



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE
LA SALUD
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES UNIDAD LEÓN
CAMPO DEL CONOCIMIENTO: SALUD PÚBLICA BUCAL

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA BASADA EN ENTREVISTA MOTIVACIONAL
SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO BUCAL EN
MADRES GESTANTES

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTORA EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS BÁSICAS

PRESENTA:

MARÍA DE LOS ÁNGELES RAMÍREZ TRUJILLO

TUTORA

DRA. MARÍA DEL CARMEN VILLANUEVA VILCHIS
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES UNIDAD LEÓN

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

DRA. FÁTIMA DEL CARMEN AGUILAR DÍAZ
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES UNIDAD LEÓN

DR. MARIO ENRIQUE ROJAS-RUSSELL
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA-CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN
POLÍTICAS, POBLACIÓN Y SALUD DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM.

LEÓN, GUANAJUATO, MÉXICO (ENES LEÓN). JUNIO 2022.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Agradecimientos	4
Dedicatorias	5
Resumen	6
Abstract	7
1. Introducción	8
2. Marco Teórico	
2.1 El embarazo y los factores relacionados con el bienestar del binomio	10
2.2 Enfermedades orales en el embarazo	13
2.2.1 Enfermedad periodontal	13
2.2.2 Caries dental	16
2.3 Enfermedades orales en la infancia	19
2.3.1 Defectos de Desarrollo del Esmalte (DDE)	21
2.3.2 Caries Temprana de la Infancia	22
2.4 Recomendaciones para el cuidado de la salud oral de la embarazada	24
2.5 Recomendaciones para el cuidado de la salud oral de los bebés	28
2.6 Educación para la salud	33
2.6.1 Modelo transteórico y etapas de cambio	35
2.6.2 Entrevista Motivacional	40
3. Antecedentes	45
4. Planteamiento del problema y pregunta de investigación	49
5. Justificación	51
6. Objetivo general	52
6.1. Objetivos específicos	52
7. Hipótesis	54
8. Materiales y métodos	
8.1. Tipo de estudio	55
8.2 Población de estudio	55

8.3 Selección y tamaño de la muestra	55
8.4. Criterios de selección	56
8.4.1 Inclusión	
8.4.2 Exclusión	
8.4.3 Eliminación	
8.5 Variables	57
8.6 Métodos de recolección de la información	62
8.7 Método de registro y análisis de los datos	68
8.8 Análisis estadístico	68
8.9 Consideraciones éticas	68
8.10 Recursos	70
9. Resultados	71
10. Discusión	83
11. Conclusiones	88
12. Referencias bibliográficas	90
13. Anexos	106

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León por las oportunidades para la realización del proyecto.

A las Doctoras María del Carmen Villanueva Vilchis, Laura Susana Acosta Torres y Fátima del Carmen Aguilar Díaz, así como a los Doctores Luis Alberto Gaitán Cepeda, Javier de la Fuente Hernández y Mario Enrique Rojas Russell por la confianza y apoyo en el desarrollo de este trabajo.

Al programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud por su acompañamiento durante los estudios de posgrado.

Al Dr. Daniel Demetrio Faustino Da Silva, por el apoyo y asesoría en la realización del trabajo. A la Mtra. Cecilia María Martínez por la organización de la estandarización de la estrategia Entrevista Motivacional.

A la Jurisdicción Sanitaria VII del Estado de Guanajuato, al Dr. Gerardo Muñoz Picón, Director del Centro de Atención Integral y Servicios Esenciales en Salud León y a la T. S. Lucia Cuevas Martínez responsable del “Club de Embarazadas” por las facilidades, ayuda y confianza necesarias para conformar el equipo de apoyo de las embarazadas del Centro de Salud.

A Karen Esperanza Almanza Aranda, Katia Denisse Rodríguez Mena, Diego Esaú Chávez Banda, José Paúl Hernández Quiroz, Ana Isabel Guevara Vázquez, Ana Cristina Guevara López, Felipe de Jesús Bonilla Tapia y Diana Ruíz Delgado integrantes del “Equipo Gestantes”. Así como a Ana Karen Mancera Navarro, Diana Ivette Rivera Reza y Esp. Ana Lilia Guerra Barberena por su colaboración.

Trabajo realizado gracias al financiamiento del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT IN308920 “Impacto de un programa educativo basado en Entrevista Motivacional sobre conocimientos, actitudes y comportamientos de cuidado bucal en el binomio madre-hijo”).



Resumen

Introducción. La Entrevista Motivacional (EM) ha sido incluida en programas odontológicos recientemente, sin embargo, son necesarias las intervenciones en el binomio materno-infantil. El siguiente documento tuvo como propósito comparar el impacto de un programa educativo basado en EM sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de cuidados orales del binomio materno-infantil, con el de una intervención basada en Educación Tradicional (ET). **Materiales y método.** Se realizó un estudio cuasiexperimental en León, Guanajuato entre julio 2019 y enero 2020. Los grupos experimental y control se conformaron por mujeres de 18 a 45 años en el sexto mes de gestación con consentimiento informado firmado. En ambos grupos se brindó un manual y se otorgó una sesión teórico-práctica de 15 minutos, adicionalmente al grupo experimental se le otorgó una sesión basada en los principios de EM. Se registraron características sociodemográficas, Autoeficacia Materna (AM), CAP de salud oral del bebé (CAPSOB) y materno (CAPSOM). Se realizó una medición basal y un seguimiento a los seis meses. **Resultados.** Participaron 135 gestantes con edad promedio de 24.88±6.00 años. Las mediciones basales no mostraron diferencias significativas. En la comparación entre grupos, se observó incremento de los CAPSOB y CAPSOM en el grupo experimental post-intervención ($p < 0.001$). Los componentes más importantes en la variación de los indicadores CAP de salud en el binomio materno-infantil son el tipo de intervención y AM. **Conclusiones.** Las intervenciones basadas en entrevista motivacional añadidas a la educación tradicional pueden mejorar los CAP de cuidado oral del binomio materno-infantil en mujeres embarazadas.

Palabras clave. Motivación, Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud, Autoeficacia, Educación en Salud, Relaciones Madre-Hijo, Salud Materna, Salud del Lactante

Abstract

Introduction. The Motivational Interviewing (MI) has recently been included in dentistry programs. However, there exists a need for interventions in the mother-child dyad. The purpose of this document was to compare the impact of an educational program based on the MI on oral care knowledge, attitudes, and practices (KAP) in the mother-child dyad with one based on Traditional Education (TE). **Materials and methods.** A quasiexperimental study was carried out in Leon, Guanajuato between July 2019 and January 2020. The experimental and control groups were made up of women between 18 and 45 years of age in the sixth month of gestation who provided their signed written consent. Both groups were provided with a manual and given a 15-minute theory-practice session. In addition, the experimental was given a session based on the principles of the MI. Socio-demographic characteristics and Maternal Self-Efficacy (MSE) were recorded, as were the children's oral health KAP (COHKAP), and that of the mother (MOHKAP). A base measurement was made plus a six-month follow up. **Results.** The participants were 135 pregnant women with an average age of 24.88±6.00. The base measurements showed no significant differences. In the comparison of the groups, it was observed that there was an increase in the COHKAP and MOHKAP in the experimental group post intervention ($p < 0.001$). The most important components in the variation of the KAP health indicators in the mother-child dyad are the type of intervention and MSE. **Conclusions.** The interventions based on the motivational interviewing, when added to traditional education, can improve oral care KAP for the mother-child dyad in pregnant women.

Keywords. Motivation, Health Knowledge, Attitudes, Practice, Self Efficacy, Health Education, Mother-Child Relations, Maternal Health, Infant Health

1. Introducción

El cuidado de la salud de mujeres y niños es un objetivo importante en salud pública porque constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza.¹

La caries dental y la enfermedad periodontal son padecimientos de alta prevalencia e incidencia a nivel mundial a pesar de que se han reconocido a sus factores de riesgo como factores principalmente de tipo comportamental. La caries dental en mujeres y niños figuran como la causa número uno y cinco de morbilidad entre las enfermedades no transmisibles, mientras que la enfermedad periodontal es la tercera enfermedad con mayor incidencia.^{2,3} A pesar de ser prevenibles, estos padecimientos afectan a más de la mitad de la población mundial, provocando un impacto negativo en la calidad de vida, sobre todo en población de escasos recursos económicos.⁴

Son escasas las intervenciones de salud oral durante el embarazo que abordan factores relacionados con la boca, las conductas de higiene y las posibles implicaciones orales y sistémicas específicas de las madres aun cuando la salud de esta última está relacionada con la forma en la que el embarazo llega a término y a pesar de que este período es ideal para la promoción de la prevención primaria de enfermedades orales.⁵

La estrategia de Educación para la Salud (EpS) más utilizada hasta el momento es la Educación Tradicional que consiste en otorgar información de forma unidireccional a un grupo de personas, sin embargo, este tipo de intervención ha demostrado ser poco efectivo y no sostenible en el tiempo.⁶ Por otro lado, la Entrevista Motivacional (EM) ha tenido resultados favorables en la promoción de cambios en los comportamientos de salud desde

un enfoque personalizado que aumenta la conciencia del cuidador sobre los problemas de salud.⁷ Inicialmente fue utilizada en el tratamiento de las adicciones y de forma reciente, ha sido utilizada en odontología demostrando ser más efectiva que la educación tradicional.⁸ No obstante, la utilización de la EM en el ámbito de la salud oral materno-infantil no ha sido del todo implementada a pesar de ser una estrategia recomendada por diversas instituciones de salud a nivel internacional.^{9,10}

El propósito de este trabajo es comparar el impacto de una intervención educativa basada en Entrevista Motivacional con una basada en Educación Tradicional sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos de cuidado oral del binomio materno-infantil implementadas durante el embarazo y evaluadas tres meses después del parto.

2. Marco Teórico

2.1 El embarazo y los factores relacionados con el bienestar del binomio

El embarazo marca su inicio con la implantación, un proceso que comienza cuando se adhiere el blastocisto a la pared del útero (cinco o seis días después de la fecundación) y llega a término alrededor de la semana 40. El parto que se produce entre la semana 22 y 36 se conoce como pretérmino.¹¹ Es la principal causa de morbilidad perinatal y mortalidad en países desarrollados y pueden acompañarse de preeclampsia o eclampsia. La salud oral durante el embarazo ha sugerido tener relación con este desenlace adverso.¹²

El embarazo se caracteriza por llevar a cabo una serie de cambios en los diferentes sistemas del organismo que contribuyen a la adaptación fisiológica del cuerpo durante esta etapa y para el desarrollo del feto.¹³

De acuerdo con Naseem et. al. (2016),¹⁴ las principales alteraciones fisiológicas observadas en los sistemas del cuerpo de la embarazada se expresan en los siguientes niveles:

- A nivel bioquímico se incrementa el número de células sanguíneas, los factores de coagulación, la actividad fibrinolítica y existe deficiencia de hierro acompañado de anemia en ocasiones.
- A nivel cardiovascular, taquicardia, aumento de débito y frecuencia cardíaca y aumento del volumen sistólico.

- En el sistema respiratorio, desplazamiento del diafragma hacia la parte superior, disminución de la capacidad de reserva funcional, aumento del riesgo de apnea, disnea e hiperventilación.
- En el aparato gastrointestinal, náuseas y vómitos, acidez estomacal y disminución de la motilidad gástrica.
- A nivel endocrino, aumento de estrógeno, progesterona, esteroides, tiroxina (T4), niveles de insulina, del 1,25-dihidroxicolecalciferol (Vitamina D).
- A nivel comportamental cambios generales y aumento de la demanda nutricional.

Además de las cuestiones fisiológicas, durante el embarazo y en el período que lo sucede, existen factores que ponen en riesgo la salud (incluyendo a la oral) de las mujeres y sus hijos (Tabla 1) por lo que es necesario evaluarlos para incrementar medidas de protección que mejoren los resultados de salud maternos y neonatales.¹⁵

Aunque el factor biológico es el que más se ha analizado, también se ha estudiado el efecto de otro tipo de factores para desencadenar o coadyuvar en las diferentes enfermedades orales que surgen durante el embarazo y las posibles consecuencias adversas en la salud del niño.

Tabla 1. Modelo biopsicosocial de bienestar: factores de riesgo para las mujeres en los ciclos de vida del embarazo de Blount.

Principios	Factores de riesgo	Componentes
Biológico	Físico	Cambios corporales, hormonales, epigenéticos, preocupaciones sobre medicamentos.
	Nutrición	Nutrición pobre, deficiencias vitamínicas, falta de acceso a alimentos de calidad.
	Neurobiológicos	Cambios neurológicos (estructura cerebral), predisposición genética a la salud/enfermedad.
Psicológico	Eventos adversos de la niñez	Experiencias negativas/traumáticas de la infancia.
	Peri-parto	Ansiedad, fatiga / agotamiento, tristeza posparto, cambios de humor (en el último mes de gestación o primeros meses después del parto).
	Post-parto	Melancolía posparto, depresión posparto (PPD), depresión, problemas de autoestima, ansiedad, estrés, falta de apoyo (después de la gestación).
	Estresores	Causado por componentes biológicos (por ejemplo, cambios físicos, demandas nutricionales, cambios neurobiológicos, efectos traumáticos), problemas de bienestar mental, ansiedad, falta de apoyo, fenómeno de meteorización.
	Trauma transgeneracional	Experiencias traumáticas pasadas que influyen en la descendencia.
Social	Ingresos / Pobreza	NSE más bajo asociado con materno negativo y resultados neonatales.
	Discriminación	Trato injusto, impactos negativos en resultados maternos y neonatales.
	Raza	Disparidades raciales en los nacimientos, la forma común de discriminación es la verbal, las mujeres de color experimentan peores resultados en el ciclo de vida del embarazo materno y neonatal.
	Relaciones personales	Amor, amistad, apoyo social, intimidad, violencia de pareja.
	Acceso a seguros /atención médica de calidad	Planes de seguro, planificación familiar acceso / cuidado reproductivo.

Fuente: elaboración propia con información de Blount et. al. (2021)

2.2 Enfermedades orales en el embarazo

Como se mencionó con anterioridad, durante la gestación existe una serie de cambios que pueden conducir al origen de enfermedades. Las náuseas y vómitos son comunes entre el 70% y el 85%, prolongándose en la mayoría de los casos hasta el tercer mes de embarazo, esto en conjunto con un laxo esfínter esofágico y la presión ascendente del útero grávido, pueden exacerbar el reflujo ácido provocando que la cavidad oral esté en mayor contacto con ácido gástrico, aumentando la erosión del esmalte dental.^{16,17}

La xerostomía fisiológica, también es frecuente, ocurriendo cuando las glándulas salivales reducen la cantidad de secreción salivar espontánea, especialmente durante la noche. Por otra parte, durante las primeras semanas y hasta el final del primer trimestre puede existir sialorrea.¹⁷

En tejidos blandos, los trastornos de la mucosa oral están presentes en aproximadamente una de cada 10 mujeres embarazadas. Las principales lesiones son hiperplasia gingival, *morsicatio buccarum*, candidiasis oral, granuloma piógeno y glositis migratoria benigna principalmente en el segundo y tercer trimestre, todas estas entidades posiblemente originadas por picos hormonales conforme se acerca el final de la gestación.¹⁸

2. 2. 1 Enfermedad periodontal

La gingivitis es la etapa temprana de la enfermedad periodontal, ocurre cuando la encía se inflama y se enrojece debido a la inflamación, por otro lado, la periodontitis es la forma más

grave de enfermedad periodontal y es producida cuando la encía se separa del diente y se destruyen los tejidos de soporte.¹⁹

El embarazo no causa gingivitis pero la agrava por una mala higiene oral, el aumento de los niveles de estrógenos y la presencia Bacteroides, Prevotella o Porphyromonas. El aumento del volumen sanguíneo y la vasodilatación generados por la inflamación, favorecen la diseminación bacteriana aumentando con ello la posibilidad de desarrollar infecciones. También hay un elevado nivel de progesterona que incrementa la permeabilidad vascular alterando la respuesta inmune. Finalmente, existe una alteración en el colágeno producido en la encía, lo que influye en el potencial reparador y manutención del tejido y aunado al nivel de estrógenos elevado, aumentan la permeabilidad capilar disminuyendo la queratinización y la efectividad de la barrera epitelial.¹⁷

Se ha señalado que existe una relación entre el incremento de los niveles plasmáticos de hormonas del embarazo y una disminución en el estado de la salud periodontal. La severidad del padecimiento se agrava a medida que se incrementan los meses de gestación, alcanzando su punto más alto entre los tres y ocho meses y disminuyendo de forma súbita posterior al parto.¹⁹

Durante algunos años se sugirió la existencia de una asociación entre la enfermedad periodontal durante el embarazo y la forma en la que este llega a término, traducido en bajo peso al nacer, muy bajo peso al nacer, preeclampsia y diabetes mellitus gestacional,²⁰ sin embargo, hasta el momento la asociación no es clara. La falta de control de sesgos y variables de confusión, la dificultad en la definición de enfermedad periodontal y los

cambios gestacionales para el examen periodontal de la madre en los estudios no han permitido establecer asociaciones.²¹ Lo que se ha podido identificar es la fuerte relación entre la homeostasis del biopelícula oral y salud general de forma que la enfermedad periodontal durante el embarazo puede ser un factor de riesgo de nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y desarrollo de preeclampsia.²²

Existen reportes que señalan que a nivel mundial del 60 al 75% de las embarazadas tienen gingivitis.²⁰ De acuerdo con lo referido por estudios realizados en México, la prevalencia de gingivitis y enfermedad periodontal durante el embarazo va del 30 al 80%, siendo más frecuente en el segundo trimestre del embarazo.²³

En cuanto a la relación entre la enfermedad gingival y factores socioeconómicos, es común que las gestantes de niveles socioeconómicos altos cuenten con menores signos clínicos de gingivitis, adicionalmente, las gestantes con mayor nivel educativo presentan mejor nivel de salud periodontal.²⁴ Se ha demostrado que la carga de la enfermedad oral es peor para las personas que tienen acceso restringido a servicios preventivos y de tratamiento como resultado de la incapacidad de pago por servicios, falta de cobertura de seguro dental, la disponibilidad limitada de servicios dentales, o por proveedores de atención que no están dispuestos a aceptar pagos de reembolso de terceros o de programas de asistencia pública.²⁵

Estos son los factores que elevan el riesgo de presentar caries dental, gingivitis y enfermedad periodontal debido a que durante el embarazo, se incrementa la respuesta inflamatoria ante la presencia de biopelícula provocando que la encía se inflame o sangre

con mayor facilidad. A su vez, la gingivitis no tratada puede provocar periodontitis, movilidad dental y pérdida ósea.²⁶

Para la prevención de la aparición de la gingivitis y la enfermedad periodontal durante el embarazo, la remoción mecánica de biopelícula es un elemento importante y modificable que podría ayudar a disminuir los problemas gingivales. La Terapia Periodontal (TP) no quirúrgica es segura durante el embarazo y aunque no evita por completo la aparición de resultados adversos,, puede recomendarse como parte de la atención prenatal. Proporcionar tratamiento periodontal a mujeres embarazadas, especialmente a aquellas con alto riesgo, podría reducir potencialmente la probabilidad de resultados perinatales adversos.^{27,28}

2.2.2 Caries dental

La caries dental es una enfermedad multifactorial, condicionada por características del huésped, la presencia de bacterias y el sustrato (carbohidratos refinados). La combinación de todos estos factores y su frecuencia en el tiempo son los que determinan conjuntamente la sensibilidad a la caries dental y su evolución.²⁹ Además de los padecimientos periodontales, el embarazo está íntimamente relacionado con una mayor presencia de lesiones cariosas, reportándose a nivel mundial una prevalencia del 90-99% de caries dental durante esta etapa.³⁰

Los cambios en la composición salival, variaciones del pH (provocadas principalmente por vómitos), alteración de la capacidad buffer y de los niveles de peroxidasa aunados a la disminución de la capacidad fisiológica del estómago que provoca el incremento en el número de comidas y refrigerios acompañado del deseo de comer azúcares y la poca eliminación de biopelícula (en ocasiones dificultada por las náuseas) provocan que las embarazadas tengan una probabilidad tres veces mayor de desarrollar caries en comparación con mujeres no embarazadas.^{17,30}

A nivel fisiológico, entre los agentes que provocan esta enfermedad, se encuentra la presencia de *Streptococcus mutans*, que requiere de una alimentación rica en carbohidratos para desarrollarse.²⁴ En este sentido, los factores salivales también contribuyen a través de la acción de limpieza mecánica, lubricante, antimicrobiana y buffer de la saliva. Especialmente este último disminuye durante el periodo gestacional, afectando su función reguladora y en consecuencia, volviendo idóneo el medio oral para el desarrollo bacteriano.²⁵

Respecto a los factores socioeconómicos, se ha encontrado que las gestantes de niveles socioeconómicos bajos presentan peor experiencia de caries con conteos altos de dientes cariados, perdidos y/u obturados. Así, las mujeres con mejor nivel educativo muestran una menor experiencia de caries y consumen mayor cantidad de alimentos cariogénicos. Finalmente, en cuanto a este tipo de factores, la edad es una variable que también se encuentra relacionada con la experiencia de caries, de forma que, conforme avanza la edad, mayor cantidad de dientes cariados, perdidos y obturados presenta la gestante.²⁴

Se ha reportado que puede existir una asociación causal entre la presencia de caries y algunos resultados adversos durante el embarazo. La caries dental tratada y no tratada no se asocia con parto pretérmino y preeclampsia. Además se ha identificado que las mujeres con caries dental tienen mayor riesgo de dar a luz bebés grandes para la edad gestacional, debido a los factores de riesgo comunes entre caries y obesidad, más no por la presencia de caries.^{31,32}

Por otra parte, para la prevención prenatal de la caries dental es necesario tomar en cuenta los tres principales factores de riesgo para desarrollarla que son: a) el aumento del pH debido a los vómitos frecuentes, b) el incremento del consumo de azúcares debido a los antojos y alimentos entre comidas y c) menor búsqueda de atención oral, lo que supone enfocar los cuidados de higiene e incentivar el seguimiento y control de las alteraciones orales en consultas odontológicas.³³

Tanto la enfermedad periodontal como la caries dental pueden tener como consecuencia la pérdida dental. A pesar de que el embarazo no tiene una relación causal con la pérdida de dientes, existen estudios que señalan que esta situación se incrementa significativamente durante el embarazo y aumenta gradualmente con la progresión de los trimestres de gestación.³⁴ Si bien, la prevalencia de dientes perdidos durante el embarazo no está del todo explorada, sí se han estudiado las creencias como factor de influencia en el desarrollo de condiciones orales, sobre todo aquellas creencias adoptadas durante el embarazo en el contexto familiar (abuela-madre-gestante) y social (gestante-gestante), por

ejemplo, que el bebé extrae calcio de los dientes de la madre y que el embarazo representa inminentemente la pérdida de mínimo un diente.³⁵

2.3 Enfermedades orales en la infancia

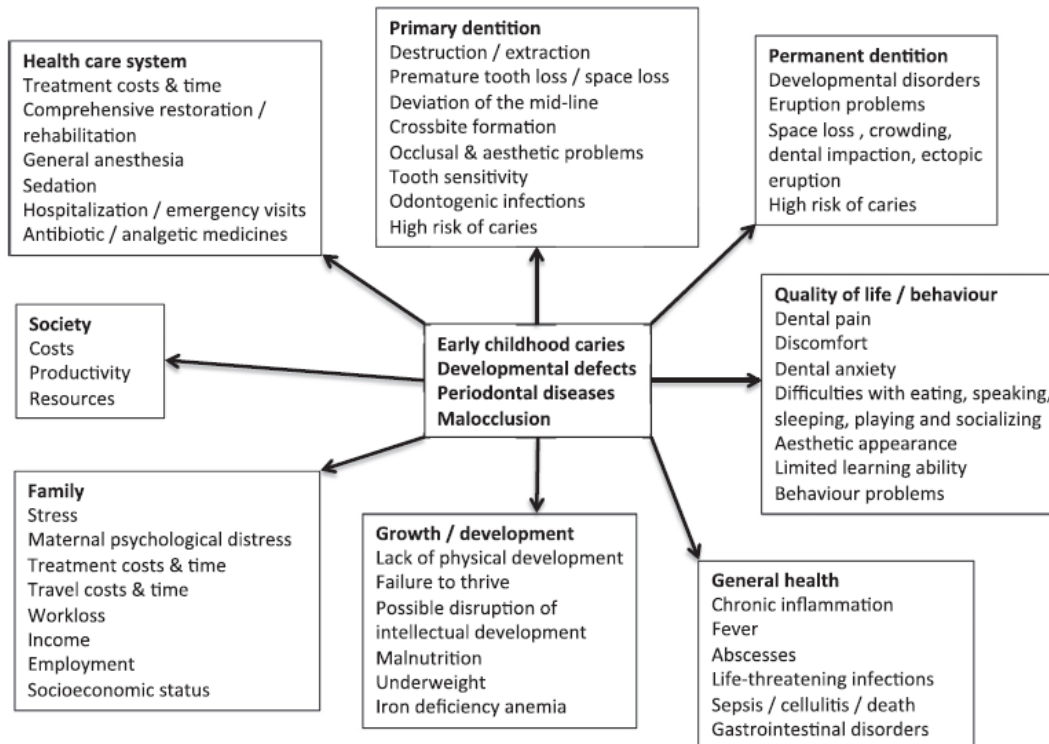
El periodo comprendido entre la fecundación y los dos años de vida del niño (270 días de embarazo+365 días del primer año+365 días del segundo año) es conocido como “los primeros mil días de vida”.³⁶ Durante esta etapa, se definen el lenguaje, las emociones, la forma de socializar y la afectividad mediante la producción de circuitos y conexiones neuronales.³⁷

De acuerdo con Pantano (2018) la cantidad de compuestos bioactivos de la leche humana puede inducir cambios en la metilación del ADN y es posible que, sin exposición a estos factores, los bebés alimentados con fórmulas infantiles alteren la transcripción de genes y/o síntesis de proteínas, contribuyendo a una peor expectativa de salud oral a largo plazo. Además, el uso de pacificadores y la falta del establecimiento de la lactancia provocan problemas de maloclusiones y otras alteraciones relacionadas con el desarrollo de la cavidad oral.³⁸ La caries dental, los defectos del desarrollo de los tejidos orales y los problemas periodontales u ortodónticos pueden tener un gran impacto en el crecimiento y desarrollo del niño.

Las consecuencias provocadas por la presencia de las enfermedades orales van desde deficiencias en las estructuras dentales tanto en dentición permanente como en decidua, complicaciones a nivel de la salud general y el desarrollo, impacto a nivel familiar, en el

sistema de salud y en la sociedad hasta representar un impacto negativo en la calidad de vida (Figura 1).³⁸⁻⁴⁰

Figura 1. Consecuencias de los problemas orales durante la infancia.⁴⁰

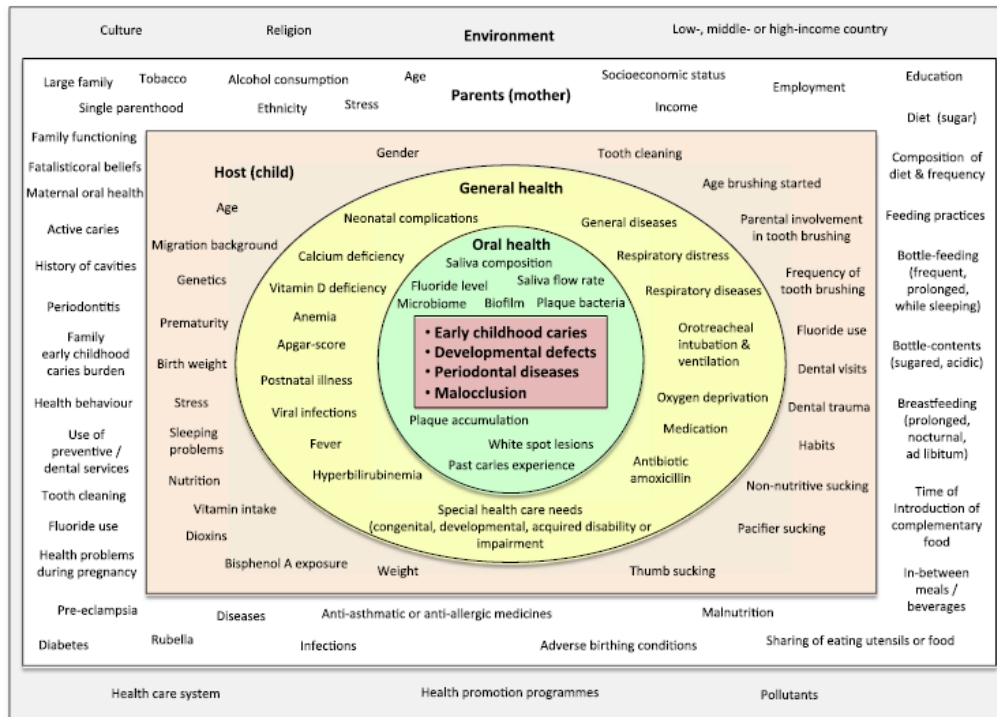


Fuente: Wagner et. al. (2017)

De acuerdo con Wagner et. al. (2017) los principales factores de riesgo de problemas orales durante la infancia son principalmente conductuales, remarcando la interacción entre el consumo de azúcar y la higiene deficiente para el desarrollo de las enfermedades más prevalentes. La etapa que representa mayor riesgo para la adquisición de defectos del desarrollo es durante el embarazo y disminuye a partir de los seis meses de vida del niño, mientras que la probabilidad de desarrollar CTI y caries en dentición permanente se

incrementa a partir de esta misma edad.⁴⁰ Estos factores pueden clasificarse en ambientales, parentales, del huésped, relacionados con la salud general y oral (Figura 2).

Figura 2. Factores de riesgo para enfermedades orales durante la infancia.⁴⁰



Fuente: Wagner et. al. (2017)

2.3.1 Defectos de Desarrollo del Esmalte (DDE)

Los Defectos de Desarrollo del Esmalte (DDE) en dentición temporal son perturbaciones en el proceso de aposición y mineralización del esmalte dental durante la odontogénesis.⁴¹ Los reportes de prevalencia de DDE varían de 3 a 81% de los dientes temporales debido a la dificultad que representa su diagnóstico y por los índices utilizados para describirlos.⁴² Los defectos pueden presentarse como hipoplasias del esmalte asociadas con un espesor

reducido del esmalte (defecto cuantitativo) o como opacidades que resultan de una alteración durante las etapas de calcificación y maduración de la amelogénesis (defecto cualitativo).⁴³

Clínicamente, los DDE muestran calcificación incompleta del esmalte y áreas con pérdida de esmalte que pueden ser zonas susceptibles para la caries. Los dientes con DDE tienen mayor riesgo de desarrollar caries y en una etapa más temprana que los dientes sin DDE.⁴²

2.3.2 Caries Temprana de la Infancia

La CTI es definida como la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes, o restaurados en la dentición primaria, en niños de edad preescolar (0 y los 71 meses de edad).⁴⁴

Es la duodécima enfermedad multifactorial más común en menores de seis años y una vez establecida, progresa rápidamente. Es común que se descuide su tratamiento, provocando complicaciones como dolor, maloclusiones y riesgo de caries en dientes permanentes, esto a su vez, conlleva efectos adversos en la salud general del menor como desnutrición y problemas del habla.⁴⁴⁻⁴⁶

De acuerdo con Moynihan (2014), el consumo de azúcar antes del primer año de vida está asociado con Caries Temprana de la Infancia (CTI) y con el riesgo de desarrollar caries a lo largo de la vida. La caries es menor cuando la ingesta de azúcares libres es 10% menor, sin embargo, progresa con la edad, por lo que el efecto del azúcar en la dentición es de por vida.⁴⁷

Entre los factores parentales que predisponen al niño para desarrollar caries se enlistan el nivel socioeconómico, la educación de los padres, el conocimiento y las actitudes respecto a la salud oral. El nivel educativo de las madres, determina en gran medida el nivel de conocimiento y educación sobre la salud oral del niño. Por su parte, la clase social y el estatus de la familia determinan las creencias y necesidades percibidas de la utilización de servicios odontológicos, de forma que cuando estos son deficientes se presenta una mayor susceptibilidad y prevalencia de caries.^{48,49}

Otros aspecto determinante para la presencia de CTI es el de tipo comportamental. Los niños aprenden y replican generacionalmente las conductas de salud oral de sus padres, por lo tanto, las prácticas de alimentación e higiene parentales se convierten en factores de riesgo, mientras que la ayuda y motivación que los padres les dan a sus hijos para cepillarse al menos dos veces al día, son considerados como factores protectores.^{48,50}

La caries supone un riesgo importante en la transmisión vertical de madre a hijo, al igual que las caries dental activas no tratadas, incrementan la probabilidad de transmisión de bacterias cariogénicas (*Streptococcus Mutans*).^{48,49}

De esta forma, los días marcados desde el inicio del embarazo hasta los dos primeros años de vida del niño, constituyen una ventana de oportunidad para adoptar hábitos y actitudes que influirán en su futuro. El enfoque de los primeros mil días de vida se ha consolidado como uno de los más representativos en el manejo de la salud infantil, constituyendo incluso una directriz del manejo odontológico del bebé, al tomar en consideración que los

factores alimenticios y comportamentales durante esta etapa constituyen uno de los más grandes factores de riesgo para el desarrollo de las enfermedades orales.³⁸

2.4 Recomendaciones para el cuidado de la salud oral de la embarazada

Si bien la mujer durante el embarazo requiere de cuidados especiales y acompañamiento médico-odontológico durante este proceso, existen circunstancias que limitan o impiden la realización de actividades de autocuidado.

Los factores que restringen el cuidado de la salud oral de las embarazadas se encuentran relacionados a las barreras en el asesoramiento, las características de los proveedores de salud, los factores relacionados con el trabajo y los financieros.³³

Las barreras relacionadas con la búsqueda del asesoramiento sobre la salud oral durante el embarazo giran en torno al conocimiento que la gestante posee y su percepción sobre la salud oral, lo cual supone diversos escenarios. Por un lado, las mujeres que tienen actitudes dentales positivas son más conscientes del riesgo de complicaciones en el embarazo originadas por la mala salud oral, lo que también se traduce en una mayor probabilidad de recibir atención dental durante el embarazo, independientemente de la cobertura dental.⁵¹

Tener seguridad social o contar con una póliza de seguro dental son predictores importantes del cuidado de la salud oral. Las mujeres embarazadas que no acuden a consultas dentales, tienen menor probabilidad de recibir educación sobre la importancia del cuidado de la salud oral durante el embarazo especialmente en las primeras etapas críticas.^{33,52} Adicionalmente, existen reportes sobre mujeres que, a pesar de tener

cobertura de seguro dental (lo que supondría una mayor utilización de uso de servicios odontológicos) desconocen la importancia de visitar a un dentista antes o durante el embarazo.²⁵ Algunos estudios sugieren que el 56% de las embarazadas no buscan tratamientos dental durante el embarazo y sólo el 35% tiene algún procedimiento dental durante el primer año posterior al nacimiento de su hijo.⁵³

Por el contrario, existen mujeres que a pesar de conocer la importancia del autocuidado oral no realizan las medidas correspondientes y esta situación se relaciona con lo que la salud oral representa socialmente para las embarazadas. En estudios realizados en Latinoamérica se reporta que la salud oral no es un factor identificado como un riesgo para la vida del bebé o de la misma madre durante la gestación. El interés sobre el cuidado sólo obtiene relevancia en el momento de la erupción dental de los hijos, máxime en aquellos casos en los que la erupción trae consigo molestias que inquietan al niño.⁵⁴

Respecto a los proveedores de salud, los médicos, ginecólogos y obstetras son los primeros en atención prenatal que guían a la embarazada, sin embargo, algunos tienen conocimientos, actitudes y percepciones adversas sobre la atención de la salud oral durante el embarazo, por lo que es necesario que los profesionales de la salud cuenten con competencias clínicas interprofesionales en salud bucodental para formar redes de colaboración entre los equipos de obstetricia y odontología.²⁹

Algunos estudios estiman que el 56% de las embarazadas conocen la conexión entre la mala salud oral y las complicaciones del embarazo; empero, solo el 11 % obtuvo esta información de sus obstetras y ginecólogos y el 10 % de sus odontólogos.

Los planes de estudio en Medicina incluyen de forma escasa este aspecto importante y en odontología el cuidado del binomio es asignado a los odontopediatras quienes son vistos por la población como especialistas exclusivos para niños.^{55,56} Respecto a los odontólogos generales y personal médico, actitudes como no sentirse capaces de asesorar a mujeres embarazadas, estar preocupados por ser demandados si un embarazo tiene un nacimiento negativo y percepciones erróneas sobre la seguridad de brindar atención dental durante el período perinatal son las razones principales por la que desaconsejan la realización de tratamientos orales y atención a mujeres embarazadas.⁵⁶ En consecuencia, las mujeres que asisten a control del embarazo en ocasiones no reciben información sobre la importancia de salud oral por parte del personal médico-odontológico, lo que desestima y disminuye en gran medida la búsqueda de atención dental por parte de la gestante.⁵⁷

En México, la atención dental es parte de la vigilancia prenatal para derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Seguro Popular y demás instituciones de salud en México. En el Programa de Acción Específico Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Oral 2013-2018 promovido por el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) se expresa la necesidad de otorgar servicios curativos-asistenciales con ética, calidad, equidad, oportunidad y costo-beneficio, con capacidad resolutive y especial atención a grupos vulnerables, entre los que se encuentran las embarazadas. Así mismo, solicita difundir los lineamientos de prevención y atención odontológica a mujeres en edad reproductiva y durante el embarazo a las 32

entidades federativas. Sin embargo, la asistencia solicitada es limitada, lo que obliga a las mujeres a buscar atención dental particular generando gastos extraordinarios.^{52,58}

Visitas al dentista

El embarazo está relacionado con cambios de comportamiento en la mujer lo que representa una excelente oportunidad para brindar asesoría ya que se encuentran receptivas a la información sobre mejoras en la salud de su familia. Para las embarazadas se sugiere tener consultas odontológicas previas, durante y después del parto, aumentando la probabilidad de intervenir de forma temprana e incidiendo en la importancia de conservar la salud tanto de la madre como del hijo.^{50,59}

Dentro de las visitas al dentista se recomienda realizar profilaxis profesional, aplicación de fluoruro y otros tratamientos necesarios de acuerdo con los protocolos de atención a la embarazada según el trimestre de gestación, además de promover la salud oral tanto de la madre como del bebé.^{26,60}

Durante las visitas odontológicas, se recomienda la implementación de la Entrevista motivacional discutiendo la forma de mejorar las conductas de salud oral incluyendo el consumo de azúcar.^{9,10,61}

Higiene

La higiene oral es un factor clave en el control y prevención de enfermedades. La forma adecuada de controlar la biopelícula es mediante el barrido mecánico mínimo dos veces al día con pasta fluorurada, uso de hilo dental una vez al día para prevenir gingivitis y

realizando colutorios con la mezcla de un vaso de agua y una cucharada de bicarbonato de sodio después de vomitar para detener la acidez (con esta práctica el cepillado debe realizarse una hora después).^{26,62}

Alimentación

Durante el embarazo se sugiere llevar un acompañamiento nutricional en la medida de lo posible. Es indispensable llevar una dieta balanceada y nutritiva evitando alimentos y bebidas con alto contenido de azúcares como jugos, bebidas con sabor a frutas y gaseosas.²⁶

2.5 Recomendaciones para el cuidado de la salud oral de los bebés

Durante más de cien años, la odontopediatría ha trabajado para mejorar las condiciones de salud de la población infantil. De forma inicial, se guió bajo el enfoque de resolver los problemas de salud de niños mayores a tres años y la atención de 0 a 3 años limitada solo para los casos de urgencia y en la aparición dental precoz. Años más tarde en Suecia, Japón, Inglaterra y Estados Unidos se inició la orientación del cuidado oral del bebé a padres y odontólogos experimentando con ello una disminución en la experiencia de caries.⁶³

A partir de la década de los 80 el Dr. Walter Figueiredo introduce la práctica de la Odontología para el bebé, tomando en consideración la atención dental desde el vientre materno, con la visión de atender a este sector poblacional desde lo educativo, preventivo y restaurador bajo el lema “Educar previniendo y prevenir educando”. El inicio de esta filosofía se da a la par de la fundación de la “Bebé clínica” en la Universidad Estadual de

Londrina en Brasil. Esta forma de trabajo sentó el precedente de lo que hoy se conoce como odontología para el bebé y direccionó el trabajo comunitario en la atención perinatal.^{63,64}

Para el cuidado oral se han realizado recomendaciones específicas para embarazadas (información sobre enfermedades orales, higiene, visitas al dentista, alimentación) y para bebés (alteraciones orales en el bebé, consultas con el dentista, uso de fluoruro e higiene oral del bebé, alimentación del bebé, uso de pacificadores, transmisión de microorganismos y erupción dental).

De acuerdo con el Manual de Implementación de la OMS “Poniendo fin a la caries dental infantil”⁹ la guía práctica para la atención de salud oral durante el embarazo del Departamento de Salud de Maryland,²⁶ la guía de salud oral infantil de la Asociación Latinoamericana de Odontopediatría⁶¹ y la guía pediátrica para la salud oral infantil de la Academia Americana de Pediatría (AAP),⁴⁴ las recomendaciones para el cuidado oral del bebé se pueden dividir en: Información sobre las alteraciones orales, consultas con el dentista, higiene oral, alimentación, uso de pacificadores, transmisión bacteriana y cuidados durante la erupción dental.

Información sobre las alteraciones orales en el bebé

Es indispensable transmitir a los padres información de las enfermedades que pueden presentarse en la cavidad oral del recién nacido con la finalidad de que se identifique que, a pesar de no tener dientes, pueden tener otro tipo de alteraciones además de la caries dental. El conocimiento de estas alteraciones brindan herramientas a la madre para decidir el momento de inicio de las consultas odontológicas.⁶⁴

Consultas con el dentista

Existen varias vertientes sobre el inicio de las consultas odontológicas del bebé. Algunos sugieren que sea alrededor del año de edad,¹⁰ mientras otros recomiendan que se inicie de forma temprana (ante la erupción de los dientes) tanto para reducir el riesgo de padecer caries dental como para disminuir los tratamientos curativos acompañados de estrés oxidativo y gastos económicos. La primera visita debería estar acompañada de una evaluación individual de riesgo de caries, técnicas higiénico-dietéticas y aplicaciones de fluoruro. Un buen momento de acudir a consulta también sería cuando los padres identifiquen alguna anomalía en las estructuras orales del bebé.⁶¹

Alimentación del bebé

En la alimentación del bebé debe verse promovida, protegida y apoyada la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los seis meses. Posteriormente se deben introducir alimentos complementarios (sólidos) nutricionalmente adecuados para la edad sin dejar la lactancia materna continua hasta los dos años de edad o hasta que la madre y el niño lo decidan. La lactancia materna se asocia con una mejor salud general, disminuye la prevalencia de hábitos de succión no nutritivos, un menor riesgo de padecer CTI así como una menor aparición de problemas de maloclusión en bebés y niños. El uso de biberón sólo se recomienda en los casos en donde la lactancia no pueda llevarse a cabo de forma satisfactoria, es decir, cuando el bebé tenga alguna condición que obligue a introducir fórmulas adaptadas, que la madre consuma fármacos desaconsejados durante la lactancia, y/o cuando las condiciones de salud y restricciones anatómicas no lo permitan.^{65,66}

En este sentido también es indispensable mencionar que la leche materna contiene más lactosa que la leche bovina. A pesar de que la lactosa tiene menor efecto cariogénico que la sacarosa, también provoca desmineralización del esmalte dental si está en contacto por un tiempo prolongado. Por esta razón es importante que los padres mantengan una correcta higiene oral del niño para evitar que el potencial cariogénico de la leche materna actúe durante o después del amamantamiento.⁶⁴

Es importante también controlar la cantidad de líquidos que contengan azúcares libres (azúcar de mesa, miel, etc.). Así mismo, limitar el uso del biberón como medio para proporcionar alimentación con bebidas azucaradas (leche con chocolate, atole, tes endulzados, jugos, refrescos, etc). El consumo de azúcares libres aumenta riesgo de caries dental, además de favorecer el desarrollo de diabetes en edades tempranas. Lo sugerido para esta etapa es proporcionar alimentos ricos en frutas, vegetales y bajos en azúcares libres.³⁸

El uso del biberón debe eliminarse a partir de los 12 meses, fomentando un cambio de un patrón alimenticio de succión a masticación; alrededor de los 16-20 meses en conjunto con la erupción de los primeros molares y caninos, la masticación se vuelve más eficiente y deja de ser necesario definitivamente el uso del biberón. Su uso prolongado y durante las noches está relacionado con la CTI, mayor adquisición de hábitos de succión no nutritivos, deglución atípica y maloclusiones.^{61,67}

Higiene oral del bebé

Aunque anteriormente se sugería instruir a los padres sobre el uso de gasa y agua para iniciar la higiene oral en bebés, actualmente esta actividad ya no es recomendada cuando los niños son alimentados con leche materna dado el sinergismo bioquímico entre la leche y la saliva que aumenta la inmunidad innata suficiente para inhibir el crecimiento de patógenos oportunistas.⁶⁸

Ante la erupción del primer diente se introduce el cepillo dental utilizándolo dos veces al día sin pasta dental. Una vez que erupcionan los molares y cuando el bebé ya sabe escupir, se introduce el cepillado con pasta fluorurada (1000 ppm) dos veces al día para lograr efecto anticariogénico al mantener el fluoruro adecuado durante una mayor proporción. La cantidad de pasta sugerida es equivalente al tamaño de un grano de arroz y la técnica recomendada es cepillar las caras vestibulares de los incisivos superiores con movimientos circulares y las fosas y fisuras de los molares con movimientos anteroposteriores. Para esto, el adulto debe mantenerse en una posición que permita buena visibilidad y manteniendo en una posición estable la cabeza del niño. El inicio del cepillado por los niños sin ayuda de adultos se recomienda a partir de los 8-10 años.^{10,61}

Uso de pacificadores

El uso del pacificadores no está recomendado en aquellos casos en los que los bebés establecieron de forma exitosa la lactancia materna, su uso está restringido a los momentos limitados en los que el niño presenta ansiedad o sueño hasta los dos años de edad. También es recomendable no adicionar ningún tipo de endulzante como miel, jarabe de maíz, etc.⁶¹

Transmisión bacteriana

Existe evidencia que señala un aumento en la probabilidad de padecer CTI cuando las madres o los cuidadores principales tienen recuentos altos de *Streptococcus mutans* y caries no tratadas, de forma que si las bacterias colonizan al bebé antes del año de edad el riesgo de aparición de la enfermedad se incrementa de forma considerable. Para evitar la transmisión bacteriana se recomienda que los padres mantengan buena higiene y salud oral, acudir a consultas odontológicas frecuentes y no se recomienda compartir utensilios ni limpiar objetos del niño lleva a la boca con saliva de los adultos.⁶¹

Cuidados durante la erupción dental

La erupción dental provoca en algunos casos incomodidad, irritabilidad y salivación excesiva. Para su manejo en casa se sugiere el uso de mordederas refrigeradas previamente o trozos de fruta fría para aliviar las molestias. Debe evitarse el uso de geles o anestésicos tópicos de venta libre (Nenedent®, Kanka®) debido a la posible toxicidad de estos medicamentos.^{10,44}.

2.6 Educación para la Salud

La Promoción de la Salud (PS) tuvo su primer mención en 1978 en la declaración de Alma Ata cuando se reconoce el enfoque de cuidado de la salud primario para mejorar la salud de la población.⁶⁹ Posteriormente en 1986, se llevó a cabo la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud que dio lugar a la Carta de Ottawa para la promoción

de la Salud, en ella se conceptualizó a la PS como *“el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”*.⁷⁰ A partir de ese punto, las acciones de promoción para la salud tuvieron cabida en la generación de políticas, programas y estrategias saludables a nivel mundial desde un enfoque individual. Por otro lado, autores como Green y cols. (1991) la definieron como *“cualquier combinación de educación para la salud y apoyos organizacionales, económicos y ambientales relacionados para el comportamiento de individuos, grupos o comunidades propicios para la salud”*⁷¹ enfocándose en un nivel más amplio incluyendo factores del medio ambiente y externos a la personas haciendo énfasis en la utilización de herramientas auxiliares como la Educación para la Salud (EpS). De acuerdo con la OMS, la EpS *“comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”*⁷²

A partir de la década de los noventa, la EpS y el comportamiento en salud tomaron relevancia así como los estudios que reportaban su implementación. Con ello, comenzó un cambio de paradigma del enfoque individual a uno basado en determinantes sociales ampliando la visión de los factores que intervenían en los cambios de comportamiento.⁷³ Así, visiones como las de Derryberry⁷⁴ tomaron relevancia, en este sentido, la EpS requiere de tomar en consideración conocimientos, actitudes, metas, percepciones, estatus, estructura de poder, tradiciones culturales y otros aspectos de cualquier público a la que se dirige.

Así, con los avances en salud pública se incrementaron los reportes de la utilización de modelos teóricos de cambio de comportamiento, de diseño e implementación de estrategias de EpS y los relativos al efecto de las intervenciones utilizando estrategias que respetan el derecho de las personas y que favorecen una comunicación más participativa centrada en los pacientes. La utilización de este tipo de elementos pueden conducir a mejores resultados de salud y pueden favorecer la toma de decisiones saludables en las personas.⁷⁵

2.6.1 Modelo transteórico y etapas de cambio

Dentro de los modelos de comportamiento en salud, el modelo transteórico (MTT) tuvo su origen en los años setenta y se consolidó hasta la década de los 90, este proceso se llevó a la par, pero de manera independiente, con la estrategia de Entrevista Motivacional (EM) en actividades de educación para la salud. El modelo MTT es la base para entender el proceso del cambio y trabajar con estrategias basadas en EM. Se fundamenta en la premisa de que el cambio de comportamiento es un proceso progresivo en diversas dimensiones temporales o etapas de cambio y que las personas tienen diversos niveles de motivación. A través de las etapas de cambio se integran procesos y principios de cambio desde diferentes teorías de la intervención.⁷⁶

La etapas de cambio en el MTT son un medio para facilitar el proceso del cambio y de acuerdo con Prochaska⁷⁷ se realiza a través de las siguientes seis etapas:

1. Pre-contemplación

La Pre-contemplación es la etapa en que una persona no tiene la intención de actuar en el futuro previsible, generalmente a los siguientes seis meses. La permanencia en esta etapa puede deberse a que no existe o existe información inadecuada sobre las consecuencias de tener un comportamiento no saludable. En esta etapa también pueden incluirse aquellas personas que han intentado cambiar y se ven desalentados por sus habilidades para cambiar.

Las personas en etapa de Pre-contemplación evitan leer, hablar o pensar sobre sus comportamientos de alto riesgo, se encuentran resistentes, desmotivados o no preparados para trabajar en algún programa de promoción de la salud.

2. Contemplación

Es la etapa en la que una persona pretende realizar un cambio en los próximos 6 meses. Las personas en etapa de contemplación son conscientes de las ventajas y desventajas de hacer un cambio de comportamiento. El balance entre los daños y beneficios del cambio puede producir ambivalencia. Esta situación mantiene a la gente atrapada en esta etapa por periodos variables, que pueden ser prolongados, por lo tanto, es difícil que estén listas para la orientación tradicional en promoción de la salud.

3. Preparación

Esta etapa se caracteriza por la intención de tomar medidas en el futuro inmediato, es decir en el próximo mes, por lo que ya se cuenta con un plan de acción, por ejemplo: unirse a una

clase de educación para la salud, consultar a un odontólogo, visitar a un médico, buscar información, etc. Las personas en etapa de preparación están listas para ser incluidas en programas orientados al cuidado oral, cuidado de la alimentación, actividad física, entre otros.

4. Acción

La acción es la etapa en la que las personas realizan cambios objetivos, medibles y exteriorizados de su comportamiento, regularmente en un período de tiempo que varía de uno a seis meses. Puesto que esta etapa es observable, el cambio del comportamiento ha sido equiparado a la acción a pesar de que es sólo una de las seis etapas del cambio.

Existe una valoración sobre los beneficios de cambiar y un nivel mayor de autoeficacia (es decir en la confianza en sus propias capacidades). En esta etapa ocurre la mayor aplicación sistemática de los diversos procesos de cambio, siendo también ideal para las intervenciones tradicionales dirigidas al público en general. La acción es una etapa inestable que puede derivar en recaída o progresar a la etapa de mantenimiento.

5. Mantenimiento

El mantenimiento es la etapa en la que existen tentativas de estabilización del cambio comportamental ya realizado, lo que regularmente dura de seis meses a cinco años.

Es un período de por lo menos seis meses posteriores al cambio manifiesto en el que las personas trabajan activamente en la prevención de la recaída teniendo menor tentación

por volver al comportamiento modificado y aumentando la autoconfianza para mantener el cambio.

La recaída es una forma de regresión de la etapa de acción o mantenimiento a una etapa anterior que no corresponde a una etapa por sí misma.

6. Terminación

La terminación es la última etapa en la que las personas no tienen tentaciones de ninguna naturaleza con relación al comportamiento específico modificado y tienen un cien por ciento de confianza y de autoeficacia frente a situaciones que previamente eran tentadoras.

Los procesos de cambio

Los procesos de cambio son estrategias y técnicas cognitivas, afectivas, experienciales y comportamentales que las personas usan regularmente para transformar su comportamiento a través de las diferentes etapas. Son el eje sobre el cual se facilitan o aceleran los cambios en las intervenciones promotoras de la salud, y el elemento básico del MT que le permite ser aplicado en el diseño de programas e intervenciones con impactos comportamentales directos e indirectos, puesto que catalizan las transiciones de una etapa a otra cualquiera en la secuencia. En la Tabla 2 se muestran los diez procesos de cambio en MT.⁷⁶

Tabla 2. Procesos de cambio del Modelo Transteórico

Sensibilización	Implica una mayor conciencia acerca de las causas, consecuencias, y cura para un problema de comportamiento particular.
Alivio dramático	Inicialmente produce un aumento de experiencias emocionales, seguido por un afecto reducido o alivio anticipado si se toman las medidas apropiadas.
Autoevaluación	Combina evaluaciones cognitivas y afectivas de la autoimagen se hayan o no realizado los comportamientos poco saludables.
Reevaluación ambiental	Combina evaluaciones afectivas y cognitivas de cómo la presencia o ausencia de un comportamiento personal afecta el entorno social, tales como el impacto de fumar uno en otros. También puede incluir a la conciencia.
Auto liberación	Creencia de que uno puede cambiar además del compromiso de actuar sobre una creencia.
Liberación social	Requiere un aumento de oportunidades sociales o alternativas, especialmente para personas que están relativamente deprimidas.
Contra condicionamiento	Requiere aprender comportamientos más saludables que puedan sustituir conductas problemáticas.
Control de estímulo	Elimina señales de hábitos poco saludables y agrega indicaciones para que sean alternativas más saludables.
Gestión de contingencias	Proporciona consecuencias por tomar medidas en una determinada dirección. Aunque el manejo de contingencias puede incluir el uso del castigo, las personas con mayor predisposición al cambio dependen más de la recompensa que del castigo.

Fuente: elaboración propia con información de Prochaska et. al.⁷⁶

Balance decisional

El balance decisorio refleja el peso relativo que el individuo otorga a pros y a contras de cambiar su comportamiento de riesgo para la salud.

Autoeficacia

Es la confianza que una persona tiene de que puede enfrentar una situación de riesgo sin tener una recaída en su comportamiento indeseado o nocivo para la salud. Durante el cambio, la autoeficacia aumenta mientras los niveles de tentación disminuyen.

Tentación

Refleja la intensidad o urgencia experimentada por el individuo para realizar o practicar un comportamiento específico, particularmente en la presencia de factores o estímulos condicionantes o contextos emocionalmente complejos.⁷⁶⁻⁷⁸

2.6.2 Entrevista Motivacional

La Entrevista Motivacional es una estrategia que surge en la década de los 90 como una alternativa para el tratamiento de dependencia a sustancias adictivas. La EM fue descrita por primera vez por Rollnick y Miller y se presentan como un *“Estilo de asistencia directa, centrada en el cliente para provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a las personas a explorar y resolver ambivalencias.”*⁷⁹ Su introducción a la atención primaria siguió la pauta de un intervención sencilla que pudiera ser usada en consultas de tiempo limitado y que cuya capacitación no requiriera más de 15 horas. Además, debía usarse de

forma flexible, sensible y respetuosa para que él o la cliente pueda plantear el cambio de comportamiento de acuerdo con su grado de disposición al cambio. Una de las particularidades de la EM es la posibilidad de trabajar con la ambivalencia haciendo énfasis en la evitación de la persuasión.⁷⁹

La EM cuenta con un espíritu que es lo que la caracteriza para facilitar la interacción interpersonal. El espíritu de la EM no debe confundirse con las técnicas (Figura 3).

Figura 3. Puntos característicos del espíritu de la Entrevista Motivacional^{7,80}

El espíritu de la Entrevista Motivacional

- La motivación hacia el cambio parte del cliente.
- Es tarea del cliente articular su ambivalencia.
- La persuasión directa no es un método efectivo para resolver la ambivalencia.
- El estilo del asesor suele ser tranquilo y evocador.
- El asesor es la directriz que ayuda al cliente a examinar y resolver la ambivalencia.
- La disponibilidad al cambio no es un rasgo del cliente si no una fluctuación, producto de una interacción interpersonal.
- La relación con el terapeuta es de asociación o compañerismo.

Fuente: elaboración propia con información de Rollnick & Miller (2013).

El objetivo final de la EM es aumentar la motivación intrínseca para que así surja un cambio, más que imponerlo desde el exterior, entendiendo a la Motivación intrínseca como un proceso psicológico que da inicio y mantiene los cursos de acción hacia logro de metas.^{7,80}

Este modelo se fundamenta en cuatro principios:⁸¹

a) Expresar empatía

Implica una actitud de aceptación y respeto de la persona y su ambivalencia como un proceso normal. Utiliza la escucha activa y reflexiva para devolver al paciente los conceptos que ha intentado transmitir.

b) Desarrollar las discrepancias

La motivación al cambio ocurre cuando las personas perciben la discrepancia entre dónde están y dónde les gustaría estar. Se intenta aumentar el nivel de conflicto entre sus creencias y la conducta actual, esperando que sea el mismo paciente quien finalmente presente los argumentos para cambiar.

c) Fluir con la resistencia

Evitar enfrentarse a las declaraciones del cliente es el paso inicial. La actitud más adecuada es responder con empatía, no emitir juicios e intentar clarificar lo que quiere transmitir el paciente.

d) Apoyar la autoeficacia

Crear en la capacidad que tiene el paciente para cambiar y transmitírselo. Se debe fortalecer la idea de que es él quien decide comenzar un cambio y mantenerlo. La ambivalencia puede entenderse como una experiencia común y normal en la que existe un conflicto entre la indulgencia y la moderación, y cada opción tiene sus pros y sus contras. Es una etapa normal en el proceso del cambio que se caracteriza por la presencia simultánea de motivaciones

contradictorias: querer hacerlo y no hacerlo. La intensidad con la que las personas experimentan este conflicto varía mucho y parece aumentar a medida que la persona se acerca a la toma de decisiones. El objetivo de las EM es explorar este conflicto y alentar a los pacientes a expresar sus motivos de preocupación y los argumentos a favor del cambio. El rol del entrevistador es simplemente obtener este material, construyendo así la motivación de una manera más constructiva. El entrevistador no argumenta a favor del cambio o la moderación, sino que ayuda a los pacientes a hacer esto por sí mismos.⁷⁹

Así mismo, la EM tiene técnicas de apoyo con las que se lleva a cabo el proceso de intervención con las que el paciente siente que está en un entorno respetuoso, de aceptación y entendimiento, favoreciendo su avance y viéndose en la situación en la que se encuentra como un primer paso para el cambio:

1. Uso de preguntas abiertas: invitan a exponer una respuesta amplia, que no pueden ser contestadas solamente con una o dos palabras.
2. Escucha reflexiva: el terapeuta no se limita a escuchar, sino que devuelve lo que el paciente responde haciendo una función de espejo. Este ejercicio activo refleja lo que se busca enfatizar de lo comentado por la persona para que se escuche a sí mismo.
3. Reestructuración positiva: busca acentuar los elementos positivos expresados por el paciente, recompensando las afirmaciones de preocupación para animarlo a que exprese cada vez más motivos para cambiar.

4. Resumen: con esto se hace un refuerzo de lo expresado durante la intervención mostrando que se ha escuchado con atención y para poner en evidencia esencialmente la ambivalencia del paciente.
5. Favorecer frases de automotivación: con las que el paciente sea quién exprese los argumentos para cambiar, para ello, el guía puede apoyarse con el uso de escalas para facilitar la expresión de estos argumentos. Por ejemplo: En una escala del 1 al 10.

Disposición al cambio

Este concepto generalmente se entiende como el proceso lineal y continuo. En el extremo izquierdo se encontrarían los pacientes que no están en absoluto preparados para considerar el cambio, mientras que en el extremo de la derecha están aquellos en los procesos de toma de decisiones y cambio de comportamiento real, sin embargo, los que se encuentran en medio están en un estado de ambivalencia sobre su comportamiento.⁷⁹

A este respecto, es necesario hacer algunas precisiones en atención primaria en función del Modelo Transteórico:⁷⁷ primero, que las personas pueden retroceder y avanzar a lo largo de este proceso dinámico, de forma que ayudarlos a progresar (incluso si no llegan a la toma de decisiones o al cambio de comportamiento), ya puede considerarse como un resultado aceptable de una consulta.

Sin embargo, se debe ser cuidadoso pues si el terapeuta habla con un paciente como si estuviera más avanzado en la disposición de lo que realmente está, puede generarse resistencia como resultado probable de la intervención.⁸²

3. Antecedentes

Aunque se ha demostrado la eficacia de la EM en la consecución de ciertos cambios de comportamientos en el área de la salud, los estudios sobre el impacto de la EM en la salud oral de los niños han sido principalmente reportados sobre intervenciones en padres de menores en etapa escolar y preescolar. Solo uno ha sido implementado en embarazadas.

En lo referente a la CIT, en el estudio realizado por Harrison et. al. (2007) se evaluó el efecto de la EM en comparación con la ET en la prevención de la CTI con madres de bebés de 6 a 18 meses en Canadá. Se identificó el efecto protector de la EM (OR=0.54, IC 95% 0.15-0.84). Se reportó una tasa de CPOD 46% menor en el grupo experimental dos años después de la intervención. Además, los índices de CPOD fueron más altos en niños cuyas madres compartían los alimentos, personas que vivían en zonas rurales y con ingresos familiares altos ($p < 0.05$).⁸³

En otro estudio realizado en Idaho con madres inscritas en un Programa de Mujeres, Bebés y Niños se verificó el impacto de EM en las conductas maternas de riesgo para desarrollar CTI. Se trató de una prueba piloto realizada por Freudenthal en 2008, en este se compararon las medidas basales con la evaluación cuatro semanas después de una sesión de EM. Se encontraron impactos favorables en la cantidad de veces que se cepillaron los dientes de los niños ($p < 0.001$) y al compartir utensilios de comida ($p = 0.035$).⁸⁴

Colvara et. al. (2018) compararon el efecto de la EM en comparación con ET en la prevención de la CTI en un seguimiento de tres años. Participaron mujeres y sus hijos que tuvieron al menos una visita dental durante su primer año. En este estudio se reportó que

la EM fue efectiva en la reducción de superficies con CTI en comparación con el efecto de la ET.⁸⁵

Jamienson et. al. brindaron a un grupo de embarazadas atención dental, aplicaron de barniz de flúor en los dientes de sus hijos y sesiones de entrevista motivacional en conjunto con orientación anticipatoria en cuatro momentos (embarazo, 6, 12 y 18 meses del bebé), durante 2011-2012. En un seguimiento a tres años, los niños del grupo que recibió la intervención durante el embarazo o la primera infancia tenían menos caries dentales no tratadas, además, el incremento de caries fue menor entre las edades de 2 y 3 años, lo que indica que el mejor momento para implementar la intervención es la infancia más temprana.^{86,87}

Faustino-Silva et. al. identificaron un efecto preventivo contra la caries en niños de familias de bajos ingresos durante 2019 en un grupo de 228 madres de niños nacidos entre 2013 y 2014. Entre los principales hallazgos se reportó una tasa de caries por 100 superficies-año de 1.29 (IC 95%: 0,92-1,80) en un grupo intervenido con educación convencional (n=186) y 0.46 (IC 95%: 0,29-0,73) en el grupo intervenido con EM. Identificaron mayor efecto estadísticamente significativo de EM en niños de menores ingresos, previniendo 57% de las lesiones cariosas y la reducción de la aparición de la enfermedad en más de una superficie.⁸⁸

Blue et. al. (2020) realizaron en Minnessota un estudio piloto para identificar el impacto de cuatro sesiones de intervención con EM en el autocuidado de los cuidadores de bebé y en

los comportamientos relacionados con el riesgo de CTI en comparación con ET. Las intervenciones con EM tuvieron poco efecto en los comportamientos de autocuidado oral y en los comportamientos parentales relacionados con el riesgo de CTI.⁸⁹

En cuanto a la asistencia dental, Riedy et. al. (2015) probaron el impacto de una intervención con EM contra una basada en ET en el aumento de la asistencia dental en madres y sus hijos. Realizaron un ensayo aleatorizado cuyos resultados mostraron un promedio de asistencia materna del 92% en el grupo de EM, mientras que el grupo tratado con ET fue de 94%. La asistencia de los niños fue del 54% en el grupo EM y en el grupo ET fue de 52%. La intervención con EM no generó mayor asistencia en comparación con la ET.⁹⁰

Finalmente, Saffari et. al. realizaron un estudio durante 2020 para examinar la efectividad de la EM para mejorar la autoeficacia y la salud oral entre mujeres embarazadas de Irán. Las mujeres en el grupo de intervención recibieron un programa de educación sobre salud oral utilizando MI durante dos sesiones presenciales, junto con ET. El grupo de control recibió dos conferencias de 1 hora sobre cambios y necesidades de salud oral durante el embarazo. Se evaluaron comportamientos de salud oral, la autoeficacia en salud oral y la autoeficacia general, así como salud gingival y dental en un seguimiento de 3 meses. Las puntuaciones para la autoeficacia general y específica y las conductas saludables aumentaron en el grupo de intervención, mientras que no hubo cambios significativos dentro de los controles desde el inicio hasta el seguimiento. Las puntuaciones en el índice de inflamación gingival disminuyeron, al igual que el número de dientes cariados en el grupo de intervención en relación con el grupo de control. El número de dientes obturados

aumentó significativamente en el grupo de intervención. Con ello determinaron que las intervenciones de educación para la salud que utilizan técnicas de EM pueden ayudar a mejorar la autoeficacia y los comportamientos relacionados con la salud oral entre las mujeres embarazadas.⁹¹

4. Planteamiento del problema y pregunta de investigación

El embarazo es un período en el que la mujer presenta una serie de cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos que permiten el desarrollo del feto, cualquier descuido durante esta etapa, se puede traducir en nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, incremento en la mortalidad infantil y desarrollo deficiente de los niños.²⁰

En el niño, existe un periodo crítico comprendido desde la concepción hasta los dos años, conocido como los primeros mil días de vida³⁶ y es importante no solamente porque se da el desarrollo intrauterino de las estructuras orofaciales, presentándose por ejemplo, en los dientes alteraciones que predisponen al proceso carioso, sino porque además puede predisponer al niño a enfermedades crónicas futuras derivadas de los hábitos parentales relacionados con sus conocimientos, actitudes y prácticas.

La relación entre las condiciones orales del binomio madre-hijo sobrepasa el periodo de gestación, la caries sin tratamiento y un nivel elevado de *Streptococcus mutans*, aumentan la probabilidad de aparición de CTI, existiendo evidencia sobre la reducción de la transmisión vertical bacteriana de madres a hijos a través de la implementación de intervenciones clínicas y educativas durante el periodo gestacional.⁵

Dentro de las condiciones ambientales y de acceso a los servicios de salud, debido a diversos factores como la falta de necesidad percibida, las creencias y a las circunstancias económicas; la utilización de servicios odontológicos no es frecuente entre las embarazadas, reflejando un limitado acceso a la información preventiva y afectando la salud de la gestante y la del recién nacido.¹³

Además, cabe mencionar que las prácticas de autocuidado, conocimientos, creencias y actitudes respecto a la salud oral que estarán presentes a lo largo de la infancia, adolescencia y adultez del niño, serán transmitidas en forma inicial por sus padres.²⁹

Así, el embarazo es considerado una etapa ideal para la prevención primaria de enfermedades orales del niño, pues existe motivación en las mujeres para mejorar su salud y adoptar comportamientos saludables para su hijo. De ahí la importancia de realizar diseños de intervenciones en la etapa prenatal llevada a cabo por personas que hayan tenido entrenamiento especializado en la etapa gestacional y en la implementación de intervenciones de educación para la salud. La suma de los factores mencionados enmarca la importancia de realizar intervenciones en la gestación que mejoren los conocimientos, el comportamiento y las prácticas de las mujeres embarazadas.

De acuerdo con lo anterior surge la siguiente **pregunta de investigación**:

¿Existe diferencia entre el impacto de una intervención educativa basada en EM y una basada en Educación Tradicional (ET) sobre conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado de la salud oral del binomio materno-infantil implementadas durante el embarazo y evaluadas tres meses después del parto?

5. Justificación

Este trabajo aportará información relevante para la futura implementación de estrategias de educación para la salud oral basada en estrategias innovadoras como es el caso de EM conformando un referente para la replicación del estudio. También, permitirá la identificación de aquellos comportamientos, actitudes y conocimientos maternos erróneos o inadecuados relacionados con el cuidado oral antes, durante y después del embarazo con la oportunidad de ser mejoradas después de la intervención.

Aunado a esto, se podrán establecer vínculos de colaboración entre instituciones públicas de salud (Jurisdicción sanitaria 7) e instituciones educativas (ENES León) con la finalidad de mejorar las condiciones de salud oral de madres guanajuatenses y su familia.

Por otro lado, con este trabajo se presentará la oportunidad de trabajar de forma en conjunto con otras instituciones educativas de Latinoamérica formando vínculos que favorezcan la difusión y el alcance hacia un mayor número de gestantes. Así mismo, con la información recabada, podrá obtenerse evidencia que enriquezca los planes de estudio de licenciatura, enfocándose en la difusión del conocimiento existente relacionado con la odontología en la etapa del embarazo, coadyuvando en el mejoramiento de la formación académica de los estudiantes de odontología con el soporte de la Entrevista Motivacional.

6. Objetivo general

Comparar el impacto de una intervención educativa basada en Entrevista Motivacional, con una basada en Educación Tradicional sobre conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado de la salud oral del binomio materno-infantil implementadas durante el embarazo y evaluadas tres meses después del parto.

6.1. Objetivos específicos

- Determinar las características sociodemográficas y de uso de servicios de salud oral de embarazadas pertenecientes a un grupo experimental y uno control durante el sexto mes gestación.
- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado oral del binomio materno-infantil en embarazadas que cursan el sexto mes de embarazo.
- Determinar los conocimientos, actitudes y comportamientos de cuidado oral del binomio materno-infantil después de una intervención educativa a los 3 meses después del parto.
- Comparar los conocimientos, actitudes y comportamientos de cuidado oral del binomio materno-infantil antes y después de una intervención educativa a los 3 meses después del parto.

- Comparar los conocimientos, actitudes y comportamientos de cuidado oral del binomio materno-infantil entre un grupo experimental y uno control a los 3 meses después del parto.
- Determinar la higiene oral de embarazadas que cursan el sexto mes de embarazo.
- Determinar la higiene oral de embarazadas después de una intervención educativa a los 3 meses de vida del bebé.
- Comparar la higiene oral en las embarazadas antes y después de una intervención educativa a los 3 meses de vida del bebé.
- Comparar la higiene oral en las madres pertenecientes a un grupo experimental y uno control a los 3 meses de vida del bebé.

7. Hipótesis

H1: Las embarazadas que reciben una intervención educativa basada en EM presentan mejores conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado oral a los tres meses de vida del bebé en comparación con aquellas que reciben una intervención educativa tradicional (ET).

H2: Las embarazadas que reciben una intervención educativa basada en EM presentan mejores conocimientos, actitudes y prácticas hacia el cuidado de la salud oral de sus bebés, tres meses después del parto comparado con aquellas que reciben una intervención con ET.

H3: El porcentaje promedio de mejora en el estado de higiene de embarazadas que reciben una intervención educativa basada en EM supera en más del 20% al porcentaje de aquellas que reciben una intervención con ET, evaluado tres meses después del parto.

8. Materiales y método

8.1. Tipo de estudio

Cuasiexperimental

8.2. Población de estudio

Gestantes en el sexto mes de embarazo que asistieron al Centro de Atención Integral de Servicios Esenciales en salud (CAISES) León, Guanajuato.

8.3 Selección y tamaño de muestra

Calculado a partir de la fórmula de Fleiss para identificar diferencia de proporciones⁹²

Tamaño de la muestra (n_0)= 49

Porcentaje de confianza (Z_α) = 95% (1.645)

Confianza ($1-\alpha$)= 0.95

Error tipo I (α)= 0.05

Poder= 80%

Poder ($1-\beta$) = 0.8

Error tipo II (β)= 0.2

Z_β = 0.8416

Proporción de éxito en el grupo control ET (P_C)= 0.6

Proporción de éxito en el grupo experimental EM (P_E)= 0.8

Tasa de no respuesta= 35%

$$n_0 = \frac{\left[Z_\alpha \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_\beta \sqrt{P_E(1-P_E) + P_C(1-P_C)} \right]^2}{(P_E - P_C)^2}$$

67 participantes para cada grupo

8.4. Criterios de selección

8.4.1 Inclusión

- Mujeres entre 18 y 45 años de edad que se encuentren en el sexto mes del embarazo y firmen consentimiento informado.

8.4.2 Exclusión

Mujeres que:

- Presenten alguna discapacidad y/o una o más enfermedades sistémicas
- Cursen embarazo de alto riesgo
- Con formación odontológica
- Tengan planes de cambio de residencia en los próximos 24 meses a partir de iniciado el proyecto
- No deseen participar
- Hayan recibido información en prenatal odontológico
- Hayan presentado reacciones alérgicas previas a colorantes comestibles como la eritrosina (Rojo 3)

8.4.3 Eliminación

- No culminen el seguimiento
- Sufran óbito o muerte fetal durante el periodo de seguimiento
- Mujeres con embarazo pretérmino
- Mujeres cuyo hijo padezca alguna malformación congénita

8.5 Variables

Tabla 3. Operacionalización de las co-variables.

Co-Variante	Tipo	Definición operacional	Forma de registro
Edad de la madre	Cuantitativa discreta	Número de años cumplidos por la madre al momento de la entrevista. A través de la pregunta ¿qué edad tienes?	Registro: años
Estado civil	Cualitativa Nominal	Vínculo personal que tenga el participante con otra persona de diferente sexo o del mismo. A través de la pregunta ¿Cuál es tu estado civil?	Registro: Soltera/Unión libre/Casada/ Divorciada/ Viuda
Ocupación	Cualitativa nominal	Actividad remunerada o no que desempeña la madre. A través de la pregunta ¿Cuál es tu ocupación?	Registro: Ama de casa/Empleada/Profesionista /Estudiante/Oficio/Otro
Grado máximo de estudios	Cualitativa ordinal	Nivel de estudios máximo alcanzado por la madre. A través de la pregunta ¿Cuál es tu grado máximo de estudios?	Registro: Sin estudios/Primaria incompleta/Primaria completa/Secundaria/Preparatoria/Universidad/Posgrado
Ingreso familiar mensual	Cuantitativa continua	Ingreso monetario recibido por la familia durante un mes. A través de la pregunta ¿Cuál es el ingreso económico familiar mensual aproximado de tu hogar?	Registro: abierto en MXN
Número de hijos	Cuantitativa discreta	Cantidad de hijos propios reportada por la entrevistada. A través de la pregunta ¿Cuántos hijos tienes?	Registro: número de hijos
Autoeficacia Materna relacionada con la salud oral del bebé (AM)	Cuantitativa discreta	Capacidad de mantener los tejidos orales del bebé en buenas condiciones. Evaluado a través del cuestionario AMSOB (Autoeficacia Materna relacionada con la salud oral del bebé) compuesto de diez reactivos con escala tipo Likert. El puntaje mínimo del instrumento es de 0 y el máximo de 40, de forma que, a mayor puntaje, mayor AM (Alfa de Cronbach=0.93).(Anexo 1)	Registro: Totalmente en desacuerdo/En desacuerdo/Neutral/De acuerdo/Totalmente de acuerdo.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Operacionalización de las variables de servicios dentales.

Co-variable	Tipo	Definición operacional	Forma de registro
Uso de servicios dentales	Cualitativa nominal	Uso de cualquier tipo de servicio dental ya sea público o privado durante el embarazo. A través de la pregunta ¿Has recibido atención dental pública o privada durante el embarazo?	Registro: Sí/No
Información prenatal odontológico	Cualitativa nominal	Recepción de información respecto al autocuidado oral materno y del bebé en prenatal odontológico. A través de la pregunta ¿Has recibido información médica o dental respecto al cuidado oral durante el embarazo en un curso prenatal odontológico?	Registro: Sí/No

Fuente: elaboración propia.

Variable independiente

Intervención

Es una serie de pasos ordenados, planificados y dirigidos al cambio de los conocimientos, comportamientos y actitudes en salud oral de las mujeres embarazadas y de sus bebés, se realizaron dos tipos de intervención; uno para el grupo experimental y otro para el grupo control, sin embargo cabe mencionar que ambos tipos de intervención contemplaron el contenido temático de la figura 4.

Figura 4. Contenido temático de las sesiones relacionadas al cuidado materno y sesiones relacionadas al cuidado del recién nacido y del manual educativo.



Fuente: elaboración propia.

Grupo control-Educación tradicional

En esta intervención se realizó la transmisión de información con intención preceptiva a través de actividades educativas. Se brindó un manual (Anexo 2) y se otorgó una sesión teórico-práctica de 15 minutos en grupos de 10-15 personas con información general sobre enfermedades orales, haciendo énfasis en higiene oral materno-infantil, además, se otorgaron tipodontos infantiles y materiales adecuados para practicar las técnicas de higiene oral en niños de seis meses a tres años. Al finalizar se solicitó el número telefónico y se notificó que en dos semanas recibirían una llamada de refuerzo para resolver dudas y atender comentarios.

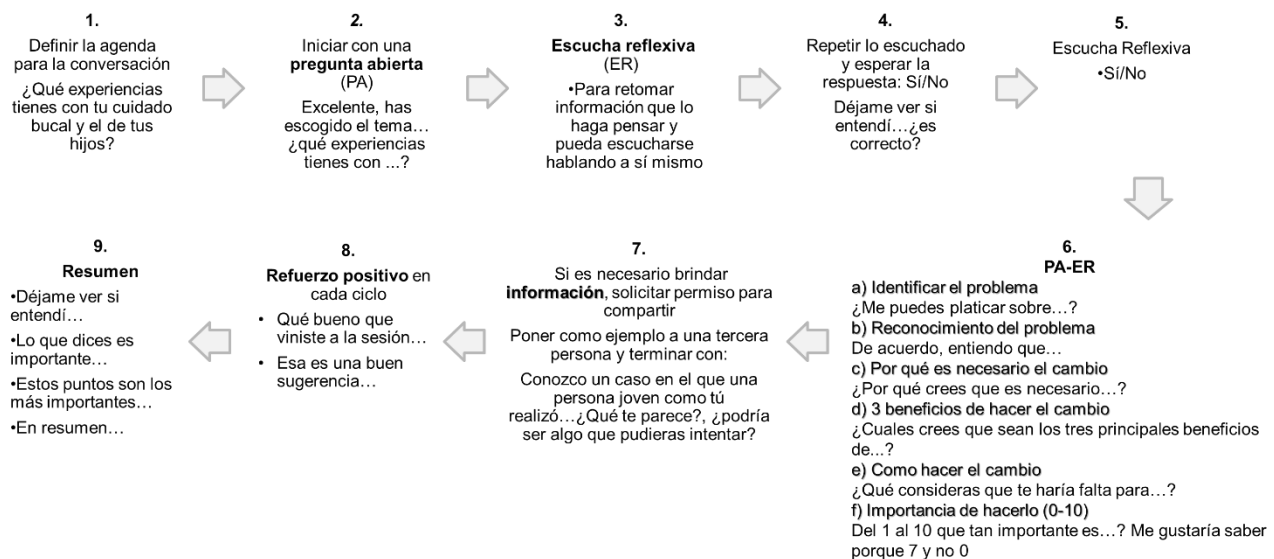
Grupo experimental-Entrevista motivacional

Para el grupo de EM se proporcionó el mismo manual e información para la sesión práctica. Adicionalmente, un mes posterior a la primera sesión, se llevó a cabo la sesión experimental siguiendo los principios de EM en grupos de 3 a 5 personas durante 20 minutos. Esta sesión se basó en los principios de EM que implican la expresión de la empatía, desarrollo de discrepancias, el fluir con la resistencia y el apoyo de la autoeficacia.⁷ Una educadora previamente capacitada en EM y odontología infantil dirigió las sesiones educativas. Se estableció la agenda enfocando la conversación hacia los problemas de higiene identificados en ellas mismas y los problemas que pudieran tener con la higiene del bebé. Se identificaron los obstáculos percibidos, se realizó escucha reflexiva y se devolvió a la participante con sus palabras, esperando su confirmación positiva para continuar. En los

casos en los que se identificó alguna falta de información, se solicitó permiso para brindar consejos usando casos hipotéticos en tercera persona (Figura 5).

Finalmente, se realizó un refuerzo positivo y un resumen de lo tratado en la sesión. Además, se solicitó el número telefónico mencionando que en dos semanas recibirían una llamada de refuerzo, la cual al igual que en el grupo control se utilizó también como un mecanismo para garantizar la adherencia de las participantes.

Figura 5. Proceso de la Entrevista Motivacional



Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Operacionalización de las variables dependientes: conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cuidado oral materno-infantil

<i>Variables dependientes</i>	<i>Tipo</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Bebé (CAPSOB)*</i>	<i>Mamá (CAPSOM)†</i>
Escala dicotómica (0=no, 1=sí)				
Conocimientos	Cuantitativa discreta	Esquemas conceptuales y posturas de pensamiento respecto a las actividades de cuidado de la salud oral de la mamá hacia sí misma y hacia sus bebé. ¹⁶ La información se obtuvo a través de las preguntas 1-6 contenidas en el instrumento CAPSOB (Anexo 3) Y 1-4 del instrumento CAPSOM (Anexo 4)	6 preguntas	4 preguntas
Escala Likert de 0 a 4 puntos (0=totalmente en desacuerdo a 4= Totalmente de acuerdo)				
Actitudes	Cuantitativa discreta	Predisposición, favorable o desfavorable, para realizar alguna acción ya sea de manera individual (relacionada a características personales) o colectiva (incide en el comportamiento de un grupo social) relacionada con la salud oral materno-infantil. ¹⁷ La información se obtuvo a través de las preguntas 7-11 contenidas en el instrumento CAPSOB (Anexo 3) Y 5-6 del instrumento CAPSOM (Anexo 4)	5 preguntas	2 preguntas
Prácticas	Cuantitativa discreta	Patrones de comportamiento abiertos, acciones y hábitos relacionados con la mejora de la salud oral materno-infantil. ¹⁸ La información se obtuvo a través de las preguntas 12-15 contenidas en el instrumento CAPSOB (Anexo 3) Y 7-10 del instrumento CAPSOM (Anexo 4)	4 preguntas	4 preguntas
			15 preguntas	10 preguntas
		A mayor puntaje, mejores CAP	Escala 0-42	Escala 0-28

*CAPSOB= Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Salud Oral del Bebé (Alfa de Cronbach=0.82)

†CAPSOM= Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Salud Oral Materno (Alfa de Cronbach=0.79)⁹³

Fuente: elaboración propia.

8.6 Métodos de recolección de la información

Fase de planificación

La fase de planificación fue la primera en llevarse a cabo. Consistió en los ocho procesos mostrados a continuación:

- *Solicitud de aprobaciones*

Se presentó el protocolo de trabajo ante la Dirección del CAISES León, Gto. Se solicitó y se obtuvo la autorización para la realización del proyecto dentro de las instalaciones en el aula didáctica del centro. Se redactó el consentimiento informado con base en las sugerencias del portal del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (Anexo 5).⁹⁴ El protocolo de investigación fue aprobado por la Comisión de Ética en Investigación de la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, UNAM (CEI.18_013_S1) (Anexo 6).

- *Creación y validación de los instrumentos*

Debido a que no existían instrumentos para evaluar conocimientos, actitudes y comportamientos sobre autocuidado oral materno y del recién nacido y/o los existentes aunque se presentaban como referidos a estos constructos se enfocaban a la salud oral de niños mayores de 5 años, se crearon dos cuestionarios: el primero elaborado para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado oral materno (CAPSOM) (Anexo 4) y el segundo para evaluar conocimientos, actitudes, prácticas de cuidado oral del bebé (Anexo 3). El proceso seguido para la conformación y evaluación psicométrica de ambos instrumentos se encuentra descrito en la publicación contenida en el Anexo 7.

- *Estandarización para Entrevista Motivacional*

Se llevó a cabo la estandarización para la Entrevista Motivacional en la Universidad CES, Medellín, Colombia del 24 de noviembre al 2 de diciembre 2018. La capacitación fue otorgada por el Dr. Daniel Demetrio Faustino Silva del Grupo Hospitalar de la Concepción de Porto Alegre, Brasil, experto en el trabajo con EM y en odontopediatría (Anexo 8). Se tuvieron sesiones teóricas de introducción y capacitación con ejercicios prácticos con seguimiento y retroalimentación. El seguimiento de las pruebas piloto se llevó a cabo a través de sesiones a distancia.

- *Conformación del equipo de trabajo*

Se conformó el equipo de trabajo con tres parejas examinadores para la recolección de índices clínicos, una educadora para realizar las intervenciones (EM-ET) y una encargada de la realización del reclutamiento y el manejo de los cuestionarios.

- *Diseño de la Intervención.*

Se realizó el diseño de la intervención utilizando el método PRECEDE-PROCEDE (Anexo 9). Se obtuvo información sobre tratamientos dentales, pláticas informativas y los procedimientos que se llevan a cabo como parte de la atención a embarazadas a través de un acercamiento inicial con la población de estudio, la trabajadora social, el odontólogo y la nutrióloga del CAISES. Además, se consultó la literatura existente para poder identificar el contexto y elaborar los diagnósticos: social, epidemiológico, conductual y ambiental, educativo y ecológico, administrativo y político. Para finalizar se desarrollaron dos cartas

descriptivas con las actividades llevadas a cabo tanto para el grupo experimental como control (Anexo 10 y 11).

- *Elaboración de materiales educativos.*

Se elaboró un manual educativo y la presentación de las sesiones educativas. El contenido temático de ambos fue el resultado de una revisión bibliográfica retomando las recomendaciones de manuales de cuidado materno-infantil^{9,10,26,33,44} y de la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015⁹⁵ La verificación de la pertinencia de los materiales se realizó en la prueba piloto de la intervención.

- *Estandarización de índices clínicos*

Para la recolección de índices clínicos (O'Leary)⁹⁶ se realizó una sesión teórica en la que se explicaron los fundamentos y procedimientos necesarios para obtener el índice. Se elaboró una minuta con los acuerdos obtenidos durante la reunión y se entregó en formato digital a cada evaluador (Anexo 12). Tres evaluadores recolectaron datos de tres pacientes, los registros se contrastaron con los emitidos por un especialista en periodoncia. El porcentaje de acuerdos se evaluó con el índice Kappa y se tomaron los siguientes criterios para su interpretación.⁹⁷

Tabla 6. Valores del índice de Kappa

Índice de Kappa	
< 0.00	Inexistente
0.00 – 0.20	Mínima
0.21 – 0.40	Baja
0.41 – 0.60	Moderada
0.61 – 0.80	Aceptable
0.81 – 0.99	Muy aceptable

Fuente: Elaboración propia con información de Landis & Koch (1977)

- **Prueba piloto**

Se realizó en un grupo de 24 embarazadas del CAISES León. Se verificó durante la administración del cuestionario el tiempo y si existían dificultades para su llenado. En la recolección de índices clínicos, se evaluaron aspectos como la iluminación, la comodidad del lugar para establecer a las participantes, el uso del instrumental y que la solución reveladora no provocara náuseas o malestares.

Para las sesiones teórico-prácticas y el material impreso se verificaron aspectos como el tiempo, pertinencia, implementación, atractivo y lecturabilidad, es decir *“la posibilidad de que los términos empleados en un texto y su estructura sintáctica interesen comprensivamente a los lectores”*^{98,99} esta última como evaluación de la conformación técnica del texto del manual de acuerdo los valores propuestos por Fernández-Huerta (1959):

Tabla 7. Valores del nivel de lecturabilidad.

L	Nivel	Grado escolar
90-100	Muy fácil	4° primaria
80-90	Fácil	5° primaria
70-80	Moderadamente fácil	6° primaria
60-70	Normal	Secundaria
50-60	Moderadamente difícil	Preuniversitarios
30-50	Difícil	Cursos selectivos
0-30	Muy difícil	Universitario (especialización)

Fuente: Elaboración propia con información de Fernández (1959).⁹⁸

Se revisó la técnica de la estrategia de EM, el desarrollo y la duración de las sesiones grupales. Finalmente, se pidió la valoración del contenido y satisfacción de la implementación del programa en su totalidad como parte de la evaluación de proceso del método PROCEDE-PRECEDE para lo cual se desarrollaron dos encuestas breves (Anexo 13).

Fase de diagnóstico

Una vez obtenidos los permisos y antes de iniciar las sesiones del “club de embarazadas” del CAISES León, se tuvo una plática informativa explicando los objetivos y procesos del programa. Al finalizar, una integrante del equipo hizo el reclutamiento solicitando la firma del consentimiento informado a las gestantes que cumplían con los criterios de inclusión. Ese mismo día, se recolectaron información sociodemográfica y datos basales de conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado oral. Posteriormente, los examinadores estandarizados realizaron la evaluación de higiene oral; para lo que se utilizó instrumental estéril, siguiendo las indicaciones de la OMS.¹⁰⁰

Aleatorización de los participantes

Para llevar a cabo el estudio y para evitar la contaminación a nivel individual, se contemplaron diez grupos elegibles, cada uno integrado por 20 a 23 embarazadas en el sexto mes de gestación. Se llevó a cabo la aleatorización simple por cluster, asignándole a cada uno un número, y seleccionando cinco grupos que conformaron los controles y cinco que conformaron los experimentales.

Fase de intervención

Se otorgó la intervención ET en cinco grupos experimentales y en los cinco controles. Posteriormente, a través de la trabajadora social del centro de salud se citó a las embarazadas de los cinco grupos experimentales a la sesión para la intervención con EM un mes después. Por lo tanto, se trabajaron cinco grupos con ET y cinco grupos con ET + EM.

Seguimiento y evaluación

A ambos grupos, se les contactó vía telefónica para programar una revisión a los 3 meses posteriores al parto en la que se recolectó información sobre conocimientos, actitudes y prácticas en el binomio materno-infantil. Debido a la pandemia, la recolección de datos de seguimiento sobre la condición de higiene oral no pudieron ser recolectados.

8.7 Método de registro y análisis de los datos

Se creó una base de datos en Excel. Los datos fueron analizados con los programas *Stata* versión 13 (StataCorp LLC) y *The Statistical Package for Social Sciences* versión 21 (IBM SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

8.8 Análisis estadístico

Una vez verificada la normalidad de la distribución de los datos, se calcularon frecuencias y porcentajes para variables categóricas, así como medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas. Se compararon las características sociodemográficas y las variables resultado de los grupos experimental y control a nivel basal a través de una prueba bivariada de Chi cuadrada de Pearson (o en su defecto, Corrección de Fisher). Además, se utilizó una prueba de Wilcoxon para verificar las diferencias antes-después de la intervención sobre los indicadores incluidos dentro de cada grupo, mientras que la evaluación del efecto de la intervención entre grupos fue calculada con una prueba no paramétrica de Mann Whitney. También se realizaron dos Modelos de Regresión lineal múltiple robusta tomando como variables dependientes el puntaje total de CAPSOB y CAPSOM en el que se incluyeron las variables que mostraron un valor de significancia <0.20 en el análisis bivariado.

8.9 Consideraciones éticas

Se siguieron todos los lineamientos éticos dispuestos en la Ley General de Salud en Materia de Investigación,¹⁰¹ que de acuerdo con su artículo 17 considera este proyecto como investigación con riesgo mínimo. Además, se cumplieron con todas las consideraciones

contenidas en el capítulo IV de la investigación en mujeres en edad fértil, embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia y recién nacidos; de la utilización de embriones, óbitos y fetos y de la fertilización asistida, por lo que se solicitó y obtuvo la firma del consentimiento válidamente informado.

Se garantizó la confidencialidad y privacidad en el manejo de los datos, además de que prevalecieron las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles, y se garantizaron aquellos métodos aleatorios que permitieron una asignación imparcial de los participantes en cada grupo, tomando las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a las participantes de la investigación.

Se obtuvo la aprobación de la Comisión de Ética en Investigación de la ENES Unidad León, UNAM (CEI.18_013_S1), además de la autorización de la Dirección y del área de Trabajo Social del Centro de Atención Integral de Servicios Esenciales en salud (CAISES) León, Guanajuato.

8.10 Recursos

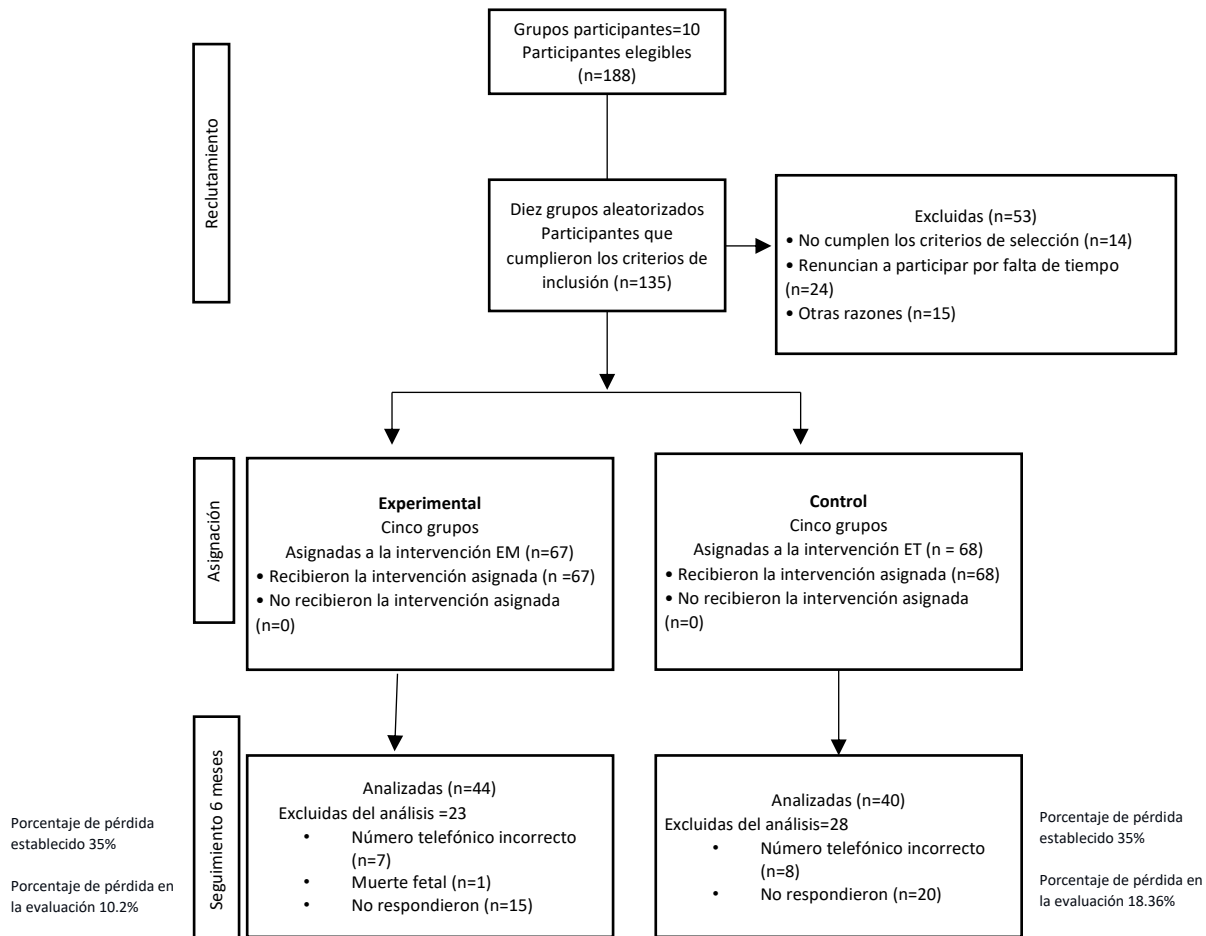
Humanos	Materiales
<ul style="list-style-type: none"> • Examinadores estandarizados para realizar inspecciones clínicas y para la realización de las encuestas. • <i>Educadora capacitada</i> para la implementación de la Entrevista Motivacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Material de papelería (bolígrafos, tablas, copias, lápices, gomas, sacapuntas) • Software estadístico (IBM SPSS 21 y Stata 13) • Material estéril (espejo oral, sondas OMS) • Material para esterilizar (jabón quirúrgico, cepillo, bolsas para esterilizar) • Barreras de protección (lentes de protección, guantes, cubrebocas, gorros y batas desechables) • Material de limpieza (toallas, spray y gel desinfectantes) • Lámparas • Solución reveladora de biopelícula TRACE© • Tipodontos edéntulos y dentición infantil • Cepillos y pastas infantiles • Gasas • Muñeco didáctico • Proyector • Computadora • Presentación en Microsoft PowerPoint® • Teléfono celular • Manuales impresos diseñados exprofeso

Fuente: elaboración propia.

9. Resultados

Los cinco grupos que fueron asignados a la intervención convencional (grupo control) estuvieron conformados por 68 mujeres, mientras que los cinco grupos a los cuales además se les aplicó la intervención basada en EM (grupo experimental) se conformó por 67 dando un total de 135 gestantes incluidas al inicio del estudio; de estas se logró el seguimiento de 84 (62.2 %) seis meses posteriores a la intervención y no se presentaron eventos adversos. El porcentaje de pérdida en el grupo experimental fue de 10.20 % y 18.36 % del grupo control. Entre las principales razones para la pérdida de participantes se encontró que del total, 68.62 % no contestaron a las llamadas telefónicas después de cuatro intentos, 29.41 % dieron números telefónicos equivocados a la investigadora y 1.96 % sufrieron muerte fetal (Figura 6). Aunque cabe mencionar que el tiempo de seguimiento estaba contemplado para los meses en que inició la pandemia.

Figura 6. Diagrama CONSORT de la asignación de participantes de las embarazadas del CAISES León, GTO., durante 2019-2020.



Fuente: elaboración propia.

9.1 Características sociodemográficas en el grupo de embarazadas que participó y abandonó el estudio

El conjunto de mujeres que completaron el estudio estuvo conformado por 84 participantes, mientras que el grupo que abandonó el proyecto se conformó por 51. En el análisis comparativo entre las características sociodemográficas evaluadas en las mujeres

que completaron y las que abandonaron el estudio no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$).

Tabla 8. Características sociodemográficas y de uso de servicios dentales de las embarazadas que completaron y abandonaron el estudio. León, Guanajuato, México, 2019-2020.

Variable	Completaron (n=84)		Abandonaron (n=51)		Total		p*
	n	%	n	%	n	%	
Escolaridad							
Primaria	20	23.8	8	15.7	28	20.7	0.80
Secundaria	40	47.6	28	54.9	68	50.4	
Preparatoria y más	22	26.2	15	29.4	37	27.4	
Perdidos	2	2.4	0	0	2	1.5	
Total	84	100	51	100	135	100	
Ocupación							
Ama de casa	60	71.4	32	62.7	92	68.1	0.57
Profesionista	10	12.0	7	13.8	17	12.6	
Empleada	14	16.6	12	23.5	26	19.3	
Total	84	100	51	100	135	100	
Estado civil							
Sin pareja	21	25.0	9	17.6	30	22.2	0.36
Unión libre	43	51.2	33	64.7	76	56.3	
Casada	20	23.8	9	17.6	29	21.5	
Total	84	100	51	100	135	100	
Primer embarazo							
Sí	45	53.6	24	47.1	72	53.3	0.94
No	39	46.4	27	52.9	63	46.7	
Total	84	100	51	100	135	100	
Atención dental							
Sí	43	51.2	24	47.1	67	49.6	0.64
No	41	48.8	27	52.9	68	50.4	
Total	84	100	51	100	135	100	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Mann Whitney (p)
Edad	24	5	25	6	24	6	0.06
Número de hijos	2	1	2	1	2	1	0.91
Ingreso	4883	2896	5029	3435	4904	3087	0.62

Fuente: elaboración propia.

9.2 Resultados basales sobre las características sociodemográficas de los grupos control y experimental.

En la medición basal se obtuvieron datos de gestantes entre 18 y 41 años cuya media de edad fue 24.88 ± 6.00 años. La media en el ingreso reportado fue de $\$5210 \pm 2931$ pesos mexicanos en el grupo experimental y $\$4546 \pm 3255$ en el control y el promedio en el número de hijos fue de 2 ± 1 niños en ambos grupos. No se observó diferencia estadística significativa en la evaluación de estas variables por grupo control y experimental en las mediciones basales ($p > 0.05$).

Más de la mitad de las mujeres reportó dedicarse exclusivamente a las tareas del hogar y la mitad tuvo estudios a nivel secundaria, seguidos de estudios a nivel bachillerato. Cerca del 60 % cohabitan en unión libre y se encuentran en su primer embarazo. En la evaluación de las variables sociodemográficas se comprobó que no hubo diferencias significativas basales entre el grupo experimental y el grupo control ($p > 0.05$) (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución de características sociodemográficas basales de dos grupos de embarazadas del CAISES León, 2019-2020.

Característica	Grupo experimental (n=67)		Grupo control (n=68)		Total (n=135)		p*
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Escolaridad							
Primaria	12	18	16	24	28	21	0.41
Secundaria	38	57	30	44	68	50	
Preparatoria y más	17	25	20	22	37	27	
Perdidos	0	0	2	3	2	3	
Total	67	100	68	100	2	2	
Ocupación							
Ama de casa	47	70	45	66	92	69	0.29
Profesionista	3	5	8	12	11	8	
Empleada	17	25	15	22	32	23	
Total	67	100	68	100	135	100	
Estado civil							
Sin pareja	14	21	18	26	32	24	0.52
Unión libre	40	60	34	50	74	55	
Casada	13	19	16	24	29	21	
Total	67	100	68	100	135	100	
Primer embarazo							
Sí	31	46	41	60	72	53	0.10
No	36	54	27	40	63	47	
Total	67	100	68	100	135	100	
Atención dental							
Sí	36	54	31	46	67	49.6	0.39
No	31	46	37	54	68	50.4	
Total	67	100	68	100	135	100	

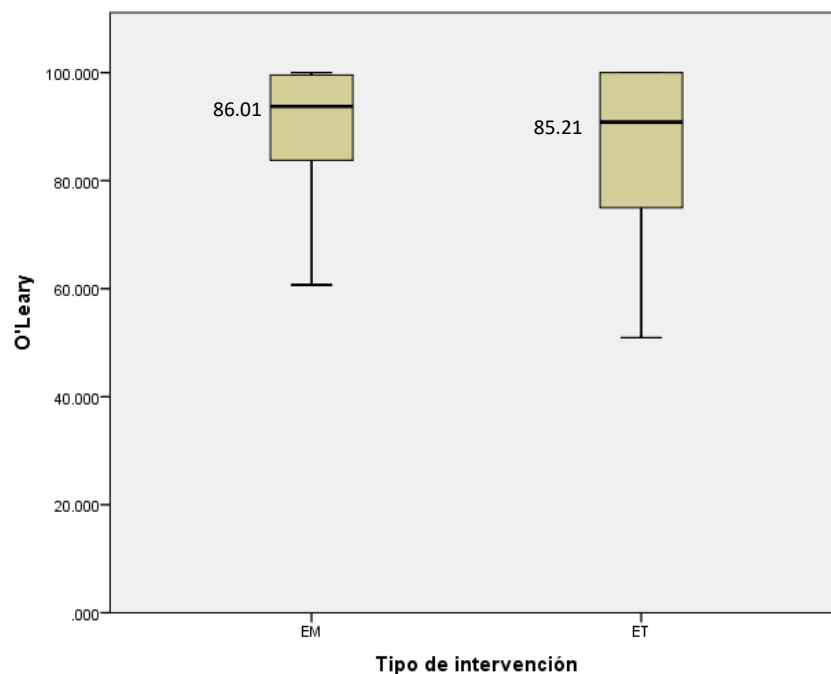
*Prueba: X2

Fuente: elaboración propia.

9.3 Resultados basales sobre higiene dental de los grupos control y experimental.

Se calculó el porcentaje promedio del índice O'Leary en ambos grupos. Para el grupo de intervención se obtuvo un valor de 86.01 ± 14.29 mientras que para el control se obtuvo 85.21 ± 17.73 sin diferencias estadísticamente significativas (Mann Whitney=2264.00, $p=0.950$). En ambos casos, las mediciones estuvieron por arriba del 75% de presencia de biopelícula y no se encontraron casos por debajo de 20%.

Figura 7. Comparación basal del índice O'Leary en dos grupos de embarazadas del CAISES León, 2019-2020.



EM: Grupo experimental (Entrevista Motivacional)

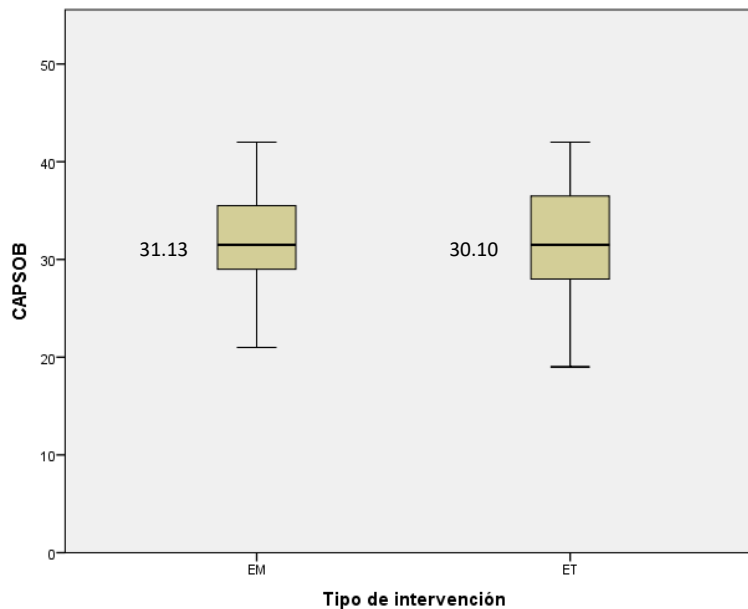
ET: Grupo Control (Educación Tradicional)

Fuente: elaboración propia.

9.4 Resultados basales de Conocimientos, Actitudes y Prácticas de salud oral

Al inicio del estudio se calculó la media del puntaje total de la escala CAPSOB, obteniendo un resultado de 31.13 ± 6.18 para el grupo experimental y 30.10 ± 8.35 para el grupo control (Figura 8) en una escala de 0 a 42 puntos, sin que esto representara diferencias estadísticamente significativas (Mann-Whitney=0.61).

Figura 8. Comparación basal de los valores obtenidos en el cuestionario CAPSOB de dos grupos de embarazadas del CAISES León, 2019-2020.



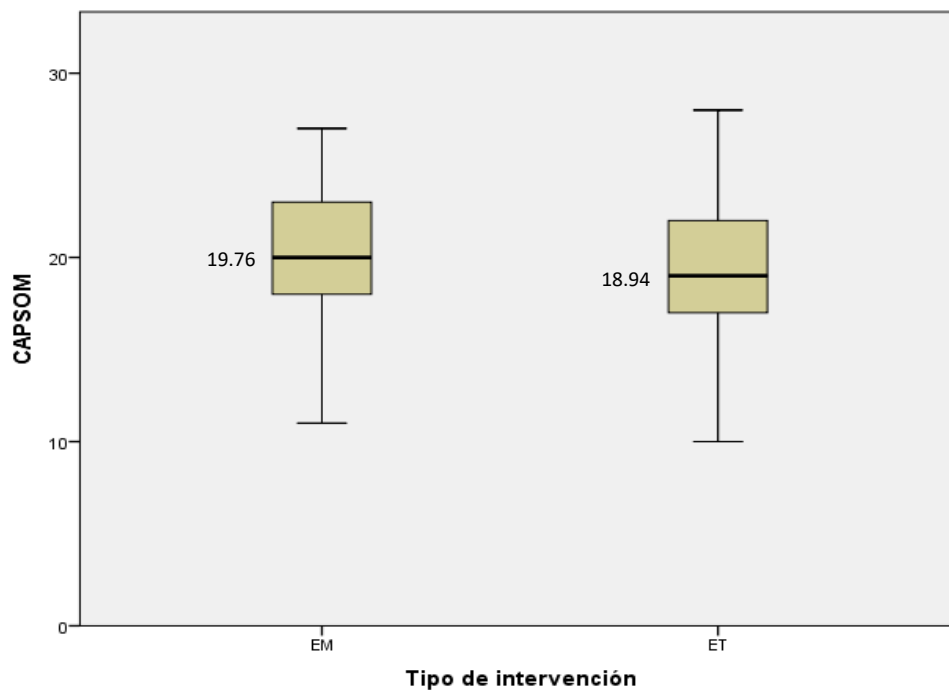
EM: Entrevista Motivacional (experimental)

ET: Educación Tradicional (control)

Fuente: elaboración propia.

La media del puntaje total de la escala CAPSOM fue de 19.76 ± 4.22 en el grupo experimental y 18.94 ± 5.14 en el control en una escala de 0 a 28 puntos. No se observaron diferencias estadísticas significativas (Mann-Whitney=0.28).

Figura 9. Comparación basal de los valores obtenidos en el cuestionario CAPSOM de dos grupos de embarazadas del CAISES León, 2019-2020.



EM: Entrevista Motivacional (experimental)

ET: Educación Tradicional (control)

Fuente: elaboración propia.

9.5 Resultados de la evaluación de seguimiento a seis meses

En la evaluación del CAPSOB intra-grupos, los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental en las dimensiones conocimientos (de 4.15 a 5.11), de actitudes (de 15.25 a 17.38) y prácticas (de 11.73 a 13.65). En cuanto al instrumento sobre salud materna, CAPSOM, existieron diferencias estadísticas significativas en los conocimientos (de 1.97 a 3.25), en las actitudes (de 6.28 a 7.22) y en prácticas (de 11.51 a 13.81). Cabe mencionar que en grupo control se observó diferencia estadística en la dimensión de conocimientos al pasar de 2.03 a 2.57. Tanto en el total del instrumento dirigido al cuidado oral del recién nacido como en el dirigido al cuidado materno, se observó diferencia estadística significativa entre la medición basal y la evaluación a los seis meses respectivamente ($p < 0.001$).

En la comparación entre grupos, se observó diferencia en el CAPSOB entre el grupo control y el grupo experimental post-intervención ($p < 0.001$), observándose en los conocimientos una media para el grupo experimental de 5.11 y para el grupo control de 3.92, en el caso de las actitudes estos valores correspondieron a 17.38 y 15.17 respectivamente. En la dimensión de prácticas, el valor obtenido en el grupo experimental fue de 13.65 y en el grupo control de 11.80. Los datos relativos al autocuidado materno muestran que la única dimensión que se mantuvo sin diferencias fue el apartado de actitudes observándose un valor de 7.22 para el grupo experimental contra 6.35 del grupo control ($p = 0.06$).

Tabla 10. Comparación de conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cuidado oral entre un grupo control y uno experimental seis meses después de la intervención. CAISES

León, 2019-2020.

	Variable	Entrevista Motivacional			Educación Tradicional			Total		Mann Whitney p	
		n	Media	DE	n	Media	DE	n	Media		DE
Del bebé	Conocimientos basal	67	4.15	1.85	68	3.87	1.93	135	4.01	1.89	0.34
	Conocimientos evaluación	44	5.11	1.16	40	3.92	1.16	84	4.54	1.7	p<0.001
	Wilcoxon		p<0.001				0.83			p<0.001	
	Actitudes basal	67	15.25	3.17	68	14.82	3.99	135	15.04	3.6	0.64
	Actitudes evaluación	44	17.38	2.87	40	15.17	3.65	84	16.33	3.43	p<0.001
	Wilcoxon		p<0.001				0.09			p<0.001	
	Prácticas basal	67	11.73	2.78	68	11.41	3.63	135	11.57	3.23	0.94
	Prácticas evaluación	44	13.65	2.38	40	11.8	3.26	84	12.77	2.97	p<0.001
	Wilcoxon		p<0.001				0.07			p<0.001	
	Total basal	67	31.13	6.18	68	30.1	8.35	135	30.61	7.35	0.61
Total evaluación	44	36.15	5.32	40	30.9	7.79	84	33.65	7.08	p<0.001	
Wilcoxon		p<0.001				0.47			p<0.001		
Materno	Conocimientos basal	67	1.97	1.19	68	2.03	1.19	135	2	1.19	0.77
	Conocimientos evaluación	44	3.25	0.89	40	2.57	1.05	84	2.92	1.02	p<0.001
	Wilcoxon		p<0.001				0.002			p<0.001	
	Actitudes basal	67	6.28	1.2	68	5.99	2.12	135	6.13	1.72	0.93
	Actitudes evaluación	44	7.22	0.85	40	6.35	2.13	84	6.8	1.64	0.057
	Wilcoxon		p<0.001				0.16			p<0.001	
	Prácticas basal	67	11.51	3.11	68	10.93	2.96	135	11.21	3.04	0.12
	Prácticas evaluación	44	13.81	2.17	40	11.52	2.77	84	12.72	2.71	p<0.001
	Wilcoxon		p<0.001				0.096			p<0.001	
	Total basal	67	19.76	4.22	68	18.94	5.14	135	19.35	4.71	0.28
Total evaluación	44	24.3	2.83	40	20.45	4.82	84	22.46	4.33	p<0.001	
Wilcoxon		p<0.001				p<0.001			p<0.001		

Fuente: elaboración propia.

Análisis multivariado

De acuerdo con los datos obtenidos en el análisis multivariado de dos Modelos de regresión lineal múltiple robusta para los puntajes totales de CAPSOB y CAPSOM (Tabla 11) se puede decir que:

La intervención con EM y la Autoeficacia Materna (AM) se encontraron asociadas a CAPSOB y la intervención con EM a CAPSOM. En el modelo 1, los resultados muestran que la pertenencia al grupo atendido con EM incrementa 3.75 puntos (IC 95% 1.13-6.37; $p=0.005$) los CAP de salud oral del infante, mientras que por cada punto que aumenta la escala de AM, se incrementan 0.52 puntos (IC 95% 0.26-0.78; <0.001) los CAP de la mujer sobre los CAP de salud oral del bebé.

En el modelo 2, los resultados sugieren que la pertenencia al grupo intervenido con EM incrementa 3.54 puntos (IC 95% 1.78-5.30; $p<0.001$) los CAP de salud oral maternos.

No se encontró significancia estadística con estado civil y haber asistido a cursos psicoprofilácticos en el análisis con CAPSOB ni significancia con estado civil, ingreso y atención dental en CAPSOM.

En el modelo de regresión ajustado únicamente por tipo de intervención y tomando como resultado CAPSOB/CAPSOM, se obtuvo 18.8% mayor puntaje en CAPSOM (IC 95%, 1.08-1.30) y 17.02% (IC 95%, 1.08-1.26) en CAPSOB cuando EM fue la intervención.

Tabla 11. Modelos de Regresión lineal múltiple robusta para los puntajes totales de CAPSOB y CAPSOM.

		Modelo 1 CAPSOB				Modelo 2 CAPSOM					
		β	IC95%		p			β	CI95%		p
Intervención	ET	1				Intervención	ET	1			
	EM	3.75	1.13	6.37	0.005		EM	3.54	1.78	5.30	<0.001
Estado civil	Sin pareja	1				Estado civil	Sin pareja	1			
	Con pareja	1.16	-1.42	3.74	0.37		Con pareja	1.06	-0.94	3.06	0.29
Curso psicoprofiláctico	No	1				Atención dental	No	1			
	Sí	-3.10	-7.40	1.19	0.15		Sí	0.92	-0.77	2.61	0.28
AM		0.52	0.26	0.78	<0.001						
Constante		17.89	6.22	29.55	0.003	Constante	19.36	16.96	21.76	<0.001	

β = coeficiente

IC95%: Intervalo de Confianza 95%

Fuente: elaboración propia.

10. Discusión

Este estudio tuvo como objetivo comparar el impacto de una intervención educativa basada en EM implementada durante el embarazo y evaluada seis meses después, con una intervención basada en Educación Tradicional (ET) sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos del cuidado de la salud oral del binomio materno-infantil. La población participante fue parte de los grupos del “Club de embarazadas” del CAISES León, esto representó una ventaja a nivel importante en la implementación de las intervenciones ya que mensualmente hay sesiones informativas de cuidados generales de la embarazada y al cuidado general del bebé, siendo un entorno que favorece la oportunidad de aprendizaje en atención prenatal.

En nuestro conocimiento los resultados del presente estudio muestran por primera vez la utilidad de la EM como herramienta para mejorar la salud oral del binomio madre-hijo, lo cual representa un aporte en la generación de datos respecto a la EM y un avance en la propuesta de estrategias de educación para la salud en grupos poblacionales vulnerables.

En este trabajo la EM implementada durante el embarazo se asoció con el mejoramiento de los CAP del binomio materno-infantil. Respecto a los conocimientos y actitudes en el grupo control se identificó una mejoría en la respuesta de las madres a algunas preguntas como por ejemplo, la importancia de la higiene y las visitas al dentista antes de la erupción dental en el infante, así como en los conocimientos sobre las consecuencias de los problemas dentales en el embarazo y las prácticas de higiene en la madre. Este incremento también fue observado en la escala final del instrumento, lo cual puede deberse a que al

participar en una intervención tradicional, el grupo control recibió información relevante sobre estos aspectos. Se debe considerar que las participantes de este estudio se encontraban en un entorno clínico favorable y que en la medida en la que la fecha de parto se acerca y una vez que el niño nace se incrementa también la disposición materna hacia cambios en los comportamientos relacionados con el cuidado de la salud del recién nacido.¹⁰²⁻¹⁰³

Las dimensiones que mayor incremento tuvieron en el grupo que recibió EM fueron actitudes relacionadas con la salud oral del bebé (2.13) y las prácticas de cuidado oral maternos (2.30). Mientras que los segmentos más influenciados en la comparación entre grupos en el seguimiento a seis meses fueron actitudes relacionadas con el cuidado del bebé (2.21) y prácticas de cuidado materno (2.29). De esta forma se puede pensar en que la EM tiene un posible mayor potencial para modificar la actitud y las prácticas de cuidado materno.

Lo observado en el modelo de regresión indica que existió un impacto efectivo al implementar una intervención con base en entrevista motivacional. Así mismo, estos resultados indican el carácter positivo de la autoeficacia materna, esta última se considera un componente imprescindible para que se dé un mejoramiento en las habilidades prácticas de cuidado oral de los hijos. Se pueden identificar cambios en el comportamiento cuando hay una combinación de aspectos cognitivos y psicosociales, tomando en cuenta que la autoeficacia por sí misma no puede asegurar buenos resultados si se carece de la destreza y conocimientos necesarios. En este sentido, la EM es una técnica que tiene mayor impacto

cuando la autoeficacia materna está presente y fortalece la motivación para el cambio, centrada en desarrollar habilidades para el cuidado de la salud.¹⁰³⁻¹⁰⁴

Por lo tanto nuestros resultados muestran que los dos componentes con mayor impacto sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de salud en el binomio materno-infantil son el tipo de intervención, específicamente la Entrevista Motivacional, y la autoeficacia materna.

Es frecuente que la EM se lleve a cabo de forma individual.¹⁰⁶ En el presente estudio la EM se llevó a cabo de manera grupal pues se las condiciones de tiempo e infraestructura no permitieron un abordaje personal. Estrategias similares se han implementado en EM dirigidas a controlar el consumo de alcohol y tabaco.¹⁰⁷⁻¹⁰⁸ En ellas, se ha descrito que el desarrollo de intervenciones grupales favorece la búsqueda de grupos de autoayuda en caso de necesitar soporte social, además de incrementar el desarrollo de cambios cognitivos, disminuir las prácticas de riesgo y aumentar la posibilidad de replicar su implementación por ser económicas y de fácil ejecución en espacios pequeños. Hasta el momento son escasos los reportes que describen los resultados de aplicar esta técnica en su versión grupal enfocados en el área odontológica incluyendo indicadores maternos de cambio. Sin embargo, el análisis estadístico de nuestros resultados muestra consistencia en las respuestas cuando se aplica la EM de promoción de salud oral de manera grupal. Esto constituye un aporte importante del presente estudio.

Debido a la contingencia por COVID-19, la recopilación de datos de seguimiento y la inclusión de recolección de índices clínicos se vio obstaculizada por las restricciones de

contacto para prevenir contagios. En su lugar, se realizó la aplicación de cuestionarios vía telefónica y aunque se han reportado resultados similares en la aplicación de ambos métodos, para este caso se pudo haber incurrido en sesgo de información y de deseabilidad social en las participantes al sentirse obligadas a contestar de forma correcta. Además, con este método de recolección existen menores tasas de participación en comparación con la recolección cara a cara.¹⁰⁹ No se utilizó un instrumento en formato digital para evitar la falta de participación por no contar con internet o dispositivos multimedia en esta población.

Dentro de las limitaciones del estudio, no fue posible realizar una asignación aleatoria individual. En su lugar se realizó la aleatorización por grupos cuyas ventajas fueron la mejor organización dentro de los mismos y limitación de la contaminación individual entre las participantes. Por otra parte, algunos diseños en ensayos clínicos aleatorizados requieren del análisis multinivel, asumiendo tamaños de muestra grande y diseños rigurosos. La realización de este tipo de análisis hubiera sido recomendable, sin embargo, no se llevó a cabo ya que requería de un tamaño de muestra mayor al contemplado¹¹⁰ y cuando se estudian poblaciones vulnerables con características específicas, como el presente estudio, en el que se incluyeron gestantes durante el tercer trimestre del embarazo, se dificulta la integración de un número mayor de participantes.

En este estudio no fueron incluidas variables a nivel psicosocial que se sabe tiene una influencia relevante en los comportamientos de cuidado en salud como el estrés por crianza, fatalismo, deseo del embarazo, pérdidas previas, apego y depresión postparto, debido a que las embarazadas participantes estaban en seguimiento con el área psicológica

dentro del CAISES. Dichas variables deben ser consideradas en futuros trabajos cuando se trabaje en momentos pre y postnatales.

En este tipo de estudios sería muy favorecedor involucrar a los padres en las actividades de las intervenciones, como parte de la crianza aportando apoyo a sus parejas.¹¹¹ Existen reportes que indican que cuando el padre es parte del cuidado del bebé, los niños se desarrollan más sanos, las madres tienen menos sobrecarga de tareas y el vínculo con los hijos es más sólido en el tiempo (UNICEF).¹¹²

En este mismo sentido, hubiera sido recomendable incluir a otros CAISES para contar con una mayor población de estudio que permitiera realizar análisis estadísticos más complejos además de permitir mejorar la aleatorización de los grupos participantes.

Existe evidencia actual sobre el impacto positivo que tiene la EM en la mejora de la salud oral, incluyendo nuestros resultados. Nuestros resultados muestran que los dos componentes más importantes en la variación de los indicadores de conocimientos, actitudes y prácticas de salud en el binomio materno-infantil son la autoeficacia materna y el tipo de intervención.

La Entrevista Motivacional es una estrategia prometedora en el área odontológica que impulsa la identificación de las consecuencias, beneficios y formas de cambiar un comportamiento con los recursos disponibles que la embarazada posea desde su contexto sociocultural. La fidelidad al espíritu característico de la EM puede representar una medida importante en la reducción de las desigualdades sociales en salud.

11. Conclusiones

En este trabajo se comparó el impacto de una intervención educativa basada en Entrevista Motivacional, con una basada en Educación Tradicional sobre conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado de la salud oral del binomio materno-infantil implementadas durante el embarazo y evaluadas tres meses después del parto, con ello pudimos concluir que:

- La muestra estuvo conformada principalmente por embarazadas con estudios de secundaria, amas de casa, en unión libre, con más de un embarazo y con seguimiento prenatal.
- Los conocimientos, actitudes y prácticas basales de cuidado oral del binomio materno-infantil en embarazadas que cursan el sexto mes de embarazo fueron mayores en el grupo experimental que en el control sin que esto representara diferencias estadísticas significativas.
- En la evaluación de los CAP antes y después el grupo experimental tuvo incremento estadísticamente significativo en los puntajes de CAPSOB y CAPSOM, mientras que en grupo experimental no hubo incremento significativo, a excepción de la dimensión conocimientos de cuidado materno y en el puntaje total de la escala CAPSOM.
- En el seguimiento a seis meses, se identificó incremento significativo en el grupo experimental en CAPSOB y CAPSOM a excepción de la dimensión actitudes del CAPSOM. Mientras que en el grupo control también se identificó un incremento en los puntajes sin significancia estadística.

- En cuanto a la higiene oral, se observó en ambos grupos el porcentaje promedio en el índice O'Leary fue superior al 75%. En el grupo experimental se obtuvo un porcentaje promedio mayor que el control sin que esto representara diferencias estadísticamente significativas (Mann Whitney=2264.00, $p=0.950$).
- El seguimiento de la higiene oral de embarazadas no pudo realizarse debido a las restricciones pandémicas.
- Las intervenciones basadas en entrevista motivacional añadidas a la educación tradicional pueden mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de cuidado oral del binomio materno-infantil implementadas en mujeres embarazadas.

12. Referencias bibliográficas

1. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
2. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1211-1259. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32154-2.
3. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789-1858. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7.
4. Knorst JK, Sfreddo CS, de F Meira G, Zanatta FB, Vettore MV, Ardenghi TM. Socioeconomic status and oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2021;49(2):95-102. doi: 10.1111/cdoe.12616.
5. Vamos CA, Thompson EL, Avendano M, Daley EM, Quinonez RB, Boggess K. Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2015;43:385–396.
6. Yevlahova D, Satur J. Models for individual oral health promotion and their effectiveness: a systematic review. *Australian Dental Journal* 2009;54:190–197.

7. Miller, W. Motivational Interview. Helping People Change. New York: The Guilford Press: 2013.
8. Naidu R, Nunn J, Irwin JD. The effect of motivational interviewing on oral healthcare knowledge, attitudes and behavior of parents and caregivers of preschool children: an exploratory cluster randomized controlled study. BMC Oral Health. 2015;15:101. doi: 10.1186/s12903-015-0068-9.
9. OMS. Ending childhood dental caries: WHO implementation manual. Geneva: OMS: 2020.
10. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Perinatal and Infant Oral Health Care. Clinical Practice Guidelines 2016;6:150–154.
11. Menéndez G. El embarazo y sus complicaciones en la madre. Rev Cubana Obstet Ginecol 2012;38(3):333-342.
12. Goldenberg R, Culhane J, Iams J, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet 2008;371:75–84.
13. Motosko C. Physiologic changes of pregnancy: A review of the literature. Int J Women Dermatol 2017;3(4):219-224.
14. Naseem M, Khurshid Z, Ali H, Niazi F, Zohaib S, Sohail M. Oral health challenges in pregnant women: Recommendations for dental care professionals. The Saudi Journal for Dental Research 2016;7:138-146.

15. Blount A, Adams C, Anderson-Berry A, Hanson C, Schneider K, Pendyala G. Biopsychosocial Factors during the Perinatal Period: Risks, Preventative Factors, and Implications for Healthcare Professionals. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021;18:8206. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158206>
16. Figuero-Ruiz E, Prieto Prieto I, Bascones-Martínez A. Cambios hormonales asociados al embarazo. Afectación gingivo-periodontal. *Av Periodon Implantol.* 2006;18(2):101-113.
17. Figueiredo A, Haddad A. Atención a la salud de la gestante y de la puérpera: consideraciones sobre salud oral. São Luís: EDUFMA, 2018.
18. Bett J, Batistella E, Melo G, Andrade E, Barcellos C, Silva E, Porporatti A, De Luca G. Prevalence of oral mucosal disorders during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *J Oral Pathol Med.* 2019;48:270-277. <https://doi.org/10.1111/jop.12831>
19. Herane MA. Enfermedad periodontal y Embarazo. Revisión de la literatura. *Rev. Med. Clin. Condes* 2014;25(6):936-943.
20. Harnett E. Oral Health in Pregnancy. *JOGNN* 2016;45(4):565-573.
21. Vivares-Builes A, Rangel-Rincón L, Botero J, Agudelo-Suárez A. Gaps in knowledge about the association between maternal Periodontitis and adverse obstetric Outcomes: an umbrella review. *J Evid Base Dent Pract* 2018:1-27.

22. Manrique-Corredor E, Orozco-Beltran D, Lopez-Pineda A, Quesada J, Gil-Guillen V, Carratala-Munuera C. Maternal periodontitis and preterm birth: Systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2019;47:243–251.
23. García G. Prevalencia de enfermedad periodontal en embarazadas de una unidad de medicina familiar de Acapulco, Guerrero. *Atención familiar* 2016;23(3):75-79.
24. Sánchez-Montero D. Caracterización de la salud bucodental en gestantes del Área II del municipio Cienfuegos. *Medisur* 2017;15(5):629-639.
25. Boggess K. Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women. *J Am Dent Assoc.* 2010;14(15):553–561.
26. Oral Health Care During Pregnancy Steering Committee. *Oral Health Care During Pregnancy: Practice Guidance for Maryland’s Prenatal and Dental Providers.* Baltimore, MD: Maryland Department of Health, Office of Oral Health: 2019. health.maryland.gov/oralhealth.
27. Schwendicke F, Karimbux N, Allareddy V, Gluud C. Periodontal Treatment for Preventing Adverse Pregnancy Outcomes: A Meta- and Trial Sequential Analysis. *PLoS ONE* 2015;10(6):e0129060. doi:10.1371/journal.pone.0129060
28. Govindasamy R, Periyasamy S, Narayanan M, Balaji VR, Dhanasekaran M, Karthikeyan B. The influence of nonsurgical periodontal therapy on the occurrence of adverse pregnancy

outcomes: A systematic review of the current evidence. *J Indian Soc Periodontol.* 2020;24(1):7-14. doi:10.4103/jisp.jisp_228_19

29. Marlal V, Sriil R, Kumar D, Ajmeral H. The Importance of Oral Health during Pregnancy: A review. *MedicalExpress (São Paulo, online).* 2018;5:mr18002.

30. Ponnuswamy M. Oral health in pregnancy (Guidelines to gynaecologists, general physicians & oral health care providers). *J Pak Med Assoc* 2011;61(10):1009-1014.

31. Wagle M, D'Antonio F, Reierth E, et al. Dental caries and preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2018;8:e018556. doi:10.1136/bmjopen-2017-018556

32. Geum J, So-youn K, Hoi C, Ho Yeon K, Kyu-Min L, Sung W, Min-Jeong O. Association between dental caries and adverse pregnancy outcomes. *Scientific Reports* 2020;10:5309 <https://doi.org/10.1038/s41598-020-62306-2> 1

33. National Institute for Health Care Management. *Improving Access to Perinatal Oral Health Care: Strategies & Considerations for Health Plans.* Washington: NIHCM: 2010.

34. Ambardar Y, Vaidya S, Chandel L. Assessment of oral health status during pregnancy. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology* 2021;11(08):806-809

35. Rengifo H. Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* 2009;20(2):171-178.

36. Berman I. Los primeros mil días de vida. Una mirada rápida. *An Med (Mex)* 2016;61(4):313-318.
37. Bhutta Z, et. al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *The Lancet* 2008;371(Issue9610):417-440.
38. Pantano M, Abanto J, Matijasevich A, Augusto-Cardoso M. Primeiros 1.000 dias de vida. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2018;72(3):490-494.
39. Abanto J, Carvalho T, Mendes F, Wanderley M, Bönecker M, Raggio D. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011;39(2):105-14. doi: 10.1111/j.1600-0528.2010.00580.x.
40. Wagner Y, Heinrich-Weltzien R. Risk factors for dental problems: Recommendations for oral health in infancy. *Early Human Development* 2017;114:16–21.
41. Seow WK. Developmental defects of enamel and dentine: challenges for basic science research and clinical management. *Aust Dent J.* 2014;59(Suppl 1):143-54. doi: 10.1111/adj.12104.
42. Costa FS, Silveira ER, Pinto GS, Nascimento GG, Thomson WM, Demarco FF. Developmental defects of enamel and dental caries in the primary dentition: A systematic review and meta-analysis. *J Dent.* 2017;60:1-7. doi: 10.1016/j.jdent.2017.03.006.

43. Federation Dentaire Internationale. Commission on Oral Health, Research and Epidemiology. A review of developmental defects of enamel index (DDE Index). *Int Dent J*. 1992;42(6):411-26.
44. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of early childhood caries (ECC). *Pediatr Dent* 2007/2008;29(suppl):13.
44. American Academy of Pediatrics. *A pediatric Guide to Children's Oral Health*. Elk Grove Village, IL: AAP: 2009.
45. Fisher-Owens S, Gansky S, Platt L, Weintraub J, M Soobader, Bramlett M, Newacheck P. Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics* 2007;120:e510.
46. Alonso M, Karakowsky L. Caries de la infancia temprana. *Perinatol Reprod Hum* 2009;23(2):90-97.
47. Moynihan P, Kelly S. Effect on Caries of Restricting Sugars Intake: Systematic Review to Inform WHO Guidelines. *J Dent Res* 2014;93(1):8-18.
48. Le VNT, Kim J-G, Yang Y-M, Lee D-W. Risk Factors for Early Childhood Caries: An Umbrella Review. *Pediatr Dent* 2021;43(3):176-84.E24-E33.
49. Kaur N, Tiwari T. Parental Factors Influencing the Development of Early Childhood Caries in Developing Nations: A Systematic Review. *Front. Public Health*, 16 March 2018 | <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00064>

50. Finlayson-Tracy L. Prenatal Maternal Factors, Intergenerational Transmission of Disease, and Child Oral Health Outcomes. *Dent Clin N Am* 2017;483–518.
51. Azarshahri A, Rainchuso L, Jared V, Giblin-Scanlon L. Postpartum U.S. Women's Oral Health Knowledge, Attitudes, and Practices During Pregnancy. *Matern Child Health J* (2022). <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03326-w>.
52. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (Primera edición ed.). Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2014.
53. American College of Obstetricians and Gynecologists. Women's Health Care Physicians Committee on Health Care for Underserved Women. Committee opinion no. 569: Oral health care during pregnancy and through the lifespan. *Obstetrics and Gynecology* 2013;122:417-22.
54. Escobar-Paucar G. Salud bucal: representaciones sociales en madres gestantes de una población urbana. Medellín, Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011;16(11):4533-4540.
55. Morgan MA. Oral health during pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2009;22(9):733-739. doi:10.3109/14767050902926954
56. Boutigny H. Oral Infections and Pregnancy: Knowledge of Gynecologists/Obstetricians, Midwives and Dentists. *Oral Health Prev Dent* 2016;14(1):41-47. doi:10.3290/j.ohpd.a34376

57. Al Habashneh R. Factors related to utilization of dental services during pregnancy. *J Clin Periodontol.* 2005;32(7):815-821.
58. Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado el 07 de marzo de 2020, de Para brindar bienestar a las mujeres embarazadas, IMSS refuerza cuidados prenatales No. 029/2019: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201902/029>
59. Laine MA. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontol Scand.* 2002;60(5):257-64. DOI:10.1080/00016350260248210
60. Fernández O, Chávez M. Atención odontológica en la mujer embarazada. *Arch Inv Mat Inf* 2010;2(2):80-84.
61. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. Guía de Salud Bucal Infantil para Pediatras.
62. Sathyasree M. Sodium Bicarbonate: A review and its uses in dentistry. *Indian J Dent Res* 2018;29(5):672-677.
63. Figueiredo-Walter L. Bebé Clínica de la Universidade Estadual de Londrina. *Rev. odontopediatr. latinoam.* 2013;3(2):77-82.
64. Moscardini-Vilela M. Odontología para bebés: una posibilidad práctica de promoción de salud bucal. *Rev. odontopediatr. Latinoam.* 2017;7(2):116-126.

65. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna, en WHO publications. [En línea]. Disponible: [https:// www.who.int/topics/breastfeeding/es/](https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/). Fecha de consulta: 21 de diciembre de 2020.

66. González T, Ferré I. Lactancia materna y beneficios para el niño, en Lactancia Materna en México. [En línea]. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf. Fecha de consulta: 21 de diciembre de 2020.

67. Palma C, Cahuana A. Pautas para la Salud Bucal en los primeros años de vida. *Odontol Pediatr* 2010;9(2):179-189.

68. Al-Shehri SS, Knox CL, Liley HG, Cowley DM, Wright JR, Henman MG, et al. Breastmilk-Saliva Interactions Boost Innate Immunity by Regulating the Oral Microbiome in Early Infancy. *Plos ONE* 2015;10(9): e0135047. Doi:10.1371/journal. Pone.0135047

69. OMS/Unicef. Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma Ata, 1978

70. OMS. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública, Ottawa, 1986.

71. Green L, Kreuter M. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. (2nd Edition). Mountain View, Calif.: Mayfield, 1991.

72. World Health Organization. Division of Health Promotion, Education, and Communication. (1998). Promoción de la salud : glosario. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67246>
73. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. *Annu Rev Public Health* 2011;32:381-98.
74. Derryberry, M. Health Education: Its Objectives and Methods. *Health Education Monographs* 1960;8:5-11.
75. Glanz K, Rimer B, Viswanath K. *Health Behavior and Health Education Theory, Research and Practice*. 4 edición. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc. 2008.
76. Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*. 1997;12(1):38-48. doi:10.4278/0890-1171-12.1.38
77. Prochaska J, Redding C, Evers K. The transtheoretical Model and stages of change. En: Glanz K, Rimer B, Viswanath K, editores. *Health Behavior and Health Education: Theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 97-121.
78. Cabrera A. El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2000;18(2):129-138.
79. Rollnick S, Heather N, Bell A. *Journal of Mental Health*. Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing 1992. National Drug & Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Sydney, Australia 2013

80. Rollnick S, Miller WR. ¿Qué es la entrevista motivacional?. RET, Revista de Toxicomanías 1996;6:3-7.

81. Rivera Mercado S, Villouta F, Ilabaca A. Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria?. Aten Primaria. 2008;40(5):257-61.

82. Miller W, Rollnick S. La Entrevista Motivacional. Ayudar a las personas a cambiar. Barcelona: Paidós; 2015.

83. Harrison R. Motivational interviewing (MI) compared to conventional education (CE) has potential to improving oral health behaviors. Journal of Evidence-Based Dental Practice 2014;14(3):124-126.

84. Freudenthal, J. Motivational Interviewing (MI) as An Intervention For Early Childhood Caries Risk-Related Behaviors. Journal of Dental Hygiene 2008;82(5):1.

85. Colvara BC, Faustino-Silva DD, Meyer E, Hugo FN, Hilgert JB, Celeste RK. Motivational Interviewing in Preventing Early Childhood Caries in Primary Healthcare: A Community-based Randomized Cluster Trial. J Pediatr. 2018 Oct;201:190-195. doi: 10.1016/j.jpeds.2018.05.016.

86. Jamieson L, Smithers L, Hedges J, Parker E, Mills H, Kapellas K, Lawrence H, Broughton J, Ju X. Dental Disease Outcomes Following a 2-Year Oral Health Promotion Program for Australian Aboriginal Children and Their Families: A 2-Arm Parallel, Single-blind, Randomised Controlled Trial. EClinicalMedicine 2018;1:43-50.

87. Jamieson L, Smithers L, Hedges J, Parker E, Mills H, Kapellas K, Lawrence H, Broughton J, Ju X. Follow-up of an Intervention to Reduce Dental Caries in Indigenous Australian Children. A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2019;2(3):e190648. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.0648

88. Faustino-Silva DD, Colvara BC, Meyer E, Hugo FN, Celeste RK, Hilgert JB. Motivational interviewing effects on caries prevention in children differ by income: A randomized cluster trial. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2019 Dec;47(6):477-484. doi: 10.1111/cdoe.12488.

89. Blue CM, Arnett MC, Ephrem H, Lunos S, Ruoqiong C, Jones R. Using motivational interviewing to reduce parental risk related behaviors for early childhood caries: a pilot study. *BMC Oral Health*. 2020;20(1):90. doi:10.1186/s12903-020-1052-6

90. Riedy C, Weinstein P, Mancini L, Garson G, Huebner C, Milgrom P, Grembowski D, Shepherd-Banigan M, Smolen D. Dental Attendance Among Low-Income Women and Their Children Following a Brief Motivational Counseling Intervention: A Community Randomized Trial. *Soc Sci Med*. 2015;144:9-18.

91. Saffari M, Sanaeinasab H, Mobini M, Sepandi M, Rashidi-Jahan H, Sehlo M, Koenig H. Effect of a health-education program using motivational interviewing on oral health behavior and self-efficacy in pregnant women: a randomized controlled trial. *Eur J Oral Sci*. 2020;128(4):308-316. doi:10.1111/eos.12704

92. Fleiss J. *Statistical methods for rates and proportions*. Nueva York: John Wiley & Sons; 1981.

93. Ramírez-Trujillo, M.Á., Villanueva-Vilchis, M.C., Aguilar-Díaz, F.C. de la Fuente-Hernández, J., Faustino-Silva D.D., Gaitán-Cepeda, L.A. Validation of an instrument to determine oral health knowledge, attitudes, and practices during pregnancy. *BMC Oral Health* 21, 554 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01898-1>
94. Instituto Nacional de Salud Pública. Carta de Consentimiento Informado. Versión 2018.
95. Manual de Educación y Prevención para Promover y Mejorar la Salud Bucal de la Secretaría de Salud. Población por Grupos de Edad en relación al “Apéndice A Normativo”, NOM-013-SSA2-2015.
96. O'Leary TJ, Drake RB, Naylor JE. The plaque control record. *Journal of Periodontology*. 1972;43(1):38-40.
97. Landis J, Koch G: The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-74.
98. Fernández Huerta, J. Medidas sencillas de lecturabilidad. *Consigna* 1959;214,29:32.
99. Ríos, I. Un acercamiento a la legibilidad de textos relacionados con el campo de la salud. *Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación* 2017;135(Sección Ensayo):253-273.
100. World Health Organization. (1997). *Oral health surveys : basic methods*, 4th ed. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41905>

101. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación, (02 Abr 2020).
102. Maldonado-Durán M, et al. Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatol Reprod Hum* 2008;22:5-14.
103. Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Psiquiatría perinatal y del niño de 0-3 años*. Madrid, España: AEN (Sección de Infantil) Y SEPYPNA; 2015.
104. Finlayson T, Siefert K, Ismail A, Sohn W. Maternal self-efficacy and 1- to 5- year-old children's brushing habits. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2007;35(4):272-281.
105. Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating mothers to prevent caries: Confirming the benefit of counseling. *Journal of the American Dental Association* 2006;137(6):789-793.
106. Borrelli B, Tooley E, Scott-Sheldon L. Motivational Interviewing for Parent-child Health Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatr Dent* 2015;37(3):254-265.
107. Flórez-Alarcón L, Gantiva C. Terapias motivacionales breves: diferencias entre la aplicación individual y grupal para la moderación del consumo de alcohol y de las variables psicológicas asociadas al cambio. *Acta colombiana de psicología* 2009;12(1):13-26.

108. Melnick R, Schilling C, Meyer E, Faustino-Silva D. Effectiveness of motivational interviewing in smoking groups in primary healthcare: a community-based randomized cluster trial. *Cad. Saúde Pública* 2020;36(3):e00038820.
109. Seff I, Vahedi L, McNelly S, Kormawa E, Stark L. Remote evaluations of violence against women and girls interventions: a rapid scoping review of tools, ethics and safety. *BMJ Global Health* 2021;6:e006780. doi:10.1136/bmjgh-2021-006780.
110. Campbell M, Piaggio G, Elbourne D. Consort 2010 statement: extension to cluster randomised trials. *BMJ* 2012;345:e5661 doi: 10.1136/bmj.e5661
111. García M. Participación paterna y prácticas de lactancia materna exclusiva. *Rev Dilemas Contemp.* 2021;20:1-13.
112. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El rol del padre 🧑 en el proceso de la crianza y cuidado. UNICEF consultado 31 enero 2022 <https://www.unicef.org/panama/el-rol-del-padre-en-el-proceso-de-la-crianza-y-cuidado#:~:text=Ser%20un%20pap%C3%A1%20activo%20es%3A&text=%F0%9F%93%8D%20Ser%20corresponsable%20de%20la,cada%20etapa%20de%20su%20vida>

13. Anexos

Anexo 1. AMSOB Cuestionario de Autoeficacia Materna relacionada con la Salud Oral del Bebé



AMSOB

Código: _____

El siguiente cuestionario tiene como finalidad conocer algunos aspectos sobre la salud bucal. Te solicitamos por favor contestes con **sinceridad** ya que **no hay respuestas buenas ni malas**. Tenga la seguridad de que sus respuestas son **confidenciales y anónimas**. Si tiene alguna duda por favor solicite apoyo de la persona que le está brindando este cuestionario.

Instrucciones

Por favor lee con atención cada pregunta y coloque en el recuadro correspondiente la opción que más se acerque a tu opinión.

Datos generales

¿Qué edad tienes? _____ años

¿Cuál es tu estado civil?

- 1) Soltera 2) Unión libre 3) Casada 4) Divorciada 5) Viuda

¿Cuál es tu ocupación?

- 1) Ama de casa 2) Empleada 3) Profesionalista 4) Estudiante 5) Oficio 6) Otro

¿Cuál es tu grado máximo de estudios?

- /
1) Sin estudios 2) Primaria incompleta 3) Primaria completa 4) Secundaria 5) Preparatoria 6) Universidad 7) Posgrado

¿Cuál es el ingreso económico familiar mensual aproximado de tu hogar? _____

¿Cuántos hijos tienes? _____

¿Has recibido atención dental pública o privada durante el embarazo?

- 1) No 2) Sí

¿Has asistido o asistes a algún curso psicoprofiláctico, prenatal o de preparación para el parto?

- 1) No 2) Sí

Instrucciones

Ahora lee las siguientes oraciones relacionadas con la salud bucal de tu bebé y marca en el recuadro la opción que más se acerque a tu opinión.

Cuestionario relacionado con la salud bucal del bebé

Cuando nazca mi bebé...

1. Lo llevaré al dentista para chequeos regulares, incluso si estoy ocupada con trabajo o tareas domésticas

0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) Neutral 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

2. Lo llevaré al dentista para chequeos regulares, incluso si no quiere ir

0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) Neutral 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

3. Limpiaré su boca incluso si no quiere que lo haga

0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) Neutral 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

4. Limpiaré su boca incluso si tiene sueño

0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) Neutral 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

5. No le daré bebidas azucaradas incluso si hace berrinche o llora

0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) Neutral 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

6. Limitaré la cantidad de alimentos azucarados que consume incluso cuando está con sus abuelos

0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) Neutral 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

7. Amamantaré a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento

0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) Neutral 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

8. No compartiré cubiertos, no soplaré a la comida para enfriarla ni compartiré cepillos de dientes con mi bebé

0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) Neutral 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

9. Controlaré la cantidad de pasta que coloco en su cepillo de dientes

- 0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) Neutral 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

10. Conservaré los dientes de leche de mi bebé sanos hasta que se caigan

- 0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) Neutral 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

Anexo 2. Manual de cuidado oral madre e hijo



Anexo 3. CAPSOB Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Salud Oral del Bebé



CAPSOB

Código: _____

El siguiente cuestionario tiene como finalidad conocer conocimientos, actitudes y comportamientos acerca de tu bebé. Le solicitamos por favor conteste con **sinceridad** ya que **no hay preguntas buenas ni malas**. Tenga la seguridad de que sus respuestas son **confidenciales y anónimas**. Si tiene alguna duda por favor solicite apoyo de la persona que le está brindando este cuestionario.

Instrucciones

Lee las siguientes oraciones relacionadas con la **salud oral de tu bebé** y marca en el recuadro la opción que más se acerque a tu opinión.

Cuestionario relacionado con la salud oral del bebé

Yo sé que...

1. Se deben iniciar las visitas al dentista al mes de edad

/___/

0) Falso 1) Verdadero 2) No sé

2. Se debe limpiar la boca del bebé con una gasa y agua, aunque no hayan salido los dientes de leche

/___/

0) Falso 1) Verdadero 2) No sé

3. Se debe iniciar el cepillado con cepillo dental desde que aparecen los dientes de leche

/___/

0) Falso 1) Verdadero 2) No sé

4. La boca del bebé debe limpiarse al menos dos veces al día

/___/

0) Falso 1) Verdadero 2) No sé

5. La cantidad de pasta utilizada en el cepillo de un bebé de entre 6 meses y 3 años debe equivaler al tamaño de un grano de arroz (si ya sabe escupir)

/___/

0) Falso 1) Verdadero 2) No sé

6. El uso del fluoruro fortalece los dientes del bebé

/___/

- 0) Falso 1) Verdadero 2) No sé

Yo considero que...

7. Es importante llevar al dentista al bebé, aun cuando no tenga dolor o algún problema aparente.

/___/

- 0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) No sé 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

8. Es importante realizar la higiene de la boca del bebé, aunque no tenga dientes.

/___/

- 0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) No sé 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

9. Es importante controlar la cantidad de azúcar que se le da al bebé.

/___/

- 0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) No sé 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

10. El uso de biberón con bebidas azucaradas para dormir es dañino para su bebé

/___/

- 0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) No sé 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

11. Es importante que los bebés tengan sus propios utensilios de comida e higiene

/___/

- 0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) No sé 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

Cuando nazca mi bebé...

12. Lo llevaré al dentista tan pronto le salgan los dientes de leche

/___/

- 0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) No sé 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

13. Le limpiaré la boca por los menos dos veces al día

/___/

- | | | | | |
|-----------------------------|------------------|----------|---------------|--------------------------|
| 0) Totalmente en desacuerdo | 1) En desacuerdo | 2) No sé | 3) De acuerdo | 4) Totalmente de acuerdo |
|-----------------------------|------------------|----------|---------------|--------------------------|

14. Le limpiaré la boca antes de dormir

/___/

- | | | | | |
|-----------------------------|------------------|----------|---------------|--------------------------|
| 0) Totalmente en desacuerdo | 1) En desacuerdo | 2) No sé | 3) De acuerdo | 4) Totalmente de acuerdo |
|-----------------------------|------------------|----------|---------------|--------------------------|

15. Le limpiaré la boca después de comer

/___/

- | | | | | |
|-----------------------------|------------------|----------|---------------|--------------------------|
| 0) Totalmente en desacuerdo | 1) En desacuerdo | 2) No sé | 3) De acuerdo | 4) Totalmente de acuerdo |
|-----------------------------|------------------|----------|---------------|--------------------------|

Anexo 4. CAPSOM Cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Salud Oral**Materno****CAPSOM**

Código: _____

El siguiente cuestionario tiene como finalidad conocer conocimientos, actitudes y comportamientos acerca de tu propia salud bucal. Le solicitamos por favor conteste con **sinceridad** ya que **no hay respuestas buenas ni malas**. Tenga la seguridad de que sus respuestas son **confidenciales y anónimas**. Si tiene alguna duda por favor solicite apoyo de la persona que le está brindando este cuestionario.

Instrucciones

Lee las siguientes oraciones **relacionadas con tu salud oral** y marca con una "X" la opción que más se acerque a tu opinión.

Cuestionario relacionado con la salud oral materna**Yo sé qué...****1. Los problemas de caries y sangrado de encías pueden empeorar con el embarazo**

0) Falso 1) Verdadero 2) No sé

2. Los problemas de encías pueden afectar mi embarazo y crear problemas con el nacimiento de mi bebé

0) Falso 1) Verdadero 2) No sé

3. Es inevitable perder un diente por causa del embarazo

0) Falso 1) Verdadero 2) No sé

4. El desarrollo de mi bebé extraerá el calcio de mis dientes

0) Falso 1) Verdadero 2) No sé

Considero que...**5. Las medidas de higiene pueden minimizar las complicaciones orales surgidas durante el embarazo**

0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) No sé 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

6. Es importante ir al dentista antes, durante y después del embarazo

0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) No sé 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

Respecto a mi salud oral yo...**7. Cepillo mis dientes dos veces o más al día**

0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) No sé 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

8. Uso otros métodos de higiene oral como enjuague, hilo dental, etc.

0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) No sé 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

9. He recibido información de un profesional dental sobre el cuidado de la salud oral durante mi embarazo

0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) No sé 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

10. He visitado al dentista durante mi embarazo

0) Totalmente en desacuerdo 1) En desacuerdo 2) No sé 3) De acuerdo 4) Totalmente de acuerdo

Anexo 5. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

"Impacto de un programa educativo basado en Entrevista Motivacional sobre conocimientos, actitudes, comportamientos de cuidado bucal en el binomio materno-infantil"

Estimada señora:

La Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, UNAM está realizando un proyecto de investigación en colaboración con Centro de Atención Integral de Servicios Esenciales en salud (CAISES) León, en la ciudad de León, Guanajuato.

El objetivo del estudio es evaluar el impacto de un programa educativo sobre los conocimientos, comportamientos y actitudes de cuidado bucal tanto en las madres como en sus hijos. El estudio se está realizando en esta unidad de atención médica.

Si usted acepta participar, ocurrirá lo siguiente:

1. Le haremos algunas preguntas acerca de lo que sabe y realiza en torno a su salud bucal y a la de su bebé, por ejemplo, aspectos relacionados con la alimentación, la higiene, entre otros, así como cuestiones generales, como su edad, fecha de nacimiento, escolaridad, etc. Además, se realizará una revisión bucal general utilizando una tinción temporal y un espejo bucal. Un mes después y coincidiendo con su cita en el "club de embarazadas", se llevará a cabo una entrevista y se dará seguimiento telefónico para solucionar inquietudes y dudas respecto a la misma. Tanto la entrevista como el cuestionario tendrán una duración aproximada de 20 minutos. La entrevistaremos en este mismo Centro de Salud. Finalmente, se le contactará vía telefónica para programar una revisión a los 3 meses posteriores al parto en la que se realizará nuevamente una revisión bucal con tinción y se realizará una sesión de preguntas.

Beneficios: Ni usted ni su hijo(a) recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio, únicamente como gratificación se le obsequiarán accesorios para ambos. Si acepta participar, estará colaborando con la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, UNAM para investigar las relaciones entre la salud bucal de las mamás y sus hijos desde la etapa del embarazo.

Confidencialidad: Toda la información que nos proporcione será de carácter estrictamente confidencial y únicamente será manejada por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted y su hijo(a) quedarán identificados(as) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificados(as).

Riesgos potenciales: los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos, es decir, es decir, que los riesgos relacionados la detección de placa dental no son mayores ni en magnitud ni en probabilidad, que los peligros ordinarios que se encuentran en la vida diaria o en los estudios rutinarios físicos o psicológicos. Si algunas de las preguntas le hicieran sentir incomoda, a usted y/o a su hijo(a), tiene el derecho de no responderla. Todo el material que se utilizará es nuevo, estéril y/o desechable.

Participación voluntaria/retiro: la participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación de este en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en su servicio de salud.

Números para contactar: Si tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con las investigadoras responsables:

María de los Ángeles Ramírez Trujillo al siguiente número de teléfono (477)3422262

María del Carmen Villanueva Vilchis al siguiente número de teléfono (55)22728754

Si tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la presidenta de la Comisión de Ética en Investigación de la ENES, León, la Dra. Fátima del Carmen Aguilar Díaz, al teléfono (55)14231535 de 10:00 am a 14:00 horas. O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico fatimaguilar@gmail.com.

Si acepta su participación y la de su hijo, le entregaremos una copia de este documento, la cual le pedimos sea tan amable de firmar.

Atentamente

Mtra. María de los Ángeles Ramírez Trujillo

Departamento de Salud Pública Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, UNAM

Teléfono: 044 477 342 22 62

Correo electrónico: angelesramirez@hotmail.com

Consentimiento del padre/madre o tutor para su participación y la de su hijo(a)

Su firma indica su aceptación para que usted y su hijo(a) participen voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del Padre/Madre/Tutor participante: _____ Fecha: _____
Día / Mes / Año

Nombre Completo del Testigo 1: _____ Fecha: _____
Dirección _____ Día / Mes / Año

Firma: _____ Fecha: _____
Relación con el participante _____ Día / Mes / Año

Nombre Completo del Testigo 2: _____ Fecha: _____
Dirección _____ Día / Mes / Año

Firma: _____
Relación con el participante _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento _____ Fecha: _____
Día / Mes / Año

Anexo 6. Aprobación de la Comisión de Ética en Investigación de la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, UNAM (CEI.18_013_S1)



León, Guanajuato a 23 de octubre de 2018.

Investigador principal: María de los Ángeles Ramírez Trujillo

Asunto: DICTAMEN DE LA COMISIÓN DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.

Referente a la revisión de los documentos enviados respecto a los ajustes realizados al protocolo "Impacto de un programa educativo basado en Entrevista Motivacional sobre conocimientos, actitudes, comportamientos de cuidado bucal y conteo microbiano en binomio materno-infantil" con número de registro CEI.18_013_S1. Dichos documentos que responden a las observaciones emitidas por esta Comisión en la sesión del 12 de octubre de 2018. Fueron evaluados y se concluye que los cambios realizados son satisfactorios por lo que se le otorga el estatus de:

APROBADO

Se le solicita enviar un reporte de avances dentro de los próximos 12 meses a partir de la emisión de la presente

Atentamente



Presidenta de la Comisión de Ética en Investigación
Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León.
UNAM

Anexo 7. Artículo “Validation of an instrument to determine oral health knowledge, attitudes, and practices during pregnancy”

Ramírez-Trujillo et al. *BMC Oral Health* (2021) 21:554
<https://doi.org/10.1186/s12903-021-01898-1>







BMC Oral Health

RESEARCH

Open Access



Validation of an instrument to determine oral health knowledge, attitudes, and practices during pregnancy

María de los Ángeles Ramírez-Trujillo¹ , María del Carmen Villanueva-Wilchis^{1*} ,
Fátima del Carmen Aguilar-Díaz¹ , Javier de la Fuente-Hernández¹ , Daniel Demétrio Faustino-Silva²  and
Luis Alberto Gaitán-Cepeda¹ 

Abstract

Background: Oral health of the mother-infant dyad is important to preserve general health. However, there are few instruments in Spanish for the evaluation of knowledge, attitudes and practices that determine this construct. Therefore, this research aimed to develop and evaluate the psychometric properties of the Maternal Oral Health Knowledge, Attitudes and Practices Questionnaire (CAPSOM in Spanish).

Methods: In this instrument development study that carried out in 2018–2019, involving pregnant women between the ages of 18 and 45 in the city of León, Guanajuato, Mexico. The sample size was calculated based on 10 women per questionnaire item ($n = 10 k$). The study used Cronbach's alpha, the modified Lawshe test of validity criteria, factor analysis, and the level of difficulty and discrimination of the items.

Results: 207 women took part with their signed, informed consent (25 ± 6 years). The internal consistency of the instrument, both total and by dimension was $\alpha = 0.70$, $\alpha = 0.66$ knowledge, $\alpha = 0.74$ attitudes, and $\alpha = 0.66$ practices. Values of Content Validity Ratio ≥ 0.60 were obtained for the final 10 items and Content Validity Index = 0.90. The average difficulty index of items was 0.40, and there were significant differences (Kruskal–Wallis, $p < 0.001$) in the discrimination test. Factor analysis demonstrated three main components.

Conclusions: A valid and reliable 10-item Spanish questionnaire was designed to measure pregnant women's oral health knowledge, attitudes, and practices.

Keywords: Validation study, Oral hygiene, Dental health surveys, Prenatal education, Pregnant women

Background

The wellbeing of the mother-infant dyad has a position of vital importance in public health, since it is a fundamental indicator of health and social inequalities [1]. A poor oral condition has direct implications on general

health. For example, it affects children's growth, ability to concentrate, hours of sleep, and even their socialization, in such a way that we must address all the factors related to that condition, including those related to the role and health of the mother [2]. On the other hand, there is a strong relationship between homeostasis, oral biofilm, and general health in such a way that during pregnancy periodontal disease might be considered as a risk factor for preterm birth, low birth-weight, and preeclampsia [3]. During pregnancy, the mother and her child, face diverse health risks, so that

*Correspondence: civillanueva@enes.unam.mx

¹ Department of Public Health, National School of Higher Studies, León Unit, National Autonomous University of Mexico (UNAM), Blvd UNAM #2011, Piedad El Saucillo y El Pozo, Comunidad de los Tepetates, 37894 León, Guanajuato, México
Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2021. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Anexo 8. Estandarización para Entrevista Motivacional

DO-088

Medellín, 2 de diciembre de 2018



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

EL DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD CES

CERTIFICA QUE:

La doctora María de los Ángeles Ramírez Trujillo estuvo en nuestra universidad entre el 24 y el 2 de diciembre de 2018 participando en el evento: "Estandarización en Entrevista motivación para proyecto latinoamericano multicéntrico" en calidad de coinvestigador.

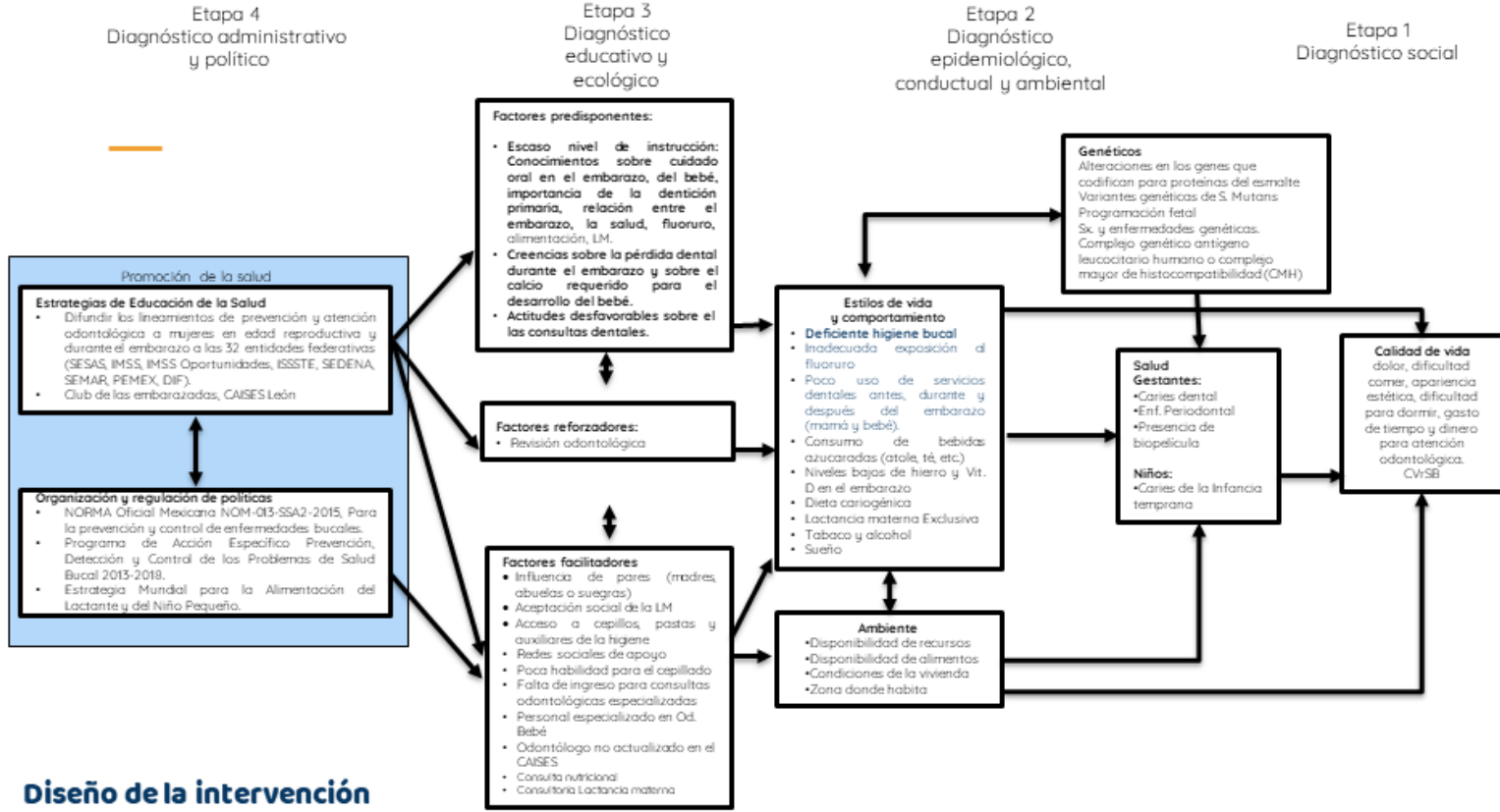
Este certificado se expide a solicitud de la doctora María de los Ángeles Ramírez Trujillo para presentarlo ante la Universidad Nacional Autónoma de México, sede León Guanajuato.



Julián Emilio Vélez R.
JULIÁN EMILIO VÉLEZ R.

Diana D.

Anexo 9. Diseño de las intervenciones con PRECEDE-PROCEED



Anexo 10. Carta descriptiva de la intervención en el grupo experimental

Carta descriptiva del Programa de Salud Oral Materno-Infantil (grupo experimental)						
DÍA	TEMA	OBJETIVO	DINÁMICA/TÉCNICA	MATERIAL	TIEMPO	RESPONSABLE
1	Presentación del proyecto "Salud oral materno-infantil"	Explicar los objetivos del proyecto y presentar a los integrantes del equipo de investigación.	Se realizará el primer contacto con las gestantes en el aula educativa del CAISES donde se explicará de forma verbal y personal el proyecto además de hacer la presentación del equipo de investigación.	Aula educativa del CAISES, computadora, cañón.	10 mins.	<ul style="list-style-type: none"> • María de los Ángeles Ramírez Trujillo • Trabajadora Social CAISES León
	Evaluación de entrada	Recolectar: 1. Consentimiento informado firmados 2. Datos sociodemográficos. 3. Conocimientos, actitudes, comportamientos basales 4. Índices de control de biopelícula 5. Evaluación odontológica	1. Se realizará la invitación a las embarazadas que no presenten discapacidad y/o enfermedades sistémicas, que no cursen embarazo de alto riesgo, que no cuenten con formación odontológica, que no tengan planes de cambio de residencia en los próximos 24 meses y que no hayan recibido información en un curso prenatal odontológico 2. En las participantes que den su asentimiento, se recolectará la firma del consentimiento informado. 3. Se recolectará la información de forma directa a través de una integrante del equipo que se encargará de entregar los formatos de los cuestionarios CAPSOB/CAPSOM y dar apoyo a quién lo requiera. 4. Al finalizar la recolección de datos, se realizará en grupos de 3 embarazadas el control de biopelícula a través del índice O'Leary (Drake Taylor, 1972), identificando las superficies dentarias con biopelícula. Primero el/la anotador/a registrará a la embarazada, además, preguntará si existe alergia al colorante Rojo 3. De obtener una respuesta negativa, el/la anotador/a colocará solución reveladora TRACE con ayuda de pinzas y una torunda de algodón en todas las caras de los dientes de la paciente. Después de un minuto se visualiza con el espejo intraoral las zonas pigmentadas y se anotan en una ficha de registro. Cada diente se divide en 4 (caras mesial, vestibular, distal y lingual). Para determinar el puntaje final (promedio), se suma el número total de caras con placa, se divide este número por la cantidad total de caras presentes en la boca y se multiplica por 100. Con ayuda de un espejo facial el examinador muestra a la participante la pigmentación en los dientes. 5. Con ayuda de un juego de 1x3, sonda OMS y luz artificial se realizará una inspección oral general, en caso de localizar enfermedad periodontal, granuloma piógeno del embarazo, etc. Se remitirá al servicio odontológico del CAISES o en su caso, a las clínicas odontológicas de la ENES León, UNAM.	-iPad -Guantes y cubrebocas -Solución reveladora TRACE -Gasas de tela tejida -Toallas interdoblabadas -Espejo facial -Sondas OMS y 1x3 estéril -Lámparas de frente -Bolsas para basura -Bolsas para esterilizar -Lysol -Contenedor plástico para material -Fotocopias, plumas, lápices, tablas, bicolor.	20-30 mins.	<ul style="list-style-type: none"> • María de los Ángeles Ramírez Trujillo Cuestionarios y consentimientos: <ul style="list-style-type: none"> • Kathia Denisse Rodríguez Mena Examinadores y anotadores: <ul style="list-style-type: none"> • Diego Esau Chávez Banda • Felipe Bonilla Tapia • Paúl Hernández • Irazú Arenas • Karen Almanza • Ana Guevara
	Sesión informativa "Cuidado oral materno-infantil"	Otorgar información general sobre cuidados orales materno-infantil mediante: 1. Sesión informativa y una serie de ejercicios prácticos. 2. Manual de cuidados orales materno-infantil.	Se realizará la sesión informativa grupal. Se dará información sobre cuidado oral materno-infantil (Bebé- Alteraciones orales, consultas con el dentista, limpieza oral, alimentación, chupón, vaso entrenador y biberón, transmisión de bacterias, erupción dental; Madre-enfermedades orales, higiene, visitas al dentista, alimentación). Acompañada de la información se otorgará ejercicios sobre cepillado oral materno, higiene de la boca del bebé con gasa y agua, higiene de la boca del bebé con pasta y cepillo y cantidad y tipo de pasta dental para niños menores de tres años. Se otorgará un manual educativo. Se informará sobre la realización de una llamada telefónica de refuerzo para solucionar dudas.	Aula educativa del CAISES, computadora, cañón, tipodontos edéntulos e infantiles, cepillos infantiles, pasta de dientes, gasas, manuales.	20 mins.	<ul style="list-style-type: none"> • María de los Ángeles Ramírez Trujillo • Trabajadora Social CAISES León
2	Llamada de refuerzo	Realizar un refuerzo telefónico sobre la sesión informativa anterior.	Se realizará una llamada telefónica quince días después de la intervención, se solucionarán preguntas surgidas a las embarazadas después de la sesión informativa. Se notificará sobre la siguiente llamada de seguimiento cuando el bebé cumpla tres meses de nacido.	Teléfono móvil	5 mins.	<ul style="list-style-type: none"> • María de los Ángeles Ramírez Trujillo
3	Entrevista motivacional Tema "higiene oral materno-infantil".	Realizar una sesión de entrevista motivacional	Estrategia: Entrevista Motivacional Se trabajará con un grupo de 3-5 embarazadas en una sesión de EM. Al iniciar, se dará la bienvenida y se definirá la agenda de la conversación dirigida a la higiene oral de la embarazada y del bebé. Se iniciará con una pregunta abierta (PA) en la que solicitará que las gestantes compartan su experiencia con el principal obstáculo para llevar a cabo la higiene oral propia y la del bebé (dependiendo si es el primer embarazo o no). Se hará una escucha reflexiva (ER) con la intención de repetir con las mismas palabras el principal problema para llevar a cabo la higiene. Este proceso de PA-ER se continuará con los siguientes puntos: a) Identificar el problema ¿Me puedes platicar sobre...? b) Reconocimiento del problema De acuerdo, entiendo que... c) Por qué es necesario el cambio ¿Por qué crees que es necesario...?	-Infografía -iPad -Cuaderno -Dos sillas -Tipodontos edéntulos e infantiles -Cepillos infantiles -Pasta de dientes -Gasas -Manuales	20 mins.	<ul style="list-style-type: none"> • María de los Ángeles Ramírez Trujillo

			<p>d) 3 beneficios de hacer el cambio ¿Cuáles crees que sean los tres principales beneficios de...? e) Como hacer el cambio ¿Qué consideras que te haría falta para...? f) Importancia de hacerlo (0-10) Del 1 al 10 ¿qué tan importante es...? Me gustaría saber porque 7 y no 0.</p> <p>Si en algún caso es necesario brindar información, se solicita permiso a la embarazada para compartir un ejemplo hipotético en tercera persona: Conozco un caso en el que una persona joven como tú realizó... ¿Qué te parece?, ¿podría ser algo que pudieras intentar? Al final se dará un refuerzo positivo y se cerrará con un resumen de lo tratado en la sesión. Se notificará sobre la siguiente llamada de seguimiento cuando el bebé cumpla tres meses de nacido.</p>			
4	Evaluación de salida a los tres meses de vida del bebé	Recolectar: 1. Conocimientos, actitudes, comportamientos y autoeficacia materna basales.	<p>Al realizar la llamada telefónica es necesario identificarse como parte del equipo del programa de salud oral materno-infantil de la UNAM/CAISES León. Se preguntará si el embarazo llegó a término y si el bebé padece alguna alteración congénita. Posteriormente se recolectará información de forma directa a través de un encuestador que se encargará de realizar las preguntas vía telefónica y registrándolas en una base de datos. Los datos se obtendrán mediante los cuestionarios CAPSOM y CAPSOB.</p>	Teléfono móvil	30 mins.	<ul style="list-style-type: none"> • María de los Ángeles Ramírez Trujillo

Anexo 11. Carta descriptiva de la intervención en el grupo control

Carta descriptiva del Programa de Salud Oral Materno-Infantil (grupo control)						
DÍA	TEMA	OBJETIVO	DINÁMICA/TÉCNICA	MATERIAL	TIEMPO	RESPONSABLE
1	Presentación del proyecto "Salud oral materno-infantil"	Explicar los objetivos del proyecto y presentar a los integrantes del equipo de investigación.	Se realizará el primer contacto con las gestantes en el aula educativa del CAISES donde se explicará de forma verbal y personal el proyecto además de hacer la presentación del equipo de investigación.	Aula educativa del CAISES, computadora, cañón.	10 mins.	<ul style="list-style-type: none"> • María de los Ángeles Ramírez Trujillo • Trabajadora Social CAISES León
	Evaluación de entrada	Recolectar: 1. Consentimiento informado firmados 2. Datos sociodemográficos. 3. Conocimientos, actitudes, comportamientos basales 4. Índices de control de biopelícula 5. Evaluación odontológica	1. Se realizará la invitación a las embarazadas que no presentan discapacidad y/o enfermedades sistémicas, que no cursen embarazo de alto riesgo, que no cuenten con formación odontológica, que no tengan planes de cambio de residencia en los próximos 24 meses y que no hayan recibido información en un curso prenatal odontológico 2. En las participantes que den su asentimiento, se recolectará la firma del consentimiento informado. 3. Se recolectará la información de forma directa a través de una integrante del equipo que se encargará de entregar los formatos de los cuestionarios CAPSOB/CAPSOM y dar apoyo a quién lo requiera. 4. Al finalizar la recolección de datos, se realizará en grupos de 3 embarazadas el control de biopelícula a través del índice O'Leary, identificando las superficies dentarias con biopelícula. Primero el/la anotador/a registrará a la embarazada, además, preguntará si existe alergia al colorante Rojo 3. De obtener una respuesta negativa, el/la anotador/a colocará solución reveladora TRACE con ayuda de pinzas y una torunda de algodón en todas las caras de los dientes de la paciente. Después de un minuto se visualiza con el espejo intraoral las zonas pigmentadas y se anotan en una ficha de registro. Cada diente se divide en 4 (caras mesial, vestibular, distal y lingual). Para determinar el puntaje final (promedio), se suma el número total de caras con placa, se divide este número por la cantidad total de caras presentes en la boca y se multiplica por 100. Con ayuda de un espejo facial el examinador muestra a la participante la pigmentación en los dientes. 5. Con ayuda de un juego de 1x3, sonda OMS y luz artificial se realizará una inspección oral general, en caso de localizar enfermedad periodontal, granuloma piógeno del embarazo, etc. Se remitirá al servicio odontológico del CAISES o en su caso, a las clínicas odontológicas de la ENES León, UNAM.	-iPad -Guantes y cubrebocas -Solución reveladora TRACE -Gasas de tela tejida -Toallas interdoblabadas -Espejo facial -Sondas OMS y 1x3 estéril -Lámparas de frente -Bolsas para basura -Bolsas para esterilizar -Lysol -Contenedor plástico para material -Fotocopias, plumas, lápices, tablas, bicolor.	20-30 mins.	<ul style="list-style-type: none"> • María de los Ángeles Ramírez Trujillo Cuestionarios y consentimientos: <ul style="list-style-type: none"> • Kathia Denisse Rodríguez Mena Examinadores y anotadores: <ul style="list-style-type: none"> • Diego Esaú Chávez Banda • Felipe Bonilla Tapia • Paúl Hernández • Irazú Arenas • Karen Almanza • Ana Guevara
	Sesión informativa "Cuidado oral materno-infantil"	Otorgar información general sobre cuidados orales materno-infantil mediante: 3. Sesión informativa y una serie de ejercicios prácticos. 4. Manual de cuidados orales materno-infantil.	Se realizará la sesión informativa grupal. Se dará información sobre cuidado oral materno-infantil (Bebé-Alteraciones orales, consultas con el dentista, limpieza oral, alimentación, chupón, vaso entrenador y biberón, transmisión de bacterias, erupción dental; Madre-enfermedades orales, higiene, visitas al dentista, alimentación). Acompañada de la información se otorgará ejercicios sobre cepillado oral materno, higiene de la boca del bebé con gasa y agua, higiene de la boca del bebé con pasta y cepillo y cantidad y tipo de pasta dental para niños menores de tres años. Se otorgará un manual educativo. Se informará sobre la realización de una llamada telefónica de refuerzo para solucionar dudas.	Aula educativa del CAISES, computadora, cañón, tipodontos edéntulos e infantiles, cepillos infantiles, pasta de dientes, gasas, manuales.	20 mins.	<ul style="list-style-type: none"> • María de los Ángeles Ramírez Trujillo • Trabajadora Social CAISES León
2	Llamada de refuerzo	Realizar un refuerzo telefónico sobre la sesión informativa anterior.	Se realizará una llamada telefónica quince días después de la intervención, se solucionarán preguntas surgidas a las embarazadas después de la sesión informativa. Se notificará sobre la siguiente llamada de seguimiento cuando el bebé cumpla tres meses de nacido.	Teléfono móvil	5 mins.	<ul style="list-style-type: none"> • María de los Ángeles Ramírez Trujillo
3	Evaluación de salida a los tres meses de vida del bebé	Recolectar: 1. Conocimientos, actitudes, comportamientos y autoeficacia materna basales.	Al realizar la llamada telefónica es necesario identificarse como parte del equipo del programa de salud oral materno-infantil de la UNAM/CAISES León. Se preguntará si el embarazo llegó a término y si el bebé padece alguna alteración congénita. Posteriormente se recolectará información de forma directa a través de un encuestador que se encargará de realizar las preguntas vía telefónica y registrándolas en una base de datos. Los datos se obtendrán mediante los cuestionarios CAPSOM y CAPSOB.	Teléfono móvil	30 mins.	<ul style="list-style-type: none"> • María de los Ángeles Ramírez Trujillo



Anexo 12. Minuta de acuerdos y formato digital para recolección del índice O'Leary.



ESTANDARIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE ÍNDICES CLÍNICOS BUCALES

EQUIPO GESTANTES

ACUERDOS PARA RECOLECCIÓN DE ÍNDICE O'LEARY

- 1) Colocar de 6 a 7 gotas de solución TRACE en la punta de un hisopo, distribuir por todas las caras de los dientes y dejar actuar durante un minuto.
- 2) Registrar toda pigmentación ya sea tenue o intensa
- 3) Se contabilizan todos los dientes presentes desde el margen gingival hasta la corona incluyendo:
 - Dientes sanos
 - Restos radiculares visibles incluso con movilidad
 - Prótesis fija excepto pónicos
 - Terceros molares
 - Provisionales
 - Dientes con remanentes de resinas de tratamientos de ortodoncia
 - Dientes con cálculo, aunque este no se pigmente
- 4) Si hay duda en alguna pigmentación, es mejor no registrarlo
- 5) Las caras distales se toman en cuenta hasta la base de la papila interdental
- 6) No se registran dientes supernumerarios



Estandarización índice O'Leary

Examinador: _____

Paciente: _____

Fecha: _____

O'Leary

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
Total de caras:								Total de caras teñidas:								Porcentaje:	

Anexo 13. Encuestas breves para la evaluación del Método PRECEDE-PROCEDE

¡Nos gustaría saber tu opinión sobre el programa en el que estás participando!

Las siguientes preguntas nos sirven para saber tu opinión respecto al programa y actividades que te estamos ofreciendo. ¡Tus respuestas nos ayudan a conocer los aspectos que podemos mejorar!

Por favor coloca una tachita "X" en la casilla que consideres adecuada

La calificación va de (5) muy bueno a (1) muy malo.

	5	4	3	2	1
1. Que tan satisfecha te sientes con el trato del equipo de trabajo					
2. Que tan satisfecha te sientes con el servicio que te brinda el programa					
3. Que tan satisfecha te sientes con el contenido temático del programa					
4. Que tan fáciles de comprender son las actividades del programa					
5. Que tanto te gustan las actividades del programa					
6. Que tanto te gustan las imágenes de las actividades del programa					

¿Qué es lo que más le gustó de esta actividad?

¿Qué te gustaría que tuviera esta actividad?

¡Nos gustaría saber tu opinión sobre el programa en el que estás participando!

La siguiente lista de preguntas tiene como función saber tu opinión respecto al programa, actividades y material impreso que te estamos ofreciendo, tus respuestas nos ayudan a conocer los aspectos que podemos mejorar.

Por favor coloca una tachita "X" en la casilla que consideres adecuada

La calificación va de 😊 (5) muy bueno a ☹️ (1) es muy malo.

	5	4	3	2	1
1. Que tan satisfecha te sientes con el trato del equipo de trabajo	😊	😊	😐	☹️	☹️
2. Que tan satisfecha te sientes con el servicio que te brinda el programa	😊	😊	😐	☹️	☹️
3. Que tan satisfecha te sientes con el contenido temático del programa	😊	😊	😐	☹️	☹️
4. Que tan fáciles de comprender son las actividades del programa	😊	😊	😐	☹️	☹️
5. Que tanto te gustan las actividades del programa	😊	😊	😐	☹️	☹️
6. Que tanto interés tienes en las actividades del programa	😊	😊	😐	☹️	☹️
7. Que tanto te gustan las imágenes de las actividades del programa	😊	😊	😐	☹️	☹️
8. El material impreso que se te entregó es atractivo	😊	😊	😐	☹️	☹️
9. Se comprende fácilmente el material impreso que se entregó	😊	😊	😐	☹️	☹️
10. El material impreso que se te entregó te da elementos para mejorar el cuidado de tu boca y la de tu bebé	😊	😊	😐	☹️	☹️
11. El lenguaje usado en el material impreso te parece adecuado	😊	😊	😐	☹️	☹️
12. El material impreso es respetuoso y cordial	😊	😊	😐	☹️	☹️
13. El material impreso resuelve las dudas que tenias	😊	😊	😐	☹️	☹️

¿Qué es lo que más le gustó de esta actividad?