CONTROL DEL INDICE DE HIGIENE ORAL



## INSTRUMENTAL E INSUMOS UTILIZADOS





DEL CENTRO DE SALUD ALTO INCLAN



H.C. N° \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_  
 FECHA DENACIMIENTO \_\_\_\_\_

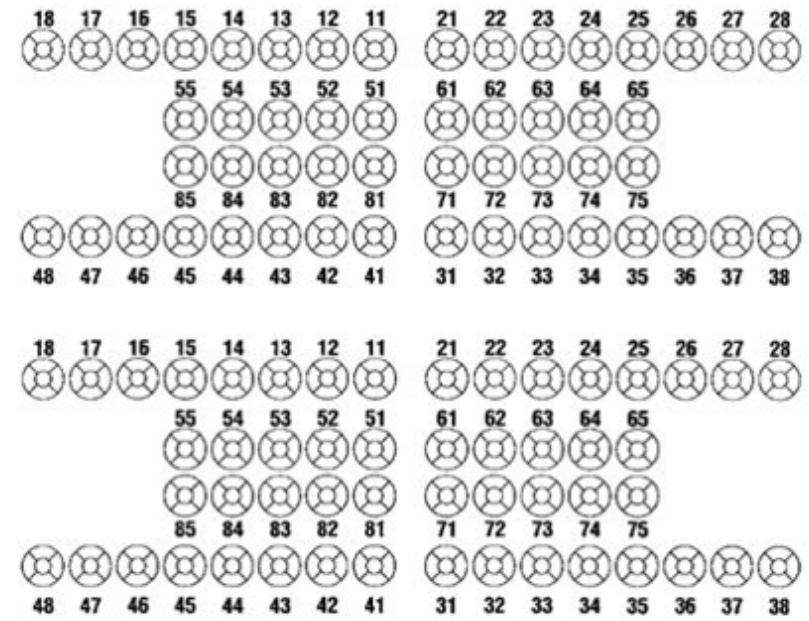
APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_

NOMBRE (S) \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

DOMICILIO (Localidad. Distrito y Provincia) \_\_\_\_\_

	EXAMEN N° 1			EXAMEN N° 2				
FECHA								
Encía	Sano	Enf	Sano	Enf	Sano	Enf		
Labios	Sano	Enf	Sano	Enf	Sano	Enf		
Carrillos	Sano	Enf	Sano	Enf	Sano	Enf		
Paladar	Sano	Enf	Sano	Enf	Sano	Enf		
Lengua	Sano	Enf	Sano	Enf	Sano	Enf		
ATM	Normal	Alterada	Normal	Alterada	Normal	Alterada		
Oclusión	Normal	Alterada	Normal	Alterada	Normal	Alterada		
Cariadas								
Perdidas								
Extrac indic.								
Obturadas								
Indice de Caries	ceo-d		CPO-D		ceo-d		CPO-D	
	Hab. DI-S	Ocas. Piezas	Nunca DI-S	Hab. Piezas	Ocas. DI-S	Nunca Piezas		
Detección de placa blanda y calcificada	17-16		17-16		17-16			
	11-21		11-21		11-21			
	26-27		26-27		26-27			
	36-37		36-37		36-37			
	31-41		31-41		31-41			
	46-47		46-47		46-47			
Indice DI-S								
Índice De HOS								
Estado de Higiene	Buena	Regular	Mala	Buena	Regular	Mala		



OBSERVACIONES

---



---



---



---



---

## MATRIZ DE REGISTRO Y CONTROL

**Código 1: Charla Explicativa-Demostrativa**

**Código 0: Charla Explicativa**

Nro.	Nombres y Apellidos			Edad	Pretest	1er Control	2do Control	Código
1	ANGY	GUTIERREZ	AGUILAR	24	1.3	1.3	1.3	1
2	ROSMERY	PONCE	MIRANDA	16		1.5	1.5	1
3	VANIA	MONTOYA	FERRER	29	2.0	1.6	0.6	1
4	BETTY	MAMANI	CONDORI	33	2.4	1.0	0.6	1
5	ELIZABETH	LABRA	MACHACA	18	1.6	1.2	0.6	1
6	ELISA	PACZAPANA	HUARCAYA	19	2.2	1.5	1.0	1
7	STEFANY	CUSIHUAMAN	MAMANI	18	1.9	1.3	1.0	1
8	ANDREA	ALMONTE	HUANCA	16	3.0	1.6	1.0	1
9	NAHIDUCK	MONTALVO	KAIRA	25	1.3	1.0	0.3	1
10	IRIS	BENAVIDES	CCOSCO	17	2.2	1.5	1.0	1
11	LISSETT	SALCEDO	AUCAHUAQUI	20	2.5	1.2	0.6	1
12	JULIANA	ROJAS	ALVAREZ	20	1.6	1.0	0.5	1
13	MARIA TERESA	HUAYHUA	CHOQUE	20	2.0	1.2	0.5	1
14	VANIA	MONTOYA	FERRER	29	2.5	1.0	1.0	1
15	SHIRLEY	LOPEZ	ESPINOZA	34	1.3	1.0	0.6	1

Nro.	Nombres y Apellidos			Edad	Pretest	1er Control	2do Control	Código
1	JESSICA	HUACHO	PRADO	27	2.0	1.6	1.8	0
2	SAMIRA	INFANTES	GUZMAN	23	1.5	1.8	1.8	0
3	MIRELLA	DEZA	TAPIA	17	1.6	1.3	1.8	0
4	DARIANA ISELA	LINARES	ORTIZ	15	2.2	1.0	1.9	0
5	LAURA	BLANCO	QUISPE	30	1.9	1.8	1.9	0
6	YNGRID MIRELLA	GONZALES	BRICEÑO	31	2.8	1.9	1.8	0
7	CYNTHIA	ILACHOQUE	MOLLOHUANCA	19	1.3	1.8	1.8	0
8	FLOR DE MARIA	DELGADO	CHUCURMAY	40	2.2	2.0	2.2	0
9	SHEYLA	GRANDEZ	SHULER	28	2.5	1.0	1.8	0
10	MARILU	MOLINA	SIVINCHA	33	1.6	1.8	2.0	0
11	NANCY GILDA	PUMA	CHAMBI	34	2.0	2.2	1.9	0
12	MERVIA KARLITA	RIEGIFO	SOUZA	24	1.3	1.0	1.8	0
13	MARIELA ROSA	CAMPOS	SEGOVIA	19	1.5	1.6	2.0	0
14	ESTHER ANITA	RUIZ	PEÑA	24	1.8	2.2	1.8	0
15	LILIANA	LLASA	BENITES	35	1.8	1.9	2.0	0