

Intervención psicológica en salud bucal en embarazadas

Psychological intervention in oral health of pregnant women

*Omelio Fontaine Machado, Amando García Martínez,
Edelsys Hernández Meléndrez e Ileana Castañeda Abascal¹*

RESUMEN

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

Palabras clave: Intervención psicológica; Participación social y comunitaria; Nivel de conocimientos; Salud bucal; Enfermedad gingival.

ABSTRACT

The purpose of this study was to assess the clinical status and the knowledge about buccal hygiene in 80 pregnant women, most of them suffering from gingival disease, halitosis and pain to dental brushing. The knowledge about oral hygiene was inadequate in the 95.38% of cases. In the intervention phase pregnant women participated in activities in which different resources available in the community were used. The results showed the disappearance of the gingival disease or a significant reduction of it. The knowledge of oral hygiene improved to an adequate level.

Key words: Psychological intervention; Social and comunitary participation; Knowledge level; Oral health; Gingival disease.

Según numerosos estudios paleontológicos, el hombre ha estado expuesto a la enfermedad periodontal desde épocas muy remotas; documentos muy antiguos revelan incluso diversos tratamientos, y aparece descrita en la literatura como la más común de las enfermedades encontradas en los cuerpos embalsamados de los faraones egipcios de hace 4 mil años (Socronsky, 1980).

Hace casi 300 años, Anthony van Leewenhoek escribió e ilustró los microorganismos hallados en la superficie de sus dientes (Mandel, 2002). Black y William (cfr. Gibbons y van Houte, 2005), por su parte, a finales del siglo XIX descubrieron delgadas láminas gelatinosas compuestas por bacterias adheridas a las superficies dentarias.

Los trabajos de Stefan descubrieron la naturaleza y formación de la placa, su morfología, composición e implicaciones patológicas, análisis que sirvió de base para describir el desarrollo de la placa dentobacteriana como una agregación de bacterias, glicoproteínas salivales y sales inorgánicas que se adhieren firmemente

¹ Escuela Nacional de la Salud Pública, Calle I, Num. 202, entre Línea y 11, Vedado, Plaza de la Revolución, 10400 La Habana, Cuba, tel. (537)832-21-13, correo electrónico: edelsysh@yahoo.es. Artículo recibido el 4 de marzo y aceptado el 23 de noviembre de 2008.

a la superficie de los dientes, placa la cual no se remueve espontáneamente, por lo que tiende a acumularse si no se retira mediante la masticación o el cepillado mecánico; es por ello que se considera como la causa fundamental de la caries dental y la enfermedad periodontal (van Houte, 2006).

En 1898, Williams dio a estas formaciones el nombre de "placa microbiana". A partir de ese año se sucedieron los estudios acerca de esta formación que permitieron facilitar el análisis de las transformaciones que ocurren en las superficies dentarias y en los tejidos que las rodean (cfr. van Houte, 2006). Hoy se ha demostrado que la placa constituye el elemento causal fundamental de la enfermedad periodontal (Gibbons y van Houte, 2003); así, los datos obtenidos a partir de numerosos estudios epidemiológicos han mostrado una estrecha relación entre la falta de higiene bucal y las periodontopatías.

La salud periodontal se mantiene por un balance simbiótico entre los microorganismos de la cavidad bucal y el huésped. Los microorganismos viven en una relación estrecha con el cuerpo humano sin ocasionar por lo común cambios patológicos, aunque se les considera como causa potencial de enfermedad cuando se estructuran en placas y se rompe el balance entre su formación y eliminación en un huésped susceptible (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Las enfermedades periodontales son un conjunto de enfermedades de naturaleza inflamatoria e infecciosa que afectan los tejidos que rodean y mantienen a los dientes en los maxilares. Cuando el proceso inflamatorio solamente afecta a la encía libre, se le denomina *gingivitis*.

En la mujer, una de las etapas en que hay más propensión a padecer este tipo de trastornos es el embarazo, donde la gravedad de la *gingivitis* asciende a partir del segundo o tercer mes. En las pacientes embarazadas con *gingivitis* crónica que no han tenido atención médica aparece con mayor intensidad, pues las zonas antes inflamadas se expanden, se tornan edematosas y se pigmentan con mayor notoriedad (Estrada, 2000). La gravedad de la *gingivitis* en el embarazo se atribuye principalmente a las concentraciones aumentadas de progesterona, que producen dilatación y tortuosidad gingival, y también a la presencia de

irritantes locales, materia alba, placa bacteriana o cálculo dental (Rodríguez, 2001).

La pérdida de inserción producida por la enfermedad periodontal es un fenómeno lento pero continuamente progresivo, que produce como consecuencia bolsas periodontales que no son más que la migración apical de la adherencia epitelial de la pérdida ósea de manera patológica. Este es un rasgo clínico importante de la enfermedad periodontal.

En la época actual se han identificado numerosos factores de riesgo para las enfermedades gingivales y periodontales. La placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival están fuertemente relacionados con el origen y ulterior desarrollo de la *gingivitis*, la que puede evolucionar hacia la enfermedad periodontal y es más destructiva y crónica.

La respuesta de los tejidos periodontales a los microorganismos no resulta de la invasión bacteriana, sino de la difusión de productos microbianos dentro de los tejidos gingivales a través del epitelio de unión de la pared blanda del surco gingival y la bolsa periodontal (Gilbert, Foerster, Dolon, Duncan y Ringelberg, 2004). Las bacterias presentes en la placa dentobacteriana son, pues, agentes claves en la patogénesis de la enfermedad periodontal (Bowsman, 2006; Cárdenas, 1993; Nombelli, 2004; Santamarina, 2003).

La ulterior destrucción de los tejidos periodontales parece deberse a los fenómenos relacionados con la activación del sistema inmune y otros mecanismos defensivos del huésped. La gravedad de las periodontopatías tiende a aumentar en su evolución, y en ausencia de tratamiento progresa y destruye los tejidos periodontales, ocasionando importantes mutilaciones de las arcadas dentales, lo que repercute en la salud de las poblaciones y en su calidad de vida (Hernández, Fernández y Batista, 2004).

La enfermedad periodontal, por ser heterogénea y multifactorial, es difícil de evaluar; sin embargo, por su variabilidad y riqueza en cuanto a manifestaciones clínicas, factores de riesgo, edad de establecimiento, evolución y pronóstico, permite establecer alternativas de terapia y control (Matchei, Asuman, Dunford y cols., 2005).

En el caso particular de las embarazadas, esta enfermedad se encuentra dentro de las de mayor incidencia y produce las mismas afecciones que en el resto de la población, con la particularidad de que aparecen las complicaciones con mayor rapidez si no son tratadas de forma adecuada y oportuna.

La prevalencia y gravedad de las periodontopatías varía en función de factores sociales o ambientales, enfermedades bucales y del organismo en general, particularmente de la higiene bucal individual. Los primeros signos de periodontopatías suelen ser evidentes después del segundo decenio de la vida, y es común observar destrucciones considerables después de los 40 años de edad. Durante el embarazo, comienzan a aparecer desde los primeros meses de gestación (Bergstrom, Eliasson y Dock, 2004).

El tratamiento de estas enfermedades consume importantes recursos humanos y materiales del sector salud y de otros; este alto costo impone a la estomatología la utilización de técnicas restringidas a la curación casi de forma absoluta en algunos países, y la imposibilita a desarrollar actividades preventivas y de promoción de salud en relación con la aparición y desarrollo de la enfermedad (Marshall, 2004).

Hay evidencias de que el incremento de los servicios estomatológicos de carácter curativo ha sido incapaz de disminuir la alta prevalencia de enfermedades periodontales, a la vez que ha generado necesidades ilimitadas de atención ya que las medidas educativas se aplican solo en el contexto de la atención curativa a través de métodos ya obsoletos (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS], 1996)

En Cuba, la atención primaria en periodontología se desarrolla por el estomatólogo general básico (EGB) y el especialista en estomatología general integral (EGI) y está dirigida a todos los individuos que manifiesten o no la enfermedad gingival o periodontal, a los cuales se les harán acciones de promoción, prevención y tratamiento (Swoinnen-Taipole, Alonen, Helenius, Nordblanc y Vuteln, 2003).

Las acciones de promoción de la salud corresponden a toda la estomatología y tienen como propósito mantener al hombre sano a través de las

modificaciones de los estilos de vida que posibiliten disminuir o controlar factores de riesgo, y las acciones preventivas están dirigidas a detener el avance de las enfermedades gingivales y periodontales o evitar su aparición en la población supuestamente sana o con riesgos (Black, 2006).

En Venezuela, como en el resto de los países subdesarrollados, existe una elevada incidencia de estas alteraciones de la salud, lo que responde a la escasez de recursos para desarrollar tratamientos adecuados y acciones de promoción, entre otros factores, sobre todo en las poblaciones de bajos ingresos.

En el caso del área de salud bajo estudio, la citada enfermedad se ha detectado en las embarazadas, lo que representa un problema de salud a resolver ya que el embarazo constituye por sí un factor predisponente. Las alteraciones hormonales y circulatorias, unidas a los malos hábitos alimentarios y de higiene, favorecen el desarrollo de la enfermedad y sus complicaciones para la madre y el feto por la presencia de focos infecciosos (Hernández, 2005).

Dentro de las complicaciones de la enfermedad se halla la pérdida dentaria, que se traduce en alteraciones estéticas y de autoestima, dificultades para la masticación y trastornos digestivos y que implican graves limitaciones en la calidad de vida de la embarazada. Los focos sépticos asociados a la enfermedad constituyen un factor de riesgo para el buen desarrollo del producto con amenaza de parto pretérmino y prematuridad, una elevada asociación con el bajo peso al nacer y crecimiento intrauterino retardado; en el feto, en particular, puede ocasionar malformaciones congénitas en sistemas tan importantes como el cardíocirculatorio (Hernández, 2005).

Dada la necesidad de desarrollar actividades de salud de tipo preventivas, se decidió realizar la presente investigación, en la que se aplicó una estrategia interventivo-educativa para mejorar el nivel de salud bucal de las embarazadas de una población rural a partir del diagnóstico oportuno y la prevención de la enfermedad periodontal y sus complicaciones mediante el conocimiento adecuado sobre la higiene bucal, trabajo preventivo nunca antes realizado en esta población.

La atención estomatológica a las pacientes embarazadas de la población de San Diego era

muy deficiente por múltiples causas, dentro de las cuales se pueden citar los escasos recursos económicos que limitaban su acceso a los servicios odontológicos. Secundariamente a este factor, es una población con pocos conocimientos de higiene bucal y cuidado dental, sobre todo las embarazadas, discriminadas del sistema de atención de salud.

Estos datos fueron corroborados en un encuentro con especialistas del país que brindan atención en el nivel primario de salud, quienes refirieron que la escasez de recursos y de programas de prevención, asociados a la presión asistencial, eran factores que limitaban su actividad en las diferentes comunidades. Por ende, se constató que una de las complicaciones más frecuentes derivadas de la gingivitis en las pacientes embarazadas del área era la pérdida de piezas dentarias.

Dadas las características funcionales de la familia venezolana, la madre es la encargada de la educación de los hijos y, en la mayoría de los casos, de los demás miembros de la familia; por tanto, al brindarle conocimientos sobre salud bucal, se estará educando indirectamente a sus hijos y familiares, lo cual repercutirá en beneficio de la comunidad en general, a la vez que se estará realizando una labor preventiva con resultados inmediatos y con impacto en el largo plazo.

Al desarrollar actividades preventivas de salud que no implican un elevado costo ni grandes gastos, se puede evitar la aparición y evolución de la enfermedad y sus complicaciones, lo que forma parte del Programa Ramal de Salud Bucal y del proyecto de Calidad de Vida impulsados por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, así como de los lineamientos que desarrolla el nuevo Ministerio de Salud y Desarrollo Social como parte del plan de rescate de la salud como un derecho del ser humano.

El odontólogo debe conocer los cambios extrínsecos e intrínsecos que ocurren en la gestante para interpretar, diagnosticar, modificar y actuar sobre los fenómenos bucales durante las diferentes etapas del período de gestación, dentro de los cuales el control de la placa bacteriana reduce al mínimo la inflamación gingival.

En un estudio realizado en Caracas en 1997, las embarazadas mostraban una prevalencia de enfermedades gingivales de 40.9%, en tanto que la

cobertura de atención prenatal fue de 25.5%; desde entonces, la situación no ha mejorado, lo que implica concentrar los esfuerzos para aumentar la cobertura y calidad de la atención prenatal.

El abordaje de los problemas de salud debe hacerse desde la perspectiva de una constante interacción en la que coinciden lo biológico, lo individual, lo social, lo público y lo privado.

Las enfermedades bucales con más alta frecuencia son la caries dental y las parodontopatías. En estadios iniciales de la enfermedad, con un oportuno diagnóstico y medidas higiénicas se puede revertir el proceso de la enfermedad, pero en el área rural, dadas las condiciones socioeconómicas, la mayoría de la población tiene bajo nivel cultural e higiénico y no ha tenido acceso a la atención estomatológica.

La intervención psicológica es el conjunto de medidas psicológicas que se aplican a un individuo, a un grupo o una comunidad con el fin de contribuir a promover, mantener y restaurar la salud (Hernández, 2005). Como requisito para su implementación, deben haber demostrado ser eficaces, es decir, prevenir o controlar el problema o satisfacer una necesidad. Para lograr lo anterior, se hace necesaria la participación de la comunidad en la prevención, la cual se define como la acción de los actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definir prioridades y formular y negociar propuestas para el desarrollo de la salud de una manera deliberada, democrática y concertada (PNUD/CIDEAL, 1993).

Las estrategias de intervención comunitaria constituyen el conjunto de medidas sanitarias (organizativas, programáticas y estratégicas) aplicadas a personas, grupos y comunidades. Implican acciones de promoción, mantenimiento y restauración de la salud. Estas deben responder a necesidades, ser planificadas, aplicadas, colectivamente consensuadas, incluyentes y evaluadas. Pueden clasificarse en estrategias de prevención, recuperación, rehabilitación y promoción, así como mixtas.

El enfoque estratégico ha evolucionado en diferentes etapas, pasando de la eliminación de la progresión de enfermedades (prevención secundaria) a la eliminación de factores de riesgo (prevención primaria), y de estas a la promoción de la salud, para lo cual es necesario el desarrollo parti-

ceptivo de políticas públicas saludables donde interactúen y estén presentes las aptitudes personales y la acción comunitaria para crear ambientes saludables.

La operacionalización de la promoción de la salud tiene como objetivos la transformación de las políticas sanitarias, el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria y el fomento de la participación pública, para lo cual debe disponerse de la organización comunitaria, la educación para la salud y la comunicación social.

Toda estrategia consta y se desarrolla sobre la base de sus distintas fases: identificación de la necesidad (fase diagnóstica), propuesta de solución, ejecución y control y evaluación (Pineaul y Daveluy, 1987).

Por todo lo anteriormente expuesto, y teniendo en cuenta el estado de salud bucal de la población en la zona rural del municipio Sotillo del estado de Anzoátegui, específicamente de las embarazadas, es que surgió la necesidad de desarrollar una estrategia de intervención educativa comunitaria para mejorar el nivel de conocimientos sobre su salud bucal y con ello prevenir la gingivitis. Los objetivos específicos estuvieron encaminados a identificar los antecedentes sintomáticos de la enfermedad gingival, establecer su diagnóstico, evaluar el nivel de conocimientos sobre higiene bucal antes de la intervención y evaluar la efectividad de la estrategia aplicada en función del nivel de conocimientos alcanzado en las pacientes sobre higiene bucal y mejoría de síntomas de enfermedad gingival (Sanabria, 2005).

MÉTODO

Participantes

Participaron 105 mujeres embarazadas del área, de las cuales se seleccionó una muestra de 80 pacientes según los siguientes criterios: embarazadas con residencia fija en el área, edad de entre 18 y 40 años con molestias en encías y nivel mínimo de escolaridad de primaria terminada.

Para la fase diagnóstica se utilizó la técnica clínica para el diagnóstico de enfermedad gingival. Para medir el grado de gingivitis se aplicó el índice gingival (IG) de Löe y Sillness (1963), que eva-

lúa el tejido gingival y su inflamación como estado reversible de la enfermedad periodontal. Para tal fin se examinó la mucosa gingival circundante en todos los dientes utilizando un espejo bucal, valorando su color, textura, tendencia a la hemorragia y presencia o ausencia de ulceraciones (Axelson y Lindhe, 1974; Murrieta, Juárez, Linares y Zurita, 2004).

Una vez seleccionadas las embarazadas, se procedió al diagnóstico de la enfermedad, y posteriormente se procedió a aplicarles un cuestionario de diez preguntas relacionadas con el nivel de conocimientos que tenían sobre higiene bucal antes de la intervención y con los temas tratados en las charlas.

Procedimiento

La encuesta de conocimientos sobre salud bucal fue confeccionada y validada por los autores utilizando la técnica de validación por consenso de expertos, por constructo y contenido, adecuándola a los criterios socioculturales de la población (lenguaje, nivel de escolaridad, de información cultural y de información sobre salud dental) (Riviera, 2005).

En la fase de diseño e implementación de la estrategia se desarrollaron técnicas participativas con temas acordes a las necesidades de información detectadas en la fase diagnóstica.

Luego se procedió a la etapa de intervención propiamente dicha, la cual se llevó a cabo mediante un programa preestablecido que garantizó que todas las embarazadas tomaran parte en las charlas y técnicas participativas.

Se efectuaron quince reuniones: una de presentación, otra para alentar la cohesión del grupo, diez para desarrollar los temas, dos reuniones más para concluir el ciclo y una última para evaluar y dar por finalizada la intervención. Los encuentros se realizaron en semanas alternas, las actividades participativas se desarrollaron con la misma frecuencia, y se aplicaron diferentes técnicas para ejercitar los temas tratados.

Los recursos que se utilizaron para el aprendizaje, fueron los siguientes:

a) Exposición oral, interrogatorio, formulación de preguntas para la obtención de información, puntos de vistas o verificación de lo aprendido. Se

emplea esta fase para despertar el interés, relajar la tensión e inducir la reflexión sobre aspectos importantes.

b) Demostración: Consiste en ejecutar ante un individuo o grupo lo que se está explicando y repetirlo hasta su comprensión.

c) Dinámica de grupo. Discusión de un tema por el grupo bajo la conducción de un moderador. Contribuye a la modificación de conductas negativas y se usa para delimitar el tema y fomentar el planteamiento de problemas o preguntas. Se elaboran conclusiones con ayuda del grupo.

d) Dramatización. Se trata de la escenificación de un problema ante un grupo, en la cual los participantes tienen oportunidad de analizar tareas en circunstancias similares a las que se presentan en la realidad cotidiana.

e) Técnicas participativas. Consisten en la realización, por parte de los asistentes, de tareas concretas, orientadas por el coordinador del grupo para propiciar animación, cohesión, reflexión y consolidación de los conocimientos propuestos en el programa creado al respecto.

Las técnicas participativas desarrolladas fueron las siguientes: "Quién soy", "Mi espejo y yo", "La caja china", "Secreto colectivo", "La culpa la tiene el otro" y "La piñata". Los temas abordados fueron los de frecuencia de cepillado, técnica correcta de cepillado, importancia del cepillado dental, duración del cepillado dental, importancia del uso de hilo dental, importancia de la utilización de desinfectantes bucales, frecuencia e importancia de visitas al odontólogo, hábitos dietéticos adecuados, importancia relativa de la crema dental y tipos de cepillo para la higiene bucal.

Al evaluar la mejoría en la higiene bucal de las pacientes, se procedió a realizar nuevamente el examen bucal para constatar la evolución de la enfermedad según el IG de Løe y Sillness, y se aplicó otra vez el cuestionario inicial sobre salud bucal para determinar el nivel final de conocimientos alcanzado por las pacientes sobre el tema, una vez concluida la intervención.

Se consideró efectiva la intervención cuando más de la mitad de la muestra mejoró su nivel de conocimientos sobre la higiene bucal, ubicándose en los rangos promedio y adecuado; además, cuando la mitad o más de la muestra mostró mejoría de

los síntomas de la enfermedad según el índice utilizado para la clasificación clínica de la enfermedad en los inicios de la investigación.

Como método estadístico de procesamiento de la información se utilizó la comparación de proporciones, y los resultados fueron representados en gráficas y tablas creadas al efecto.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra los síntomas predominantes en la muestra de mujeres embarazadas.

Tabla 1. Antecedentes sintomáticos de enfermedad gingival en pacientes embarazadas del módulo de Barrio Adentro San Diego.

Antecedentes	Num.	%
Diagnóstico previo de enfermedad gingival	5	6.25
Opresión en las encías	50	62.50
Prurito o escozor en las encías	30	37.50
Dolor al cepillado	60	75.00
Sangramiento al cepillarse	45	56.25
Secreciones purulentas	20	25.00
Dientes flojos	0	0.00
Halitosis	70	87.50

En el diagnóstico de enfermedad gingival según la aplicación del Índice de Løe y Sillness, se obtuvo que 76 pacientes mostraban algún síntoma de la enfermedad, lo que representó el 95.0% del total de la muestra (Tabla 2).

Tabla 2. Diagnóstico de enfermedad según grado del Índice de Løe y Sillness en pacientes embarazadas del módulo de Barrio Adentro San Diego.

Grado IG	Núm.	%
0	4	5.0
1	46	57.5
2	26	32.5
3	4	5.0

Al analizar el comportamiento específico de los síntomas en las embarazadas según el IG, se pudo constatar que el síntoma más frecuente fue el edema ligero en 40 pacientes (50%), seguido por enrojecimiento (31.25%), inflamación moderada (20.0%) y ligeros cambios de coloración (18.75%). El edema moderado apareció en 25%, mientras que la inflamación leve fue detectada en 18.75%

del total de la muestra. Valores inferiores se registraron para la inflamación grave y el enrojecimiento intenso, ambos de 5.0%, y la ulceración solo en 3.75%.

En cuanto a la valoración del nivel general de conocimientos sobre la higiene bucal al inicio de la intervención, se constató un nivel inadecuado en 95.0% de los casos; solo 5.0% poseía un nivel promedio de conocimiento, y ninguno adecuado.

Al realizar el análisis del nivel específico por temas de conocimiento sobre higiene bucal, se halló que 87.5% desconocía que el cepillado más importante era antes de acostarse y que lo más esencial para la higiene bucal era el cepillado, no el tipo de crema dental utilizado.

El 93.75% desconocía que la frecuencia de cepillado debe ser de cuatro veces al día, y una proporción aún mayor (96.25%) no sabía que la duración del cepillado dental debe ser de tres a cinco minutos, ni que el uso de hilo dental ayuda a prevenir las enfermedades de las encías.

En cuanto a la frecuencia de visitas al odontólogo, esa misma proporción ignoraba que estas deben hacerse cada seis meses.

En cuanto a la evaluación del sistema de intervención según la evolución de la enfermedad de acuerdo al Índice de Løe y Sillness, pudo observarse que en 85.41% de las mujeres la enfermedad disminuyó al grado 0, seguido de 14.58% en el grado I, sin detectarse casos en los grados II y III.

Se obtuvo una considerable mejoría en la totalidad de los casos ya que ninguno de ellos permaneció en el grado inicial, y en el caso del grado I, donde se detectó 14.58%, debe aclararse que provenían de los estadios II, III, lo que denota mejoría sintomática.

En la evaluación del sistema de intervención en relación con el conocimiento general sobre salud bucal alcanzado, se encontró que en 87.5% de las mujeres mejoró hasta lograr un nivel adecuado y que en solo 12.5% alcanzó un nivel promedio. Es importante señalar que ninguno de los casos concluyó logrando un nivel inadecuado.

DISCUSIÓN

Los síntomas predominantes fueron la halitosis en primer lugar, seguida del dolor al cepillado y la

opresión en las encías. Conceptualmente, la halitosis es el síntoma que se caracteriza por la presencia de olor y sabor desagradables debidos a la descomposición de restos alimenticios en la cavidad bucal; también puede ser producida por la presencia de enfermedades del tracto respiratorio superior (Torres, 1978). Según algunos autores, hay una relación muy directa entre este síntoma y la presencia de placa dentobacteriana, lo que constituye un síntoma premonitorio de la presencia de enfermedad gingival por mala higiene, ya sea por insuficiencia o inadecuación de la técnica del cepillado (Báscones, 1999; López-Hernández, 2002; Murrieta y cols., 2004). Este síntoma es reversible con medidas higiénicas sencillas.

Algunos autores establecen una relación directa entre la opresión en las encías y la enfermedad, pero dichos estudios no se han realizado en embarazadas, en quienes el efecto de determinadas hormonas y la presencia del factor psicológico pueden actuar como paliativos, atenuando así el componente subjetivo que acompaña a esta sensación (Riviera, 2005; Sanabria, 2005).

Se encontró asimismo una elevada prevalencia de gingivitis, lo que concuerda con estudios realizados en otras regiones, los que refieren que la distribución de la enfermedad es muy similar en los países subdesarrollados y está casi siempre asociada a malos hábitos de higiene bucal (Sanabria, 2005).

A criterio de los autores, dichos resultados tienen un origen común: la mala higiene bucal; sin embargo, la causa de ésta es lo que establece las diferencias entre los distintos tipos de población, en los que el nivel de escolaridad y de conocimientos, la disponibilidad de recursos y la posibilidad de asistencia médica actúan conjuntamente para que aparezcan las alteraciones de las encías. En la actualidad, la mayoría de los autores coinciden en el origen multifactorial de la enfermedad, donde se imbrican otros factores, como los psicológicos, físicos, culturales y sociales (Sanabria, 2005).

En el caso de los factores psicológicos y físicos, estos pueden tener igual incidencia en países desarrollados y subdesarrollados, aunque la mayoría de los autores los asocian a niveles de vida elevados relacionados con el estrés; en los países subdesarrollados hay una mayor relación

con los problemas culturales y sociales. Todos estos factores se agravan al no existir una red de salud que garantice una atención y prevención correctas, hecho que se espera revertir con las nuevas políticas de salud (Ranney, 2005).

Antes de la intervención, ninguna de las embarazadas poseía un nivel adecuado de conocimientos sobre higiene bucal, lo que refleja una relación directa entre la elevada incidencia de enfermedad y una mala educación sanitaria, que en este estudio se justifica por el bajo nivel de atención de la salud al ser una población desfavorecida por sus escasos recursos económicos (Issler, 2003).

Han sido numerosas las experiencias desarrolladas en todo el mundo acerca de la importancia de este tipo de acción de salud, y sus excelentes resultados en el mejoramiento de la calidad de vida del ser humano ya no aluden a su carácter discriminatorio sino inclusivo gracias a una creciente participación de las autoridades nacionales y regionales en la salud de la población (Winslow, 2007).

En América Latina en general, y Venezuela en particular, el desarrollo ha sido más lento, con limitaciones severas, donde la salud no ha sido suficientemente atendida desde el espacio genoestructural, aunque en general se observan avances (Organización Mundial de la Salud y Asociación Canadiense de Salud Pública, 1986; Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2001).

En un estudio similar realizado por Zunias (2005) sobre el embarazo y su relación con la enfermedad periodontal en el estado de Miranda, se logró reducir el número de afectadas en 75%. Todo lo anterior prueba la efectividad de este tipo de acción de salud educativa y el importante papel que juega como herramienta en el mejoramiento y rescate de la salud del pueblo en general. La preservación de la salud mediante la promoción y la educación como práctica debe hallar un mayor

espacio para su realización y consolidación, e incluso constituir uno de los renglones más importantes dentro del nuevo concepto de salud en Venezuela, donde los problemas de salud acumulados por la población son muy diversos; pero está demostrado que la mejor alternativa para solucionarlos hasta el momento es justamente la promoción y la educación para la salud.

Es necesario entender que la participación social constituye una piedra angular para el desarrollo de los seres humanos en su individualidad y de las localidades a las que pertenecen; es importante que aquella se estimule y desarrolle a partir de asociaciones teórico-conceptuales vinculadas a la democracia, y que se establezca desde una perspectiva cultural de participación política y la de cada ciudadano en aras de la dignidad del ser humano, la equidad y la justicia, libre del anarquismo que la sociedad capitalista impuso, donde las propuestas individuales alcanzaban una mayor legitimidad y autenticidad que las de tipo social, dominadas por la autodecisión y el autocontrol de las relaciones sociales, de trabajo y de convivencia.

La educación preventiva favorece la salud de las personas capacitando a los individuos y grupos para conseguir los objetivos fijados; la mejora y elevación de su calidad de vida disminuye el índice de mortalidad, las enfermedades y la minusvalía, y además favorece y estimula la interacción humana.

Las personas que aspiran a alcanzar dichos objetivos deberían lograrlo en el marco de tres estrategias principales: la promoción de ideas, la capacitación y el apoyo.

El resultado de esta evaluación se dio a conocer en la reunión final que asumió la forma de una fiesta, donde las participantes fueron estimuladas con un diploma de promotoras de salud por haber adquirido los conocimientos adecuados.

REFERENCIAS

- Axelsson, P. y Lindhe, J. (1974). The effect of a preventive programme on dental plaque, gingivitis and caries in schoolchildren. Results after one and two years. *Journal of Clinical Periodontology*, 1(2), 126-138.
- Báscones, M. (1999). *Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal* (2ª ed.). Madrid: Avances.
- Bergstron, J., Eliasson, S. y Dock, J.A. (2004). 10-years prospective study of tobacco smoking and periodontal health. *Journal of Periodontology*, 71, 1338-1347.
- Black, G.V. (2006). Gelatine forming microorganisms. *Independent Practitioner*, 7, 546-550.

- Bowman, Q. (2006). Effect of personal oral hygiene on bleeding interdentally gingival. *Journal of Periodontology*, 59, 80-87.
- Cárdenas, L.M. (1993). Estudio de lactobacilos salivares y caries activa en pacientes diabéticos tipo I y sanos. *CES Odontology*, 6, 133-178.
- Estrada, G. (2000). *Factores de riesgos asociados a la enfermedad periodontal*. Brasilia: Instituto de Investigaciones de Brasil.
- Gibbons, R.J. y Van Houte, J. (2003). About information's of dental plaque. *Journal of Periodontology*, 44(6), 789-800.
- Gibbons, R.J. y Van Houte, J. (2005). Dental caries. *Annual Review of Medicine*, 26(121), 34-36.
- Gilbert, G.H., Foerster, U., Dolon, T. A., Duncan, R.P. y Ringelberg, M.L. (2004). Twenty four month coronal caries incidence: The forum of the dental care and race. *Caries Research*, 34(5), 367-379.
- Hernández, E. (2005). *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara (México): La Noche.
- Hernández, R., Fernández, C. y Batista, P. (2004). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Issler, J.R. (2003). Embarazo en la adolescencia. *Rev. Post. Cat. Med.*, 107, 3.
- Löe, H. y Sillness, J. (1963). Periodontal disease in pregnancy (I). Prevalence and severity. *Acta Odontologica Scandinavica*, 21, 551-553.
- López-Hernández, A. (2002). *Intervención educativa en embarazadas*. San Salvador: Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.
- Machtei, E.E., Hausmann, E., Dunford, R., Grossi, S., Ho, A., Davis, G., Chandler, J., Zambon, J. y Genco, R.I. (2005). Longitudinal study of predictive factors for periodontal disease and tooth loss. *Clinical Periodontology*, 26(6), 374-380.
- Mandel, J.D. (2002). Dental plaque: Nature, formation and effects. *Journal of Periodontology*, 32, 357.
- Marshall, J. (2004). Indicators o nutritional risk in a rural elderly Hispanic and no Hispanic urbane population: San Luis Valley health and aging study. *Journal of Dietary Association*, 315-322.
- Murrieta, J.F., Juárez, L.A., Linares, C. y Zurita, V. (2004). Prevalencia de gingivitis en un grupo de escolares y su relación con el grado de higiene oral y el nivel de conocimientos sobre salud bucal demostrado por sus madres. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 61(1), 44-54.
- Nombelli, A. (2004). *Actinobacillus actinomycetemcomitans* in adult periodontitis. I. Topographic distribution before and after treatment. *Journal of Periodontology*, 65, 820-840.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Informe de un grupo de científicos de la OMS. Epidemiología, etiología y prevención de las periodontopatías*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud y Asociación Canadiense de Salud Pública (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de Salud*. Ottawa: Autores.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (1996). *Clasificación internacional de enfermedades aplicadas a odontología y estomatología* (3ª ed.). Washington, DC: Autores.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2001). *Mensaje del Director. Informe Anual del Director. Promoción de la salud en las Américas*. Washington DC: Autor.
- Pineaul, R. y Daveluy, C. (1987). *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias*. Barcelona: Masson.
- PNUD / CIDEAL (1993). *Informe sobre desarrollo humano*. Madrid: Autores.
- Ranney, R. (2005). Classification of periodontal diseases. *Journal of Periodontology*, 2, 13-25.
- Riviera, A. (2005). *Epidemiología bucal (concepto básico)*. Caracas: Ofedo-Udual.
- Rodríguez, F. (2001). Educación para la salud en adolescentes portadores de enfermedad periodontal. *Revista Cubana de Estomatología*, 4, 23-26.
- Sanabria, A. (2005). *Factores de riesgos de las periodontopatías en embarazadas*. México: Instituto de Investigaciones Médicas de México.
- Santamarina, ME. (2003). Flora microbiana en la enfermedad periodontal. *Actual Odontology*, 31, 31-35.
- Socransky, S. (1980). Relationship of bacteria to the etiology of periodontal disease. *Journal of Dental Research*, 49, 203-208.
- Swominen-Taipole, A., Alonen, P., Helenius, H., Nordblanc, A. y Vuteln, A. (2003). Edentulism among finish adults of working age. *Community of Dental Epidemiology*, 27, 353-365.
- Torres, N. (1978). *Participación popular en el sector de la salud. Evolución histórica*. Tesis para optar por el grado de Master en Salud Pública. La Habana: IDS.
- Van Houte, J. (2006). Oral bacterial colonization. Mechanism and implications. Proceedings of Microbial Aspects of Dental Caries. *Microbiology Abstracts*, 1(3), 234-238.
- Winslow, C.E.A. (2007). The evolution and significance of the modern public health camping. En H. Arroyo y M. T. Cerqueira (Comps.): *La promoción de salud y la educación para la salud en América Latina* (pp. 56-89). San Juan, PR: Universidad de Puerto Rico.
- Zuniagas, M. (2005). *El embarazo y su relación con la enfermedad periodontal*. Caracas: Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.

