

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**



**“Eficacia de una intervención educativa sobre el
nivel de conocimiento en salud bucal para infantes
en gestantes del Centro Materno Infantil “El Bosque”
Trujillo - 2014”**

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

Autor:

Bach. Dalia Melissa Reyes Gil

Asesor:

Mg. Esp. María Victoria Espinoza Salcedo

Co Asesor:

Mg. Esp. Kelly Cáceda Gabancho

TRUJILLO- PERÚ

2014

MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE: MEGO ZARATE, NELSON

SECRETARIO: MORERA CHAVEZ, CARLOS

VOCAL : ULLOA CUEVA, TERESA

DEDICATORIA

A mis padres Cila y Santos; por su amor, confianza, esfuerzo y apoyo incondicional en mi desarrollo personal y profesional.

A Lisette, mi querida hermana y compañera, por brindarme su apoyo.

AGRADECIMIENTO

A Dios que me dio la fortaleza, salud e inteligencia para culminar esta meta.

A mis asesoras Mg. Esp. María Victoria Espinoza Salcedo y Mg. Esp. Kelly Cáceda Gabancho quienes me brindaron su apoyo y tiempo para hacer realidad este trabajo de investigación.

A los doctores Ángela Rodríguez Díaz y David Rodríguez Díaz y al obstetra Edward Briceño, por su buena disposición en el desarrollo del presente trabajo.

A las autoridades y docentes de esta prestigiosa universidad, porque contribuyeron a mi formación personal y profesional, así mismo trabajan para hacer de sus estudiantes profesionales de éxito.

A las gestantes del centro materno infantil El Bosque de Trujillo quienes dieron su tiempo y disposición.

A los miembros del jurado por sus críticas constructivas y revisión del presente trabajo.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la eficacia de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes del Centro Materno infantil “El Bosque” de abril - agosto.

Material y método: Estudio observacional, pre experimental, descriptivo, y longitudinal. Se acudió al Centro Materno Infantil “El Bosque” de lunes a sábado, durante los meses de abril a agosto; donde se obtuvo una muestra de 80 gestantes entre 17 y 38 años de edad. Se empleó un cuestionario antes, inmediatamente después, al mes y a los 3 meses de la intervención educativa, en la que se utilizó rotafolio y maquetas. Para el análisis de resultados se empleó la prueba estadística de McNemar, considerando un nivel de significancia del 5%.

Resultados: Se encontró que el nivel de conocimiento antes de la intervención educativa fue regular con 41,3%; inmediatamente después de la intervención educativa se elevó a muy bueno con 66,3%; al mes disminuyó a 41,3% mientras se incrementó en bueno con 53,8%; 3 meses después el nivel bueno fue de 62,5% y el muy bueno disminuyó a 25%. La prueba estadística de McNemar arrojó un $\chi^2 = 73$ inmediatamente después; 66 al transcurrir un mes y 54 a los tres meses con un $p=0.0000$

Conclusiones: La intervención educativa fue eficaz, sobre el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes del Centro Materno Infantil “El Bosque”.

Palabras clave: Intervención educativa, nivel de conocimiento, salud bucal.

ABSTRACT

Objective: To determine the effectiveness of an educational intervention on the level of knowledge on infant oral health in pregnant Maternal Child Center "El Bosque" from April to August.

Material and methods: Observational, pre experimental, descriptive, and longitudinal. He went to the Maternity Center "El Bosque" from Monday to Saturday during the months of April to August; which included 80 pregnant women between 17 and 38 years old. A questionnaire was used before, immediately after, one month and three months of educational intervention, in which flipchart and models used. For statistical analysis of results McNemar test was used, considering a significance level of 5%.**Results:** We found that the level of knowledge before the educational intervention was adjusted with 41.3%; immediately after the educational intervention was raised to very good with 66.3%; month decreased to 41.3%, while it increased to 53.8% good; 3 months after the approval level was 62.5% and decreased to very good 25%. The McNemar statistical test yielded a $\chi^2 = 73$ immediately thereafter; 66 to 54 within a month and three months with $p = 0.0000$

Conclusions: The educational intervention was effective on the level of knowledge on infant oral health in pregnant Maternal Child Center "The Forest".

Keywords: Educational intervention, level of knowledge, oral health.

INDICE

I.	INTRODUCCION.....	7
II.	DISEÑO METODOLOGICO.....	14
III.	RESULTADOS.....	23
IV.	DISCUSION.....	35
V.	CONCLUSIONES.....	38
VI.	RECOMENDACIONES.....	39
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	40
VIII.	ANEXOS.....	44

I. INTRODUCCION

Una intervención educativa es la acción intencional sobre otro, para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral de la persona o con intención de promover mejora, optimización o perfeccionamiento.¹ Es por eso que en este estudio se realizó una intervención educativa a la gestante ya que al sufrir cambios psicológicos y fisiológicos, la gestante tiene una serie de preguntas que la estimulan a buscar información, favoreciendo el desarrollo de conocimientos para la promoción de la salud posibilitando la creación, desarrollo y cambio de hábitos.² Por lo que la educación debe ir orientada a las gestantes, en temas de: dieta, erupción de la dentición decidua y su importancia, placa bacteriana, caries dental y medidas preventivas en salud bucal.^{2,3}

Siendo necesario motivar a la gestante para tener una maternidad responsable para asegurar un correcto desarrollo fetal, en donde la dieta y nutrición representa un factor fundamental en el periodo pre y post natal del desarrollo oral, ya que las deficiencias de proteínas y calorías durante la gestación pueden disminuir la resistencia a la caries dental.⁴

La dentición decidua erupcciona alrededor de 6 a 33 meses.⁵ Es de gran importancia mantener la integridad de estos dientes porque permiten el mantenimiento de la longitud de arco dental y la conservación del espacio para el sucesor permanente, contribuyendo al mejor posicionamiento de los mismos, en consecuencia un mejor desarrollo de

la oclusión en las fases de dentición mixta y permanente.⁵ Su pérdida prematura trae como consecuencia maloclusiones.^{6,7}

Así mismo la caries dental es una enfermedad multifactorial e infecto contagiosa de mayor prevalencia y costo en el mundo, se calcula que afecta al 70% de la población mundial, siendo de mayor prevalencia en países menos desarrollados, su naturaleza biológica es infecciosa (placa bacteriana).⁸

La placa bacteriana es una comunidad microbiana que se desarrolla sobre la superficie del diente y mucosa, embebida en una matriz de polímeros de origen bacteriano y saliva.⁹ Se alimenta de carbohidratos de la dieta y la acción ácida del metabolismo de las bacterias inicia un proceso de desintegración progresiva de tejidos calcificados de la biopelícula dental que cubre el área afectada.^{8,10} El resultado es la lesión cariosa.¹⁰ Ataca principalmente los defectos de la estructura del esmalte, penetrando rápidamente la unión amelodentinaria; produciendo la disolución del mineral.⁸ Se acumula en las fisuras, puntos de contacto y surco gingival, por mal cepillado y presencia de microorganismos.¹⁰

La caries temprana de la infancia es la presencia de caries en uno o más dientes perdidos u obturados en menores de 71 meses.¹¹ Su factor etiológico principal es la presencia de **estreptococos mutans**,¹¹⁻¹³ ya que los niños adquieren las bacterias por transmisión de la madre de manera vertical,¹³ aunque no es la única responsable.^{14,15} Los factores de riesgo

son: número de bacterias, calidad de la saliva, dieta, mala higiene bucal,^{11,13, 15} característica del esmalte y situación socioeconómica.¹⁶

La alimentación en los primeros meses de vida debe ser por lactancia materna, la cual no debe ser restringida antes de los 6 meses de edad, para disminuir la probabilidad de adquisición de hábitos de succión no alimenticios, la alimentación nocturna debe controlarse porque en esta edad empiezan a erupcionar los dientes y esta acción está relacionada con caries dental. De usar fórmulas adaptadas será para sustituir la lactancia materna y no debe excederse a los 12 meses de vida ya que este hábito se asocia a mal oclusiones.^{11, 16}

La dieta es importante en la prevención de enfermedades. La nutrición influye en el desarrollo cráneo facial y de la mucosa oral, así mismo contribuye a la aparición de enfermedades dentales, progresión y finalmente la pérdida dental.¹⁷ Es por esto que se debe llevar una dieta balanceada y baja en azúcares,^{10,13} especialmente en los 2 primeros años de vida. Se debe evitar: azúcares de consistencia pegajosa, consumo de azúcares refinados entre comidas y azúcares ocultos como galletas, jugos industriales y gaseosas.¹³

La caries dental se puede evitar tomando medidas como no restringir la lactancia materna; usar fórmulas exclusivamente si hay impedimento de lactancia materna; higiene oral antes de dormir;^{11,16} no limpiar el biberón con la saliva; no soplar su comida o besarlo en la boca; no compartir utensilios¹³ y realizar una adecuada higiene bucal.^{8,10,11,13}

La limpieza de la boca se inicia estimulando una vez al día con dedales de silicona o gasa humedecida, para instaurar un hábito precoz y acostumbrar la boca del bebé a la manipulación. Al aparecer los dientes se utiliza cepillo,¹³ de cabeza pequeña, cerdas sintéticas y puntas redondeadas, mango largo, recto y empuñadura gruesa.^{13,18} La técnica de cepillado debe ser sencilla para los padres y permitir visibilidad de la boca.¹⁸

El cepillado más indicado en niños es la técnica de barrido, siendo más importante la minuciosidad con la que se realiza. Los procedimientos de higiene oral son eficaces en el control de la caries dental, especialmente si la eliminación de la placa se lleva a cabo adecuadamente y se asocia con fluoruro.¹⁰

En tratamientos preventivos de caries dental se utiliza el flúor.^{8,10,11,13,18,19} Tiene poder antiséptico, favorece la remineralización, eleva la resistencia dental transformando la hidroxiapatita en fluorapatita y en las bacterias reduce la capacidad de producir ácidos.^{18,19}

La administración de flúor es tópica y sistémica (agua y sal fluorada). Probablemente el medio más generalizado para el uso de flúor es mediante la pasta dental,¹⁹ la que se debe usar en niños una vez que éste puede escupir. En niños menores de 3 años puede utilizarse pasta dental con 500 ppm de flúor.¹³ En niños de 3 a 6, una pasta dental con flúor entre 1000-1450 ppm y para niños de 6 años a más, 1450 ppm de flúor.¹⁸

La familia juega un papel fundamental como promotora de salud; y la madre en su rol de cuidadora, es quien tiene mayor responsabilidad en la salud de los niños.²⁰ Las orientaciones deben otorgarse a la gestante ya que los problemas de salud que surgen en los primeros años de vida pueden prevenirse adoptando medidas preventivas desde la gestación y a partir del nacimiento.^{19,20, 21}

Machado y cols.³ (2010-2011) realizaron una intervención educativa para elevar conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal en 45 embarazadas, entre 15 y 40 años, aplicaron una encuesta que contenía preguntas relacionadas con dieta cariogénica, importancia de la lactancia materna, hábitos deformantes en el bebe, examen e índice de higiene bucal. Al evaluar el nivel de conocimientos sobre salud bucal, en la etapa inicial el 82,2% tenía calificación de mal, 11,1% regular y 6.7% bien; al aplicar programa educativo 88.9% embarazadas tenían calificación de bien y 11.1% regular.

Benavente y cols.²⁰ (2010) realizaron un estudio en 143 madres, para determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la salud bucal de sus hijos de 6 a 60 meses, encontraron que el 68,5% tiene nivel de conocimiento regular y el 9.1%, bueno y no se ve reflejado en el estado de salud del niño; presumiendo que los conocimientos no son aplicados correctamente.

En nuestro país hay altos índices de caries y es común escuchar a los padres referirse al cuidado de los dientes deciduos como innecesario ya que vienen otros dientes, por lo que deben realizarse trabajos para

fomentar la promoción y prevención de la salud oral, en donde se otorgue orientación a la gestante ya que es ella quien en su rol de cuidadora, tiene mayor responsabilidad de preservar la salud de sus hijos.

Además, el autocuidado de la salud se adquiere en medida que las personas modifican su percepción del valor de la salud y debe adquirirse a temprana edad, ya que es más fácil formar actitudes positivas en un niño, que modificarlas en un adulto; por lo que este trabajo es realizado para educar a las gestantes con el fin de que puedan adoptar prácticas preventivas en sus hijos desde los primeros meses de vida e instaurar hábitos saludables.

Por lo tanto, en el presente estudio se evaluó la eficacia de la intervención educativa a la gestante en temas de salud bucal para infantes.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es eficaz una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes del Centro Materno Infantil El Bosque?

2. OBJETIVOS

2.2. Objetivo general

Determinar la eficacia de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes del Centro Materno Infantil “El Bosque” de abril - agosto.

2.3. Objetivos específicos

- ✓ Determinar el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes antes de la intervención educativa.
- ✓ Determinar el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes inmediatamente después de la intervención educativa.
- ✓ Determinar el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes un mes después de realizada la intervención.
- ✓ Determinar el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes tres meses después de realizada la intervención.
- ✓ Determinar el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes antes de la intervención educativa, según grado de instrucción y número de hijos.
- ✓ Determinar el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes después de la intervención educativa, según grado de instrucción y número de hijos.
- ✓ Determinar el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes tres meses después de realizada la intervención, según grado de instrucción y número de hijos.

3. HIPOTESIS

La intervención educativa es eficaz elevando el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes del Centro Materno infantil El Bosque.

II. DEL DISEÑO METODOLÓGICO

1. Material de estudio

1.1. Tipo de investigación:

Según el periodo en que se capta la información	Según la evolución del fenómeno estudiado	Según la comparación de poblaciones	Según la interferencia del investigador en el estudio
Prospectivo	Longitudinal	Descriptivo	Pre experimental

1.2. Área de estudio:

Centro de Salud Materno Infantil “El Bosque” del distrito de Trujillo

1.3. Definición de la población muestral:

1.3.1. Características generales:

1.3.1.1. Criterios de inclusión

- Gestante entre 1 y 27 semanas de gestación que acudió al centro de salud a realizar sus controles.
- Gestante que firmó el consentimiento informado para participar en el estudio.

- Gestante que no haya recibido charlas en salud bucal en infantes en el último año.

1.3.1.2. Criterios de exclusión.

- Gestante que esté estudiando odontología, sea odontóloga o que tenga algún familiar odontólogo.
- Gestante con discapacidades físicas o mentales.

1.3.1.3. Criterios de eliminación.

- Gestante que no concluyó con la encuesta.
- Gestante que durante la investigación abandonó el estudio.

1.3.2. Diseño estadístico de muestreo

1.3.2.1. Unidad de análisis

Gestante que acudió al Centro de Salud Materno Infantil “El Bosque” de Trujillo de abril a agosto del 2014.

1.3.2.2. Unidad de muestreo.

Gestante que cumplió con los criterios de selección establecidos y acudió al Centro de Salud Materno Infantil “El Bosque” de Trujillo de abril a agosto del 2014.

1.3.2.3. Tamaño muestra:

La fórmula para poblaciones finitas, se expresa:

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

N: tamaño poblacional

Z: Valor tabular de la distribución normal estandarizada para un nivel de significancia del 5%

p: proporción de las unidades de análisis con una de las características de interés.

q : 1-p

E : Error permisible.

Para Nuestro estudio:

N=95 (población estimada de pacientes atendidas en el periodo de estudio (1 a 27 semanas de gestación))

Z=1.96

P=0.40 (proporción de gestantes con conocimiento regular sobre salud bucal de infantes, según muestra piloto)

q= 0.60

E= 0.05

Reemplazando en la fórmula:

$$n = \frac{1.96^2 (0.40) \cdot (0.60) \cdot 95}{0.05^2 (95 - 1) + 1.96^2 (0.40) \cdot (0.60)} = 76$$

La muestra mínima que puede obtenerse es de 76 gestantes.

1.3.3. Métodos de selección

No probabilístico, por conveniencia.

2. MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

2.1. Método: Observacional /cuestionario.

2.2. Descripción del procedimiento:

- Se realizó una intervención educativa a gestantes, para determinar la eficacia de una intervención; para lo cual se estructuró una encuesta con 16 preguntas (anexo 1). La encuesta se validó por juicio de 8 expertos.
- Así mismo se realizó una prueba piloto con 35 gestantes para evaluar la confiabilidad, que arrojó un α de Cronbach de 0.78 (anexo 2) y determinar el tamaño de muestra.
- Para la realización del estudio se acudió al Centro de Salud El Bosque de Trujillo de lunes a sábado de 8 am hasta las 11:30 am durante los meses de abril a agosto; por las tardes de 4 a 6, durante los meses de abril y mayo.
- A las gestantes que acudieron al centro de salud se les informó sobre la investigación, y quienes aceptaron, firmaron un consentimiento informado para formar parte del estudio (anexo 3).
- La muestra se recolectó en el Centro Materno Infantil “El Bosque” de Trujillo, según nuestros criterios de selección

establecidos, con un muestreo no probabilístico, durante los meses de abril y mayo.

- Se registró a las participantes en una ficha de recolección de datos elaborada por la investigadora para el estudio (anexo 4).
- Se les entregó el cuestionario de pre evaluación para medir el nivel de conocimientos de las gestantes sobre salud bucal en infantes.
- Posteriormente realizó la charla educativa sobre salud bucal en infantes, con rotafolio y maqueta, en la cual se trató sobre: dentición decidua y su erupción, placa bacteriana, caries dental, su contagio y prevención, conocimiento de hábitos deformantes, dieta no criogénica, importancia de la higiene bucal y como realizarla, uso del flúor.
- Finalizada la charla se les aplicó el cuestionario post evaluación para evaluar los contenidos aprendidos.
- Después de un mes se volvió a aplicar el cuestionario, al igual que tres meses después.

2.3. Instrumento de recolección de datos:

Se elaboró una encuesta con 16 preguntas, estando estructurada por las siguientes dimensiones: Conocimiento de dentición decidua y su erupción, conocimiento sobre placa bacteriana y caries dental, conocimiento sobre el contagio de caries dental, conocimiento de hábitos deformantes, conocimiento sobre dieta no criogénica, conocimiento para la

prevención de caries dental, conocimiento sobre la importancia de la higiene bucal, como realizarla y uso del flúor.

Además se utilizó una ficha elaborada para tomar datos de las gestantes como: tiempo de gestación, edad, grado de instrucción y número de hijos. (Anexo 4)

2.4. Variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPOS		ESCALA DE MEDICION
					SEGUN SU NATURALEZA	SEGUN SU FUNCION	
Intervención educativa	Es un proceso de interferencia o influencia, con el fin de cambiar y mejorar una situación. ¹⁰	Realización de charlas a la gestante en temas de salud bucal de infantes	Conocimiento sobre dentición, enfermedades y alteraciones bucales en el infante	Conocimiento de dentición decidua y su erupción	Cualitativa	Independiente	Ordinal
				Conocimiento sobre placa bacteriana y caries dental			
				Conocimiento sobre el contagio de caries dental			
			Medidas preventivas en salud bucal	Conocimiento de hábitos deformantes			
				Conocimiento sobre dieta no críogénica			
				Conocimiento para la prevención de caries dental			
Nivel de conocimiento de las gestantes sobre salud bucal para infantes	Es el conocimiento de la gestante en temas de salud bucal de infantes. ²¹	Se evaluará según la encuesta en: Muy bueno: 15 y 16 Bueno: 12 - 14 Regular: 9-11 Deficiente: 1-8	Conocimiento sobre la importancia de la higiene bucal y como realizarla	Cualitativa	Dependiente	Ordinal
				Uso del flúor			
				Pre evaluación Post evaluación: - Después de la intervención - 1 mes después - 3 meses después			

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	TIPOS		ESCALA DE MEDICION
				SEGUN SU NATURALEZA	SEGUN SU FUNCION	
Grado de instrucción	Grado más alto completado en el nivel más avanzado cursado según las características del sistema educacional del país. ²¹	Grado de instrucción más alto completado, según nuestro sistema de salud.	Grado de instrucción: - Primaria - Secundaria - Superior	Cualitativa	Interviniente	Ordinal
Número de hijos	Número de hijos dados a luz. ²¹	Número de hijos dados a luz por la gestante.	Número de hijos dados a luz por la gestante. - 0 hijos - 1 hijo - 2 hijos - 3 hijos - 4 hijos	Cuantitativa	Interviniente	Razón

2.5. Procesamiento y análisis de la información:

Se procesó la información en el paquete estadístico SPSS vs 20 en el cual se construyeron tablas de frecuencia de una y doble entrada con sus valores absolutos y relativos.

Para determinar la eficacia de la intervención educativa se utilizó la prueba no paramétrica de McNemar con un nivel de significancia del 5% ($p < 0.05$)

2.6. Consideraciones éticas:

Se respetó las normas éticas, según la declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial en el 2012.

III. RESULTADOS

Se evaluó el nivel de conocimiento de gestantes en salud bucal para infantes, con el objetivo de determinar la eficacia de una intervención educativa a las gestantes en el Centro Materno infantil “El Bosque” de abril – agosto, la muestra fue comprendida por 80 gestantes entre 17 y 38 años, en donde se obtuvo lo siguiente:

En el cuadro 1 y gráfico 1 se muestra la distribución de gestantes según nivel de conocimiento en salud bucal para infantes antes, inmediatamente después, al mes y tres meses después del estudio en los cuales se observó que los porcentajes en el nivel de conocimiento muy bueno se elevaron inmediatamente después de la intervención, de 3,8% a 66,3%; el nivel de conocimientos bueno se mantuvo en 32,5%; pero el nivel de conocimiento regular disminuyó de 41,3% a 1,3% y el nivel deficiente disminuyó de 22,5% a 0%; pero al transcurrir los meses el nivel de conocimiento muy bueno disminuyó, mientras que los niveles de conocimiento bueno, regular y deficiente aumentaron, siendo más elevado en bueno.

En el cuadro 2 se compara el nivel de conocimiento de gestantes en salud bucal para infantes después de la intervención educativa, con respecto a los resultados obtenidos antes de la intervención en los que se observó que predominó el número de gestantes con nivel muy bueno. Se realizó el test de Mc Nemar donde se encontró que X^2 es 73 con $P = 0,0000$, siendo los valores altamente significativos.

En el cuadro 3 se comparó el nivel de conocimiento de gestantes en salud bucal para infantes un mes después de la intervención educativa, con los resultados obtenidos antes de la intervención en los que se observó que predominó el número de gestantes con nivel de conocimiento bueno, el cual fue elevado respecto al cuadro 2 y que los valores del nivel de conocimiento muy bueno disminuyó incrementándose en bueno, regular y deficiente, éstos dos últimos con menor porcentaje. Se realizó el test de Mc Nemar donde se encontró que X^2 es 66 con $P = 0,0000$, siendo los valores altamente significativos.

En el cuadro 4 se comparó el nivel de conocimiento de gestantes en salud bucal para infantes tres meses después de la intervención educativa, con los resultados obtenidos antes de la intervención en los que se observó que predominó el número de gestantes con nivel de conocimiento bueno y en un porcentaje mayor al del cuadro 3, a la vez se observó que el nivel de conocimiento de muy bueno disminuyó ya que al transcurrir el tiempo el conocimiento es olvidado. Se realizó el test de Mc Nemar donde se encontró que X^2 es 54 con $P = 0,0000$, siendo un valor significativo.

El cuadro 5 muestra la distribución del nivel de conocimiento de gestantes en salud bucal para infantes, según grado de instrucción. En los que antes de la intervención (gráfico 2) se observó que a mayor grado de instrucción, mayor es el porcentaje en el nivel de conocimiento muy bueno y bueno.

En el gráfico 3 (después de la intervención) se observó que quienes tienen grado de instrucción: superior presentaron un 100 % en el nivel muy bueno, en secundaria un 53,3% y en primaria un 60%.

En el gráfico 4, tres meses después se observó que el nivel de conocimiento muy bueno aumentó según grado de instrucción, siendo 6,7% en primaria, 15,6% en secundaria y 65% en superior.

El cuadro 6 muestra la distribución del nivel de conocimiento de gestantes en salud bucal para infantes, según número de hijos.

El gráfico 5 muestra que antes de la intervención educativa las gestantes con 0 hijos tienen nivel de conocimiento muy bueno 7,5% mientras las demás tienen 0%.

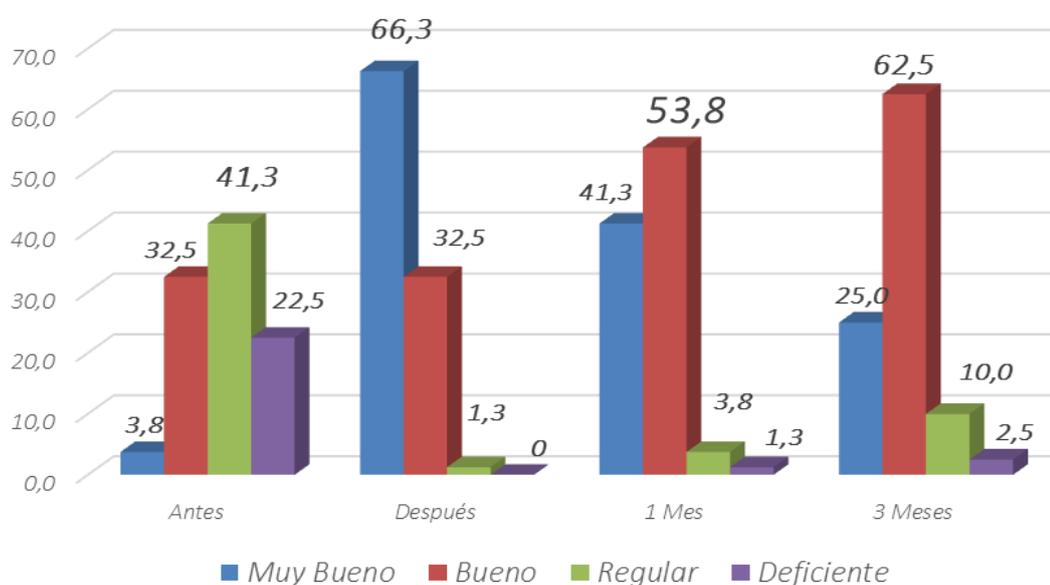
En el gráfico 6, inmediatamente después de la intervención se observó que el nivel de conocimiento muy bueno se elevó en 0 hijos a 62,5%, 1 hijo a 73,9%, 2 hijos a 45,5% y 3 hijos a 100%.

En el gráfico 7 al transcurrir tres meses el nivel de conocimiento muy bueno fue 32,5% en 0 hijos, 26,1% en 1 hijo, 18, 2% en 2 hijos y 0% en 3 hijos.

CUADRO Nº 1: Distribución de Gestantes según Nivel de Conocimiento en Salud Bucal para infantes. Centro Materno Infantil “El Bosque” - Trujillo 2014

Nivel de Conocimientos	Antes		Después		1 Mes		3 Meses	
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Muy Bueno	3	3.8	53	66.3	33	41.3	20	25.0
Bueno	26	32.5	26	32.5	43	53.8	50	62.5
Regular	33	41.3	1	1.3	3	3.8	8	10.0
Deficiente	18	22.5	0	0	1	1.3	2	2.5
Total	80	100.0	80	100.0	80	100.0	80	100.0

GRAFICO Nº 1: Distribución de Gestantes según Nivel de Conocimiento en Salud Bucal para infantes. Centro Materno Infantil “El Bosque” - Trujillo 2014



CUADRO Nº 2: Comparación del Nivel de Conocimiento de gestantes en Salud Bucal para infantes **Antes y Después** de la Intervención Educativa. Centro Materno Infantil “El Bosque” - Trujillo 2014

Antes	Después				Total
	Muy Bueno	Bueno	Regular	Deficiente	
Muy Bueno	3	0	0	0	3
Bueno	23	3	0	0	26
Regular	17	15	1	0	33
Deficiente	10	8	0	0	18
Total	53	26	1	0	80

Test de McNemar: $X^2_{McN} = 73$ P = 0,0000 (p < 0.001)

CUADRO Nº 3: Comparación del Nivel de Conocimiento de gestantes en Salud Bucal para infantes **Antes y Un Mes Después** de la Intervención Educativa. Centro Materno Infantil “El Bosque” - Trujillo 2014

Antes	1 Mes Después				Total
	Muy Bueno	Bueno	Regular	Deficiente	
Muy Bueno	3	0	0	0	3
Bueno	17	9	0	0	26
Regular	10	22	1	0	33
Deficiente	3	12	2	1	18
Total	33	43	3	1	80

Test de McNemar: $X^2_{McN} = 66$ P = 0.0000 (p < 0.001)

CUADRO N° 4: Comparación del Nivel de Conocimiento de gestantes en Salud Bucal para infantes **Antes y Después de Tres Meses** de la Intervención Educativa. Centro Materno Infantil “El Bosque” - Trujillo 2014

Antes	3 Meses Después				Total
	Muy Bueno	Bueno	Regular	Deficiente	
Muy Bueno	3	0	0	0	3
Bueno	9	17	0	0	26
Regular	7	22	4	0	33
Deficiente	1	11	4	2	18
Total	20	50	8	2	80

Test de McNemar: $X^2_{McN} = 54$ P = 0.0000 (p < 0.001)

CUADRO N° 5: Distribución del Nivel de Conocimiento de gestantes en Salud Bucal para Infantes según Grado de Instrucción. Centro Materno Infantil “El Bosque” - Trujillo 2014.

Grado de instrucción	Nivel de conocimientos																																			
	Antes						Después						1 Mes después						3 Meses después																	
	D	R	B	MB	n	%	D	R	B	MB	n	%	D	R	B	MB	n	%	D	R	B	MB	n	%												
Primaria	6	40	9	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	5	33	9	60	0	0	2	13	10	67	3	20	1	7	3	20	10	67	1	7	
Secundaria	12	27	19	42	13	29	1	2	0	0	0	21	47	24	53	1	2	1	2	30	67	13	29	1	2	5	11	32	71	7	16					
Superior	0	0	5	25	13	65	2	10	0	0	0	0	20	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	15	17	85	0	0	0	0	7	35	13	65

GRAFICO Nº 2: Distribución del Nivel de Conocimiento de gestantes en Salud Bucal para Infantes **antes** de la intervención educativa, según Grado de Instrucción. Centro Materno Infantil “El Bosque” - Trujillo 2014.

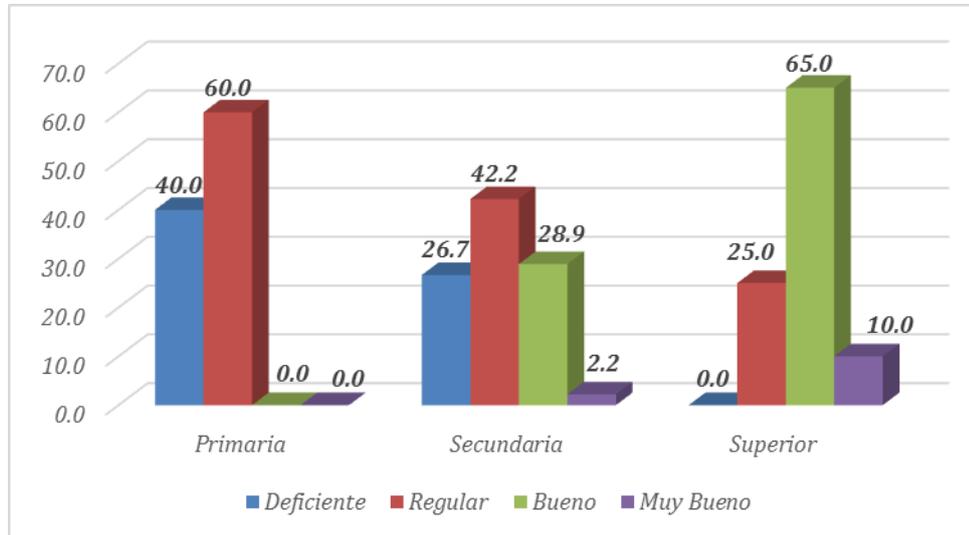


GRAFICO Nº 3: Distribución del Nivel de Conocimiento de gestantes en Salud Bucal para Infantes **Después** de la intervención educativa, según Grado de Instrucción. Centro Materno Infantil “El Bosque” - Trujillo 2014.

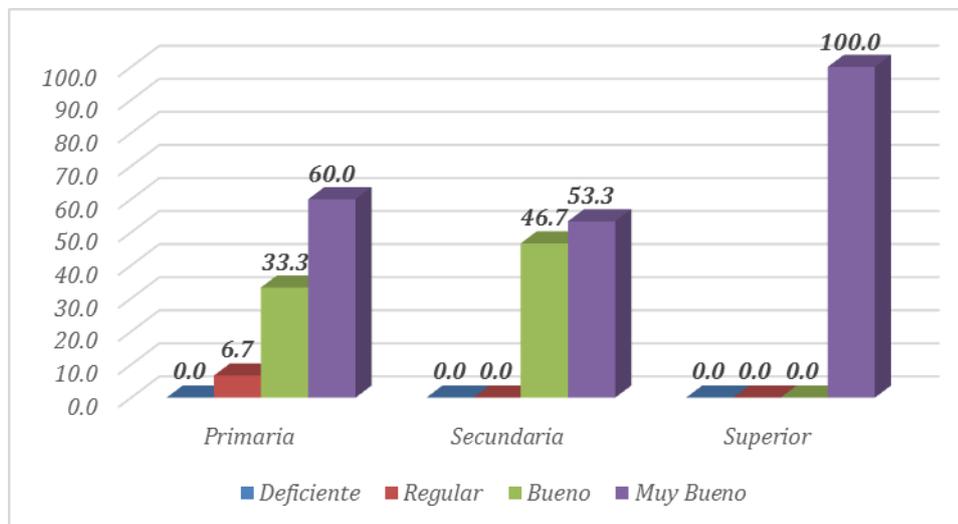
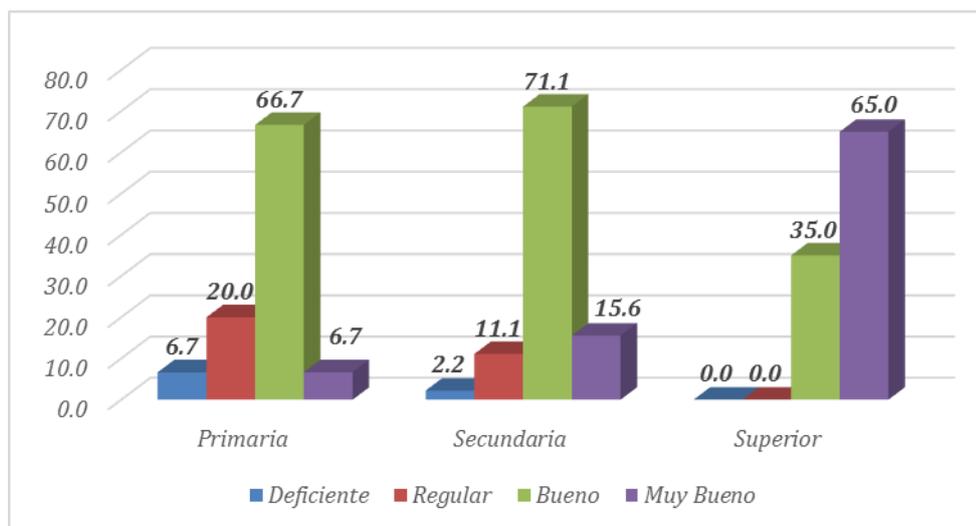


GRAFICO Nº 4: Distribución del Nivel de Conocimiento de gestantes en Salud Bucal para Infantes **Tres Meses Después** de la intervención educativa, según Grado de Instrucción. Centro Materno Infantil “El Bosque” - Trujillo 2014.



CUADRO Nº 6: Distribución del Nivel de Conocimiento de gestantes en Salud Bucal para Infantes según Número de Hijos. Centro Materno Infantil “El Bosque” - Trujillo 2014.

Nº de hijos	Nivel de conocimientos																															
	Antes						Después						1 Mes después						3 Meses después													
	D	R	B	MB	n	%	D	R	B	MB	n	%	D	R	B	MB	n	%	D	R	B	MB	n	%								
0	8	20	17	42	12	30	3	8	0	0	1	2	14	35	25	63	1	2	1	2	19	48	19	48	2	5	4	10	21	52	13	33
1	6	26	10	44	7	30	0	0	0	0	0	0	6	26	17	74	0	0	2	9	13	56	8	35	0	0	3	13	14	61	6	26
2	4	36	4	36	3	27	0	0	0	0	0	0	6	55	5	45	0	0	0	0	9	82	2	18	0	0	1	9	8	73	2	18
3	0	0	2	33	4	67	0	0	0	0	0	0	0	0	6	100	0	0	0	0	2	33	4	67	0	0	0	0	6	100	0	0

GRAFICO Nº 5: Distribución del Nivel de Conocimiento de gestantes en Salud Bucal para Infantes **Antes** de la intervención educativa, según Número de Hijos. Centro Materno Infantil “El Bosque” - Trujillo 2014.

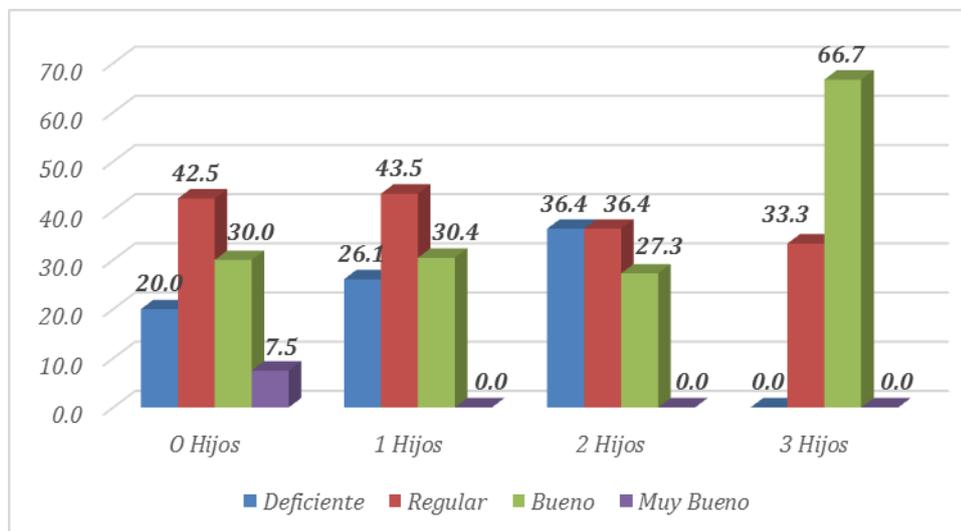


GRAFICO Nº 6: Distribución del Nivel de Conocimiento de gestantes en Salud Bucal para Infantes **Después** de la intervención educativa, según Número de Hijos. Centro Materno Infantil “El Bosque” - Trujillo 2014.

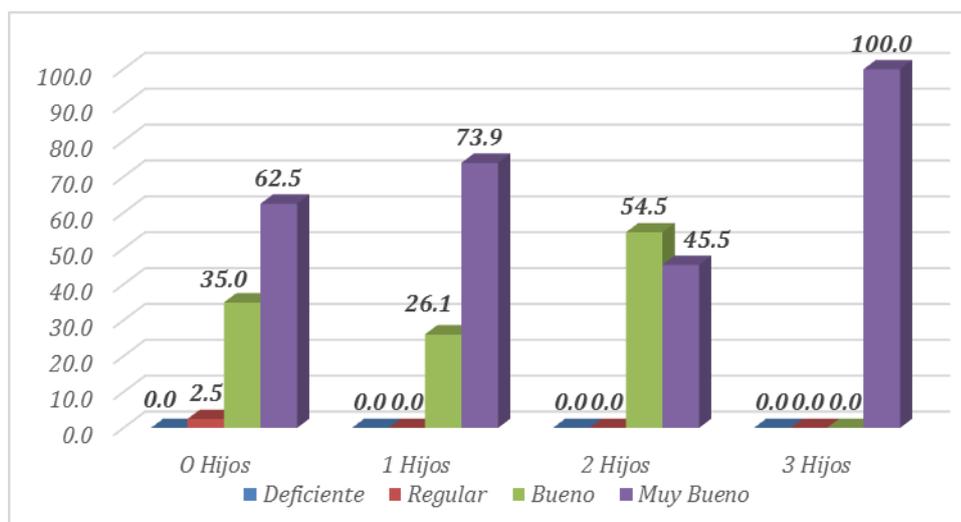
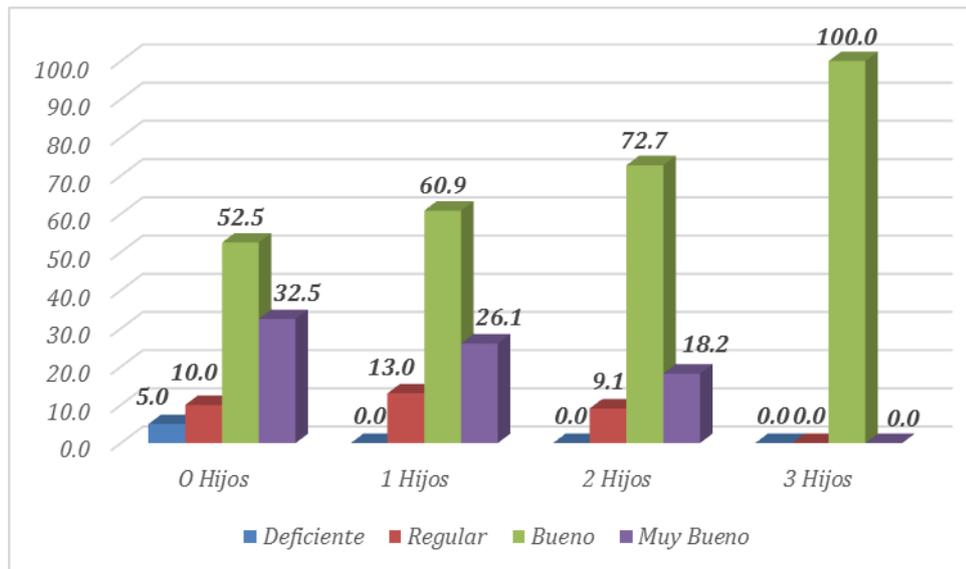


GRAFICO Nº 7: Distribución del Nivel de Conocimiento de gestantes en Salud Bucal para Infantes **Tres Meses Después** de la intervención educativa, según Número de Hijos. Centro Materno Infantil “El Bosque” - Trujillo 2014



IV. DISCUSIÓN

Los presentes resultados muestran que es eficaz la intervención educativa ya que se logró elevar el nivel de conocimiento de 3.8% a 25% en muy bueno y de 32,5% a 62,5% en bueno. Aunque como es de suponer los resultados obtenidos en los porcentajes disminuyeron al transcurrir los meses, ya que inmediatamente después de la intervención se obtuvo 66,3% en muy bueno y 32,5% en bueno; esto debido a que si un recuerdo no se evoca o es poco frecuente se pierde la conexión sináptica, produciendo el olvido.

Según grado de instrucción al iniciar el estudio se observó el nivel de conocimiento en primaria y secundaria es regular siendo 66% y 42,2% respectivamente, mientras el grado de instrucción superior presenta el 65% de nivel bueno. Al realizar la intervención educativa se elevaron los porcentajes en el nivel muy bueno, ya que han recibido nuevos conocimientos o recordado lo antes aprendido. Al transcurrir los 3 meses el nivel de conocimiento en primaria y secundaria es regular con 66,7% y 71,1% respectivamente; mientras que superior tiene 65% muy bueno. Por lo que se puede decir que existe asociación significativa entre el grado de instrucción y nivel de conocimiento. En el trabajo se utilizó la misma encuesta en todos los grados de instrucción para poder evaluar si existe o no diferencia en el nivel de conocimiento, tomando como referencia al trabajo realizado por Benavente y cols,²⁰ con quienes coinciden la relación encontrada, según grado de instrucción.

Según número de hijos al inicio del estudio se encontró que las gestantes con 0, 1 y 2 hijos tenían nivel de conocimiento regular, siendo 42,5%, 43,5% y 36,4% respectivamente, mientras que gestantes con 3 hijos tuvieron nivel de conocimiento bueno. Después de la intervención se elevó el nivel a muy bueno en 0, 1 y 3 hijos siendo 62,5%; 73,9% y 100% respectivamente; pero gestantes con 2 hijos tuvieron nivel de conocimiento bueno con 65%. Esto probablemente debido a que el nivel de conocimiento no solo depende del número de hijos, sino que también puede influir el grado de instrucción u otros factores. Esta debilidad se debe corregir en estudios posteriores, en los que se puede evaluar otras variables intervinientes o uniformizar más la muestra, para tener resultados más precisos, así mismo evitar sesgo.

Los resultados al inicio del estudio difiere a lo encontrado por Benavente y cols,²⁰ quienes encontraron un nivel de conocimiento regular de 68.5% y nosotros encontramos un 41.3%, esto es debido a que ellos trabajaron en madres, quienes probablemente en algún momento llevaron a sus hijos a consulta en donde recibieron algún tipo de orientación en salud bucal del infante; mientras en este estudio se trabajó con gestantes de las cuales 40 son primigestas.

Lo encontrado difiere con los resultados de Machado y cols,³ quienes al culminar el estudio obtuvieron 88.9% en nivel de conocimientos bien; mientras que el presente estudio un 25% en nivel de conocimientos muy bueno y 62.5% bueno; esto pudo deberse a que ellos realizaron un programa educativo y nosotros solo una charla, debido a que las

gestantes tuvieron poca disposición para escuchar una charla y mucho menos asistir a múltiples sesiones educativas.

A diferencia de estos autores que trabajaron con 3 categorías en el presente estudio se trabajó con 4 categorías ya que son las usadas en el sistema de calificación de nuestro país; probablemente si se realizaba 3 categorías nuestros resultados podrían ser más próximos.

Las fortalezas que se logró rescatar del estudio es que la intervención educativa fue eficaz ya que elevó el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes, es válido realizar este tipo de diseños de estudio pre experimental pre y post prueba; sin embargo para tener mayor validez interna se puede trabajar con diseños de investigación cuasi experimental, de manera que se determine con certeza si se influyó o no.

V. CONCLUSIONES

- La intervención educativa fue eficaz, ya que elevó el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes del Centro Materno Infantil “El Bosque”.
- Se determinó que antes de la intervención educativa el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes fue regular con 41,3%.
- Se determinó que inmediatamente después de la intervención educativa el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes fue muy bueno con 66,3%.
- Un mes después de la intervención educativa se determinó que el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes fue bueno con 53,8%.
- Tres meses después de la intervención educativa se determinó que el nivel de conocimiento en salud bucal para infantes en gestantes fue bueno con 62,5%.
- Se encontró una relación directamente proporcional entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción de las gestantes.
- El nivel de conocimiento muy bueno es inversamente proporcional al número de hijos, por lo que se concluye que el número de hijos no es determinante en el nivel de conocimientos.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que las charlas a gestantes sean dadas cada mes a más tardar cada trimestre ya que al transcurrir el tiempo el conocimiento es olvidado.
- Implementar programas educativos con las gestantes, para lograr que tomen conciencia de lo importante que es la prevención de enfermedades en ellas y en sus hijos.
- Promover la salud bucal de la gestante y del infante, para lograr que modifiquen su percepción de la salud, de tal manera que se comprometan y participen activamente en programas educativos.
- Las gestantes deberían recibir atención multidisciplinaria, en la cual la gestante no pase por consulta obstétrica sin antes haber asistido a charlas, algún programa educativo o haber realizado su consulta odontológica.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS:

1. Touriñan JM. Intervención Educativa, Intervention pedagógica y educación: La mirada pedagógica. Revista Portuguesa de pedagogía [Internet]. 2011 [citado el 10 de enero del 2014] :283-307. Disponible en: <https://www.google.com.pe/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=1.%20touri%c3%b1an%20jm.%20intervenci%c3%b3n%20educative%2c%20intervention%20pedag%c3%b3gica%20y%20educaci%c3%b2n%3a%20la%20mirada%20pedag%c3%b3gica.%20revista%20portuguesa%20de%20pedagog%c3%ada.%202011%3a283-307>.
2. Britto LA, Nakama L, Cordon L, Sassahara M. Dental treatment of pregnant women: the role of healthcare professionals. Ciênc. y Saúde coletiva [Internet]. 2011 [citado el 10 de enero del 2014];16(4). Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000400029&script=sci_arttext
3. Machado S, López E, Torres LA. Intervención educativa para elevar los conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal en embarazadas. MEDICIEGO [Internet]. 2012: [citado el 10 de enero del 2014] 18(1). Disponible en: www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=83820&id_seccion=3715&id_ejemplar=8266&id_revista=226
4. Sotomayor J, Reyes S, Mallma A, Correa E, Arieta J, Silva M y cols. Nivel de conocimiento y prevención de salud bucal en gestantes que se atienden en dos hospitales nacionales peruanos. Odontol. Sanmarquina [Internet]. 2012 [citado el 11 de enero del 2014];15(1):10-13. Disponible en: sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a04v15n1.pdf
5. Burgueño L, Gallardo NE, Mourelle ME. Cronología y secuencia de erupción de los dientes temporales en una muestra infantil de la comunidad de Madrid. Cient. Dent [Internet]. 2011 [citado el 12 de enero del 2014];8(2):111-118. Disponible en:

www.coem.org.es/sites/default/files/publicaciones/CIENTIFICA_DENTAL/vol8_num2/31-38.pdf

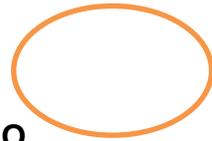
6. Martins ES, Da Silva AJ. Prevalence of early tooth loss in Children from Riverside Populations of the Amazon Region. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* [Internet]. 2012 [citado el 14 de enero del 2014];12(1):93-98. Disponible en: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1080/797>
7. Hernández J, Montiel L, Velásquez J, Djurisc A, Quirós O, Molero L y cols. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria* [Internet]. 2010 [citado el 14 de enero del 2014];(22). Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art22.asp>
8. Marsh PD, Moter A y Devine DA. Dental plaque biofilms: communities, conflict and control. *Periodontology 2000* [Internet]. 2011 [citado el 14 de enero del 2014];55:16-35. Disponible en: onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.16000757.2010.00383.x/abstract
9. Malts M, Jobim J, Alves L. Health promotion and dental caries. *Baraz. res orales* [Internet]. 2010 [citado el 14 de enero del 2014];24(1):18-25 Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/bor/v24s1/a04v24s1.pdf>
10. Portilla J, Pinzón ME, Huerta EN, Obregón A. Conceptos actuales e investigaciones futuras en el tratamiento de la caries dental y control de la placa bacteriana. *Revista Odontológica Mexicana* [Internet]. 2010 [citado el 14 de enero del 2014];14(4):218-225. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2010/uo104d.pdf>
11. Ojeda DE. Caries de infancia temprana: etiología y prevención [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Lima : Universidad Peruana Cayetano Heredia [Internet]; 2011 [citado el 18 de enero del 2014]. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/SANDRAELIZABETHOJEDAROCA.pdf>
12. Zaror C, Pineda P, Orellana JJ. Prevalencia de caries temprana de la infancia y sus factores asociados en niños Chilenos de 2 y 4 años. *Int.*

- J. Odontostomat [Internet]. 2011 [citado el 18 de enero del 2014];5(2):171-177. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2011000200010&script=sci_arttext
13. Palma C, Cahuana A, Gómez L. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. Acta pediátrica Esp [Internet]. 2010 [citado el 20 de enero del 2014];68(7):351-357. Disponible en:
www.dentistryforbabies.com/pdf/Guia%20para%20la%20salud%20bucal.pdf
 14. Ashok D. Oral Health. Early Childhood Caries. Indian dental association [Internet]. 2012 [citado el 16 de enero del 2014];(20):12-15. Disponible en:
http://www.idakerala.com/publications/KDJ37No3_KeralaDentalJournal.pdf
 15. Martínez MC, Rodríguez. Estudio de las cepas de estreptococos del grupo mutans presentes en binomios madre – hijo. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia [Internet]. 2010 [citado el 18 de enero del 2014];21 (2). Disponible en:
<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/2181/0>
 16. Gabínio de Siqueira MF, Jardim MC, Carreira F, Vasconcelos LC, Vasconcelos LC. Evaluation of an oral health program for children in early childhood. Rev odonto cienc [Internet]. 2010 [citado el 22 de enero del 2014];25 (4):350-354. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/roc/v25n4/a05v25n4.pdf>
 17. Rodriguez R, Traviesas EM, Lavandera EM, Duque M. Factores de riesgo asociados con la caries dental en niños de círculos infantiles. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2009 [citado el 22 de enero del 2014];46(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000200006
 18. Stifano M, Chimenos E. Lopez J, Lozano de Luaces V. Nutrición y prevención de las enfermedades de la mucosa oral [Internet]. 2009

- [citado el 22 de enero del 2014];1(2):65-72. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/preventiva/volumenes/v1i2/65.pdf>
19. Victoria I y Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y adolescencia. Promoción de la salud bucodental. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2011 [citado el 23 de enero del 2014];13(51):435-458. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v13n51/grupo.pdf>
 20. Benavente LA, Chein SA, Campodónico CH, Palacios E, Ventocilla MS, Castro A y cols. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de 5 años de edad. Odontol. Sanmarquina [Internet]. 2012 [citado el 23 de enero del 2014]; 15(1):14-18. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a05v15n1.pdf
 21. Escobar G, Sosa C, Sánchez Á. Oral health: social representations among pregnant mothers. Medellín, Colombia. Cienc. Saúde colectiva [Internet]. 2011 [citado el 23 de enero del 2014]; 16(11). Disponible en: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001200026&script=sci_arttext
 22. Ministerio de salud. Dirección de Estadísticas e Información en salud- Definiciones y conceptos en estadísticas de salud [Internet]. Citado el 25 de enero del 2014. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm>

ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA

CUESTIONARIO

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos se utilizarán para evaluar el conocimiento de las gestantes sobre salud bucal en infantes, por lo que solicito conteste cada pregunta de manera objetiva y veraz.

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta del cuestionario y marque con una "X" dentro del paréntesis en la alternativa que considere correcta.

1. ¿Cree usted que la alimentación llevada durante el embarazo afectará el desarrollo de los dientes de su hijo?
 - a) El tipo de alimentación no afecta a los dientes del niño ()
 - b) Si, por eso debo tener buena alimentación, rica en calcio y minerales ()
 - c) La alimentación no es tan importante ()
2. ¿Por qué son importantes los dientes de leche?
 - a) Son guías para que aparezcan bien los dientes permanentes y asegurar la buena nutrición del niño ()
 - b) No son importantes porque se van a mudar ()
 - c) Solo sirven para sonreír y verse bien ()
3. ¿Cuándo cree usted deben aparecer los dientes de leche?
 - a) 10 meses ()
 - b) 6 meses ()
 - c) 2 meses ()
4. ¿Qué es la placa bacteriana para usted?
 - a) Restos de comida y dulces en las encías ()
 - b) Manchas blancas en el diente ()
 - c) Pasta blanquecina con restos de alimentos y bacterias sobre los dientes..... ()
5. ¿A que se denomina caries de aparición temprana en los niños?
 - a) A la caries causada por la falta de higiene ()
 - b) A la caries que afecta a los niños menores de 6 años. ()
 - c) A la caries causada por los dulces ()
6. ¿Cree usted que la caries es contagiosa?
 - a) Si ()
 - b) No ()
 - c) Puede ser ()

7. Para usted la persona que puede contagiar caries a su hijo es:
 - a) La que alimenta al niño ()
 - b) La que da beso en la boca y prueba la comida del niño ()
 - c) La que juega con el niño ()
8. ¿Cuándo se permite el uso del biberón?
 - a) Para darle otros alimentos pues no está preparado para usar cuchara..... ()
 - b) Cuando hay impedimento para dar lactancia materna ()
 - c) Para que el niño no llore ()
9. ¿Si su niño succiona el biberón u otras cosas afectara a sus dientes?
 - a) No sé ()
 - b) Si, altera la correcta posición de los dientes y deforma en el paladar ()
 - c) No afecta, por eso el biberón es necesario ()
10. ¿Cómo cree usted que alimentaría a su hijo para evitar la caries dental?
 - a) Solo con frutas y verduras ()
 - b) Con una dieta balanceada y retrasando el consumo de azúcares()
 - c) Solo con carbohidratos. ()
11. ¿Cuáles considera usted son medidas de prevención para la salud bucal de su niño?
 - a) Cepillo dental, pasta dental ()
 - b) Pasta dental, alimentación rica en azúcares ()
 - c) Correcto cepillado y dieta baja en azúcares ()
12. ¿Cómo cree usted que evitara la aparición de caries dental en su hijo?
 - a) Probando la comida con la misma cuchara ()
 - b) Su hijo debe tener buena higiene y nutrición ()
 - c) Usted tendrá su boca sana y buena higiene ()
13. ¿Cuándo cree usted que debe iniciar la higiene de su hijo?
 - a) Desde el nacimiento ()
 - b) Al aparecerle el primer diente ()
 - c) Cuando aparezcan sus dientes permanentes ()
14. ¿En qué momento cree usted que es mejor realizar la higiene bucal?
 - a) Antes de comer ()
 - b) Antes de acostarse ()
 - c) Después de cada comida ()
15. ¿Qué sabe usted del flúor?
 - a) No sabe ()
 - b) Aumenta la resistencia del diente y previene la caries dental .. ()
 - c) Evita el sangrado de las encías ()
16. Usted consideraría usar pasta con flúor para niños cuando:
 - a) El niño tiene de 2-3 años ()
 - b) El niño puede escupir ()
 - c) No debemos usar flúor en niños ()

ANEXO 2

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA

CONSTANCIA

Visto el proyecto de tesis: “Eficacia de una intervención educativa a la gestante sobre el Nivel de Conocimiento en Salud Bucal para Infantes en el Centro Materno Infantil El Bosque” perteneciente a la estudiante: Dalia Melissa Reyes Gil, de la escuela de Estomatología de la Universidad Privada AntenorOrrego.

Se deja constancia que habiendo revisado el instrumento *para medir el conocimiento*

Sobre la salud bucal de infantes y habiendo realizado el análisis de confiabilidad del instrumento a través del coeficiente alfa de cronbach se obtuvo como resultado el valor de $\alpha = 0.78$

Demostrándose con ello que el instrumento de investigación es confiable.

La fórmula utilizada es: $\alpha = \left(\frac{k}{k-1}\right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2}\right)$

Se expide el presente documento a solicitud de la interesada para los fines que estime

Conveniente.

Trujillo, 20 de Mayo del 2014



Prof. Augusto Chafloque Ch.

ANEXO 3
UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA

Hoja de consentimiento informado

El propósito de este estudio es educar y medir la eficacia de una intervención educativa a gestantes sobre temas de salud bucal de infantes. El conocimiento sobre salud bucal de infantes es de suma importancia en la prevención de enfermedades bucales futuras.

Si usted decide participar en este estudio se le realizara lo siguiente:

1. Se le entregará una lista de preguntas para que usted responda según lo que sabe.
2. Se le brindara charlas en temas de salud bucal del infante.
3. Posteriormente se le entregara la misma lista de preguntas para evaluar sus conocimientos aprendidos.
4. Posteriormente se le volverá a aplicar el mismo cuestionario en un mes y en tres meses.

El participar en este estudio no tiene riesgo para usted y se beneficiara de los conocimientos que recibirá.

Le ofrecemos confidencialidad con los resultados obtenidos, no se mostrara información que permita su identificación a personas ajenas al estudio.

Si decide retirarse del estudio puede hacerlo sin perjuicio alguno.

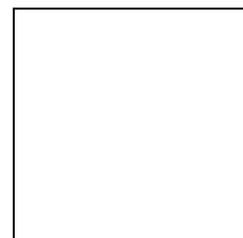
Responsable del estudio: Dalia Melissa Reyes Gil. Estudiante de Bachiller de la Universidad Privada Antenor Orrego

He comprendido lo que se me realizara y acepto participar en el estudio.

Acepto participar en el estudio (nombre completo).

Firma: ----- DNI: ----- Fecha:

Celular: -----



Huella digital

ANEXO 4

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA

Ficha de recolección de datos de las gestante

N°	Nombres y apellidos	Semanas de gestación	Edad	Nº de hijos	Grado de instrucción	Puntaje pre test	Puntaje post test	Puntaje 1 mes después	Puntaje 3 meses después
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
...									

ANEXO 5
UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO
ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA
Fotos de la intervención educativa que se realizó





