

**FACULTAD DE MEDICINA, NUTRICION, ENFERMERIA, TECNOLOGIA
MEDICA
UNIDAD DE POST GRADO
ESPECIALIDAD SALUD PÚBLICA MENCION GERENCIA EN SALUD**

**ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN
SOBRE SALUD ORAL DIRIGIDO A MUJERES EMBARAZADAS
SERVICIO DE ODONTOLOGIA DEL
CENTRO DE SALUD LOTES Y SERVICIOS
CIUDAD DE EL ALTO , SEGUNDO SEMESTRE DE 2010**

**PROPUESTA DE INTERVENCION PARA OPTAR EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN SALUD PUBLICA MENCION GERENCIA EN SALUD**

**AUTORA: DRA. JACQUELIN SHILDA BALLESTEROS QUISPE
TUTORA : MSC. DRA. AZUCENA ZUBIETA**

LA PAZ - BOLIVIA

INDICE

	Pag.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	4
III. ANTECEDENTES	5
1. CENTRO DE SALUD LOTES Y SERVICIOS	5
2. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD ORAL – MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES.	6
3. MARCO LEGAL DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD ORAL	9
3.1. REGLAMENTO DE PRESTACIONES Y GESTIÓN DEL SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL	10
4. PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS EN LA MUJER EMBARAZADA SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL	10
5. OTROS ESTUDIOS SIMILARES	13
IV. JUSTIFICACIÓN	17
V. MARCO TEORICO	21
1. ODONTOLOGIA EN LA MUJER EMBARAZADA	21
1.1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA MUJER EMBARAZADA.	21
a) modificaciones cardiovasculares	
b) frecuencia cardiaca	
c) volumen sanguíneo	
d) tensión arterial	
e) presión venosa	
f) clínica	
g) cambios hematológicos.	
h) fisiología renal.	
i) fisiología respiratoria	

j) fisiología digestiva	
k) modificaciones psicológicas	
1.2. NUTRICION DURANTE EL EMBARAZO.	23
1.2.1. Vitaminas	
a) vitamina D	
1.2.2. Minerales	
a) fluor	
b) calcio	
c) hierro	
d) yodo	
1.3. CAMBIOS ORALES EN LA MUJER EMBARAZADA	
ETIOPATOGENIA	25
a) Cambios hormonales	
b) Dieta	
c) Microbiología	
d) Respuestas inmunológicas	
1.4. ENFERMEDADES ORALES RELACIONADOS CON EL	
EMBARAZO	26
a) Alteraciones gingivo periodontales	
b) Alteraciones de la mucosa oral	
c) Alteraciones dentarias	
d) Otras alteraciones orales	
1.5. RECOMENDACIONES PARA TRATAMIENTO DENTAL	
DE UNA MUJER EMBARAZADA	29
1.5.1. Cuidados dentales brindados por el profesional	
1.6. MANEJO ODONTOESTOMATOLOGICO DE LA PACIENTE	
EMBARAZADA	30
1.6.1. Momento para llevar a cabo el tratamiento	
Odontoestomatologico	
2. COBERTURA	32
2.1. INDICADOR DE COBERTURA	32

3. PROMOCION DE LA SALUD ORAL	32
3.1. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.	32
3.2. LA PROMOCION EN SALUD ORAL	32
4. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES	33
4.1. PREVENCIÓN ODONTOLÓGICA ENFOCADA A LA MUJER EMBARAZADA	33
4.1.1. La higiene bucal	
4.1.2. Aplicación de medidas preventivas	
4.1.3. Fluoración tópica, fluorinizacion tópica	
4.1.4. Control de placa	
4.2. PREVENCIÓN ODONTOLOGICA ORIENTADA AL PRODUCTO	38
4.2.1. Factores que alteran la calcificación de la dentición temporal	
Durante el embarazo	38
4.2.2. Fluoruro en el embarazo	38
5. PROGRAMA PREVENTIVO PROMOCIONAL A TRAVES DE LAS ESTRATEGIAS DE I.E.C. EN MUJERES EMBARAZADAS	39
6. ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN	40
6.1. INFORMACION	41
6.2. EDUCACIÓN	41
6.3. COMUNICACIÓN	42
6.4. PLANIFICACION DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD COMUNITARIA	44

7. DISEÑO DE LA ESTRATEGIA I.E.C	45
7.1. COMPONENTES PARA EL DISEÑO DE LA ESTRATEGIA	46
7.1.1. SEGMENTACION DE AUDIENCIAS	46
7.2. PRIORIZACION LAS CONDUCTAS O COMPORTAMIENTOS	49
7.3. OBJETIVO DE COMUNICACIÓN	50
7.4. ELABORACION DE MENSAJES IDENTIFICACION DE BENEFICIOS	52
PRODUCCION DE MATERIALES EDUCATIVOS COMUNICACIONALES PRINCIPIOS BASICOS PARA LA ELABORACION DE MATERIALES:	53
a.- Eficacia	
b.- Atracción	
c.- Comprensión	
d.- Aceptación	
e.- Inducción a la acción	
7.5. SELECCIÓN Y MEZCLA DE MEDIOS	56
7.5.1. MATERIALES IMPRESOS	56
7.5.2. ETAPAS PARA LA PRODUCCION DE MATERIALES IMPRESOS	56
1. DEFINICION DE CONTENIDOS	56
2. PRIMER BORRADOR	57
3. BOCETO	57
4. DISEÑO Y DIAGRAMACION	57
a) Distribución del espacio	
b) Recursos visuales	
c) Acentos gráficos	
d) Tipografía	

e) Imagen	
f) La cubierta o portada:	
5. AUTO EVALUACION	59
6. VALIDACION TECNICA Y CON PÚBLICO	59
7. SUPERVISION EL TRABAJO DE IMPRESIÓN	60
Validación de materiales impresos	61
Pautas metodologicas y técnicas	61
a. Validación técnica	61
b. Validación con la población objetivo	61
¿Que pasos debemos seguir para realizar la validación?	62
a) selección de mensajes y/o materiales	62
b) determinación de los elementos de forma, contenido a ser validados	62
c) determinación del número de entrevistas a grupos focales a realizar	62
d) selección de las técnicas de investigación	62
e) selección y capacitación del personal responsable del recojo de la información	63
f) pruebas de las guías e instrumentos	63
g) análisis	65
INTERPRETACION DE LOS DATOS DE LA VALIDACION	65
LA VALIDACION QUE NO ACONSEJE NINGUN CAMBIO PROBABLEMENTE	65
INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR	66
8. MATERIALES EDUCATIVOS EN SALUD	66
8.1. MEDIO: IMPRESO MASIVO	
FORMATO: EL AFICHE O CARTEL	66
8.1.1. SUGERENCIAS TÉCNICAS PARA ELABORAR	

UN AFICHE O CARTEL EN SALUD	67
8.2. MATERIALES EDUCATIVOS EN ODONTOLOGIA	68
VI. OBJETIVOS	70
1.- OBJETIVO GENERAL	70
2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS	70
VII.- DISEÑO METODOLOGICO	71
1.- DISEÑO O TIPO DE ESTUDIO	71
2.- POBLACIÓN	71
3.- LUGAR	71
4.- TAMAÑO DE MUESTRA: TAMAÑO Y METODO	72
5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN	72
6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	72
7.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	74
A) ETAPAS DEL PROYECTO DE INTERVENCION	76
FASE I DIAGNOSTICO INICIAL	76
FASE II DETERMINAR LOS CONONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE SALUD ORAL EN LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CONTROL PRENATAL.	77
FASE III PLANIFICAR LA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE SALUD ORAL EN BASE AL DIAGNOSTICO	77
FASE IV EJECUTAR LA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE SALUD ORAL EN BASE AL DIAGNOSTICO	80
FASE V EVALUAR LOS LOGROS Y DIFICULTADES DE LA ESTRATEGIA I.E.C. SOBRE LA COBERTURA DE ATENCIÓN DENTAL.	81

B) RECOLECCION DE DATOS	82
C) PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	82
VIII. ASPECTOS ETICOS	83
IX. CRONOGRAMA	84
X. PRESUPUESTO	85
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	86
ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN

En Bolivia, la caries es un problema que afecta al 95% de la población boliviana y es una enfermedad infectocontagiosa, progresiva que sino se atiende debidamente puede dar lugar a la perdida de órganos dentarios, dónde la mujer gestante juega un papel muy importante, para el establecimiento de buenos hábitos ya que es receptiva para adquirir conocimientos y cambiar conductas que tendrán efecto en el desarrollo de la salud del futuro niño.

Uno de los problemas en el Servicio de Odontología del Centro de Salud Lotes y Servicios es la baja cobertura de 29% en la gestión 2009 en la atención a mujeres gestantes en relación a la meta prevista del 50% del Programa Nacional de Estomatología.

El estudio toma muy en cuenta los factores mas frecuentes que causan las bajas coberturas, tales como la falta de educación en salud oral, la falta de atención integral de la mujer gestante y otros factores culturales que inciden negativamente en oportunidades de atención dental.

Una vez Identificados los factores que ocasionan la baja cobertura y también midiendo los conocimientos y actitudes y practicas en la mujeres embarazadas donde el personal de salud del Centro de Salud Lotes y Servicios sean parte de esta propuesta de intervención en la atención odontológica.

Uno de los objetivos de esta propuesta es contribuir a aumentar la cobertura de atención a través de la estrategia de información, educación, y comunicación sobre salud oral enfocada a mujeres embarazadas.

Esta propuesta de intervención tiene un diseño pre- experimental que trata de demostrar, qué implementando la estrategia de Información, educación y comunicación sobre salud oral, contribuye a aumentar las coberturas de atención dental en Centro de Salud Lotes y Servicios y a su vez disminuir la alta prevalencia de enfermedades orales como son la caries dental y la enfermedad periodontal en niños y mujeres gestantes.

Cuyos resultados beneficiara a toda la población más vulnerable y por ende a las instituciones en sus diferentes niveles de atención. El presente estudio servirá como documento de consulta para diferentes profesionales del área de salud y especialmente para odontólogos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las iniciativas desplegadas por el Estado en lo que hace a la prevención de las enfermedades más comunes en odontología, existe una limitada ejecución de programas de prevención en salud oral. (1)

En nuestro país la situación en salud bucodental, no aparece registrada en el perfil epidemiológico del Ministerio de Salud y Deportes, la información existente es limitada, sin embargo los datos evidentes, del año 1995 revelan la amplitud y severidad del problema que sufre la mayoría de la población boliviana. En nuestro país el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D) de 9 – 15 de edad, fue de 6.68. (2) (Ver Anexo 1)

Los cambios en la dieta y al tratar de satisfacer sus deseos por ciertos alimentos, pueden causar mayor irritación de las mucosas y aumentar la incidencia de caries, enfermedades gingivales y periodontales. (3)

Las mujeres en estado de gestación por la falta de conocimiento, motivación y orientación no realizan consultas odontológicas y rechazan las mismas por el miedo de dañar al gestante o adelantar el parto, y por los elevados tiempos de espera para la consulta odontológica. (3)

Por otra parte, los programas de promoción y prevención de salud oral en ejecución son insuficientes en el Centro de Salud de Lotes y Servicios. Además, el seguimiento y evaluación de los mismos, influyen de gran manera en la prevalencia de enfermedades orales en la Ciudad de El Alto.

Uno de los problemas del Servicio de odontología del Centro de Salud Lotes y Servicios, es la baja cobertura de atención dental a mujeres embarazadas, se atendieron solo a 342 mujeres embarazadas el año 2008, si consideramos que la población de embarazos esperados es de 1225 resultando una cobertura de atención de 28 %. (4) (Ver Anexo 2, 3)

En el año 2009 se atendieron a 369 mujeres embarazadas en el consultorio dental, la población de embarazos esperados fue de 1253 resultando una cobertura de atención de 29 %. (5) (Ver Anexo 3, 4)

El Programa Nacional de Estomatología ha fijado metas para cada grupo etareo y en el caso de mujeres gestantes la meta de cobertura de atención es del 50 % y el Centro de Salud Lotes y Servicios no llego a aproximarse a las metas propuestas en este grupo prioritario. (6)

De los consultorios odontológicos en Bolivia que se han registrado, solamente el 18 % cuentan con material educativo. De estos el 52 % están en el área urbana, y el 48% en el área rural. Sin embargo se ha registrado que una gran mayoría de odontólogos elabora su propio material para poder realizar actividades de promoción en salud oral.(1) (ver Anexo 5).

A pesar, que el Centro de Salud Lotes y Servicios cuenta con un consultorio dental turno mañana y tarde durante 9 horas diarias, se realizan pocas acciones de promoción, prevención de afecciones dentales dirigidas específicamente a las mujeres embarazadas.

El Servicio de Odontología del Centro de Salud Lotes y Servicios no cuenta con materiales educativos en salud oral (afiches y trípticos) para su difusión e información a la población objetivo.

Las causas para la baja cobertura en el servicio de odontología más frecuentes son:

1. Factores culturales (creencias y costumbres sobre posibles daños de la atención dental al producto de gestación).
2. Bajo nivel educativo o de instrucción.
3. Falta de educación en salud oral.
4. Rechazo a consultas odontológicas (dolor).
5. Falta de capacitación de personal de salud .
6. Falta de atención integral a la mujer embarazada (sin servicio odontológico).
7. Perdida de oportunidades de atención dental (falta de odontólogo).

8. Falta de orientación sobre salud dental en las consultas prenatales y tiempo largo de espera en la consulta odontológica (horarios insuficientes).
9. Falta de referencia por parte del personal medico que realiza controles prenatales.
(El Personal medico no deriva a los pacientes, no orienta sobre la importancia de la Atención dental durante el embarazo)
10. Falta de información sobre las nuevas políticas de salud a mujeres embarazadas
(Seguro Universal Materno Infantil atención gratuita)(3).

Cuyas consecuencias son la caries dental, focos infecciosos, agravamiento de la salud dental, y posteriormente complicaciones en la salud en general.

Identificados aquellos factores que ocasionan la baja cobertura en atención dental a mujeres embarazadas, se propone aumentar la cobertura de atención dental a mujeres embarazadas mediante la estrategia de Información, Educación, Comunicación en salud oral.

El Centro de Salud Lotes y Servicios cuenta con la cooperación de Organizaciones no Gubernamentales, Misión Alianza de Noruega que incrementaron las atenciones en salud a niño/as, mujeres en estado de gestación pero con pocas acciones de promoción, prevención de enfermedades dentales destinada a mujeres embarazadas.

Esta propuesta plantea: mejorar la calidad de atención que se brinda a la mujer embarazada, que se encuentra a nuestro alcance, a su vez se pretende disminuir significativamente la incidencia de enfermedades dentales en mujeres embarazadas.

1.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el efecto en la aplicación de una estrategia de información, Educación y Comunicación de salud oral sobre la cobertura de atención dental a mujeres embarazadas en el Centro de Salud de Lotes y Servicios en el segundo semestre de la gestión 2010?

III. ANTECEDENTES

1.- CENTRO DE SALUD LOTES Y SERVICIOS.-

El Centro de Salud Lotes y Servicios cuenta con un consultorio médico que brinda prestaciones asistenciales a la población en general en los servicios de (Consulta externa, Ginecología - Obstetricia, Enfermería, etc.) durante 24 horas diarias así como las determinadas por el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), Seguro Escolar de Salud Obligatorio (SESO).

En el caso específico de Odontología, se cuenta con un consultorio dental atendidos por dos odontólogos, durante 9 horas diarias (uno atiende 6 horas y otro 3 horas) donde se destacan las siguientes funciones:

1. Planificar, organizar, dirigir, supervisar, controlar y evaluar el programa de salud oral de la Red.
2. Capacitar y adiestrar el personal institucional de la Red en los Programas de salud oral.
3. Participar en programas de investigación de salud oral a nivel de la Red.
4. Referir y controlar los casos de mayor complejidad de Hospitales y Centros de salud de área.
5. Elaborar los informes de actividades odontológicas de su servicio y enviar a la Jefatura Regional de Odontología mediante Sistema Nacional de Información en salud (SNIS), de acuerdo a la institución.
6. Ejecutar labores profesionales de odontología de acuerdo a nuestro servicio.
7. Elaborar programas de educación, promoción y prevención en salud oral para la Red
8. Examinar, diagnosticar, registrar y elaborar la historia clínica de todos y cada uno de los pacientes que acuden el servicio, según protocolos.
9. Mantener registro actualizado de la condiciones del equipo e instrumental de los consultorios a su cargo. (1)

2.- PROGRAMA NACIONAL DE SALUD ORAL - MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES.-

En Bolivia existe el Programa Nacional de Salud Oral cuya Misión es ser una entidad rectora de la salud oral para lograr que la población obtenga una atención integral coordinando el diseño e implementación de las políticas, programas, estrategias transversales a favor de los bolivianos. (7)

Objetivo General del Programa

Mejorar el estado de salud oral de la población boliviana priorizando al menor de cinco años. Escolar, Adolescente y madre gestante. (7)

Objetivos Específicos del Programa

1. Implementar programas de promoción de la salud oral.
2. Implementar el uso apropiado de fluoruros en los diferentes grupos etareos.
3. Disminuir el índice de caries en programas de fluoración de la sal.
4. Mejorar la calidad y oportunidad de atención en salud en la Red de Servicios de Salud.
5. Desarrollar e implementar las normas de salud oral.
6. Supervisar, monitorear y evaluar los programas de salud oral.
7. Contribuir a mejorar el estado de salud biopsicosocial de los adolescentes, a través de una atención odontológica integral.(7)

Principales Problemas de Salud Oral

- Altos índices de caries y enfermedad periodontal.
- Nutrición deficiente y cariogénica particularmente en escolares, adolescentes.
- Desconocimiento de principios de higiene bucal e importancia del mismo.

Alternativas de Solución

Organizar y ejecutar programas de promoción de la salud oral.

Implementar y fortalecer el programa de prevención masiva

Establecer paquetes mínimos de atención en salud oral:

- a. Promoción
- b. Prevención
- c. Curación, Intervención mínima (PRAT). (7)

Estrategias:

Estrategias a Corto Plazo

- Lograr la participación de todas las instituciones odontológicas para ejecutar los programas de promoción de la salud oral.
- Reactivar y fortalecer el programa de la fluoración de la sal.
- Elaborar y desarrollar programa de aplicación tópica de fluoruros.
- Fortalecer la incorporación de la odontología en el programa de salud y en la ley del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).
- Promover y desarrollar los recursos odontológicos.
- Revisar y mejorar el equipamiento clínico y el servicio de mantenimiento. (7)

Estrategias a Mediano Plazo

- Organizar programas de prevención específica (uso de fluoruro) en escolares del sector urbano y rural.
- Establecer paquetes mínimos de atención dental en salud oral (PRAT) en los escolares del sector urbano y rural.
- Organizar la semana de salud oral.
- Supervisar las acciones del programa de salud oral.
- Establecer cursos de actualización para fortalecer los recursos humanos
- Manejo adecuado de la Información para establecer los resultados obtenidos del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).
- Organización y aplicación del programa de salud oral en nuevas escuelas y comunidades.
- Fortalecer los programas de salud oral para la satisfacción del usuario
- Establecer políticas nacionales de salud oral en coordinación con instituciones de docencia y gremio.
- Definir y proporcionar un conjunto básico de acciones de salud oral para cada grupo etareo de la población.(7)

Estrategia a Largo Plazo

- Levantamiento epidemiológico de caries y enfermedad periodontal en escolares del país.
- Aplicación de los programas de salud oral a nuevas escuelas y comunidades del país.
- Evaluación del programa de salud oral en el ámbito local y nacional.(7)

Acciones Estratégicas de Atención

- Coordinar con las instituciones odontológicas, Ministerio de Salud y Deportes, Ministerio de Educación y Empresas Privadas para integrar el paquete básico de salud oral a los grupos preescolares y escolares.
- Desarrollar un sistema para supervisar y evaluar el modelo de atención.(7)

Actividades Principales

Dentro de las principales actividades son:

Promoción:

- Higiene Bucodental
- Detección de la placa dentó bacteriana
- Educación sobre la técnica de cepillado
- Promoción del uso de pastas dentales fluoradas

Prevención Específica:

- Profilaxis dental
- Información sobre la dieta cariogénica
- Fomento de hábito higiénico
- Promoción de la visita periódica al odontólogo

Acciones estratégicas de promoción en salud oral

- Coordinar con las instituciones involucradas para implementar la Semana de Salud Oral
- Concertar y coordinar actividades de promoción con instituciones de salud, educación y otras.
- Capacitar a los promotores en salud oral.(7)

Acciones estrategias de prevención

- Atención Básica
- Aplicación de técnica PRAT
- Exodoncia

Sistema de Atención Incremental

- La fase preventiva
- La fase curativa

Reforzar las actividades preventivas intra y extramuros en coordinación con las Facultades de Odontología. (7)

3.-MARCO LEGAL DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD ORAL.-

El 21 de Noviembre de 2002, se crea el Seguro Universal Materno Infantil en todo en territorio nacional con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del sistema nacional de salud y del sistema de la seguridad social de corto plazo. (8)

- a. Las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación, hasta los seis meses posteriores al parto.
- b. Los niños desde su nacimiento hasta los cinco años de edad,
- c. Las prestaciones del Seguro Universal Materno infantil, cuando corresponda, se adecuaran y ejecutarán mediante la medicina tradicional, boliviana donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia, sea de elección.
- d. El Seguro Universal Materno Infantil, es una prioridad de la Estrategia boliviana de Reducción de la pobreza (8)

3.1. REGLAMENTO DE PRESTACIONES Y GESTIÓN DEL SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL

Capítulo V INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN

El Ministerio de Salud desarrollara procesos de Información, Educación y Comunicación dirigidos a los prestadores de salud y comunidad sobre el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) para incentivar la demanda, mejorar el acceso y la calidad de atención.

Todos los recursos de la Cooperación Nacional e Internacional para Información, Educación, Comunicación (IEC) relacionadas al Seguro Universal Materno Infantil, serán canalizados por Ministerio de Salud. (8)

El 27 de Febrero de 2003 se resuelve aprobar el **PROGRAMA DE SALUD ORAL** mediante la Resolución Ministerial No 0091 para su inmediata ejecución en el Sistema Nacional de salud, con el objetivo de mejorar el estado de salud oral de la población boliviana, priorizando al menor de cinco años, escolar, adolescente y madre gestante.

Así como también implementar, el uso Apropiado de fluoruros en los diferentes grupos etareos, disminuir el índice de caries, mejorar la calidad de atención en salud oral en las redes de servicios, desarrollar e implementar las normas de salud oral, evaluar los programas y contribuir a mejorar el estado de salud biopsocial de los adolescentes a través de su atención odontológica integral. (8) (ver Anexo 6)

4. PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS EN LA MUJER EMBARAZADA - SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL.-

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

- Consulta odontológica
- Profilaxis/tartrectomia (limpieza para ambas arcadas dentarias)
- Exodoncias (por pieza dentaría)
- Caries de esmalte (por pieza dentaria)

- Caries de dentina
- Absceso Periapical agudo
- Bioseguridad. (9)

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

- Consulta odontológica
- Profilaxis/tartrectomia (limpieza para ambas arcadas dentarias)
- Exodoncias (por pieza dentaria)
- Caries de esmalte (por pieza dentaria)
- Caries de dentina
- Absceso Periapical agudo
- Cirugía Bucal Menor (piezas dentarias retenidas)
- Luxación de la articulación Temporo maxilar (ATM)
- Endodoncia uniradicular
- Infección de origen dentario y traumatológico
- Osteomielitis crónica maxilar superior e inferior
- Fractura dentoalveolar simple y compuesta
- Anestesia General odontológica de la embarazada
- Bioseguridad. (9)

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

- Consulta odontológica
- Profilaxis/tartrectomia (limpieza para ambas arcadas dentarias)
- Exodoncias (por pieza dentaria)

- Caries de esmalte (por pieza dentaria)
- Caries de dentina
- Absceso Periapical agudo
- Cirugía Bucal Menor (piezas dentarias retenidas)
- Luxación de la Articulación Temporo Maxilar (ATM)
- Endodoncia uniradicular
- Infección de origen dentario y traumatológico
- Osteomielitis crónica maxilar superior e inferior
- Osteomielitis Aguda maxilar superior e inferior
- Fractura dentoalveolar simple y compuesta
- Fractura maxilar
- Fractura mandibular
- Cirugía mediana
- Anestesia general odontológica de la embarazada
- Bioseguridad (9)

5.- OTROS ESTUDIOS SIMILARES.-

De acuerdo a los últimos estudios de investigación realizados referidos a mujeres embarazadas sobre la atención odontológica, cabe destacar los siguientes:

Juan Antonio Córdova Hernández, El año 2007 en Tabasco **México** se realizó un estudio “Nivel de conocimientos sobre prevención de salud bucal en gestantes, Hospital de la Mujer, Villahermosa, Tabasco 2007 “, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes.

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en 100 gestantes mayores de 18 años que acudieron al servicio de control prenatal, se utilizó un sistema de muestreo probabilístico, se aplicó un cuestionario de 15 preguntas de opción múltiple para medir escolaridad, edad, conocimientos sobre prevención en salud bucal, conocimiento sobre principales enfermedades bucales, gestación y atención odontológica.

En cuyos resultados, se observó la escolaridad más frecuente fue la secundaria completa en 24%; el 66% de las gestantes presentaron nivel de conocimiento medio sobre prevención bucal; en el conocimiento de las principales enfermedades bucales el 49% obtuvo el nivel medio y 39% el nivel bajo; finalmente sobre gestación y atención odontológica predominó el nivel medio con 59 %.

Dentro de las recomendaciones fueron, realizar mayor labor educativa - preventiva en pacientes gestantes proporcionando prácticas de conocimientos básicos sobre salud bucal, reforzar y apoyar el programa educativo preventivo que opera actualmente en la Secretaría de Salud, poniendo en práctica estrategias de prevención a través de la Universidad.

Irene Garbero, Ana María Delgado, Lauro Benito de Cárdenas, El año 2005 en Caracas **Venezuela** se realizó un estudio “Salud oral en embarazadas conocimientos y actitudes”, cuyo objetivo fue explorar los conocimientos y actitudes de las embarazadas de los distintos sectores del sistema de salud en Tucumán con relación a los cambios orales producidos durante la gestación.

Para este estudio, se utilizó un diseño descriptivo, los datos que se obtuvieron fueron a través de un cuestionario de autoadministración y respuestas cerradas en 258 mujeres embarazadas de los sectores privado y de seguridad social (Grupo I) y 126 del sector público (grupo II).

En cuyos resultados, se observó un reducido porcentaje de madres que fueron derivadas por el obstetra al examen odontológico durante el control prenatal, fue significativamente mayor el porcentaje del grupo I que reconoció poder recibir atención odontológica, sin riesgos para el feto.

Sin embargo en ambos grupos fue reducido el número que recibió cuidados, a pesar de haber sufrido deterioro en su salud oral. La mayoría desconoce las causas del incremento de caries y del sangrado de alteración gingival durante el embarazo y así como las prácticas que puede realizar el odontólogo durante la consulta.

Walkyria del Carmen Rodríguez, Marcia Hortensia Corona Carpió, Ana María Pineda Rodríguez, Niurka Lao Salas, María Isabel Pardo Rodríguez, El año 2002 en Santiago de **Cuba** realizaron un estudio “Conocimientos de las embarazadas en el Policlínico Carlos J. Finlay sobre salud bucal en las gestantes en menos de 14 semanas de embarazo”, en el periodo de enero y marzo del 2002, con el objetivo de valorar el grado de conocimiento sobre temas de salud bucal en el embarazo, caries dental y placa dentobacteriana, enfermedad periodontal y cepillado, lactancia materna bucal del recién nacido.

Se realizó un estudio descriptivo transversal en 45 embarazadas se formaron dos grupos de edades teniendo en cuenta la madurez físico – mental de las embarazadas: menores de 20 años y mayores de 20 años.

Se elaboró cuestionarios y se concluyó en que los dos grupos poseían un bajo nivel de conocimientos, siendo las menores de 20 años las de mayor incidencia, por lo que se recomienda aplicar estrategias de intervención educativa en las embarazadas para elevar el nivel de conocimiento en torno a la salud bucal antes de parir y así lograr niños verdaderamente saludables

Díaz Romero Marvin, Vertiz Ramírez Jhon, Rodríguez Sandivar M, El año 2001 en **México D.F.** se realizó "Estrategias asistenciales y educativas tendientes a conservar la salud bucal en mujeres gestantes". Existe creencias y practicas que relegan el cuidado odontológico debido a las molestias que ocasiona el tratamiento dental y los temores que existen a su alrededor, lo que ha hecho que la demanda de servicios dentales sea baja, a pesar de que este grupo es considerado por la Secretaria de Salud como prioritario. Se realizaron mil encuestas para conocer las actitudes hacia el tratamiento odontológico durante la gestación.

Las conclusiones obtenidas se orientaron a fortalecer los programas educativos a nivel masivo, unificar criterios a nivel odontológico sobre la temática de la odontología en el ámbito perinatal y que permitan generar apoyo para la educación en salud a nivel privado y en los diferentes niveles de atención.

Cárdenas Marín Elizabeth, El año 2001 en la ciudad de La Paz, **Bolivia** se realizó un estudio "La integración de la atención dental al control prenatal de las mujeres embarazadas "

Cuyo objetivo fue contribuir a aumentar la cobertura de atención dental a mujeres embarazadas en el Policlínico El Alto el año 2001.

Mediante acciones de capacitación y coordinación con el personal de Odontología y Ginecología; mediante actividades de promoción, prevención y curación en salud oral.

Kaune Verónica. Desde el año 1997- 1999 en comunidades rurales de **Bolivia,** se realizó un estudio "Evaluación de impacto de la estrategia Información, educación Comunicación/Orientación por una maternidad segura de Mothercare "

Cuyo objetivo fue identificar la atención de uso de servicios de salud y la planificación de acceso a los mismos en caso de presentarse complicaciones, conocer las percepciones de la comunidad sobre las normas sociales respecto al uso y atención en los servicios de salud.

Para este estudio se utilizó un diseño no probabilístico basado en la comparación de grupos independientes; un grupo experimental y un grupo control.

El estudio ha demostrado que los grupos expuestos a la estrategia IEC/O de Mothercare demuestran diferencias favorables en comparación con los no expuestos a esta estrategia.

Las personas que escucharon la radionovela demostraron en general un mayor reconocimiento de complicaciones neonatales y planificación de acceso a los servicios de salud.

Las conclusiones obtenidas se orientaron a la capacitación en habilidades y estrategias de comunicación interpersonal y orientación en Información Educación y Comunicación importante para mejorar la calidad y calidez de la atención de los proveedores de salud hacia las usuarias de los servicios maternos.

Las intervenciones Información, Educación, comunicación/Orientación para que logren una mayor cobertura, estas deben expandirse, para así incrementar el porcentaje de personas expuestas a los mensajes.

Shein Brown., El año 1991 en **Estados Unidos** se realizó un estudio “La efectividad de la educación odontológica prenatal “se llegó a la conclusión que debe existir un refuerzo educativo y motivación, si se desea lograr resultados más positivos y se recomienda trabajar de manera conjunta con médicos, odontólogos y especialmente con obstetras y pediatras.

IV. JUSTIFICACIÓN

De las prestaciones odontológicas otorgadas por el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el año 2003, el 57% fueron realizadas en niños menores de cinco años y el 43 % a las mujeres embarazadas hasta seis meses posteriores al parto. (1)

Uno de los problemas del servicio de odontología del Centro de Salud Lotes y Servicios, es la baja cobertura de atención dental a mujeres embarazadas. En el año 2009 en el servicio de Odontología se atendió a 369 mujeres embarazadas, resultando una cobertura de atención dental de 29 %, si consideramos que la meta para este grupo etareo para el Programa Nacional de Estomatología es de 50%. (5) (6)

La población objetivo esta arraigada de costumbres y culturas que mantienen sus creencias y mitos, conciben conocimientos y actitudes negativas a los cambios orales que se generan durante el embarazo. Muchas pacientes que estuvieron embarazadas expresan: "*con cada niño...se pierde un diente...*" "*la futura mamá no puede recibir atención odontológica, porque la anestesia, la...*" (10)

Nuevas investigaciones apuntan asociaciones entre infecciones crónicas a nivel oral y enfermedades del corazón, pulmón, riñones, poco peso neonatal y prematuridad. (1)

El embarazo es una fase ideal para el establecimiento de buenos hábitos, pues la embarazada se muestra psicológicamente receptiva para adquirir nuevos conocimientos y cambiar conductas que tendrán influencia en el desarrollo de la salud del bebe. (1)

Sin embargo, existe evidencia científica que demuestra que las molestias originadas por los cambios del embarazo se pueden evitar aplicando medidas preventivas y llevando a cabo programas permanentes de educación para el autocuidado. (11)(12)

Muchos estudios demuestran que el bienestar del feto, depende principalmente del bienestar de la madre, así como el futuro del niño en sus primeros meses de formación. Por lo tanto, es deducible que si se lograra introducir el cuidado bucal en los programas de promoción y prevención del Centro de Salud Lotes y Servicios, estamos incidiendo directamente en la salud de la madre y del feto.

El autocuidado de la salud es una práctica que se adquiere en la medida en que las personas modifican su percepción del valor de la salud y que debe adquirirse desde la niñez. (13)

El desconocimiento en general de la inocuidad de los procedimientos odontológicos por parte de las mujeres embarazadas, sumado a los aspectos negativos que la situación odontológica genera, impiden a las madres la búsqueda de atención a sus problemas bucales. Esto muestra la larga tradición de erróneos conceptos con respecto a la salud oral.

Considerando el rol importante que juega la madre en la transmisión del estreptococo mutans a sus hijos, resulta de suma importancia actuar en la embarazada con una atención odontológica oportuna para contribuir en la prevención de estas patologías orales.

El problema de la baja cobertura de atención en la salud oral de las mujeres embarazadas antes mencionadas, pueden ser mejoradas mediante actividades concretas de promoción, prevención en salud oral por medio de diferentes estrategias.

Los datos mencionados indican, que el programa de salud bucodental no consiste solamente de medidas preventivas primarias. Por tanto será necesario entonces que la oferta de los servicios odontológicos sea reemplazada por formas más adecuadas y eficaces: considerar que es necesario incorporar a los sistemas de atención acciones curativas, restaurativas y de rehabilitación que deberán soportarse con medidas de prevención, a mujeres embarazadas y educación en salud oral. (14)

Mediante esta propuesta se pretende planificar, elaborar y ejecutar la estrategia I.E.C. sobre salud oral (Afiches, trípticos, talleres) destinadas a embarazadas con el apoyo del personal del Centro de Salud Lotes y Servicios.

Esta propuesta estará basada en los conocimientos previos, pautas culturales y estilos de vida de la población objetivo. Si éstas no son consideradas, los conceptos resultarán culturalmente irrelevantes y por lo tanto, el aumento de coberturas de atención dental a través de la Estrategia I.E.C. tendrá escasas posibilidades de éxito.

El mensaje que se debe posicionar en las embarazadas es el autocuidado a su salud oral, salud en general y hábitos saludables que sean posibles para ellas cultural, económica y prácticamente este es el propósito final de la propuesta de intervención

La promoción de hábitos saludables es una de las medidas que más y mejor puede contribuir en la mejora de la esperanza y calidad de vida de la gente.

Chiodo, Moniaci, Lee, advirtieron a los odontólogos la necesidad del trabajo en conjunto con el médico tutor del control prenatal. Será necesario, entonces, establecer *un buen canal de comunicación* entre ellos ya que, en general, se ignora la importancia del control odontológico durante el embarazo, así como la inocuidad para la gestante y de muchos de los procedimientos. (15, 16,17)

Es importante llevar a cabo esta propuesta porque permitirá promover un permanente desarrollo de la salud oral en las mujeres embarazadas atendiendo la necesidad de intervenir en forma continua sobre los factores determinantes del proceso salud - enfermedad.

Permitiendo así un aumento de las coberturas de atención dental en mujeres embarazadas y a su vez disminuir la alta prevalencia de enfermedades orales, como son la caries dental y enfermedad periodontal en niños y/o mujeres gestantes.

Al implementar la estrategia de Información, Educación y Comunicación por una maternidad segura en los servicios de salud se logra: identificar cambios en el trato interpersonal , se mejora la oferta de información sobre el cuidado materno en mujeres embarazadas cuyos cambios se pueden identificar y valorar en la usuarias de los servicios maternos. (18)

Mediante la ejecución de la estrategia I.E.C. se pretende lograr un aumento en el nivel conocimiento sobre temas de salud oral, un cambio de actitudes y practicas adecuadas en salud oral., la asistencia al consultorio dental por parte de las embarazadas.

Con los resultados obtenidos de esta propuesta se beneficiara a toda la población más vulnerable, que son las mujeres embarazadas y los niños; y por ende las instituciones en sus diferentes niveles de atención, según las estructuras administrativas establecidas por el Ministerio de Salud y Deportes.

Por otra parte el presente trabajo sirve como documento de consulta para diferentes profesionales en el área de salud y especialmente para odontólogos.

A su vez este tipo de propuesta permitirá identificar, sugerir ideas constructivas y recomendaciones para futuros proyectos. La propuesta permitirá generar soluciones frente al problema de baja cobertura de atención dental.

V. MARCO TEORICO

1. ODONTOLOGIA EN LA MUJER EMBARAZADA

1.1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA MUJER EMBARAZADA.

Es importante describir los cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo en la mujer gestante, para comprender con mayor facilidad las necesidades que surgen durante este periodo, a nivel de diferentes sistemas estos deben ser tomados en cuenta por el odontólogo, ya que pueden modificar de alguna forma ciertos protocolos de actuación en la clínica. (19)

a) Modificaciones Cardiovasculares

Podemos observar un aumento del gasto cardiaco que alcanza su punto máximo a las 28 – 32 semanas. (19)

b) Frecuencia Cardiaca.-

Aumenta progresivamente hasta la semana 30, momento en que empieza a descender. (19)

c) Volumen Sanguíneo.-

Va aumentando hasta el segundo trimestre para mantenerse hasta el final del embarazo, esto es debido al aumento de la red vascular en el útero gestante, a la creación de la circulación placentaria y sobre todo a factores hormonales. (19)

d) Tensión Arterial.

Se observa una disminución de la resistencia periférica que provoca una disminución de la tensión arterial. Después de la 21 – 24 semanas va aumentando hasta alcanzar, al final de la gestación valores normales. (19)

e) Presión Venosa.-

Se observa un aumento en piernas y pelvis, por compresión de la vena cava inferior básicamente al final del embarazo y si la gestante se coloca en decubito supino, puede provocar la aparición de edemas maleolares y una tendencia a la aparición de varices. (19)

f) Clínica

Existen muchos cambios que dan lugar a una disminución de la tolerancia al ejercicio como el Síndrome de Hipotensión Supina debido a la obstrucción de la vena cava inferior. Los soplos cardiacos se observa en un 90 % de las mujeres embarazadas y desaparece inmediatamente después del parto. Se considera un soplo funcional o fisiológico.

En una embarazada en circunstancias normales las modificaciones circulatorias que se observan son poco importantes, pero las tendremos que tener en cuenta cuando la paciente presenta problemas cardiológicos previos al embarazo. (19)

g) Cambios Hematológicos.-

El valor del hematocrito disminuye, debido al aumento de volumen sanguíneo, existe una gran necesidad de hierro. No resulta sorprendente que el 20 % de las mujeres embarazadas presentan algún grado de deficiencia ferrica. Hay que destacar el aumento de los niveles de fibrinogeno, plaquetas, plasminogeno, tromboplastina y de los factores VIII, IX y X con lo cual se observa una hipercoagulabilidad de la sangre. (19)

h) Fisiología renal.-

Se observa un aumento del volumen y una disminución de su densidad con aumento del Filtrado glomerular y del tipo plasmático renal.

i) Fisiología respiratoria.-

Debido al crecimiento uterino progresivo, a los cambios hormonales y al aumento de volumen sanguíneo y del gasto cardiaco, se observa a nivel respiratorio, una edematizacion de mucosas con ronquera, edema laríngeo o congestión de la mucosa nasal, ensanchamiento del tórax y respiración de tipo costal superior y aumento de la ventilación pulmonar. (19)

j) Fisiología digestiva.-

Ya sea debido al cambio hormonal como la acción del crecimiento del útero, se observa una modificación del apetito, aparición de nauseas y vómitos (principalmente durante el primer trimestre) estreñimiento, diarrea, (al final del embarazo), dolores abdominales leves sialorrea y disminución de la lisozima salival.

En el ultimo trimestre pueden producirse problemas de vómitos y regurgitaciones, debido a la compresión ejercida sobre el estomago, por el desplazamiento de las vísceras abdominales. (19)

k) Modificaciones Psicológicas.-

Los cambios que se producen a lo largo de la gestación en la mujer dan lugar a una serie de alteraciones a nivel psicológico. Entre estos cambios se observa la aparición de estrías del embarazo, varices, manchas marrones en la cara y un aumento de peso, acompañado de una desfiguración del cuerpo de la mujer.

Al final del embarazo, se puede observar un tendencia a la ansiedad y a la habilidad afectiva, así como sensaciones de frustración investigaciones sobre las causas de ansiedad en las embarazadas revelan que el miedo es un factor primario en la aparición de esta.

Dentro de los miedos mas frecuentes se observa el miedo al dolor, a la incapacidad y muerte, así como el miedo por la salud del bebe.

El miedo al tratamiento dental puede intensificar más el estrés de la paciente, situación psicológica que puede influir negativamente en el desarrollo del embarazo.

1.2. NUTRICION DURANTE EL EMBARAZO.-

1.2.1. Vitaminas.-

a) Vitamina D

La vitamina D ha sido apreciada desde hace mucho tiempo por sus efectos positivos en el equilibrio del calcio durante el embarazo. Esta vitamina y sus metabolitos cruzan la placenta y aparecen en la sangre fetal en la misma concentración que la que se encuentra en la circulación materna.

La deficiencia materna de vitamina D y la limitación subsecuente en el transporte placentario hacia el feto se relaciona con la aparición de hipocalcemia natal, hipoplasia del esmalte o ambos. Con frecuencia los niveles de vitamina D son bajos en dichos lactantes.

Cantidades excesivas de esta vitamina pueden ser dañinas durante la gestación. Se ha informado de hipercalcemia infantil grave y problemas relacionados en animales neonatos y lactantes humanos. (19)

1.2.2. Minerales.-

a) Fluor.-

Es el mineral que tiene relación directa con la calidad del esmalte dentario pasa al feto a través de la placenta que regula este paso, el fluor se fija en dientes y huesos y ayuda a que la pieza dentaria sea mas resistente a las desmineralizaciones y las caries, además una de las vías de eliminación es por la saliva lo que hace que también se beneficien los dientes de la madre. Se recomienda dos miligramos de fluor diario, pero al feto solo pasa el 25% de la concentración de fluor que existe en el plasma sanguíneo de la madre. (20)

b) Calcio.-

El requerimiento de calcio adicional debe ser del 50 % más de los que normalmente se ingiere, sobre todo en la última mitad del embarazo dada la importancia de este mineral en la construcción de huesos y dientes.

La suficiente ingestión de productos lácteos (leche, queso, yogurt, helados cremosos, etc.) cereales enriquecidos y vegetales de hojas verdes ayudaran al aumento de calcio en el organismo materno y del feto. (20)

c) Hierro.-

Cualquier tipo de dieta es imposible que llegue a aportar todo el hierro que la embarazada necesita en la segunda mitad del embarazo, por lo tanto se aconseja la suplementacion por parte del medico tratante. (20)

d) Yodo.-

Es otro mineral de mucha importancia ya que su deficiencia podría ocasionar una enfermedad denominada Bocio. Se recomienda la ingestión de Sal yodada. (20)

1.3. CAMBIOS ORALES EN LA MUJER EMBARAZADA ETIOPATOGENIA.-

En la mujer se pueden observar diferentes lesiones orales como por ejemplo un edema difuso o una estomatitis hemorrágica, condiciones más evidentes cuando nos encontramos con una higiene oral deficiente. Los cambios que dan lugar a estas lesiones son: (19)

a) Cambios Hormonales.-

La relación entre alteración gingival y aumento hormonal resulta polémica. El aumento en la producción de hormonas, produce dilatación de los capilares gingivales, aumento de la permeabilidad y exudación gingival.

Parece ser que la estrona y el estradiol modifican la queratinización del epitelio gingival hiperplasia en el estrato germinativo, alteran las elongaciones del tejido, provocan degeneración nuclear en las células epiteliales y discreta inflamación de la lámina propia. (19)

b) Dieta.

Se observa una mayor apetencia por los alimentos dulces que junto con la alteración de los hábitos de higiene oral, dan lugar a un aumento de la incidencia de caries.

c) Microbiología

Se ha observado en estudios un aumento de la relación de bacterias anaerobias/aerobias en el surco gingival. Las alteraciones metabólicas del tejido que produce la progesterona podrían favorecer la colonización del surco gingival por bacterias anaerobias.

Por otro lado en el segundo trimestre se observa una disminución de la respuesta antigénica frente a *S. Sanguis*, *actinomyces viscosus*, *Prevotella. intermedius*, *bacteroides*, etc.

Así podemos concluir que la coexistencia de una inhibición de la función de las células inflamatorias y un aumento de los niveles de progesterona dan lugar a una disminución de la reacción inflamatoria contra la placa y como resultado, una exacerbación de la gingivitis. (19)

d) Respuestas Inmunológicas.-

En diferentes estudios se ha observado alteraciones significativas de los linfocitos CD4 en el epitelio oral y surcal durante la gestación. Se piensa que la concentración de progesterona en la circulación materna es probablemente, suficiente para que disminuya la respuesta inmune. Además, se supone que esta hormona actúa como inmunosupresor en la placenta y otros diferentes estudios al respecto pero parece ser que esta hormona bloquea el proceso inicial de activación de los linfocitos mediante la inhibición de la captación de timidina. (19)

1.4. ENFERMEDADES ORALES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO.

a) Alteraciones Gingivo periodontales.-

En algunas gestantes se observa la presencia de cálculo, bolsas gingivales moderadas y de hemorragia al sondaje. Esta situación empeora con el tiempo de gestación, edad de la paciente y número de embarazos previos.

El tratamiento y prevención de esta patología debe ser realizado para evitar así complicaciones posteriores que dificulten el tratamiento. (19)

Los cambios gingivales iniciales (edema, hiperemia y tendencia al sangrado) fueron ya descritos en la segunda mitad del siglo pasado por Coles. Esta alteración gingival denominada “gingivitis del embarazo”, aparece durante el segundo mes y alcanza su punto máximo en el octavo mes, momento en que va disminuyendo hasta el final del embarazo.

Clásicamente se le acepta una prevalencia del 35 %, pero algunos autores hablan de hasta el 100 %. Se observa una afectación mayor en la zona anterior sobre todo a nivel ínter proximal. (19)

Diferentes estudios sugieren que esta gingivitis es el resultado del aumento de la progesterona y de su efecto sobre la microvascularización, o también debido a cambios hormonales que alteran el metabolismo tisular, acompañado de alteraciones locales como la mala higiene, modificaciones del pH salival y disminución de las Ig A. (19)

Microbiologicamente, debido a este aumento hormonal se ha observado un incremento de las proporciones *Prevotella intermedia* (o *bactereosis intermedius*) durante el segundo trimestre. Contribuyendo al aumento de la inflamación. (19)

En otros estudios *in Vitro* se demostró que durante el embarazo gracias a la influencia hormonal, se produce una alteración del equilibrio del sistema fibrinolítico regula la proteólisis pericelular, jugando un papel importante en las reacciones inflamatorias. Esto puede facilitar el fracaso del tejido conectivo y propagar las lesiones inflamatorias.

A medida que los cambios iniciales aumentan, la gingivitis gestacional, se presenta con un incremento del volumen de la encía y tumefacción a nivel papilar, aumento de las gingivorragias, que en casos avanzados puede dar lugar a un dolor ligero acompañado de halitosis y sensación de la boca sucia.(19)

Raber –Durbacher y Col realizaron un estudio para valorar la severidad de una gingivitis provocada en pacientes embarazadas y en estos mismos seis meses después del parto, así como los niveles de anaerobios gram negativos en el tejido subgingival y las concentraciones plasmáticas de estrógenos y progesterona.

Los resultados de este estudio demostraron que la gingivitis del embarazo no puede ser atribuida solo al aumento de placa dental durante la gestación, sino que se sugiere que el edema que se observa durante el embarazo es inducido por un aumento de los niveles de estradiol y progesterona en plasma ya que estas hormonas aumentan la síntesis de glicosaminoglican *in Vitro* y esto puede afectar las capas profundas de tejido conectivo.

Esto podría dar lugar a un aumento de la fluidez de esos tejidos presentándose clínicamente en forma de hinchazón gingival. (19)

b) Alteraciones de la mucosa oral.

El granuloma de la embarazada (tumor del embarazo o *épuilis gravidatum*) aparece en un 0 – 5 de las mujeres embarazadas básicamente a nivel anterior de la zona vestibular superior. Aunque se ha relacionado clásicamente con los tejidos orales, también ha sido descrito en otras localizaciones, como la mucosa nasal.

Es asintomático, y suele aparecer en zonas afectadas por gingivitis inflamatoria y presencia de placa. La base de implantación puede ser pediculada o sesil, siendo característica su aparición en las papilas ínter dentarias.

El termino granuloma se refiere al pareado histológico que tiene con el granuloma piógeno o telangectásico. Aparece durante el segundo trimestre, y va creciendo pudiendo llegar a un tamaño máximo de 2 cm. Tras el parto el granuloma disminuye espontáneamente y hasta puede desaparecer.

Clínicamente se presenta como una tumoración blanda, pedunculada, de origen interdental. El color varía de rojo púrpura a azul oscuro, según la vascularidad de la lesión y el grado de éxtasis venosa. Con frecuencia sangran al tocarlos y tienden a recaer, igualmente puede presentar ulceraciones en la superficie recubiertas por un exudado amarillento. Raramente se observa destrucción ósea alrededor de los granulomas del embarazo.

Parece ser que en su aparición interviene el aumento de estrógenos y progesterona, así sigue un curso paralelo al aumento o disminución de estas. Durante el embarazo se tienen que adoptar medidas preventivas tendientes a mejorar la higiene oral sin eliminar los granulomas, puesto que presentan un alto grado de recidiva. Solo los casos que presentan una excesiva hemorragia ulceración o impedimento importante de las funciones orales deben ser abordados quirúrgicamente, preferentemente durante el segundo trimestre. (19)

c) Alteraciones Dentarias.-

Uno de los conceptos erróneos mas extendidos es la posibilidad de descalcificación de los dientes debido a las mayores exigencias de calcio que tiene el embarazo. El calcio de los dientes, sin embargo, esta en forma cristalina estable y por lo tanto no disponible para las necesidades maternas. De todas formas, en estudios hechos a nuestro país, se observa un aumento de índice CPOD, que se ve incrementado en zonas con niveles socio-culturales mas desfavorecidos y en pacientes con embarazos previos. (19)

d) Otras Alteraciones orales.

No se observan otras patologías asociadas directamente al embarazo, aunque diferentes estudios afirman un aumento de la patología de la ATM, posiblemente debido a la pérdida de piezas dentarias y presencia de sobreobturaciones o de obturaciones mal terminadas.
(19)

1.5. RECOMENDACIONES PARA TRATAMIENTO DENTAL DE UNA MUJER EMBARAZADA.-

1.5.1. Cuidados dentales brindados por el profesional

La visita periódica al odontólogo debe continuarse durante el embarazo. Él puede dar los mejores cuidados posibles ayudando a mantener saludables los dientes y las encías durante este periodo especial. Si últimamente no se ha visitado al odontólogo, se debe realizar una historia dental completa e inclusive este debe comunicarse con el medico si existe algún tipo de alteración. Esta información ayudara al odontólogo a decidir si es necesario modificar el tratamiento indicado y el momento oportuno para realizarlo.

Un tratamiento odontológico que no sea de emergencia puede llevarse a cabo durante el embarazo de cualquier modo; conviene evitar el tratamiento durante los tres primeros meses y los últimos tres meses si existe un antecedente de aborto o una amenaza del mismo u otra contraindicación medica. El odontólogo puede aconsejar postergar el tratamiento hasta un tiempo posterior del embarazo o hasta después del parto.

En segundo lugar, algunas mujeres embarazadas pueden estar nerviosas o ser propensas a vomitar durante los tres primeros meses del embarazo, si esto sucede conviene conversar primero con el odontólogo. El tomara los cuidados especiales para que no se experimente innecesariamente estrés físico emocional, si el odontólogo considera que no conviene continuar el tratamiento sugerido, este será postergado.

Finalmente, en los últimos meses de embarazo puede resultar incomodo para la madre sentarse en el sillón dental por periodos prolongados. Además si tiene antecedentes de partos prematuros, el tratamiento deberá evitarse durante este periodo.

Del cuarto al sexto mes de embarazo es el mejor momento para efectuar el tratamiento odontológico. Todas las pacientes embarazadas deben tener un examen minucioso.

El examen oral debe ser efectuado por el dentista de la paciente y debe ser programado como una de las primeras evaluaciones del examen general de la paciente embarazada, el obstetra uno de sus deberes es solicitar a los pacientes que durante el embarazo visiten al dentista una o dos veces cada 2 meses, es muy importante que entre el dentista y el obstetra exista una comunicación mas fluida, vale mencionar los seis días cardinales.

Uno de los problemas principales durante la atención odontológica a una paciente embarazada, es necesario ordenar una serie de radiografías, lo que puede ocurrir en el primer trimestre del embarazo, cuando la sensibilidad a la radiación es mucho mayor en el feto, a esto tenemos que añadir que la mayoría de las maquinas de rayos X en nuestro medio son antiguas dando como resultado una mayor radiación.

Es evidente que existen varios procedimientos que requieren ayuda de los rayos X, en estos casos se aconseja que la paciente use un mandil de plomo para proteger el feto, esta protección ayuda en algo, pero sin embargo no se debe olvidar que para bloquear completamente los rayos gamma, se requiere un mandil de 4 pulgadas de espesor. (3)

1.6. MANEJO ODONTOESTOMATOLOGICO DE LA PACIENTE EMBARAZADA.

El tratamiento odontoestomatologico debe ser tan seguro para el feto como para la madre, así, tendremos determinados tratamientos.

El segundo trimestre es el periodo mas seguro para proporcionar cuidados dentales habituales incluso así, es aconsejable limitar los tratamientos al mínimo, como actos operativos simples.

Lo mas importante es controlar la enfermedad activa y eliminar problemas potenciales que podrían surgir al final del embarazo, las operaciones de reconstrucción extensas y la cirugía oral y periodontal mayor deben posponerse hasta después del parto.

Evitaremos los tratamientos dentales prolongados, como prevención en la aparición del síndrome supino hipodérmico. Además se debe tener en cuenta el aumento de la filtración glomerular, que obliga a la paciente a orinar mas frecuentemente. (19)

1.6.1. MOMENTO PARA LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO ODONTOESTOMATOLOGICO.

Muchos autores coinciden con la siguiente recomendación:

PRIMER TRIMESTRE.-

- Tratamiento dental de emergencia.
- Enseñanza de higiene oral, control de placa
- Tratamiento periodontal conservador.
- No utilizar el oxido nitroso.(19)

SEGUNDO TRIMESTRE.

- Tratamientos de emergencia y electivos.
- Radiografías con protección.
- Enseñanza de higiene oral, control de placa.
- Tratamiento periodontal conservador.
- Momento ideal para el tratamiento dental. (19)

TERCER TRIMESTRE.-

- Tratamiento de emergencia.
- Radiografías con protección.
- Enseñanza de higiene oral, control de placa.
- Tratamiento periodontal conservador.
- Evitaremos al máximo cualquier tratamiento en las últimas semanas, debido a la posibilidad de que presente un parto prematuro en el gabinete dental.
- Evitar la posición supina durante tiempo prolongado, citas cortas. Se aconseja una posición semi incorporada y con cambios de posición frecuentes. (19)

Durante todo el embarazo:

- Programas de control de placa.
- Evitar la anestesia general y sedación intravenosa, usar anestesia local.
- Evitar al máximo la administración de fármacos no necesarios. (19)

2. COBERTURA

Es el porcentaje de la población captada por primera vez en un determinado servicio con relación a la población universo. El programa Nacional de Estomatología, ha fijado metas para cada grupo prioritario, así en el grupo de 5-14 años es el 50 %, en el de gestantes es el 50% , en el de 1- 4 años el 10% y en el de mayores de 15 años 10% . (6)

2.1. INDICADOR DE COBERTURA

Nos permite determinar la relación entre lo programado y lo realizado.

Se expresa dividiendo el total de consultas nuevas al año, para la población según meta de cada grupo etareo y este valor se multiplica por 100.

3. PROMOCION DE LA SALUD ORAL.

3.1. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.-

Es la suma de las acciones de la población, de los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva. (2)

Es un proceso político de movilización social que busca el involucramiento de los actores sociales en el abordaje de las determinantes para modificar y mejorar las condiciones sociales, económicas y ambientales y modificar el cambio de sus actitudes, conductas y practicas de protección de la salud. (2)

3.2. LA PROMOCION EN SALUD ORAL.-

Orientada hacia el mantenimiento y la preservación de la salud oral, mediante la educación y el fomento de acciones y hábitos saludables, la identificación, el control y la reducción de los factores que intervienen en la aparición de las enfermedades orales, busca mejorar el nivel de salud bucal.

Busca:

- Impulsar una cultura de la salud oral modificando actitudes y hábitos individuales, grupales y familiares.
- Fomentar el autocuidado a partir de hábitos de higiene oral, alimentarios y de comportamiento. (21)

4.- PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES

Orientada a la identificación, el control y la disminución de los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de la enfermedad oral principalmente los relacionados con el medio ambiente y la pobreza.

Busca:

- 1.- Aplicar medidas que prevengan la presencia de caries dentales.
- 2.- Mejorar la limpieza dental
- 3.- Reducir los altos índices de enfermedades gingivales y periodontales
- 4.- Detectar precozmente las malformaciones de la cavidad bucal (21)

La caries dental y las lesiones de tejidos blandos pueden constituirse en focos de infección que pueden alterar.

- 1.- Al organismo materno.
- 2.- Al producto

4.1. PREVENCIÓN ODONTOLÓGICA ENFOCADA A LA MUJER EMBARAZADA.-

La prevención de la manifestación de la enfermedad debe hacerse lo mas tempranamente posible, comenzando por el periodo de gestación, a través del uso de los métodos educativos y preventivos, al igual que la participación e integración de áreas afines.

Orientación referente a los siguientes temas:

- a) Una buena alimentación con alto contenido energético ayudar al buen desarrollo y crecimiento de los dientes.
- b) Orientar a la madre sobre la precaución del uso de la anestesia en los tres primeros meses de embarazo.
- c) Evaluar las prácticas de buena higiene oral.
- d) Recomendar el aseo dental después de cada comida promoviendo el cepillado nocturno.
- e) Informar que las mujeres embarazadas que padecen enfermedades periodontales tienen probabilidad de tener bebés prematuros de bajo peso al nacer.
- f) Recomendar la consulta odontológica para establecer medidas preventivas y curativas si es necesario.
- g) Suministro de Sulfato ferroso y Calcio.(1)

4.1.1. La higiene bucal

Durante el embarazo hay una necesidad especial de mantener una correcta higiene bucal, ya que el embarazo puede exagerar algunos desordenes dentales.

Caries dentales muchas mujeres creen que en cada embarazo se pierde un diente, pero esto no es cierto, las caries es el resultado de repetidos ataques de ácido sobre el esmalte dentario, y no de repetidos embarazos. Si se consume con frecuencia alimentos ricos en azúcar y la placa permanece sobre el diente, la caries se producirá, se puede evitar la innecesaria pérdida dentaria mediante el cepillado, los que remueven la dañina placa bacteriana.

Durante el embarazo, la gingivitis puede presentarse con más frecuencia debido a un elevado aumento de los niveles hormonales. Esto sería una reacción exagerada de los tejidos gingivales a los irritantes de la placa, pero conviene recordar que la placa es la causa principal de gingivitis.

Aunque los cambios hormonales suceden, se pueden prevenir las alteraciones gingivales manteniendo los dientes limpios, cepillando y pasando el hilo correctamente todos los días y llevando una dieta balanceada. Así se mantendrán las encías saludables. (3)

4.1.2. Aplicación de medidas preventivas

Durante el embarazo debemos considerar que la mujer presenta cambios hormonales importantes, que afectan a la cavidad oral, modificando las condiciones endobucal tanto cualitativa como cuantitativamente. Así podemos hablar de factores intrínsecos y de factores extrínsecos. (3)

FACTORES INTRÍNSECOS.-

- 1.- Cambio de Ph.- se torna más ácido
- 2.- Cambio en la calidad y cantidad de producción salival
- 3.- Modificación de la vascularización gingival.
- 4.- Mayores requerimientos de calcio.

FACTORES EXTRÍNSECOS.-

- 1.- Cambio de hábitos alimenticios (antojos)
- 2.- Deficiencia del cepillado bucal (nauseas)
- 3.- Falta de vigilancia odontológica (temor al dentista)

Lo anterior nos obliga a considerar que los cuidados odontológicos durante la gestación debe ser incrementados para evitar daño, tanto a la estructura dental (caries) como a los tejidos blandos. Durante el embarazo existen las condiciones bucales propician mayor actividad cariosa. (3)

INFLAMACIONES DE TEJIDOS BLANDOS

La mujer debe prepararse para el embarazo teniendo una boca sana y controlada por su dentista y una vez embarazada mantener un control odontológico cada 3 meses.

Debemos recordar que tanto la caries dental, como las lesiones de tejidos blandos pueden constituirse en focos de infección capaces de alterar por vía sanguínea a cualquier otra parte del organismo y por ende al producto mismo. (3)

4.1.3. Fluoración tópica, fluorización tópica

La aplicación tópica de fluor es uno de los mejores medios para conseguir el contacto del esmalte dentario con las sales de fluor acuoso, la finalidad es hacer que el esmalte sea más resistente a la descalcificación ácida. Solución o gel de fluoruro fosfato acidulado al 1.23 %

Diagnostico.-

- Mujeres embarazadas solo hasta los 18 años
- Piezas dentarias sanas
- Piezas con caries incipientes
- Todas las superficies dentarias

Tratamiento.-

Aplicación de fluor gel en todas las piezas dentales, por periodos ya determinados.

Procedimientos a seguir.-

- Realizar la profilaxis dental por medio de pinza clínica y algodón frotando todos los dientes en todas las fases para remover la placa dental.
- Secar con pera de aire todos los dientes
- Evitar que los dientes entren en contacto con la saliva después de la profilaxis, porque se forma rápidamente una película glicoproteica que evita o disminuye la adhesión del fluor a los dientes.
- Aplicar el fluor en cubetas individuales, en la ausencia de estas se puede usar torundas de algodón y pasar el fluor por todas las piezas dentales, o se debe mantener por el tiempo de 4 minutos por cada arcada.
- Retira las cubetas en caso de haber usado este implemento

4.1.4. Control de placa.-

Es la eliminación de la placa microbiana (formada por bacterias, células escamosas y detritus alimenticios) y la prevención de su acumulación.

Diagnostico.-

- Presencia de placa bacteriana
- Presencia de tártaro dental
- Cambios de la coloración gingival
- Halitosis
- Inflamación de la encía papilar y marginal
- Agrandamiento gingival

Procedimiento a seguir.-

- Hacer que el paciente mastique la pastilla reveladora de placa por el tiempo de 2 minutos.
- Mientras mastique la pastilla pasar con la lengua todas las piezas dentales en todas sus superficies.
- Realizar un enjuague bucal con agua.
- Con el espejo revisar todas aquellas superficies que quedaron teñidas, esto indica que son esas las caras dentales que no hizo ningún tipo de higiene oral.
- Enseñar técnicas de cepillado dental y uso del hilo dental en aquellas regiones donde se pueda adquirir estos insumos, en áreas rurales alejadas se debe enseñar la limpieza de los dientes con los medios que existan en la comunidad, como ser:
 - Envolver un trapo pequeño limpio en el dedo y remojarlo con agua hervida fría y pasar el dedo por todas las superficies dentales.

- En as diferentes comunidades ver algún medio de fabricar cepillos caseros como ser la cubierta fibrosa del coco en regiones del oriente u otros medios en el altiplano como ser la lejía o la passa.

Instrumental.-

Espejo bucal, Sonda exploradora y pinza clínica. (22)

4.2. PREVENCIÓN ODONTOLÓGICA ORIENTADA AL PRODUCTO.

Los incisivos temporales o pertenecientes a la primera dentición comienzan a formarse entre 11 y 14 semanas de vida y al final del tercer mes esta calcificada su corona, por lo tanto cualquier alteración de la salud materna o ingestión de medicamentos puede verse reflejada en la formación de dichos dientes, como es el esmalte dental. La línea blanca en los dientes del niño indica zonas de menor calcificación y es una zona de menor calcificación.(3)

El esmalte dentario está compuesto por cristales de hidroxiapatita que no responden a los cambios bioquímicos del embarazo, o al cambio en el metabolismo de calcio que trae aparejado: La caries dental es el resultado de repetidos ataques de ácidos sobre el esmalte dentario y no de repetidos embarazos. (23)

En un estudio reciente en 1997 en la Academy Of Pediatric Dentistry The Hadassan Faculty Of Dental Medicine De Jerusalem, demostró que la hipo calcificación se presenta en la dentición temporal como consecuencia de alteraciones durante el embarazo (3)

4.2.1. Factores que alteran la calcificación de la dentición temporal durante el embarazo.

- Diabetes
- Sangrado vaginal
- Enfermedades renales
- Incompatibilidad del Rh
- Alergias
- Problemas gastrointestinales

- Mala nutrición
- Diarrea crónica

No se olvide de que la salud dental de su hijo esta comenzando, su odontólogo es la mejor fuente para indicar las necesidades dentales postnacimiento de su bebe. Esto incluye el uso del fluor, tranquilidad, higiene oral y la primera visita al odontólogo. (3)

4.2.2. Fluoruro en el embarazo

En un simposio acerca de la administración prenatal de fluoruros concluyeron que el fluor pasa de la madre al feto a través de la placenta, solo en los últimos años se ha reconocido la existencia de este tipo de transferencia.

A pesar de todo aceptaron que se expone el feto al fluor, es posible que exista alguna ventaja respecto a la prevención de la caries de los dientes temporales, en cambio hay muchas dudas con respecto a los dientes permanentes. La conclusión fue que eran precisos mas estudios controlados para poder definir con claridad las posibles ventajas en la administraron de fluor en prenatal.

La placenta de madres embarazadas que viven en áreas abastecidas con aguas fluoradas contienen mas fluoruros que los que habitan en áreas no fluoradas, pero al feto solo llegan en cantidades mínimas de fluor, la función de la placenta es regular el suministro de fluor al feto mas que actuar como una simple barrera.

Otros autores afirman que el fluor durante el embarazo atraviesa la placenta y su nivel en la sangre del feto es aproximadamente del 75 % de la sangre materna. (24)

5.- PROGRAMA PREVENTIVO PROMOCIONAL A TRAVES DE LAS ESTRATEGIAS DE I.E.C. EN MUJERES EMBARAZADAS.-

- a) Educación orientada a incluir en la vida diaria practicas en los hábitos de higiene oral mediante una comunicación interpersonal o dialogada.
- b) Educación a la madre en relación al cuidado de sus hijos, para cambiar hábitos incorrectos en el uso continuo de chupones o dedos a través de charlas educativas.

- c) Enseñanza de técnicas para la remoción de la placa bacteriana a través de prácticas demostrativas individuales y grupales.
- d) Enseñanza del cepillado y uso de la seda dental o substitutos o tradicionales del hilo dental a través de las diferentes técnicas del cepillado.
- e) Desarrollo de actividades recreativas, culturales y lúdicas orientadas a motivar al cuidado de salud oral por medio de juegos educativos y concursos.
- f) Elaboración y distribución de materiales educativos por medio de trípticos, folletos.
- g) Entrega de cepillos dentales a aquellas madres que presentan iniciativas de promoción de higiene bucal.
- h) Incentivar a las mujeres embarazadas a la asistencia odontológica al Centro de Salud por medio de entrega de cepillos dentales y folletos educativos sobre salud oral.
- i) Aplicación de fluor tópico hasta los 18 años.
- j) Eliminación periódica de la placa bacteriana.
- k) Aplicación de sellantes de fosas y fisuras hasta los 18 años. (21)

6.- ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN.

La información, educación y comunicación es una de las estrategias más utilizada en lo referente a la modelación multidisciplinaria de conductas, su aplicación es útil cuando necesita que la población forme parte, es decir sea protagonista de los objetivos planteados.

La OMS y UNICEF plantean que una estrategia IEC desarrollada puede lograr entre los forjadores de decisiones así como entre público en general, una mas amplia percepción de temas de salud y salud en general como un asunto de jerarquía nacional, la que puede ayudar a transformar esa percepción de decisiones y comportamientos entre las comunidades y quienes toman las determinaciones en las naciones y pueden movilizar a todos los sectores de la sociedad para que participen efectivamente. Es ella un componente esencial de la movilización social. (25)

La estrategia de información, educación y comunicación (IEC) esta destinada a apoyar a las poblaciones de áreas periurbanas, promoviendo la movilización comunitaria, el cuidado de la salud y para la producción local de mensajes que incrementen la cantidad y calidad de conocimientos disponibles, generando actitudes y practicas favorables al cuidado de la salud oral, los mismos que se consideran componentes del desarrollo humano. (26)

6.1. INFORMACION.-

La información es una estructura vertical no interactiva, a través del cual un número reducido de personas comunica o más bien informa, brinda datos, información e ideas a un gran número de receptores. (27)

El personal de salud debe proveer la información, orientación y asesoría sobre las consecuencias adversas de las actividades propuestas, que puede influir en la mujer embarazada por medio de la comunicación interpersonal y lograr cambios positivos en sus creencias y hábitos higiénicos.

Hay muchos factores que influyen en el cambio frente a una nueva información, en la receptividad de cada individuo, tales como el orden de prioridad de sus propias necesidades, el riesgo o beneficio que percibe, sus hábitos y experiencias previas, sus actitudes y valores morales de las personas.(28)

6.2. EDUCACIÓN.-

La educación para la salud es un proceso de aprendizaje por medio del cual el individuo cambia de actitud y adquiere el conocimiento y la capacitación necesaria para mejorar su propia situación y la de su familia y de su comunidad.

La educación en salud oral, debe ser entendida como un proceso de aprendizaje de conocimientos, actitudes, destrezas destinadas a facilitar los cambios voluntarios de comportamiento que conduzcan al mejoramiento y protección de la salud bucal, tanto en individuos, familias y comunidad. (28)

La educación en salud bucal es un componente que tiene el propósito de estimular la comprensión y la captación por parte de la comunidad, del valor que tiene la medida de prevención para conservar los dientes sanos.

6.3. COMUNICACIÓN

La comunicación puede facilitar, apoyar, coadyuvar, favorecer, impulsar, crear condiciones que impulsen procesos de cambio en conocimientos, actitudes y practicas de salud.

La comunicación para la salud, es como el proceso en que diferentes sectores sociales e interinstitucionales (Públicos y privados), teniendo como eje a la comunidad, diagnostican, planifican, producen, difunden y evalúan mensajes que proporcionan conocimientos, forjen actitudes y provoquen prácticas favorables al cuidado de la salud compatibles con las aspiraciones de la comunidad. (29)

La comunicación para la salud puede favorecer un desarrollo humano que amplíe y potencie las capacidades humanas básicas, entre las que se encuentra una vida prolongada y saludable y brinde a las personas las posibilidades de participar en las decisiones que afectan su calidad de vida. La comunicación para la salud promueve cambios en la calidad de vida que, dependiendo de la estrategia que se va desarrollar en función de públicos específicos. (29)

En un enfoque generacional se toma en cuenta las diferencias de edad y sus distintos procesos de desarrollo, hay diferentes necesidades en cuanto a Información, educación, comunicación y servicios.

La comunicación interpersonal es más efectiva en lograr cambios sostenidos de comportamiento especialmente en la población objetivo, que muestra resistencia o apatía hacia la nueva Información. Es un elemento de éxito político que atrae la atención popular y un imperativo social, desarrollar y fortalecer los grupos comunitarios organizados para que se involucren activamente en el mejoramiento de la salud, informar al publico y atraer la participación de la gente en programas de salud especifico, promoviendo al mismo tiempo una vida sana. (29)

Para realizar todo ello, se requiere colaboración intersectorial, en particular para el fortalecimiento de la educación, y la movilización de recursos disponibles de la comunidad.

Los programas de comunicación en salud tienen la finalidad de informar, convencer, fortalecer y educar.

El secreto de usar comunicación en salud con efectividad reside en:

- Identificar los medios apropiados, el mensaje y la audiencia a las que se dirige para ayudar a resolver un problema específico de salud.
- Ubicar un programa de comunicación en salud en el contexto más amplio de la promoción de la salud y los servicios de salud locales regionales y nacionales.
- Debe lograrse con recursos limitados y en circunstancias que hacen la adopción de estilos de vida más saludables.
- Deben estar preparados para innovar y construir sobre las estrategias de la Región, a fin de alcanzar al mayor número de personas y convertirlas en participantes efectivos del proceso de comunicación para la salud. (29)

La comunicación debe ser incluida como un componente mas en los programas diseñados para resolver un problema de salud.

Los programas de comunicación, deben estar incluidos mas en los programas diseñados para resolver un problema de salud. Los programas de comunicación por si mismos, sin el apoyo de otros, no son suficientes. (29)

El Programa de comunicación en salud puede:

- Aumentar el conocimiento sobre temas de salud, problemas o soluciones.
- Influir sobre las actitudes para crear apoyo para la acción personal o colectiva.
- Demostrar o ejemplificar habilidades.
- Incrementar la demanda de servicios de salud.
- Reiterar o reforzar conocimientos, actitudes o conductas. (29)

Los programas de comunicación en salud no pueden:

- Compensar la carencia de servicios de atención de a salud.
- Producir cambios de conducta sin componentes pragmáticos que los respalden. (29)

Ser igualmente efectivos para resolver todos los problemas o para difundir todos los mensajes.

La Estrategia IEC persigue 3 fines principales:

1. Mejorar la capacidad institucional en el desarrollo de programas de comunicación, para la comunicación interpersonal, específicamente en el campo de diseño de mensajes y producción de materiales.
2. Difundir información sobre la disponibilidad de servicios de salud destacando los beneficios de ellos.
3. Apoyar los servicios y la promoción de la salud con materiales de comunicación impreso audiovisual y radial. (30)

6.4. PLANIFICACION DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD COMUNITARIA.-

1.- Primera Etapa

Investigación local para comprender mejor al grupo objeto y sus necesidades

- a) Antecedentes
- b) Tema
- c) Lugar
- d) Comunidad
- e) Población de riesgos
- f) Participación Activa.

2.- Segunda Etapa

Planificación de actividades a partir de los resultados de la investigación de la investigación para establecer métodos y objetivos.

- a) Objetivo general
- b) Objetivo específico
- c) Métodos
- d) Técnica

3.- Tercera Etapa

Desarrollo de los materiales que van a ser utilizados

4.- Cuarta etapa

Prueba de los materiales para ver si estos necesitan alguna modificación.

Después de ser modificados Deben ser sometidos a una prueba de nuevo antes de ser su uso definitivo

5.- Quinta Etapa

Realización del Programa educativo, en el ambiente programado.

6.- Sexta Etapa

Evaluación del programa, durante sus desarrolló y al final del mismo. (31)

7. DISEÑO DE LA ESTRATEGIA I.E.C.-

En el diseño de la estrategia, el diagnostico a permitido recoger, sistematizar y analizar la información necesaria sobre el problema de salud, el contexto y la población afectada por el mismo.

Ahora debemos diseñar la estrategia que nos permita lograr que el mensaje que queremos transmitir, qué llegue al publico objetivo o población afectada de la forma mas eficiente posible, a fin de enfrentar el problema de salud con éxito. (32)

7.1. COMPONENTES PARA EL DISEÑO DE LA ESTRATEGIA.

Los componentes de la estrategia se relacionan de manera funcional con todos aquellos que son importantes y necesarios. Por lo tanto debemos tener la disposición de abordarlos en función de su relación que guarde el uno con el otro y viceversa.

Estos componentes son:

1. Segmentación de audiencias
2. Priorización de comportamientos
3. Objetivos de comunicación
4. Definición de mensajes
5. Selección y mezcla de medios
6. Plan de trabajo: organigrama de funciones. Cronograma y presupuesto.

Un instrumento metodológico que es muy útil y acompaña el diseño de la estrategia es el BRIEF, que nos permite sistematizar y ordenar toda la información necesaria para el desarrollo de una intervención, tanto en sus aspectos creativos y promocionales como en la selección de medios y canales. (32)

COMPONENTES PARA EL DISEÑO DE LA ESTRATEGIA.

7.1. SEGMENTACION DE AUDIENCIAS.-

El público afectado por el problema de salud y en el cuál concentraremos nuestra intervención de comunicación educativa, no difiere sustancialmente del público sobre el cual hemos recogido y sistematizado la información durante la etapa del diagnóstico, pero ahora realizamos la selección final de nuestra población objetivo grupo, a los cuales se va a dirigir nuestra intervención. (32)

Para ello, tenemos que segmentar o delimitar con mucha claridad con que porción de la población afectada por el problema y que es susceptible al cambio vamos a trabajar.

El ejercicio de segmentación nos permite identificar con claridad al público objetivo primario (POP) y el público objetivo secundario (POS) de nuestra intervención.

El Público Objetivo Primario (POP) se define como aquel segmento de la población que tiene mayores posibilidades de responder a la propuesta de salud para asumir el cambio de conducta, debido a sus posibilidades de acceder y disponer de soluciones que les permita abordar el problema y experimentar con ellas. (32)

Entre la información que requerimos recopilar de nuestra población objetivo primario, destaca la necesidad de conocer:

- El tamaño del segmento
- La frecuencia con que se presenta el problema en el segmento.
- El nivel de gravedad del problema en ese segmento.
- Los recursos de que dispone el segmento para abordar el problema, y
- La capacidad del segmento para abordar el problema sin ayuda externa.

Toda la información obtenida o identificada en el diagnóstico: si esto no fuera suficiente, tendremos que identificar otras fuentes de información necesarias para complementarla.

El Público Objetivo Secundario (POS) se define por aquellos agentes no sujetos directamente a la intervención, pero que son indispensables para el desarrollo de nuestra estrategia. Este grupo puede estar compuesto según sea el caso, por proveedores de salud, agentes comunales, líderes locales, miembros de la familia, grupos de vecinos, profesores, etc.

Y pueden ser de gran influencia en el cambio o en las decisiones que se produzcan en la población objetivo primario o grupo. (32)

PREGUNTAS CLAVES PARA LA ELECCION DEL PÚBLICO OBJETIVO SECUNDARIO.

¿Quiénes nos pueden proporcionar ideas sobre cómo alentar el cambio de comportamiento en el grupo objetivo primario?

¿Qué aliados tenemos que nos pueden ayudar a resolver el problema?

La segmentación permite que el desarrollo estratégico sea más eficiente a través de una mejor direccionalidad en la elaboración de los mensajes y en la selección de los medios, así como en una mejor asignación de recursos.

Un instrumento de suma utilidad para la segmentación o caracterización de los públicos es el uso de variables.

LAS VARIABLES.-Son ciertos factores o elementos que caracterizan a una población y nos permiten agruparla bajo características comunes. Hay una serie de alternativas en cuanto a variables, la utilización de una u otra variable o la combinación de estas dependerá de las características del público, que son más relevantes en relación al problema de salud que queremos abordar en la intervención. (32)

Cabe resaltar que para la caracterización específica de los públicos, es necesario combinar por lo menos tres variables, ya que esto permite una mejor tipificación de las personas a las cuales vamos a dirigir nuestros mensajes.

Entre las variables más utilizadas están: Las demográficas, geográficas, psicográficas y conductuales. (32)

a.- **VARIABLES DEMOGRAFICAS:** Los criterios demográficos incluyen características respecto a la edad, el sexo, el ingreso, la ocupación y el grado de instrucción de las personas.

b.- **VARIABLES GEOGRAFICAS:** Es la división de los públicos en grupos, de acuerdo a la región, densidad poblacional (urbana o rural) y el clima.

c.- **VARIABLES PSICOGRAFICAS:** Es la división de los públicos en grupos, de acuerdo a las actitudes, valores, percepciones y perspectivas.

d.- **VARIABLES CONDUCTUALES:** Es la división de los públicos en grupos, de acuerdo con los hábitos, las costumbres, frecuencia respecto al uso de determinado producto.

En la etapa de diagnóstico indagamos acerca de cómo piensan, sienten y actúan nuestros públicos objetivos respecto al problema de salud identificado. Frente a esta información es necesario establecer con exactitud que comportamientos esperamos lograr en el público

objetivo, que nivel de aprendizaje necesitan obtener, las costumbres o hábitos dañinos para la salud que podrían cambiarse y que actitud positiva debería fomentarse en nuestros públicos objetivos. (32)

7.2. PRIORIZACION DE LAS CONDUCTAS O COMPORTAMIENTOS.

Los comportamientos se componen de un conjunto de decisiones y acciones que deben entenderse a partir del análisis de las costumbres, motivaciones, hábitos, actitudes, creencias y percepciones de los grupos o públicos objetivos. Esto nos da cuenta de lo difícil que puede ser que la gente haga lo que nosotros esperamos (32)

Algunos comportamientos son más fáciles de adoptar que otros. Por esta razón una estrategia de comunicación, En un principio debe, concentrar sus esfuerzos en cambiar aquellos aspectos mas factibles de un comportamiento, dejando los mas difíciles para después. Así una vez logrados los cambios más factibles podemos intentar cambios de conducta más difíciles de lograr.

Para identificar el comportamiento que deseamos que nuestro público objetivo adopte, Primero debemos diferenciar entre el comportamiento actual, el ideal y el comportamiento factible.

COMPORTAMIENTO ACTUAL.- Se refiere al conocimiento y comportamiento actual de la población objetivo que buscamos modificar. Debemos identificar los beneficios (lo que las personas hacen y como lo hacen en términos de la practica de salud) que percibe la población con el comportamiento actual o los obstáculos que impiden o dificultan la adopción de un comportamiento determinado.

COMPORTAMIENTO IDEAL.- Es aquel que se considera técnicamente correcto desde la óptica de un programa de salud, es lo que debería hacer el público objetivo.

Esta conducta que se considera ideal, no siempre es fácil de llevar a la práctica por el público objetivo, por factores que pueden ser de índole económico, cultural, geográfico, etc.

COMPORTAMIENTO FACTIBLE.- Son los comportamientos que el público objetivo puede adoptar y que son absolutamente necesarios para la solución del problema de salud identificado. A partir del contraste entre el comportamiento actual y el ideal del público objetivo, pueden proponerse cambios específicos para mejorar la situación que sean aceptados y factibles de ser alcanzados por el público objetivo. Es lo que el público objetivo está en capacidad de practicar.

REVISION DEL COMPORTAMIENTO IDEAL.- Con esta diferenciación conceptual clara y antes de seleccionar los comportamientos factibles para nuestra intervención, debemos hacer el ejercicio de revisar minuciosamente tanto el comportamiento ideal, los conocimientos, actitudes y practicas actuales de los públicos objetivos seleccionados.

DETERMINACION DE LOS OBJETIVOS DE COMUNICACIÓN.- Luego de priorizar y determinar los comportamientos factibles que deseamos alcanzar con nuestra intervención comunicacional, estaremos en condición de formular nuestro objetivo de comunicación.

7.3. OBJETIVO DE COMUNICACIÓN

El objetivo de comunicación debe definir el cambio que se espera del público objetivo, que experimente o practique respecto a su problema de salud. Dicho cambio puede expresarse no solo a nivel de prácticas, sino también en el incremento de conocimientos o en el desarrollo de actitudes favorables al cambio, como resultado de la estrategia de comunicación. (32)

DIFERENCIA DE UN OBJETIVO DE COMUNICACIÓN DE OTROS OBJETIVOS

Es una intervención comunicacional los objetivos de comunicación están estrechamente vinculados a las metas y objetivos específicos del programa de salud.

A continuación algunas diferencias:

LA META DEL PROGRAMA DE SALUD.- Está referida al efecto total que se espera alcanzar con el conjunto de actividades del mismo, al cual contribuye la intervención comunicacional.

EL OBJETIVO DEL PROGRAMA DE SALUD.- Está necesariamente vinculado a los resultados que espera alcanzar. En este marco, la estrategia de comunicación contribuye al logro de algunos resultados.

EL OBJETIVO DE COMUNICACIÓN.- Se refiere específicamente al cambio en el nivel de conocimientos, actitudes o practicas que se espera alcanzar en el grupo objetivo como resultado de la estrategia de comunicación. (32)

ASPECTOS QUE DEBEMOS CONSIDERAR AL MOMENTO DE DEFINIR UN OBJETIVO DE COMUNICACIÓN.-

Un buen objetivo debe ser perfectamente entendido por todas las personas que lo lean, no debe prestarse a diferentes interpretaciones.

-No debe redactarse con palabras confusas ni vagas.

-Debe utilizarse palabras o verbos operativos que describan la acción que tiene que realizar el público objetivo. Por ejemplo: acuda, use, infórmese, controle, vacune.

POSICIONAMIENTO.- Una vez que hemos establecido nuestros objetivos de comunicación y antes de definir los mensajes, debemos establecer cual será el posicionamiento del bien, servicio o idea que vamos a proporcionar.

El posicionamiento se define como la imagen o significado que el público tiene en su mente sobre un bien, servicio o idea.

Cuando consideramos que el posicionamiento de un tema de salud, debe ser modificado.

Debemos determinar: Primero cual seria la imagen mas adecuada para luego ubicarla en la mente del público a través de un conjunto de estrategias de comunicación. Por ello, es importante que las bondades o beneficios del producto se fijen en función de las necesidades del grupo objetivo (32).

TIPOS.-

PERCEPTUAL: Como queremos que nos perciban (importancia del control prenatal), como nos perciben (existen algunas barreras relacionadas a la vergüenza de ser vistas por un profesional o el temor al mal trato).

CONTENIDOS: Describir bondades del producto e indicar el beneficio diferencial con la competencia (el control prenatal es beneficioso para la salud de la madre y el niño)

7.4. ELABORACION DE MENSAJES.

El mensaje es el alma de la estrategia, es el conjunto de ideas seleccionadas y jerarquizadas que queremos transmitir. Por lo tanto, es necesario tomar cuenta como presentar los temas, de tal forma que nuestro publico objetivo pueda entenderlos y asimilarlos.

Una vez definido con claridad los objetivos de comunicación y establecido el posicionamiento de nuestro producto comunicacional, debemos plasmarlos en mensajes que sean lo suficientemente claros, sencillos, directos y motivadores para que el público objetivo internalice la necesidad de modificar sus conocimientos, actitudes o prácticas siguiendo lo que promueve el mensaje.

El contenido del mensaje debe ser atractivo, comprensible y relevante para la audiencia. Debe responder a las características del público objetivo y al propósito que deseamos alcanzar, tiene que incorporar con claridad la promesa o el beneficio que la persona obtendrá como resultado si lleva a cabo o práctica lo que sugiere el mensaje. (32)

IDENTIFICACION DE BENEFICIOS.-

La propuesta de beneficios viene a ser la promesa, lo que se le promete al público objetivo que sucederá si adopta una determinada conducta. La promesa o beneficio está vinculada a los resultados que la persona obtendrá luego de asumido el cambio.

Tiene que ser lo suficientemente tangible para que ser lo suficientemente tangible para que podamos trasladar a nuestro público la ganancia que va a obtener por acceder a nuestro servicio o adoptar una conducta. El beneficio tiene que ser creíble. La percepción que vamos a construir en el público tiene que ser acorde con los atributos del servicio y con la ganancia.

PRODUCCION DE MATERIALES EDUCATIVOS COMUNICACIONALES

La fase de elaboración de materiales educativos comunicacionales, en su fase preliminar requiere de una permanente revisión y evaluación, ya que durante el proceso el material cambia de forma constante hasta llegar a su producción final. No olvidemos que estos materiales son solo bocetos o borradores, hasta que después de su validación y realizados los ajustes necesarios.

Nos aseguramos de que son comprendidos y aceptados por el público objetivo. Solo después de ese momento podremos pasar a la fase de producción final. (32)

PRINCIPIOS BASICOS PARA LA ELABORACION DE MATERIALES:

Para elaborar materiales apropiados es necesario tomar en cuenta cinco principios básicos. A estos principios se les llama: componentes de eficacia, atracción, comprensión, involucramiento, inducción a la acción. (32)

a.- Eficacia

Los componentes de eficacia actúan en forma complementaria e interdependiente, aunque su efecto es secuencial, siendo cada uno requisito para el siguiente. Sino llegan a cumplirse todos estos componentes, el material habrá cumplido solo a medias sus funciones y no será eficaz.

b.- Atracción. Este es el primer componente. Si un material no resulta atractivo, posiblemente no le pondrán atención alguna. Por ejemplo, Pensemos que para que nos detengamos unos segundos a leer un afiche debe haber algo en el que nos llame la atención. Si este “llamado de atención” no funciona, sin duda pasaremos de largo sin molestarnos en mirar.

La atracción de un material se basa en el uso de determinados recursos visuales (materiales gráficos, como el color, la estructura, etc.) o recursos auditivos (materiales radiales). Este componente de eficacia es algo así como el “maquillaje” de nuestro material de comunicación.

Una excesiva formalidad en la presentación de los materiales, suelen atentar frecuentemente contra este importante componente, sin el cual es difícil que los demás tengan la oportunidad de actuar.

El mejor recurso de atracción suele ser la utilidad y oportunidad del mensaje. Por ejemplo, si estamos resfriados y vemos el anuncio de un antigripal, pondremos atención en el mensaje. Pero aunque se promueven estos aspectos de utilidad y oportunidad, es muy importante que nuestro material atraiga a los destinatarios con la fuerza suficiente como para captar su interés.

Un título sugestivo que despierte el interés del público por estar dirigido precisamente a los suyos propios, es un recurso de atracción efectivo en materiales que se pretende sean leídos o escuchados con atención.

c.- Comprensión.- Este segundo componente, una vez que hemos logrado obtener atención en el diseño de nuestro material debemos ofrecer un mensaje comprensible en su contenido y en su presentación.

La comprensión debe darse tanto a nivel de la forma como del contenido, es decir, de aquello que queremos transmitir. Un tipo de letra muy pequeño o complicado puede desanimar a una buena intención de lectura, unas palabras complicadas pueden frustrar la intención del público dispuesto a recibir el mensaje: un planteamiento oscuro o desordenado del mensaje puede hacer inútil el esfuerzo de un bien intencionado lector o radioescucha.

La comprensión se ve muy favorecida cuando el texto y las ilustraciones en un gráfico están bien complementados, ayudándose mutuamente para facilitar la comprensión del mensaje. En estos casos, el defecto más común contra este componente es el uso de palabras complicadas, no hay sintaxis, demasiado culta, transmite muchas ideas al mismo tiempo o supone que el público tiene conocimientos previos sobre el tema.

De nada sirve que en nuestro material hayamos incluido los elementos para generar la atención del público y que busquemos que el mensaje sea comprendido, si el público no toma el mensaje como propio, como dirigido exactamente a él, es decir, que se identifican con el mismo, en los productos de consumo, la publicidad utiliza cada vez más este recurso una vez que ha definido muy bien a que tipo de consumidores va a dirigir la venta del producto.

En los programas de salud oral, se trata de que el público sienta realmente que los mensajes, los consejos que les transmitimos están dirigidos especialmente a ellos. Esto es, por que tanto el contenido como el lenguaje o las formas visuales que utilizemos deben estar dirigidos a ellos, reflejen su realidad, su manera de expresarse, de vestir, de pensar y sentir. Por esto, es de suma importancia conocer a fondo a nuestra población objetivo.

d.- Aceptación.- El mensaje no debe “perturbar” a nuestro público objetivo, por lo que se debe cuidar en el diseño el no enfrentar aspectos sociales o culturales que estén muy arraigados en él.

Por ejemplo, un hombre haciendo las tareas del hogar puede ser un excelente recurso en ciertos medios, mientras que en otros puede resultar una situación inaceptable. (32)

Recordemos que el conocimiento del público objetivo, es requisito indispensable para manejar adecuadamente este recurso. La aceptación de nuestro mensaje tiene mucho que ver también con su factibilidad, de nada sirve que nuestros interlocutores se interesen y entiendan lo que les transmitimos, si esto es imposible de aplicar para ellos porque implica un alto riesgo o un fuerte desembolso cuyo retorno no somos capaces de garantizar. (32)

e- Inducción a la acción.- Por último, todo nuestro esfuerzo por hacer eficaz un material no servirá de nada si no somos lo suficientemente claros al expresar que esperamos del público objetivo, para que despertemos su atención e interés.

Todo material de comunicación debe tener muy claros sus objetivos en términos, ¿Cuáles son los cambios que quiere provocar? Puesto que lo que buscamos son modificaciones de comportamiento.

Nuestra intervención no puede quedarse solo en niveles de transmisión de información o de conocimientos. En este sentido, nuestros materiales deben inducir al público objetivo a una acción concreta y bien determinada.

Estos son los requisitos generales de todo material de comunicación para que sea realmente efectivo. Por ello, antes de ponernos a producir un material para cualquiera de los medios masivos, interpersonales y personalizados, etc.

Debemos considerar estos aspectos a lo largo de todo el proceso de dibujar, hacer un guión, seleccionar una música, un formato, etc. (32)

7.5. SELECCIÓN Y MEZCLA DE MEDIOS.

7.5.1. MATERIALES IMPRESOS.-A través de los materiales impresos podemos expresar pensamientos, opiniones, brindar información y contenidos educativos utilizando la palabra escrita, dibujos, caricaturas, gráficos, fotografías, etc.

Dependiendo del formato del material impreso, del público al que está dirigido o del tipo de información que se brinde, se pondrá mayor o menor énfasis en los textos o en los recursos visuales.

Por ejemplo, una fotonovela se sustenta mayormente en la fotografía y los textos apoyan la imagen: de manera similar, por medio de un rotafolio se brinda información o se capacita a través de ilustraciones, mientras que en un boletín se utiliza básicamente la palabra escrita y los recursos visuales apoyan los textos. (32)

7.5.2. ETAPAS PARA LA PRODUCCION DE MATERIALES IMPRESOS

1.- DEFINICION DE CONTENIDOS

De acuerdo a nuestros objetivos comunicacionales y teniendo siempre presente el perfil de nuestro público objetivo, debemos seleccionar los mensajes que se incorporaran en el material. Hacer un sumario o listado de contenidos que nos puede ayudar a discriminar los temas principales de los secundarios.

2.-PRIMER BORRADOR:

En esta etapa debemos seleccionar que tratamiento educativo – comunicacional, le daremos al material para lo cual tenemos que definir, que ilustraciones o imágenes se van a incorporar y como se relacionaran con el texto.

3.-BOCETO:

Luego de elaborar el borrador, debemos hacer una primera redacción de los textos y los bocetos de las imágenes que acompañaran a los mismos. Tenemos que desglosar el contenido párrafo por párrafo, viendo que imágenes se incorporaran.

Este boceto debe ser revisado por los responsables del equipo y por el personal técnico.

Al momento de elaborar un boceto, lo ideal es solicitarle al especialista que presente por lo no menos tres bocetos, de tal manera que podamos comparar entre las opciones y hacer una adecuada selección del diseño, los colores y el trazo de las ilustraciones o viñetas.

4.-DISEÑO Y DIAGRAMACION:

El diseño grafico es la manera como se organiza en un material impreso en sus diferentes elementos: títulos, texto e ilustraciones. La diagramación es la forma como se va a componer cada página y como será impresa.

El diseño y la diagramación son de gran importancia en la presentación de un material impreso. De ellos depende que sea atractivo y en parte, que la lectura sea fluida. Cuando encarguemos esta tarea a terceros y debemos evaluar su calidad, es necesario saber que elementos importantes intervienen. (32)

a) Distribución del espacio:

- Que haya suficiente espacio en blanco rodeando al documento o texto.
- Que los titulares y encabezados tengan blanco a su alrededor para que resalten.
- Que exista un espacio apropiado entre los titulares, subtítulos y cuerpo del texto.
- Que el formato y las columnas tengan relación con la forma de la página y la intención del material.
- Observar si la distribución del espacio da la impresión de rigidez, demasiada uniformidad impide que las páginas resulten ágiles.

-Observar que existan espacios en blanco entre textos, fotos, ilustraciones y gráficos. (34)b

Recursos visuales:

-Que el estilo y presentación de ilustraciones gráficos y fotografías sea coherente con el estilo y diseño del documento.

-Que la disposición de los recursos visuales en la página sea apropiada.

-Que los gráficos e ilustraciones tengan leyendas y textos breves. (32)

b) Acentos gráficos:

-Que haya un equilibrado uso de filetes, bordes, recuadros y tramas.

-Que el uso del color sea adecuado

c) Tipografía:

- Que este adecuadamente definida la tipografía y las variaciones según la información y las jerarquías temáticas.

- Que se haya establecido el uso de negritas y cursivas, así como otros códigos y claves para el lector.

- Que haya coherencia en la utilización de la tipografía..

- Que el cuerpo de texto este escrito en minúsculas para facilitar la lectura.

d) Imagen:

- Que el diseño proyecte una imagen confiable y coherente con la institución.

- Que la intención del material se refleje claramente en el diseño.

- Que la imagen sea coherente con los demás materiales de la campaña.

e) La cubierta o portada:

En los impresos de más de una página, la cubierta es el principal elemento de la información. Su función es atraer la atención del lector e imponerle su contenido. La simplicidad es la clave de un buen diseño.

Organizar la información secuencialmente ayuda a simplificar. A veces, la tipografía por si sola puede conseguirlo, pero los acentos gráficos y las ilustraciones pueden ser de gran ayuda. (32)

Para saber si el tratamiento de la cubierta o portada es el adecuado, es necesario considerar los siguientes aspectos.

- Que el titular sea claro y directo.
- Que el elemento visual sea atractivo.
- Que existan jerarquías claras y definidas en la información.
- Que sea atractiva en su conjunto.

5.- AUTO EVALUACION.-

Antes de la validación técnica y con el público objetivo es muy importante que realicemos auto evaluación del material, para lo cual nos podemos ayudar formulándonos las siguientes preguntas:

- ¿Hemos simplificado al máximo la cubierta?
- ¿Comunica la cubierta el tono visual apropiado?
- ¿Hay una transición fluida a las páginas interiores?
- ¿Es fácil la lectura de las páginas interiores?
- ¿Hay jerarquía en la información?
- ¿La información clave prevalece sobre las subordinadas?
- ¿Los titulares tienen el tamaño adecuado para atraer la atención?
- ¿Hay coherencia en el tratamiento tipográfico en relación al tamaño, el aspecto y la información?

6.- VALIDACION TECNICA Y CON PÚBLICO.

Antes de realizar la validación con el público objetivo, hacemos la validación técnica para asegurarnos de la veracidad de los contenidos.

Una vez que hemos definido los textos, discutido y seleccionado el diseño gráfico y la diagramación que tendrá el material, debemos encargarnos de la preparación de una “muestra” de cómo quedaría el producto final, a fin de poderlo validar con el público objetivo, tanto a nivel de contenidos como de forma.

Realizada la validación y luego de efectuar los ajustes necesarios, debemos probarlos nuevamente antes de pasar a la fase de realización del arte final para su impresión.

Luego de la realización de las artes finales o el montaje, es preciso que solicitemos una prueba antes de la impresión. (32)

Si esta prueba se realiza a un solo color se llama OZALID. El ozalid sirve para revisar el material y hacer correcciones antes de ordenar su impresión. Si bien no permite ver tonalidades de color, es sumamente útil para revisar textos, disposiciones graficas, puntaje de letras, dibujos, viñetas.

Si deseamos ver la tonalidad de los colores de un material, podemos solicitar una prueba cromalin o una prueba a color. (32)

EL CROMALIN consiste en una prueba grafica que nos remitirá verificar que los colores de impresión sean los mismos que hemos definido en el arte final.

Luego de los ajustes hechos en la prueba de ozalid o de cromalin es preciso, que revisemos la versión final para verificar que los cambios o correcciones hayan sido incorporados.

Inmediatamente después se entra a la etapa de impresión, en la que debemos revisar, en el caso de materiales que tienen colores especiales, que estos estén de acuerdo con la pauta de color que seleccionamos.

7.-SUPERVISION DEL TRABAJO DE IMPRESIÓN.- Una vez que el material entra en imprenta es necesario supervisar la calidad del trabajo de impresión. Podemos solicitar que nos muestren un ejemplar de prueba, para revisar si existen errores de impresión, tales como: los colores están superpuestos o no han sido adecuadamente seleccionados, los textos no están centrados correctamente en la página, existen borrones o las letras están empastadas por la cantidad de tinta, etc.

La habilidad para supervisar la calidad del trabajo de impresión se desarrolla con la práctica, sino nos sentimos aun con capacidad para desarrollar esta labor, debemos solicitar la ayuda de una persona de confianza que la pueda hacer por nosotros.

Esta supervisión es de suma importancia, ya que si observamos que el material no cumple con los requerimientos, tenemos el derecho de solicitar que se realice nuevamente. (32)

VALIDACION DE MATERIALES IMPRESOS: PAUTAS METODOLOGICAS Y TECNICAS

En la etapa de validación debemos considerar dos fases: la validación técnica y la validación con población. (32)

a. VALIDACION TECNICA

Es la validación que hacemos en relación a los contenidos técnicos de los materiales de comunicación. Antes de validar los materiales con la población debemos poner especial cuidado en que los contenidos respondan con veracidad a las normas biomédicas o técnico sanitarias del tema de salud que se trate. Para ello, debemos presentar los materiales al personal idóneo para que emitan su opinión sobre el manejo de contenidos de los mismos y posteriormente, es necesario, efectuar los cambios pertinentes. (32)

b. VALIDACION CON LA POBLACION OBJETIVO

Es el proceso que aplicamos para saber como reacciona el público frente a bocetos de materiales, conceptos o mensajes, antes de pasar a la producción final. Para tal fin se presentan los materiales a una muestra seleccionada del público objetivo al cual están dirigidos los materiales de comunicación.

Este proceso nos permite analizar y evaluar si existe o no compatibilidad entre el proceso creativo, el planeamiento de los mensajes y el nivel de comprensión, aceptación e involucramiento del público objetivo con los mensajes de la campaña de comunicación educativa.

Su propósito consiste en que podamos determinar sistemáticamente cual de las versiones alternativas que pueden existir de un material será la más efectiva, o para identificar elementos de un mensaje que podrían ser cambiados para lograr mayor efectividad. (32)

¿QUE PASOS DEBEMOS SEGUIR PARA REALIZAR LA VALIDACION?

Para el diseño y ejecución de la validación es necesario que tomemos en cuenta los siguientes pasos:

a) Selección de mensajes y/o materiales.-Es necesario saber que mensajes y/o materiales debemos seleccionar para iniciar el proceso de validación, de esto dependerá definir las características y los aspectos mas relevantes que deben ser validados con el publico objetivo. (32)

b) Determinación de los elementos de forma, contenido a ser validados.

Dependiendo del tipo de mensaje y/o material a ser validado hay ciertas características que hay que considerar en lo que se refiere a forma y contenido como:

FORMA: Música, locución, actuación, color, tipo de letra, tamaño, duración-extensión, tono del mensaje, representación de personas, cosas o acciones, contexto.

CONTENIDO: Palabras, acciones que se quieren promover, ideas- conceptos. (32)

c) Determinación del número de entrevistas a grupos focales a realizar.

Para validar los materiales educativos comunicacionales tenemos que determinar el número de entrevistas o grupos focales. (32)

d) Selección de las técnicas de investigación:

Las metodologías de investigación cualitativa y cuantitativa utilizan un conjunto de técnicas para la recolección de información: Encuestas, guías de observación, grupos focales, entrevistas en profundidad, etc.

Cuando validamos material comunicacional necesitamos generalmente información cualitativa, para lo cual podemos optar por utilizar la técnica de grupos focales o la entrevista en profundidad, dependiendo del material que necesitemos validar. (32)

e) Selección y capacitación del personal responsable del recojo de la información.

La capacitación de los entrevistadores debe incluir lo siguiente:

Descripción de los materiales que se van a validar, objetivo del material, población objetivo primario o secundario, mensaje principal y secundario, aspectos del material en los que se basan los componentes de: eficacia:, atracción, aceptación, comprensión, involucramiento e inducción a la acción

Explicación del objetivo y características de los instrumentos de investigación que se usaran en la validación.

Instrucciones sobre los criterios de selección de los posibles entrevistados quienes podrían conformar el grupo focal.

Mecánica y procedimientos a seguir en la implementación de los instrumentos en el trabajo de campo.

Aspectos de objetividad y técnica apropiada para recoger la información durante la validación.

Durante la capacitación del personal que ejecutaría la validación, debemos también analizar los aspectos de logística, transporte, puntos de reunión, etc. (32)

f) Pruebas de las guías e instrumentos:

Con la finalidad de perfeccionar los instrumentos de recojo de información, es conveniente probarlos y analizar si la mecánica que hemos diseñado para llevar a cabo las entrevistas es adecuada para lo que se pretende y fácil de desarrollar.

Para probar un cuestionario de validación basta con que cada entrevistador haga tres o cuatro entrevistas y luego se analicen los resultados con la persona encargada. Para el caso de validaciones en grupos focales, basta con hacer un grupo focal de prueba para probar la guía y el mejor desarrollo del mismo.

En la prueba de los instrumentos, los entrevistadores pueden adquirir cierta experiencia en la aplicación de los mismos y comprobar si las preguntas son de fácil comprensión, y si o lo son, cual es la mejor forma de redactarlas.

El aplicar las entrevistas nos da una idea del tiempo que se necesita para cada una, y se puede así calcular aproximadamente cuantos días necesitaremos para hacer la validación.

Una vez redactados los formularios y guías definitivas debemos editar las indicaciones necesarias para la codificación. Se deben reproducir más copias que el número de la muestra, por si fuera necesario repetir alguna.

En la ejecución del trabajo de campo asignaremos a cada entrevistador un número de entrevistas a realizar cada día y estableceremos las coordinaciones sobre los puntos de reunión al final de cada jornada de trabajo.

Los entrevistadores se deben dividir en grupos, cada uno bajo la supervisión de un encargado, a quien entregaran las entrevistas realizadas para que las vaya revisando y haciendo las aclaraciones o correcciones necesarias. El supervisor puede ser alguno de los entrevistadores que haya demostrado mayor habilidad en la capacitación.

El supervisor es, además, quien debe resolver las dudas que vayan surgiendo entre los entrevistadores a lo largo de la ejecución del trabajo de campo.

Si la validación se va a realizar mediante grupos focales debemos hacer las coordinaciones respectivas para encontrar un lugar apropiado en el cual llevarlos a cabo: en el que los participantes se encuentren cómodos y donde no haya interrupciones ni elementos de distracción.

Debemos seleccionar también un equipo de personas que, de acuerdo a la cantidad de grupos focales que realicemos, recluten a personas representativas del público objetivo.

Es necesario que consideremos, además de la persona que conducirá el grupo focal, otra que se encargue de observar el desarrollo de la sesión y tome nota sobre aspectos actitudinales y de todo aquello que ayude a realizar el análisis de los resultados. Es importante que las opiniones de cada grupo sean grabadas y no confiar solo en las notas que se tomen. (34)

g) Análisis

Al concluir el proceso de validación es necesario que redactemos un consolidado de información y procedamos a analizarla, a fin de elaborar un informe de validación con recomendaciones y sugerencias muy claras para que el equipo encargado realice los cambios pertinentes. (32)

INTERPRETACION DE LOS DATOS DE LA VALIDACION.

Los cambios que con mayor frecuencia que se deben efectuar en los materiales de comunicación, se refieren a la forma o al contenido.

FORMA: Música: Hacer que el ritmo o el tiempo este de acuerdo con el contenido.

COLOR: Mejorar la combinación o intensidad de los colores.

TONO DEL MENSAJE: Poner mas o menos énfasis en el contenido emotivo.

Representar de forma más exacta a las personas o las cosas (mejor proporción y perspectiva)

Cambiar la ubicación del texto y la distribución visual de los elementos.

CONTENIDO: Cambiar las palabras que no entiendan como son algunos términos técnicos que puedan ser confusos e innecesarios.

Expresar con mayor claridad lo que el público objetivo debe hacer, facilitando el entendimiento de la conducta que se desea promover y que resulte más atractivo intentarlo.

Expresar únicamente una idea y eliminar toda la información superflua.

Evitar conceptos abstractos o figuras que el público no relacione con el mensaje.

Expresar el beneficio claramente y resaltarlo.

Terminar de aclarar conceptos que podrían no estarlo del todo. (34)

LA VALIDACION QUE NO ACONSEJE NINGUN CAMBIO PROBABLEMENTE.

- 1.-Estaba mal diseñada o no se realizo bien.
- 2.- Se sugirieron las respuestas que se esperaban de los entrevistados.
- 3.-No se analizaron bien los resultados.
- 4.-Hubo alguna manipularon del proceso.

Se considera que los materiales están bien elaborados si entre un 70 % y un 80 % del público entiende el mensaje, está dispuesto a probar la acción que se recomienda y piensa que los materiales son atractivos, aceptables y confiables.

La validación de los materiales de comunicación es una fase imprescindible que permite recoger e incorporar en forma sistemática las opiniones y sugerencias del público objetivo, dando esto mayor credibilidad y validez a nuestros materiales. (32)

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR.

Informe al entrevistado que desea conocer sus opiniones y sugerencias para mejorar un material educativo que se está preparando.

Verifique nuevamente si el entrevistado sabe leer, si no es así, no continúe con la entrevista. Entregue al entrevistado el folleto y pida que lo revise y lea detenidamente, para que de esta manera nos de a conocer sus apreciaciones. Déle el tiempo necesario y no lo interrumpa mientras se familiariza con el material. (32)

8. MATERIALES EDUCATIVOS EN SALUD

8.1. MEDIO: IMPRESO MASIVO - FORMATO: EL AFICHE O CARTEL

El afiche es un recurso más utilizado en la publicidad educativa y comercial, está diseñada para ser colocado en un sitio visible al público. Es un material educativo impreso, de colores llamativos, agradables para una difusión masiva. El afiche es un medio altamente sugestivo por el impacto de los mensajes, por dibujos llamativos y por la combinación de colores de buen gusto, la información se basa en una idea dominante y simplificada, que llega a una amplia audiencia heterogénea. (32)

El afiche contiene una idea central o Información única, su mensaje breve y directo, donde el público que está de paso pueda comprenderlo, el afiche se usa para promover o anunciar eventos cursos, seminarios, etc.

El afiche cumple la función de motivación, Información, estudio, consulta utilizados como materiales educativos dentro comunicación masiva.

Cuyas ventajas son:

- a.- Comunican rápidamente una idea significativa o mensaje con una gran fuerza visual.
- b.- Concentra la atención mediante la motivación, el estímulo del interés y la curiosidad.
- c.- Permite demostrar la creatividad de los participantes por el uso de dibujos y texto.
- d.- Permite recoger o condensar ideas de los participantes de cualquier edad.
- e.- Puede utilizarse para organizar las ideas principales en una sesión de clase.
- f.- Puede emplearse dibujos y símbolos para los estudiantes atrasados en la lectura.
- g.- Es muy barato en su costo, rápida elaboración y difusión masiva.

Las desventajas son:

- Un cartel puede ser desordenado y poco claro si tiene demasiadas ideas, palabras o dibujos a utilizarse excesivamente.
- Cuando el afiche educativo no ha sido bien definido: el objetivo, planificado y elaborado tiene muchas observaciones.
- El afiche por si solo no garantiza la comprensión del (los) mensaje(s)
- En producir impresos de calidad requiere mucho tiempo.
- Imprimir en varios colores es muy caro
- Implica saber leer para comprender con precisión el mensaje.

8.1.1. SUGERENCIAS TÉCNICAS PARA ELABORAR UN AFICHE O CARTEL EN SALUD

- a.- **DIAGRAMACION y/o COMPOSICION.**- El afiche es un medio altamente sugestivo por el impacto de los mensajes, por los dibujos o ilustrados y por la combinación de colores. Usar diseños, colores y letras que resalten a la vista del público.
- b.- Antes de ordenar la impresión del cartel, es validar su contenido con diferentes personas, con preferencia a aquellas a las cuales sea destinado este material educativo, con las opiniones que se recojan o prueba de campo se pueda mejorar el contenido y la presentación del cartel.
- c.- El cartel actúa como un recordatorio permanente como una motivación constante, como una advertencia oportuna, como un recurso valioso para inculcar ideas y para adaptarse a la voluntad del individuo y del grupo social.

d.- Comunicar una sola idea, limitar el número de palabras y dibujos por que constituye un excelente medio de motivación y facilita la transmisión de los mensajes.

e.- Un buen cartel debe interpretarse de una simple mirada a veces hasta sin necesidad de mirar el mensaje escrito.

f.- Un cartel para ser comprensible, debe huir de la complicación en el dibujo y en el texto, debe ser simple, preciso y sencillo, sin llegar a caer en la vulgaridad.

g.- Asegurarse de que el cartel sea lo suficientemente grande, para que pueda verse a distancia.

El afiche o cartel constituye un excelente medio de motivación y facilita la transmisión de los mensajes.

h.- Letras.- Atraer el interés, planear y equilibrar cuidadosamente los espacios que se cubren, usar de patrones de letras le dan un aspecto más profesional (No menor de 3 cmts. Ni mayor de 6 cmts.)

i.- Dar claridad, propiedad y concisión al mensaje que se desea transmitir. Frases y párrafos cortos, con afirmaciones contundentes los refranes o sentencias.

j.- Dibujo.-Cuidar que el dibujo tenga una concordancia absoluta con el contenido del texto.

k.- El cartel contenga una sola proposición concreta y terminante, una sola idea hábilmente presentada, susceptible de ser entendida por las personas de cualquier medio social o cultural.

l.- Colores.- Combinar en forma adecuada y sugestiva los colores, teniendo en cuenta la naturaleza del tema. Los colores rojo, azul, negro y amarillo son los más aconsejables por su fuerza expresiva.

ll.- Tener en cuenta el nivel cultural del público al cual se destina. (32)

8.2. MATERIALES EDUCATIVOS EN ODONTOLOGIA.-

La salud oral orientada de manera preventiva, es un sinónimo de buena Odontología.

El adoptar este tipo de filosofía, es comprender y tratar al paciente como una entidad biopsicosocial íntegra; para cumplir con este propósito, es preciso brindar al paciente la

educación y motivación, necesaria para mantener su propia salud, la de su familia y la de sus miembros de su comunidad.

Es por esta razón que el odontólogo, debe entregar gran parte de su tiempo a la promoción y prevención de la salud oral mediante charlas educativas a los diferentes grupos de la población: mujeres embarazadas, niños menores de 5 años, niños en edad escolar, madres, padres de familia, adolescentes llegando a ellos mediante diferentes materiales para la educación en salud oral dentro de los cuales tenemos:

Rotafolio.- Es una cartilla que contiene diferentes hojas ilustrativas y explicativas referentes en este caso a la salud oral.

Macromodelos.- Son modelos gigantes de la cavidad bucal con todas las piezas dentarias, y de un cepillo dental. Se utilizan para explicar de manera demostrativa las técnicas de cepillado correctas para cada edad.

Material de difusión.- se refiere a todo aquel material que contenga información básica sobre los cuidados de la salud bucal, y que pueda ser distribuido a toda la población (trípticos, folletos, afiches, etc.)

Cuadros educativos.- Son cuadros que muestran ilustraciones referidas a todo lo relacionado con la salud oral. Se encuentran en las paredes del consultorio odontológico y es una manera de llegar a los pacientes mientras se esta realizando la atención correspondiente.

VI. OBJETIVOS

1.- OBJETIVO GENERAL

Contribuir a aumentar la cobertura de atención dental a mujeres embarazadas, a través de la estrategia de información, educación y comunicación (I.E.C.) en salud oral dirigida a mujeres embarazadas que acuden al Servicio de Odontología en el Centro de Salud de Lotes y Servicios en el segundo semestre de la gestión 2010.

2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer un diagnostico preliminar sobre la cobertura de atención dental a mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud Lotes y Servicios.
2. Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral en las mujeres embarazadas que acudan a control prenatal.
3. Planificar la estrategia de Información, Educación y Comunicación sobre salud oral en base al diagnostico.
4. Ejecutar la estrategia de Información, Educación y Comunicación sobre salud oral en base al diagnostico.
5. Evaluar los logros y dificultades de la estrategia I.E.C. sobre la cobertura de atención dental.

VII.- DISEÑO METODOLOGICO.

1.- DISEÑO O TIPO DE ESTUDIO

El diseño es pre – experimental de intervención con diseño antes y después.

Diseño en el que se interviene a un grupo, se analiza la situación antes y después de la intervención, para observar si se presenta cualquier diferencia en el problema observado, también se denomina pre- experimental porque no implica uso de grupo control. (33)

Es una propuesta de intervención porque introduciremos una nueva variable que es la estrategia Información, Educación y Comunicación en salud oral en mujeres embarazadas y mediremos el resultado posterior a la intervención en el incremento de porcentaje de cobertura de atención dental en las mujeres embarazadas en el Centro de Salud Lotes y Servicios

2.- POBLACIÓN

De acuerdo con las características de contexto social y cultural de la Ciudad de El Alto, se ha detallado la zona geográfica. Según el Servicio Regional de Salud de la Ciudad de El Alto, la muestra corresponde al Sub. Distrito No 4, siendo la unidad de Análisis el Centro de Salud Lotes y Servicios.

La población beneficiaria es de 1180 de Mujeres embarazadas que estarán realizando su control prenatal en el Centro de Salud Lotes y Servicios en la Gestión 2010.

(Ver Anexo 8)

3.- LUGAR

Se realizara en el Centro de Salud Lotes y Servicios, en todos sus servicios (Medicina Enfermería, Especialidades) y en especial en el Servicio de Odontología.

4.- TAMAÑO DE MUESTRA: TAMAÑO Y METODO

Para el cálculo se considero una frecuencia esperada del problema (cobertura de atención dental) 71 % (Ver anexo 7) y con un margen de error aceptable de 5 % teniendo en cuenta un nivel de confianza de 95 %.

La población a la que se refiere la investigación esta constituida por 590 mujeres embarazadas esperadas para el Centro de Salud Lotes y Servicios del Distrito IV de la Ciudad de El Alto a mitad de gestión 2010 (Ver Anexo 8). El tamaño de la muestra de la población mínima necesario es de 206 mujeres embarazadas (Ver anexo 9)

Si hay pérdida se agrega un 10 % lo que seria de 227 este proceso se definió a través del programa EPI INFO.

Se selecciono una muestra Probabilística, aleatoria simple, se obtendrá mediante una lista de la mujeres que estarán realizando su control prenatal y con una tabla de números aleatorios

5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Para medir los conocimientos, actitudes y prácticas en las mujeres embarazadas se realizara bajo los siguientes criterios:

- Gestantes mayores de 18 años
- Gestantes con o sin nivel de instrucción
- Gestantes diferente tipo ocupación con o sin remuneración económica
- Gestantes en el 1º, 2º o 3er. Trimestre de embarazo.
- Que acudan al control prenatal en el Centro de Salud Lotes y Servicios el 2010
- Que fueran primigestas o multigestas

6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Para medir los conocimientos, actitudes y prácticas en las mujeres embarazadas se realizara bajo los siguientes criterios de exclusión:

- Gestante que reuniendo los criterios de inclusión se negaron a participar de la propuesta.
- Gestante con alguna discapacidad mental o física que impida su aprendizaje.

7.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.-

Variable independiente:

ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN SOBRE SALUD ORAL PARA MUJERES EMBARAZADAS

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
ESTRATEGIA DE INFORMACION ,EDUCACION Y COMUNICACIÓN SOBRE SALUD ORAL PARA MUJERES EMBARAZADAS	Información sobre salud oral	Brindar mensajes concretos, reflexivos en lenguaje amigable sobre salud oral para evitar enfermedades dentales dirigidas a embarazadas	Porcentaje de trípticos sobre salud oral distribuidos a embarazadas que asisten a controles prenatales en el C.S. Lotes y Servicios	Cuantitativa	Elevado 71% a 100 % Adecuado 51% a 70 % Mínimo 1 % al 50%
			Porcentaje de afiches sobre salud oral expuestos a embarazadas que asisten a controles prenatales al C.S. Lotes y Servicios	Cuantitativa	Elevado 71% a 100 % Adecuado 51% a 70 % Mínimo 1 % al 50%
	Educación sobre salud oral	Estimular la adquisición de conocimientos, actitudes y destrezas en salud oral	Porcentaje de encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral a embarazadas que asisten a controles prenatales al C.S. Lotes y Servicios.	Cuantitativa	Elevado 71% a 100 % Adecuado 51% a 70 % Mínimo 1 % al 50%

			Porcentaje de embarazadas que cambian su nivel de conocimientos, actitudes y practicas en salud oral	Cuantitativa	Elevado 71% a 100 % Adecuado 51% a 70 % Mínimo 1 % al 50%
	Comunicación en salud oral	Transmitir y Recepcionar los cambios favorables al cuidado de la salud oral destinadas a embarazadas	Porcentaje de talleres ejecutados en el Centro de Salud Lotes y Servicios dirigidas a mujeres embarazadas.	Cuantitativa	Elevado 71% a 100 % Adecuado 51% a 70 % Mínimo 1 % al 50%
			Porcentaje de embarazadas participantes a los talleres sobre salud oral en el C.S. Lotes y Servicios.	Cuantitativa	Elevado 71% a 100 % Adecuado 51% a 70 % Mínimo 1 % al 50%

Variable dependiente: COBERTURA DE ATENCIÓN DENTAL

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
COBERTURA DE ATENCIÓN DENTAL A MUJERES EMBARAZADAS	COBERTURA DE ATENCION	Cantidad de mujeres embarazadas que son atendidas en el consultorio dental	Porcentaje de embarazadas atendidas en el Consultorio dental del C.S. Lotes y Servicios	1 a 49% insuficiente mas 50% suficiente

A) ETAPAS DEL PROYECTO DE INTERVENCION

FASE I. DIAGNOSTICO INICIAL

Actividad 1. Negociación y /o fase protocolar de la investigación.

Momento 1.1.

En esta primera etapa se procederá a informar al Director del Centro de Salud de Lotes y Servicios para hacer conocer la propuesta, para obtener la autorización, y así poder recolectar datos del Centro de Salud Lotes y Servicios, los contactos o comunicación fueron directos, escritos y verbales.

Se solicitara entrevistar a todos los jefes de servicio (Odontología, Enfermería, Medicina) para su participación y colaboración en la propuesta.

Momento 1.2.

Reunión con los odontólogos y con todo el personal de salud del Centro de Salud Lotes y Servicios, según el cronograma para lograr la participación en sus diferentes fases del programa. (Ver Anexo 10)

Actividad 2. Establecer un diagnóstico preliminar sobre la cobertura de atención dental en el Centro de Salud Lotes y Servicios.

Momento 2.1.Recolección de datos del Diagnóstico inicial.

Se recolectara datos sobre la atención dental en mujeres gestantes mediante los registros de SNIS cuaderno odontológico No 7 de los meses de enero a junio Gestión - 2009.

FASE II. DETERMINAR LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE SALUD ORAL EN LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CONTROL PRENATAL.

Actividad 1. .Elaborar los cuestionarios con los odontólogos, el personal de salud y la investigadora en el Centro de Salud de Lotes y Servicios en el lapso de una semana.

Actividad 2. Probar los cuestionarios por parte de la investigadora en otro Centro de Salud.

Actividad 3. Capacitar a los encuestadores por parte la investigadora en el Centro de Salud de Lotes y Servicios en el lapso de tres días.

Actividad 4.Aplicar los cuestionarios los cuales estarán bajo la responsabilidad de los odontólogos, el personal de salud en la sala de espera de control prenatal en el lapso de una semana.

Actividad 5. Analizar y obtener los resultados por parte de la investigadora en el Centro de Salud Lotes y servicios en el lapso de tres días.

FASE III. PLANIFICAR LA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE SALUD ORAL EN BASE AL DIAGNOSTICO

Actividad 1. Elaboración de material educativo (afiches, trípticos) por parte del personal de salud del Centro de Salud Lotes y Servicios

Momento 1.1

Elaborar trípticos y afiches en salud oral dirigida a mujeres embarazadas, el cual se realizara con todo un equipo multidisciplinario (especialistas, médicos generales, odontólogos, enfermeras) y la investigadora de acuerdo con las etapas de producción de materiales en el lapso de una semana tomando en cuenta la eficacia, atracción, comprensión, aceptación e inducción a la acción.

Momento 1.1.1. Definir los contenidos que tendrá los materiales educativos.

Se realizara un sumario o listado de contenidos para discriminar temas principales o secundarios.

Momento 1.1.2. Elaborar un primer borrador.

Se definirá ilustraciones o imágenes que se van a incorporar.

Momento 1.1.3. Elaborar u primer boceto

Momento 1.1.4. Realizar el diseño y diagramación tomando en cuenta distribución del espació, recursos visuales, acentos gráficos, tipografía, imagen, la cubierta o portada.

Momento 1.1.5. Realizar la auto evaluación

Momento 1.1.6. Validación técnica y con el publico

Validación técnica

Se presentara los materiales al personal idóneo para que emitan su opinión sobre el manejo de contenidos, de ser necesario efectuar cambios pertinentes,

Se seleccionara los mensajes para iniciar el proceso de validación, de esto dependerá definir las características y los aspectos mas relevantes que deben ser validados con el publico.

Se determinara los elementos de forma y contenido a ser validados como: Forma (color, tipo de letra, tamaño, tono del mensaje, representación de personas, cosas o acciones, contexto); Contenido (Palabras, acciones que se quieren promover, ideas- conceptos).

Validación con la población

a) Seleccionará los mensajes y materiales a validar

(Ver anexo 11 trípticos y afiche)

b) Determinara los elementos de forma, contenido a ser validados.

c) Determinara el número de entrevistas a realizar para validar los materiales educativos comunicacionales.

d) Se seleccionará las técnicas de investigación: como Encuestas, guías de observación, grupos focales, entrevistas en profundidad, etc.

Quando validemos el tríptico y afiche, necesitaremos generalmente información cualitativa, para lo cual optaremos por la entrevista en profundidad

e) Se seleccionará y capacitara al personal de salud responsable para el recojo de la información.

En la capacitación de los entrevistadores, se describirá los materiales que se van a validar: Objetivo del material, Población meta del mismo, mensaje principal y secundario, aspectos del material en los que se basan los componentes de eficacia: Atracción, aceptación, comprensión, involucramiento e inducción a la acción

Instrucciones sobre los criterios de selección de los posibles entrevistados quienes podrían conformar el grupo focal; Mecánica y procedimientos a seguir en la implementación de los instrumentos en campo; Aspectos de objetividad y técnica apropiada para recoger la información durante la validación.

Durante la capacitación del personal que ejecutara la validación, debemos también analizar los aspectos de logística, transporte, puntos de reunión, etc. Para que todo quede claro antes de iniciar el trabajo de campo.

- f) Se realizara las pruebas de las guías e instrumentos: donde cada entrevistador realizara tres o cuatro entrevistas. (Ver Anexo 12)

Al aplicar las entrevistas nos da una idea del tiempo que se necesita para cada una, y se puede así calcular aproximadamente cuantos días necesitaremos para hacer la validación.

Una vez redactados los formularios y guías definitivas debemos editar las indicaciones necesarias para la codificación. Se deben reproducir más copias que el número de la muestra, por si fuera necesario repetir alguna.

En la ejecución del trabajo de campo asignaremos a cada entrevistador un número de entrevistas a realizar cada día y estableceremos las coordinaciones sobre los puntos de reunión al final de cada jornada de trabajo.

Los entrevistadores se deben dividir en grupos, cada uno bajo la supervisión de un encargado, a quien entregaran las entrevistas realizadas para que las vaya revisando y haciendo las aclaraciones o correcciones necesarias. El supervisor puede ser

alguno de los entrevistadores que haya demostrado mayor habilidad en la capacitación.

El supervisor es, además, quien debe resolver las dudas que vayan surgiendo entre los entrevistadores a lo largo de la ejecución del trabajo de campo.

La investigadora se encargara de observar el desarrollo de la sesión y tomara nota sobre aspectos actitudinales y de todo aquello que ayude a realizar el análisis de los resultados.

- g) Al concluir el proceso de validación es necesario que redactemos un consolidado de información y procedamos a analizarla a fin de elaborar un informe de validación con recomendaciones y sugerencias así se pueda realizar los cambios pertinentes.

Momento 1.1.7. Supervisión del Ozalid

Momento 1.1.8. Supervisión del trabajo de impresión

La impresión del afiche y tríptico, para su posterior distribución de material educativo en el Centro de Salud Lotes y Servicios.

FASE IV. EJECUTAR LA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE SALUD ORAL EN BASE AL DIAGNOSTICO

Actividad 1 Se realizara la distribución de trípticos y la colocación de afiches a la vista del público en el Centro de Salud Lotes y Servicios.

Actividad 2

Realización de talleres en salud oral destinada a mujeres embarazadas por parte del personal de salud del Centro de Salud Lotes y Servicios una vez por semana cuya responsable será la investigadora

Momento 2.1

Diseño y ejecución de taller sobre salud oral dirigido a mujeres embarazadas

Cuyos temas a tratar serán determinados por el personal de salud (médicos, enfermeras y odontólogos) del Centro de Salud Lotes y Servicios.

FASE V. EVALUAR LOS LOGROS Y DIFICULTADES DE LA ESTRATEGIA I.E.C. SOBRE LA COBERTURA DE ATENCIÓN DENTAL.

Actividad 1. Evaluación del proceso

Monitorear el cumplimiento de las actividades dentro de sus aspectos logísticos

Momento 1.1. Controlar el funcionamiento y la eficacia del sistema de distribución de materiales educativos (trípticos, afiches). Haciendo visitas de observación a los lugares de distribución para verificar el suministro de materiales educativos. (Anexo 13)

Momento 1.2. Investigar los efectos de los mensajes en las mujeres embarazadas y detectar posibles reacciones negativas o problemas de comprensión, realizando entrevistas rápidas para indagar sobre la percepción que tiene el público objetivo de los mensajes o haciendo sondeos a las usuarias en el Centro de Salud Lotes y Servicios. (Anexo 14)

Momento 1.3. Analizar el nivel de coordinación Interinstitucional.

Momento 1.4. Analizar la eficacia de los talleres sobre salud oral destinados a las embarazadas. (Anexo 15)

Actividad 2. Evaluación de impacto

Momento 2.1. Demostrar si la intervención ha contribuido a solucionar el problema de salud identificado.

Actividad 3. Evaluación de resultados

Momento 3.1. Conocer los resultados al finalizar la estrategia I.E.C. poniendo énfasis en los resultados inmediatos.

Momento 3.2. Comparar los resultados obtenidos con los resultados programados

Momento 3.3. Determinar si la intervención cumplió o no con los objetivos planteados en relación a cambio de actitudes y comportamientos en la población intervenida

B).- RECOLECCION DE DATOS

VARIABLE	METODO	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Estrategia de información, educación y comunicación sobre salud oral para mujeres embarazadas	OBSERVACION	NO PARTICIPANTE	Guía de Observación Cuaderno de Odontología No7 Formularios de entrega de material educativo
Coberturas de atención en salud oral	OBSERVACION	NO PARTICIPANTE	Guía de Observación Historias Clínicas Cuaderno de Odontología No7 Informe Mensual de Producción de servicios

MEDICION: INSTRUMENTOS PARA MEDIR VARIABLES

Se realizara la observación mediante las historias clínicas de odontología, en el segundo semestre del 2010 y también se podrá verificar mediante: cuadernos de odontología No 7 (Ver Anexo 16), el informe mensual de producción de servicios (Ver anexo 17) que se realizara en el Servicio de Odontología.

C. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.-

Para el análisis de los datos se realizara mediante la prueba de diferencia de proporciones aplicando la siguiente formula (34).

$$Z = \frac{P - P}{\sqrt{\frac{Pq}{N} + \frac{Pq}{N}}}$$
$$q = 1 - P$$
$$q = 1 - P$$

VIII. ASPECTOS ETICOS.

Se realizara un consentimiento informado escrito al Director del Centro de Salud Lotes y Servicios y jefes de departamento de Medicina Odontología y Enfermería.

La planificación, organización, evaluación de la propuesta estará a cargo de la investigadora.

IX. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Establecer un diagnóstico preliminar sobre la cobertura de atención dental a mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud Lotes y Servicios.	X	X																				
Actualizar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral en las mujeres embarazadas que acuden a control prenatal.			X	X	X																	
Definir la estrategia de Información, Educación y Comunicación sobre salud oral en base al diagnóstico						X	X	X	X	X												
Implementar la estrategia de Información, Educación y Comunicación sobre salud oral en base al diagnóstico											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluar los logros y dificultades de la estrategia I.E.C. sobre la cobertura de atención dental											X		X		X		X		X		X	

X. PRESUPUESTO

RECURSOS HUMANOS

No	DETALLE	UNIDAD	PRECIO	TOTAL
1	INVESTIGADOR	MES	4000 Bs.	4000 Bs.
3	ENCUESTADORES	MES	1000 Bs.	3000 Bs.
1	PERSONAL ESPECIALIZADO EN PUBLICIDAD	MES	2000 Bs.	2000 Bs.
	TOTAL DE RECURSOS HUMANOS			9000 Bs.

RECURSOS MATERIALES

No	RECURSOS MATERIALES	COSTO UNITARIO	TOTAL
	EQUIPO DE COMPUTACIÓN		
1	Computadora con impresora	5600 Bs.	5600 Bs.
5	Catridge	30 Bs.	150 Bs.
1	Papel de impresión paquete 75 grs.	30 Bs	30 Bs.
	MATERIAL DE INVESTIGACIÓN		
3	Fluor	20 Bs.	60 Bs.
4	Algodón	25 Bs.	100 Bs.
600	Pastillas reveladoras de placa	0.70 Bs.	420 Bs.
	MATERIAL DE ESCRITORIO		
500	Fotocopia	0,10 Bs.	50 Bs.
1000	Papel bond	0,10 Bs.	100 Bs.
200	Lápices	0,50 Bs.	100 Bs.
12	Borradores	0,50 Bs.	6 Bs.
12	Fólderes	2 Bs.	24 Bs.
3	Tableros de campo	10 Bs.	30 Bs.
100	Afiches de publicidad	5 Bs.	500 Bs.
200	Trípticos	2 Bs.	400 Bs.
	TOTAL DE RECURSOS MATERIALES		7570 Bs.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud y deportes. Manual de Normas de salud oral. Primera edición. La Paz- Bolivia: Artes Graficas San Martín; 2006.
2. Aviles Estrada Elizabeth, Aviles Estrada David L. Odontología Familiar Comunitaria intercultural. Primera edición. Bolivia:2008
3. Cárdenas Marín Elizabeth. Integración de atención dental al control prenatal de mujeres embarazadas. La Paz Bolivia: 2001, Pág. 15-19.
4. SNIS 2007. Centro De Salud Lotes y Servicios. Servicio de odontología, Distrito IV.
5. SNIS 2008. Centro De Salud Lotes y Servicios. Servicio de odontología, Distrito IV.
6. Ministerio de Salud y Deportes. Programa Nacional de Salud Oral. La Paz Bolivia: 2005, Pág. 7.
7. Ministerio de Salud y Deportes. Programa de Salud Oral. Dirección de desarrollo de Servicios de Salud. La Paz Bolivia : Abril , 2004
8. Ministerio de Salud y Deportes. Marco legal Seguro Universal Materno Infantil. La paz Bolivia: 2004.
9. Ministerio de Salud y Deportes. Paquetes y Prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil. La Paz - Bolivia: Abril, 2006, Pág. 190.
10. Kickbusch I. El Autocuidado en la Promoción de la Salud. Social Science And Medicine. Estados Unidos: 1989, Pág. 125-130.
11. OMS. Sistemas Alternativos de Atención Buco-Dental. Serie de Informes Técnicos N° 750. Ginebra OMS: 1987, Pág. 20.
12. Gier RE, Janes DR .Dental Management Of The Pregnant Patient. Dent Clin North Am .Estados Unidos: 1983, Pág. 419-428.
13. Moreno E. La Pediatría del Futuro. Jornadas de Prevención y Promoción de la Salud. Conferencia Inaugural (Documento Oficial). Mar del Plata. Argentina: 1996.
14. Pazos Hernández L, Valente AP. Morbilidad Bucal y Perfil de Atención Odontológica en preescolares y escolares del área Programática del Hospital Parmenio Piñero. Brasil: 2001, Pág. 16-30.

15. Chiodo GT, Rosenstein DI . Dental Treatment During Pregnancy. A Preventive Approach. J Am Dent Assoc .Washington - Estados Unidos: 1985 , Pág.365-368.
16. Moniaci D , Anglesio G , Lojacomio A, Garavelli M ; Dental Treatment During Pregnancy. Minerva Stomatol .Washington - Estados Unidos: 1990, Pág. 905-909.
17. Lee A, Mc Williams M, Janchar T . Care Of The Pregnant Patient In The Dental Office. Dent Clin North Am .Washington - Estados Unidos :1999 Jul, Pag. 485-494.
18. Kaune Veronica.Evaluación de Impacto de la estrategia de IEC. por una Maternidad Segura de Mothercare.Memoria Intercultural .com.Comunicacion y salud en el área rural.La Paz - Bolivia: 2002, Pág.309-321.
19. Cadena Salazar Filomena Victoria. La nutrición de la mujer embarazada y su atención en la consulta odontológica. La Paz Bolivia: 2001.
20. Pangrazio de Kegler Nilse. La salud Bucal de mi bebe. Asunción Paraguay: 2002, Pág. 13-17.
21. Mollinedo Maldonado Lady, Lagrava Burgoa Ronald. Situación de la salud oral en comunidades rurales cubiertas por el Programa Extensa. Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia: Artes graficas Virgen Niña: 2004, Pág. 12-27.
22. Ministerio de Salud y Deportes. Protocolos de atención odontológica para mujeres embarazadas hasta 6 meses después del parto. Protocolos de atención odontológica .Primer nivel de atención. Documento técnico No 8. Primera Edición. La Paz Bolivia: Junio 2003, Pág. 29.
23. Garbero I, Navarro A, Lescano C, Marañon .Programa Materno-Infanto Juvenil. Componente salud oral para el primer nivel de atención. Sistema provincial de salud de San Miguel de Tucumán. Argentina: 2002, Pág. 22-23.
24. Ríos Quispe Maria del Rosario. Prevención mediante el uso de fluoruro en la etapa prenatal hasta niños menores de tres años. Métodos preventivos de la caries dental mediante el uso de fluoruro en prenatal hasta niños menores de tres años. La Paz Bolivia: 2000, Pág. 31-33.
25. Maldonado Luís. Estrategia de IEC en Bioética como parte de la formación del personal de salud. La Paz – Bolivia: 2005, Pág. 20.

26. Paz Ballivián Marco. Taller de Evaluación Inicial. Comité Nacional de Información Educación y Comunicación. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Cochabamba –Bolivia: 1999, Pág.3.
27. Del Educando Oyente al Educando.Hablarte. Rev. Dialogo. No 37 FELAFACS. Lima-Perú: 1993.
28. OMS/OPS. Educación en Salud. Planificación de Actividades. Washington- Estados Unidos: 1987, Pág. 9.
29. Beltrán Ramiro. II Congreso Nacional de Comunicación y Salud: 1997, Pág. 100-101.
30. Manual para personal de Salud “Hablemos con Confianza” .Programa Nacional de Salud. La Paz Bolivia: diciembre 1993.
31. Kroeger A. Atención Primaria de Salud. Editorial Pax México, Edición Segunda, México: 1992, Pág. 151-183.
32. Gutiérrez Aparicio Carlos, Wiegold Umlzulf Marilu. Guía de Planificador IEC. Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa. Proyecto Salud y Nutrición. Lima: 2000, Pág. 17-112.
33. Varkevisser Corlien M., Pathamanathan Indra, Brownlee Ann. Diseño y Realización de Proyectos de investigación sobre sistemas de salud. Serie de capacitación en investigación sobre sectores de salud; Vol. (2), parte 1, Modulo 9. Edición Primera. Ottawa Canadá: Editorial Internacional Development: 1995, Pág. 15.
34. Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar. Metodología de la Investigación. México, Edición Cuarta: Editorial Mc.Graw Hill Abril 2006, Pág. 465.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuadro No 1

INDICE CARIES DENTAL - CPOD BOLIVIA 1995

Por grupos Etareos	CPOD	Rango
6 - 8 años	9.48	Muy Severo
9 – 15 años	6.68	Muy Severo
Todas las edades	7.56	Muy Severo

Parámetro de Evaluación

Muy Leve	0.0 a 1.1
Leve	1.2 a 2.6
Moderado	2.7 a 4.4
Severo	4.5 a 6.5
Muy Severo	Mayor a 6.5

Fuente: Elaboración propia mediante Manual de Normas en salud oral

El cuadro muestra la alta prevalencia del Índice CPOD con mayor gravedad en la edad de 6 a 8 años.

INDICE CARIES DENTAL - CPOD BOLIVIA 1995

Por región y Estrato Socioeconómico	CPOD	Rango
Valle Pobreza moderada	4.53	Severo
Altiplano Pobreza moderada	7.26	Muy Severo
Llano Pobreza moderada	10.9	Muy Severo

Parámetro de Evaluación

Muy Leve	0.0 a 1.1
Leve	1.2 a 2.6
Moderado	2.7 a 4.4
Severo	4.5 a 6.5
Muy Severo	Mayor a 6.5

Fuente: Elaboración propia mediante Manual de Normas en salud oral

El cuadro muestra la alta prevalencia del Índice CPOD con mayor gravedad en la región del Llano.

ANEXO 2

Cuadro N° 2

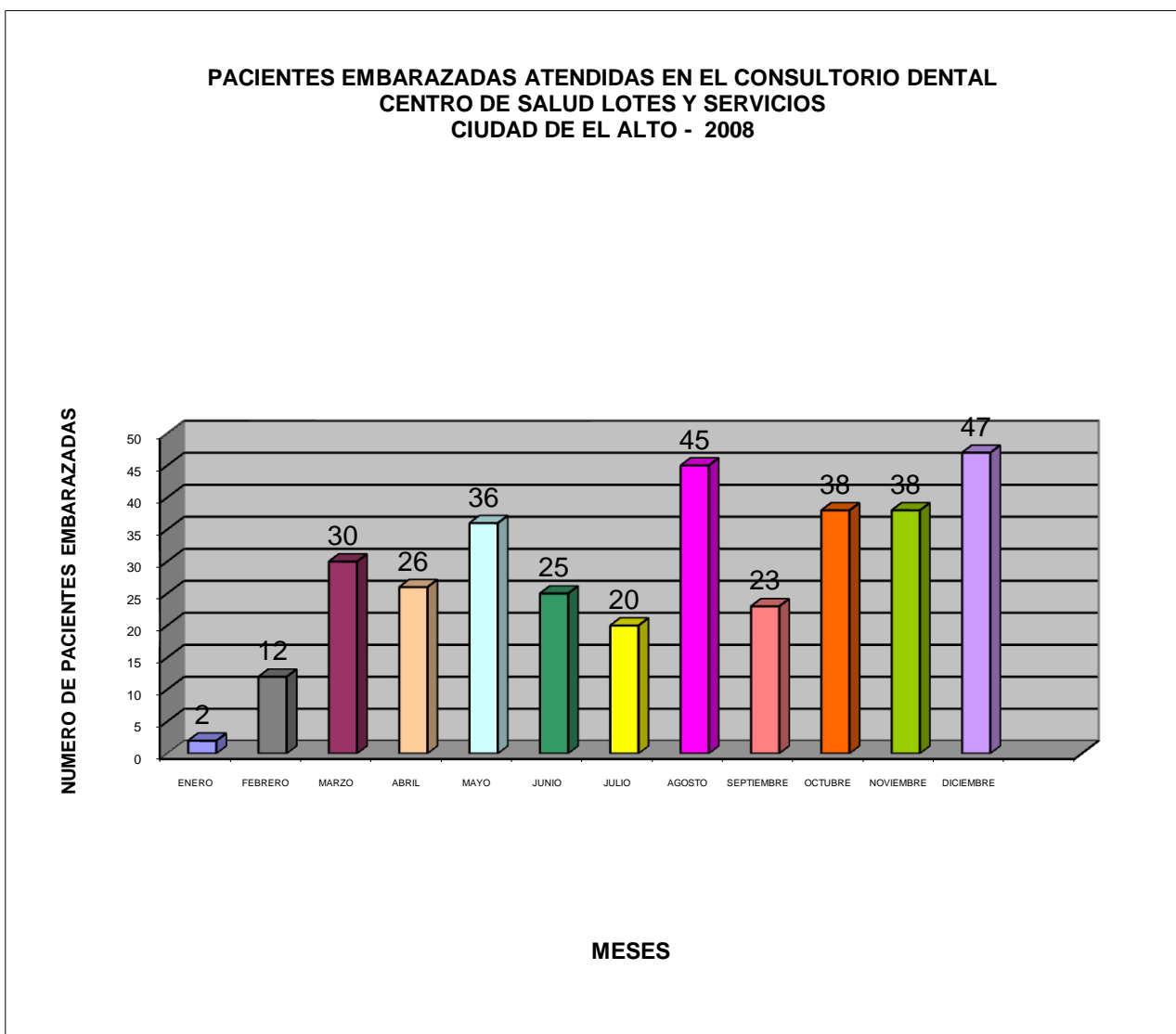
**PACIENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DENTAL
DEL CENTRO DE SALUD LOTES Y SERVICIOS
CIUDAD DE EL ALTO - AÑO 2008**

MESES	NUMERO DE PACIENTES EMBARAZADAS
ENERO	2
FEBRERO	12
MARZO	30
ABRIL	26
MAYO	36
JUNIO	25
JULIO	20
AGOSTO	45
SEPTIEMBRE	23
OCTUBRE	38
NOVIEMBRE	38
DICIEMBRE	47
TOTAL	342

Fuente: Elaboración Propia mediante cuaderno odontológico, No 7, 2008

En el mes de diciembre hubo mayor atención a mujeres embarazadas en la consulta dental a diferencia de que en el mes de Enero se atendió en menor cantidad de mujeres embarazadas.

Grafico N°2



Fuente: Elaboración Propia mediante cuaderno odontológico, No 7, 2008

En el mes de diciembre hubo mayor atención a mujeres embarazadas en la consulta dental a diferencia de que en el mes de Enero se atendió en menor cantidad de mujeres embarazadas.

ANEXO 3

ANEXO 4

Cuadro N° 3

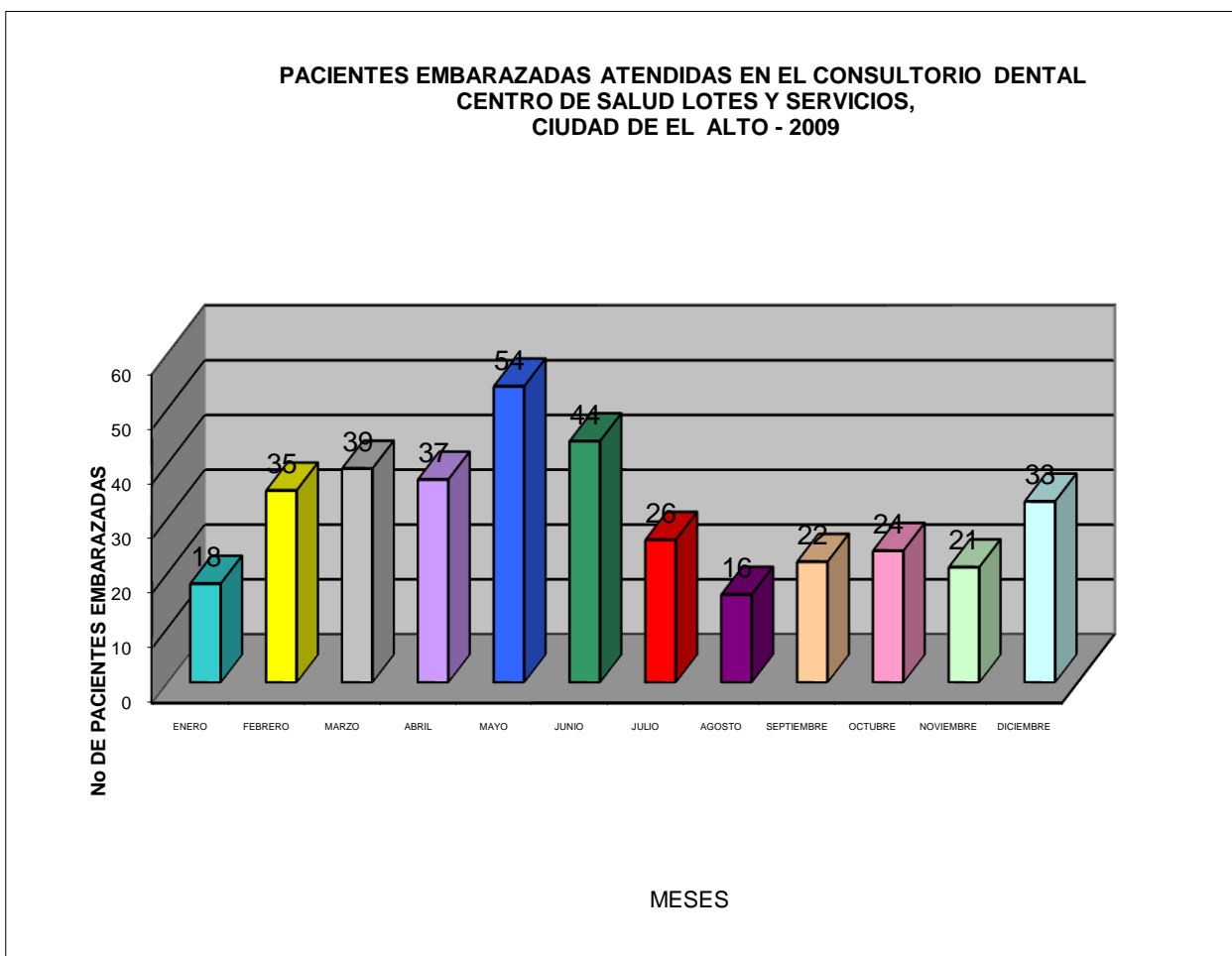
**PACIENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DENTAL
DEL CENTRO DE SALUD LOTES Y SERVICIOS
CIUDAD DE EL ALTO - AÑO 2009**

MESES	NUMERO DE PACIENTES EMBARAZADAS
ENERO	18
FEBRERO	35
MARZO	39
ABRIL	37
MAYO	54
JUNIO	44
JULIO	26
AGOSTO	16
SEPTIEMBRE	22
OCTUBRE	24
NOVIEMBRE	21
DICIEMBRE	33
TOTAL	369

Fuente: Elaboración Propia mediante cuaderno odontológico, N 7, 2009

En el mes de Mayo hubo mayor atención a mujeres embarazadas en la consulta dental a diferencia de que en el mes de Agosto se atendió en menor cantidad de mujeres embarazadas.

Grafico N°3



Fuente: Elaboración Propia mediante cuaderno odontológico, No 7 , 2009

En el mes de Mayo hubo mayor atención a mujeres embarazadas en la consulta dental a diferencia de que en el mes de Agosto se atendió en menor cantidad de mujeres embarazadas.

ANEXO 5

Cuadro No 4

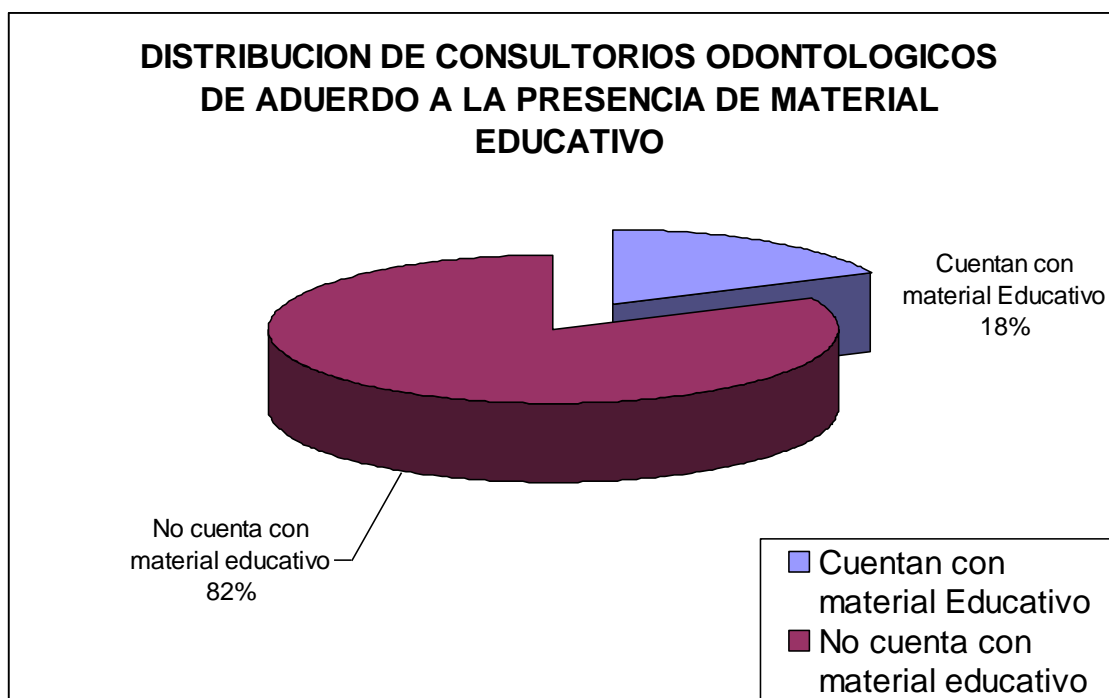
DISTRIBUCION DE CONSULTORIOS ODONTOLÓGICOS DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE MATERIAL EDUCATIVO DEL SISTEMA PÚBLICO

BOLIVIA 2006

MATERIAL EDUCATIVO EN CONSULTORIOS DENTALES	PORCENTAJE
Cuentan con material Educativo	18 %
No cuenta con material educativo	82 %

Fuente: Elaboración propia mediante Manual de Normas en salud oral 2006

Grafico No 4

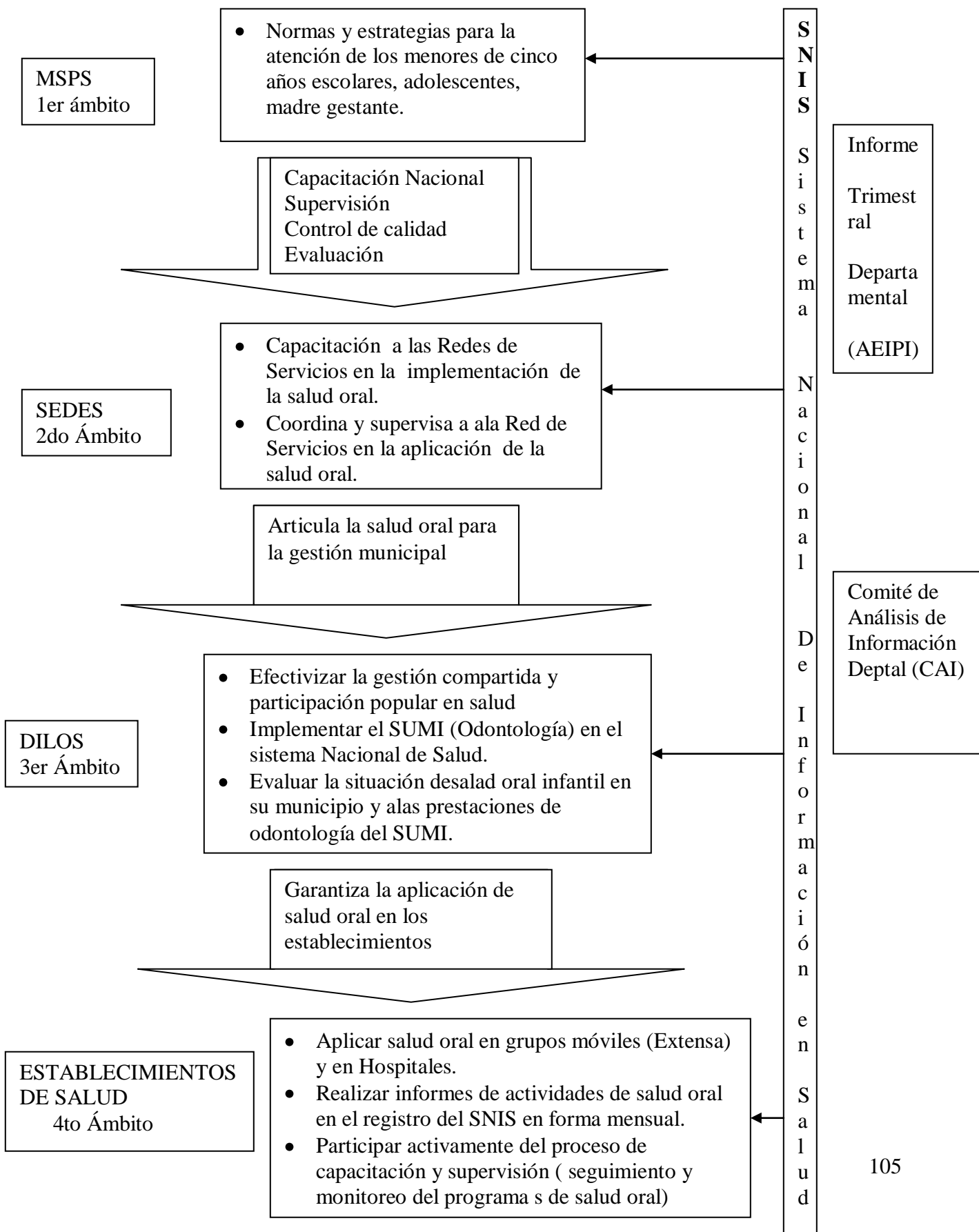


Fuente: Elaboración propia mediante Manual de Normas en salud oral 2006

En Bolivia la mayor parte de consultorios odontológicos del Sistema Público no cuenta con el respectivo material educativo.

ANEXO 6

En el siguiente esquema se explica como la SALUD ORAL integra los cuatros niveles de gestión.



ANEXO 7

INDICADOR DE COBERTURA = $\frac{\text{Consultas Nuevas Mujeres Embarazadas Gestión 2009} \times 100}{\text{Embarazos Esperados Gestión 2009}}$

GESTION 2009

Consulta Nueva mujeres embarazadas = 369

Embarazados Esperados = 1253

INDICADOR DE COBERTURA = $\frac{369 \times 100}{1253}$

INDICADOR DE COBERTURA = 29%

FRECUENCIA DEL PROBLEMA = 71 %

ANEXO 8

ANEXO 9

EpiInfo version 6

Population Survey or decriptive study Using Randon (Not Cluster) Sampling

Population Size : 590

Expected Frecuency : 71 %

Worst Acceptable : 76 %

Confidence level	Sample Size
-----	-----
80 %	110
90 %	162
95 %	206
99%	284
99.9 %	355
99.99 %	400

Change value of Population, frequency, or Worst acceptable to recalculate.

ANEXO 10

**CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO, PARA LOS PROCEDIMIENTOS
DE LA INVESTIGACIÓN.**

Yo _____ **CI** _____

Como miembro del Centro de Salud de Lotes y Servicios de la Red Lotes y Servicios del Distrito IV de la Ciudad del El Alto.

Declaro conocer que seré parte de la propuesta, participaré en la elaboración, ejecución de la propuesta de intervención.

La información que se recolecte no será usada para efectos administrativos ni punitivos, sino para el mejoramiento de los servicios, así entiendo que mi nombre será manejado de manera estrictamente confidencial y la investigadora tomara las medidas necesarias para garantizar la misma.

El Alto _____ *de* _____ *de* _____

Firma

Nombre: _____

ANEXO 11

ANEXO 12

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO

BOLETA No

**GUIA DE ENTREVISTA PARA MUJERES EMBARAZADAS
(VALIDACION DE TRIPTICO O FOLLETO)**

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR.

Informe al entrevistado que desea conocer sus opiniones y sugerencias para mejorar un material educativo que se está preparando.

Verifique nuevamente si el entrevistado sabe leer, si no es así, no continúe con la entrevista. Entregue al entrevistado el folleto y pida que lo revise y lea detenidamente, para que de esta manera nos de a conocer sus apreciaciones. Déle el tiempo necesario y no lo interrumpa mientras se familiariza con el material.

.....

Estimada señora: Muy encarecidamente solicito su colaboración para conocer sus opiniones y sugerencias para mejorar un material educativo que se esta preparando con el fin de elaborar un programa dedicado para ustedes.

NOMBRE.-.....

ESTADO CIVIL.-.....

EDAD.-

OCUPACIÓN.-.....

PREGUNTAS POR COMPONENTES DE EFICACIA

1.- ¿Que es lo que le gusta más del folleto?

.....
.....

2.- ¿Los colores que se muestran le parecen atractivos? ¿Desearía que se cambien algún color en especial, cual?

.....
.....

3.-Después de haber leído el folleto. ¿Cual cree que es el mensaje que se le esta dando?

.....
.....

4.- ¿Existen en el folleto palabras que no le resulten familiares y no entienda? ¿Cuales?

.....
.....

5.-Después de haber identificado las palabras de difícil comprensión, explique al entrevistado el significado de cada una y pregunte- ¿Que palabra usan por aquí para llamar a.....?

.....

Ahora es necesario que se hagan preguntas específicas sobre cada uno de los mensajes del folleto, para verificar el nivel de comprensión de cada uno de ellos. Si por ejemplo el folleto fuera sobre medidas de prevención para evitar las caries, la pregunta podría ser la siguiente:

6.- Como dice el folleto ¿Como se reconoce la caries? ¿Que síntomas dice el folleto que presentan las caries. Si el entrevistado no recuerda la respuesta exacta, invítelo a buscar esa información en el folleto y a leerla en voz alta.

Analice su facilidad o dificultad para leer y entender.

7.-Invite al entrevistado a mirar cada una de las ilustraciones que aparecen en el folleto y pídale que le explique ¿Que acción concreta cree que se desarrolla en cada una de ellas?

	Interpreta	Interpreta	No
	La acción	la acción no	interpreta
	Fácilmente	dificultad	la acción
Ilustración 1
Ilustración 2
Ilustración 3

8.-Para las acciones que han sido entendidas con dificultad o no entendidas explique al entrevistado la acción correcta y luego pídale que le sugiera los cambios a hacer en el dibujo para expresar correctamente la acción

Cambios sugeridos

Ilustración 1
Ilustración 2
Ilustración 3

INVOLUCRAMIENTO

9.- ¿Le parece que los mensajes del folleto están dirigidos a personas como usted?

- a) SI b) NO

¿PORQUE?.....

.....

10.- ¿Cree que los personajes que aparecen en el folleto se parecen a la gente que usted frecuenta o a sus amigos?

- a) SI b) NO

¿PORQUE?.....

.....

ACEPTACION

11.- ¿Hay algo en el folleto que le resulte ofensivo, que le moleste?

.....

12.- ¿El folleto dice algo que le parece a usted que sea falso?

- A) SI
B) NO

Si la respuesta es positiva ¿Que es aquello que le parece falso?

.....

.....

INDUCCION A LA ACCION

13.- ¿Que es lo que dice el folleto que haga?

.....

.....

14.-Hará usted lo que le propone el folleto

- a) Si b) NO

La respuesta es negativa pregunte

¿Porque?.....

Agradezca a la entrevistada por el tiempo dedicado y reitérele que sus opiniones y sugerencias servirán para mejorar el material.

**GUIA DE ENTREVISTA PARA MUJERES EMBARAZADAS
(VALIDACION DE AFICHE)**

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR.

Informe al entrevistado que desea conocer sus opiniones y sugerencias para mejorar un material educativo que se está preparando.

Verifique nuevamente si el entrevistado sabe leer, si no es así, no continúe con la entrevista. Entregue al entrevistado el afiche y pida que lo revise y lea detenidamente, para que de esta manera nos de a conocer sus apreciaciones. Déle el tiempo necesario y no lo interrumpa mientras se familiariza con el material.

.....

Estimada señora: Muy encarecidamente solicito su colaboración para conocer sus opiniones y sugerencias para mejorar un material educativo que se esta preparando con el fin de elaborar un programa dedicado para ustedes.

NOMBRE.-.....

ESTADO CIVIL.-.....

EDAD.-

OCUPACIÓN.-

PREGUNTAS POR COMPONENTES DE EFICACIA

1.- ¿Que es lo que le gusta más del afiche?

.....
.....

2.- ¿Los colores que se muestran le parecen atractivos? ¿Desearía que se cambien algún color en especial, cual?

.....
.....

3.-Después de haber leído el afiche. ¿Cual cree que es el mensaje que se le esta dando?

.....
.....

4.- ¿Existen en el afiche palabras que no le resulten familiares y no entienda? ¿Cuales?

.....
.....

5.-Después de haber identificado las palabras de difícil comprensión, explique al entrevistado el significado de cada una y pregunte- ¿Que palabra usan por aquí para llamar a.....?

.....

Ahora es necesario que se hagan preguntas específicas sobre cada uno de los mensajes del afiche, para verificar el nivel de comprensión de cada uno de ellos. Si por ejemplo el afiche fuera sobre medidas de prevención para evitar las caries, la pregunta podría ser la siguiente:

6.- Como dice el afiche ¿Como se reconoce la caries? ¿Que síntomas dice el afiche que presentan las caries. Si el entrevistado no recuerda la respuesta exacta, invítelo a buscar esa información en el afiche y a leerla en voz alta.

Analice su facilidad o dificultad para leer y entender.

7.-Invite al entrevistado a mirar cada una de las ilustraciones que aparecen en el afiche y pídale que le explique ¿Que acción concreta cree que se desarrolla en cada una de ellas?

	Interpreta	Interpreta	No
	La acción	la acción no	interpreta
	Fácilmente	dificultad	la acción
Ilustración 1
Ilustración 2
Ilustración 3

8.-Para las acciones que han sido entendidas con dificultad o no entendidas explique al entrevistado la acción correcta y luego pídale que le sugiera los cambios a hacer en el dibujo para expresar correctamente la acción

Cambios sugeridos

Ilustración 1
Ilustración 2
Ilustración 3

INVOLUCRAMIENTO

9.- ¿Le parece que los mensajes del afiche están dirigidos a personas como usted?

- a) Si b) NO

¿PORQUE?.....

.....

10.- ¿Cree que los personajes que aparecen en el afiche se parecen a la gente que usted frecuenta o a sus amigos?.

- a) SI b) NO

¿PORQUE?.....

.....

ACEPTACION

11.- ¿Hay algo en el afiche que le resulte ofensivo, que le moleste?

.....

.....

12.- ¿El afiche dice algo que le parece a usted que sea falso?

C) SI

D) NO

Si la respuesta es positiva ¿Que es aquello que le parece falso?

.....

.....

INDUCCION A LA ACCION

13.- ¿Que es lo que dice el afiche que haga?

.....

.....

14.-Hará usted lo que le propone el afiche

- a) SI b) NO

La respuesta es negativa pregunte

¿Porque?.....

.....

Agradezca a la entrevistada por el tiempo dedicado y reitérele que sus opiniones y sugerencias servirán para mejorar el material.

ANEXO 13

FICHAS DE MONITOREO

MONITOREO DE DISTRIBUCION DE MATERIAL

DISTRIBUCION DE MATERIAL					
TIPO DE MATERIAL	FECHA PROGRAMADA PARA LA DISTRIBUCION	FECHA DE DISTRIBUCION	PUNTO DE ENTREGA	CANTIDAD DE MATERIAL ENTREGADO	RECIBIDO POR
Trípticos Sobre salud oral en el embarazo	30 de septiembre	30 de septiembre	C.S. Lotes y Servicios	300	Enf. Santusa Laura

ANEXO 14

MONITOREO DE LA RECEPCION POR EL PUBLICO DE LOS MENSAJES
SUPERVISOR : LUGAR :
PERSONA QUE VIO/LEYO EL MENSAJE: Hombre.... Mujer.....Edad.....
Medio que vio / leyó :
Nombre del mensaje:
¿Que recuerda del mensaje?
¿Que promueve el mensaje?
¿Es importante para usted el mensaje?
¿Puede hacer lo que dice el mensaje?

ANEXO 15

MONITOREO DE ACTIVIDADES

SUPERVISOR				LUGAR :		
ACTIVIDAD	OBJETIVO	TEMA	GRUPO OBJETIVO	FECHA PROGRAMADA	FECHA DE EJECUCION	NUMERO DE PARTICIPANTES
Charla	Motivación	Control Prenatal	Mujeres gestantes	14 de octubre	14 de octubre	10 participantes