



UNIVERSIDAD JOSE CARLOS MARIATEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACION

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA

TESIS

**“FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA DE GESTANTES
EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL CENTRO DE SALUD
SAN ANTONIO DE MOQUEGUA, 2018”**

**PRESENTADA POR
ROXANA LIZETT VENEGAS CUAILA**

**ASESOR
Mgr. EDWIN EDGAR CUAYLA MAMANI**

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

MOQUEGUA – PERÚ

2020

INDICE

PAGINA DEL JURADO	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
INDICE	iv
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I	5
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.1 Definición del Problema.	5
1.2 Objetivo de la Investigación.....	5
1.3 Cuadro Operacionalización de Variables.....	6
1.4 Hipótesis de la investigación.....	8
CAPITULO II	9
MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes de la investigación.....	9
2.2 Bases teóricas.....	11
2.2.1 Caries dental y Embarazo	11
2.2.2 El embarazo y la enfermedad periodontal	13
2.2.3 Factores relacionados a la asistencia de la consulta odontológica.	14
2.2.4 Factores sociales:	15
2.2.5 Factores maternos.....	15
2.2.6 Factor psicológico: Ansiedad.....	17
2.3 Marco conceptual.....	19
CAPITULO III	21
METODO	21
3.1 Tipo de investigación.....	21
3.2 Diseño de investigación.	21
3.3 Población y muestra.	21
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	22
3.5 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.	24

CAPITULO IV	25
PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS	25
4.1 Presentación de resultados	25
4.2 Contrastación de Hipótesis	32
4.3 Discusión de resultados	37
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
Recomendaciones	46
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS	52

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. CARACTERISTICAS SOCIALES DE LAS GESTANTES	25
TABLA 2. CARACTERISTICAS MATERNAS DE LAS GESTANTES	27
TABLA 3. INASISTENCIA DE LAS GESTANTES A CONSULTA DENTAL SEGÚN SUS FACTORES SOCIALES	28
TABLA 4. INASISTENCIA DE LAS GESTANTES A CONSULTA DENTAL SEGÚN SUS FACTORES MATERNOS	30
TABLA 5. INASISTENCIA DE LAS GESTANTES A CONSULTA DENTAL SEGÚN EL FACTOR ANSIEDAD.....	31

RESUMEN

La gestante tiene conocimiento limitado sobre el control odontológico durante el embarazo, por tanto, su inasistencia a la consulta odontológica tiene efectos negativos en la salud bucal, siendo la patología más frecuente la caries dental. Hace falta una atención integrada en la gestante que promueva y verifique la atención dental en ellas. El **objetivo** fue Establecer la relación entre los factores sociales, maternos y ansiedad con la inasistencia de gestantes en la atención odontológica del Centro de Salud San Antonio de Moquegua, 2018. **Metodología.** Estudio observacional, transversal, prospectivo y analítico. El diseño fue ,asecuenciado de asociación, nivel relacional, con una población por conveniencia de 102 gestantes que acudieron a sus controles prenatales y que fueron referidos a la consulta odontológica en el Centro de Salud San Antonio; Se utilizó una encuesta para recoger datos de factores sociales y maternos, una encuesta para medir la inasistencia y la ansiedad se obtuvo con Escala de ansiedad dental de Corah validado por Norman Corah (1934-2001), los datos se analizaron en el programa SPSS v23. **Resultados.** La prevalencia de inasistencia a la atención odontológica fue 38,2% en el nivel bajo, los factores sociales predominantes fueron: La edad entre 18-29 años (68,6%), nivel de instrucción secundaria (56,8%), convivientes (73,5%), residencia urbano marginal (59,8%); Los factores maternos predominantes son de 7-9 meses de gestación y multigestas (56,8%); El nivel de ansiedad moderado a severo fue (35.3%). **Conclusión.** Los factores sociales: Grado de instrucción y el factor psicológico ansiedad se asociaron significativamente ($p < 0,05$) con la inasistencia de gestantes en la atención odontológica del Centro de Salud San Antonio de Moquegua. La edad, el estado civil, lugar de residencia y los factores maternos no fueron factores asociados.

Palabras clave. Factores sociales, maternos, ansiedad, inasistencia

ABSTRACT

The pregnant woman has limited knowledge about dental control during pregnancy; therefore, her absence from dental practice has negative effects on oral health, with dental caries being the most frequent pathology. There is a need for integrated care in pregnant women that promotes and verifies dental care in them. The objective was to establish the relationship between social, maternal and anxiety factors with the absence of pregnant women in the dental care of the San Antonio de Moquegua Health Center, 2018. Methodology. Observational, cross-sectional, prospective and analytical study. The design was, association sequenced, relational level, with a population for convenience of 102 pregnant women who attended their prenatal controls and who were referred to the dental office at the San Antonio Health Center; A survey was used to collect data on social and maternal factors, a survey to measure absence and anxiety was obtained with the Corah Dental Anxiety Scale validated by Norman Corah (1934-2001), the data were analyzed in the SPSS v23 program . Results The prevalence of non-attendance at dental care was 38.2% at the low level, the predominant social factors were: Age between 18-29 years (68.6%), secondary education level (56.8%), living together (73.5%), marginal urban residence (59.8%); The predominant maternal factors are 7-9 months of gestation and multigests (56.8%); The level of moderate to severe anxiety was (35.3%). Conclusion. Social factors: Degree of instruction and psychological anxiety factor were significantly associated ($p < 0.05$) with the absence of pregnant women in the dental care of the San Antonio de Moquegua Health Center. Age, marital status, place of residence and maternal factors were not associated factors.

Keywords. Social factors, maternal, anxiety, absence

INTRODUCCION

La inasistencia de la gestante a la atención odontológica, no solo oculta las cifras estadísticas poblacionales de enfermedades bucales, de mayor frecuencia, como la caries dental y las periodontopatías, sino que también retarda una atención preventiva oportuna, ya que estas enfermedades deben ser manejadas según el proceso de gestación y dependen, en gran parte, de las medidas preventivas y curativas implementadas (1).

Existe una gran diversidad de factores que dificulta la asistencia odontológica de la gestante. En el Perú, un estudio realizado en Honadomani - San Bartolomé MINSA, reportó que gestantes entre 21 a 30 años con educación secundaria (53,3%) acudían mayormente a consulta dental (2).

En estudios a nivel mundial se evidencia un comportamiento diferencial en la asistencia a la consulta odontológica por parte de las mujeres gestantes. En Estados Unidos el rango oscila entre 19 y 70%; En Australia y Oceanía entre el 32 y 50% y en Latinoamérica entre 23 y el 83% de gestantes que asisten a la consulta odontológica, mientras que las investigaciones en Europa, Asia y África muestran que la asistencia a la consulta odontológica está entre el 23 y 83%. Saddki et al revelan como en Malasia a pesar que, el 60% de las gestantes admiten tener problemas bucales sólo el 29% asisten a la consulta odontológica (3,4).

Este estudio está justificado, por los beneficios que ha de lograr en la población gestante del Centro de Salud San Antonio, concerniente al mejoramiento de las medidas de prevención, y tratamiento después de conocer los factores asociados a la inasistencia de la atención dental.

Tiene especial originalidad, dado que en la literatura existente en el ámbito regional, no se tiene registrado antecedentes investigativos con similar enfoque.

En el aspecto social la investigación permite obtener información relevante, para que las gestantes, mejoren la percepción de riesgo de las enfermedades bucodentales durante el embarazo, teniendo en cuenta sus condiciones

demográficas, sociales y de niveles de ansiedad, lo cual es el insumo básico en la toma de decisiones del Centro de Salud San Antonio.

Por otro lado, el problema elegido responde no sólo a los Lineamientos de Política Investigativa de la Facultad, al guardar conformidad con el área problemática, nivel y relevancia exigidos para una investigación, sino que también, se encuentra dentro del marco de las prioridades de salud del ministerio de Salud y Dirección Regional de Salud Moquegua en la línea de salud bucal y salud materna.

El estudio además tiene factibilidad, dado a que la población es accesible y no genera eventos adversos, existiendo disponibilidad de apoyo institucional por parte de la Gerencia del Centro de Salud San Antonio.

La presente investigación tiene como propósito, otorgar evidencias sobre los factores asociados a la inasistencia de gestantes en la atención odontológica del Centro de Salud San Antonio Moquegua, 2018.

La investigación es viable de realizar por contarse con los suficientes medios para su aplicación, sin embargo hubieron algunas limitaciones, se tuvo que esperar hasta que la gestante llegue al fin de la gestación para medir la inasistencia, por otro lado la población fue accesible, y no generó eventos adversos, con disponibilidad y apoyo institucional por parte de la Gerencia del Centro de Salud San Antonio.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Definición del Problema.

¿Qué factores están asociados a la inasistencia de gestantes en la atención odontológica del Centro de Salud San Antonio Moquegua, 2018?

1.2 Objetivo de la Investigación.

Objetivo General:

- Establecer la relación entre los factores sociales, maternos y ansiedad, con la inasistencia de gestantes en la atención odontológica del Centro de Salud San Antonio de Moquegua, 2018.

Objetivos específicos:

- Asociar los factores sociales, con la inasistencia de gestantes en la atención odontológica del Centro de Salud San Antonio de Moquegua.
- Asociar los factores maternos, con la inasistencia de gestantes en la atención odontológica del Centro de Salud San Antonio de Moquegua.
- Asociar los niveles de ansiedad, con la inasistencia de gestantes en la atención odontológica del Centro de Salud San Antonio de Moquegua.

1.3 Cuadro Operacionalización de Variables.

Variable	Dimensiones	Indicadores	Valor esperado unid. medida/categoría	Escala
FACTORES	SOCIALES	1.- EDAD	Adolescente (12-17 años) Joven (18 a 29 años) Adulta (30- 59 años)	Ordinal
		2 .-NIVEL DE INSTRUCCION	Analfabeto	Ordinal
			Primaria	
			Secundaria	
		3.- ESTADO CIVIL	Superior	Nominal
			Soltera	
			Casada/Conviviente	
		4.- LUGAR DE RESIDENCIA	Separada/divorciada	Nominal
	Urbano			
	Rural			
MATERNOS	1.- MESES DE GESTACION	Urbano marginal	Ordinal	
		1ro trimestre		
		2do trimestre		
	2.- NÚMERO DE GESTACIONES	3er trimestre	Nominal	
		Primigestas		
Multigestas				

	PSICOLÓGICOS	ANSIEDAD	< 9 puntos : Leve	Ordinal
			9-12 puntos : Moderada	
			13-14 puntos: Elevada	
			15 a más puntos : Severa o fobia al dentista	
INASISTENCIA A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	INASISTENCIA	NO ACUDE A LAS CITAS	2 controles : Baja inasistencia	Ordinal
			1 control más tratamiento : Moderada inasistencia	
			Ningún / 1 control : Alta inasistencia	

1.4 Hipótesis de la investigación.

Dado que los factores sociales como la edad, nivel de instrucción, estado civil, lugar de residencia; Factores maternos, meses de gestación, numero de gestaciones ; Y factores psicológicos como los niveles de ansiedad , modifican la conducta de la gestante, se producen cambios, a nivel fisiológico y psicológico.

Entonces es probable que existan factores que estén asociados en mayor o menor grado con la inasistencia de gestantes a la atención odontológica en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua, 2018.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación.

Concha-Sánchez SC. Determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres Localidades de Bogotá (Colombia; 2015). Determino que a pesar de identificar los recursos con beneficios de salubridad, tanto en el estilo de vida como en el modo de vida, hay predominio de condiciones insalubres, esto explica las limitaciones que tienen las mujeres gestantes para acceder a la atención odontológica. Esta determinación social esta mediada por los procesos de salubridad e insalubridad, evidenciando la inequidad que opera en la sociedad, se muestra como una trama compleja contradictoria que relaciona lo individual y lo colectivo, de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de las tres localidades de la red norte del Distrito Capital (5).

Díaz-Quijano D. Factores asociados a la asistencia de las mujeres embarazadas a la consulta odontológica. Hospital de Engativá (E.S.E II nivel) (Colombia; 2014). Determino que el predominio de asistencia a la atención dental en el embarazo, fue significativamente alta, más del (50%) de las gestantes asistieron a la consulta remitidas por un profesional de la salud, resultando este el factor más asociado. Hubo un considerable número de gestantes que los profesionales no remitieron (15.36 %). Otro factor relacionado con la asistencia a la consulta odontológica fue el estado civil casada o en unión libre; Sin embargo, tener 3 o más hijos, la no asistencia regular al odontólogo antes del embarazo, y el

desconocimiento sobre el efecto de la enfermedad periodontal en la formación del bebé, fueron factores relacionados con una asistencia limitada a la atención odontológica (6).

Guallimba-Revelo L. Estilos de atención odontológica y fobia en mujeres embarazadas de 20 a 30 años de edad (**Ecuador; 2011**). En su investigación cuantitativa, no experimental, con método científico, inductivo-deductivo y estadístico. Dedujo que de cincuenta y nueve mujeres embarazadas, entre veinte y treinta años de edad, estimadas por fobias y miedos odontológicos, puso en evidencia que el miedo se inicia en la niñez y en los casos odonto-fóbicos recomendó que se deben remitir a psicología (7).

Díaz-Quijano DM, Pinzón-Flórez C, Oliveros-Rodríguez H, Castillo-Zamora M. Frecuencia de asistencia a la consulta odontológica en el Control Pre Natal y factores asociados en un Hospital Público de Bogotá (**Colombia 2011-2012**). *Concluyeron* que predominó una elevada asistencia a la atención odontológica durante el embarazo. Es fundamental crear conciencia en la mujer gestante, sobre las consecuencias, de una deficiente salud bucal, en el buen curso del embarazo (8).

Chaves-Meneses I, Silva-Mesquita B, Fernandes-Pessoa T, Passos-Farias I. Prevalência de ansiedade odontológica e sua relação com fatores socioeconômicos entre gestantes de João Pessoa (**Brasil; 2014**). Llegaron a la conclusión que las gestantes en su mayoría presentaron un nivel alto de ansiedad. No hay asociación entre la variable ansiedad con los factores socioeconómicos investigados. Se pone en evidencia la necesidad de atención odontológica, durante la gestación, con estrategias dirigidas a la reducción de la ansiedad. (9)

Briceno-Vigo F. Niveles de Ansiedad y Miedo a la atención odontológica en pacientes adultos que acuden a la consulta en la Clínica Estomatológica de Moche (**Trujillo-Perú; 2009**). Llegaron a la conclusión que los niveles de ansiedad de los pacientes: El 76,8% se presentan sin ansiedad, 16,7% ansioso, 5,4% muy ansioso y 1,1% extrema ansiedad. Para los niveles de miedo, los

pacientes se presentan en 45,6% con escaso o nulo miedo y 54,1% con medio o elevado miedo (10).

2.2 Bases teóricas.

2.2.1 Caries dental y Embarazo

En el embarazo las condiciones bucales cambian, el PH salival se altera, promoviendo una mayor actividad cariosa, la cual es considerada, como un mito de que se produce por que los dientes le ceden el calcio a la formación del futuro bebe; Por el contrario, estudios realizados demuestran que, a consideración del esqueleto; Durante el proceso de gestación es muy difícil que se lleve a cabo la perdida de minerales de las piezas dentales. El esmalte mantiene su intercambio mineral pausado, por ende el contenido mineral se mantiene toda la vida, sin embargo lo que pasa a nivel del esmalte, se produce porque al interactuar con la saliva ocurre un recambio de minerales y no por extracción del calcio. Para tal sentido se llega a la conclusión que no se absorbe el calcio del tejido dentario (11).

Si se considera tratar la caries dental, se requiere un punto de vista integral madre e hijo, tomando en cuenta las complicaciones que pueden conllevar durante el periodo de gestación (12).

La transmisión de la caries es vertical de la progenitora al niño. Esto conlleva a que el genotipo del *Streptococcus mutans* de los niños se asemeja al de sus progenitoras en el 70 % de veces. Durante el proceso de erupción de los dientes en boca se hace propensa la colonización. Se toma en cuenta que al erupcionar los dientes existe mayor probabilidad de adquirir este microorganismo. Por el contrario, un estudio en niños de 6 a 36 meses en la isla de Saipán, el *Streptococcus mutans* fue detectado en la mayoría antes de los 12 meses y en el 25 % de los niños presentados, concediéndole un rol fundamental a la progenitora.

Una investigación en Finlandia dio a conocer que aquellas madres que se realizaron tratamientos dentales durante la gestación, a discrepancia de las madres que no recibieron tratamientos, tuvieron hijos que durante la dentición temporal presentaron baja incidencia de caries. Llegando a la conclusión que al realizarse tratamientos dentales durante el periodo de gestación, puede prevenir

la aparición de caries en la dentición temporal del niño, es muy probable que se transmitan mecanismos inmunes mediante la vía placentaria.(13).

Se ha dado a conocer que una gestación anterior, puede incrementar la incidencia de sufrir enfermedades bucales o padecerlas intensamente; No se ha encontrado alguna investigación que afirme lo dicho al respecto, no obstante, se han obtenido ciertos componentes que dan a entender la posible acentuación de riesgo durante la gestación ; El sistema de defensa materno se suprime para evitar rechazar al feto ;La existencia de una restricción en el trabajo de las células t y el bloqueo del proceso inicial de activación de linfocitos por la progesterona han sido reportados (14).

La mujer embarazada se puede hacer más vulnerable, por influencia de todos estos factores, ante la agresión de la caries en las piezas dentales, y por ende se espera una respuesta intensa, ante una segunda exposición al evento.

El tener en cuenta el riesgo de padecer caries dental durante la etapa de gestación, es primordial para un acertado plan de tratamiento, introduciendo estrategias de educación y prevención indispensables, para que las progenitoras cuiden eficientemente y de manera adecuada su salud y la de sus niños (15).

La correlación entre la gestación y la caries dental, no es de conocimiento público, sin embargo los estudios, deducen que el incremento de agresiones por caries en la piezas dentales de mujeres gestantes, se debería a un aumento de los elementos relacionados con la caries dental encontrados en boca , como por ejemplo alteraciones en la composición de la saliva y la flora bucal , presencia de vómitos, cambios en la dieta e higiene deficiente (16).

Los estudios investigativos de algunos autores, han puesto en evidencia que la deficiente higiene bucal y la dieta cariogenica, han influenciado considerablemente, en la presencia de caries en las piezas dentales; No obstante, durante el proceso de gestación , a pesar que la respuesta del huésped se vuelve más agresiva durante este periodo ,es posible lograr tomar las medidas de protección , con lo cual se minimiza significativamente los efectos de esta afección y es posible su prevención y control.

2.2.2 El embarazo y la enfermedad periodontal

La inflamación y el sangrado en las encías de las mujeres embarazadas es muy común y se conoce como la “gingivitis del embarazo”. Las alteraciones endocrinas, el aumento de los niveles hormonales especialmente de estrógenos y progesterona son fundamentales en el desarrollo del feto, y a la vez contribuyen en la aparición de alteraciones gingivales (17), generalmente se evidencian en el segundo al octavo mes de gestación, afecta desde el 30% hasta el 100% de las mujeres embarazadas; En su aparición influye la deficiente higiene bucal, propiciando un incremento de la placa dentobacteriana, la cual determina el predominio de la inflamación gingival causando la enfermedad periodontal (18).

El proceso de gestación aumenta la inflamación a nivel de las encías origina la movilidad de los dientes profundidad de bolsa y el fluido gingival, lo más evidente a nivel clínico es la vascularidad pronunciada. A pesar que las alteraciones gingivales son las más evidentes durante el proceso de embarazo, no se excluyen las afecciones periodontales(19).

En estado de gestación el organismo produce una hormona llamada relaxina, la cual facilita el parto mediante la relajación de las articulaciones en la gestante. Varias investigaciones revelan que esta hormona, puede actuar sobre el ligamento periodontal, provocando una ligera movilidad dentaria, que propicia la entrada de restos de alimentos, y que la placa dentobacteriana, se deposite entre la encía y el diente, originando la inflamación de dichas estructuras. La movilidad dentaria que se presenta durante el proceso de gestación, no lleva consigo pérdida de inserción dentaria; Por ende, no precisa tratamiento y remite después del parto, ya que es raro que el daño periodontal sea irreversible (20).

El resultado de la gravidez, referente a la manifestación gingival, frente a los irritantes locales, se explica mediante la relación con una base hormonal, el grado de piorrea va a variar con los niveles hormonales que se presentan durante el proceso de gestación, en ciertos casos la encía inflamada presenta masas circunscritas de aspecto tumoral, llamadas tumores del embarazo. (20).

La expulsión de los irritantes locales al inicio de la gestación, es un acto de prevención, enfrente a la enfermedad gingival en general. Una superficie residual de irritación local que no se llegue a tratar, puede causar la pérdida intermitente de los tejidos periodontales (21).

Existe una disminución parcial de la actividad de la gingivitis a dos meses posteriores al parto, y después de un año, el estado de la encía será semejante al de mujeres no embarazadas. No obstante, mientras existan irritantes locales, la encía no volverá a la normalidad. Posteriormente al proceso de embarazo, también disminuye la movilidad dental, el fluido gingival y la profundidad de la bolsa.

2.2.3 Factores relacionados a la asistencia de la consulta odontológica.

Investigaciones han determinado, que las mujeres embarazadas visitan al odontólogo entre un 35 a 50 %; No obstante, la relación entre el empleo de servicios odontológicos y las particularidades demográficas en las madres gestantes, no está establecida, se obtienen resultados adversos en cuanto a la relación del nivel de estudio, raza, edad e ingreso con la probabilidad de acudir a la consulta odontológica durante el embarazo(13).

Se asocian considerablemente, el control prenatal y el inicio temprano del control prenatal, con la búsqueda de cuidado dental en algunos estados de los Estados Unidos pero no en otros (22).

Otros factores que definieron, asociación significativa con la utilización de servicios de salud oral durante el embarazo fueron: El empleo previo de estos servicios (no embarazada) y tener seguro de salud privado (23).

Existen otros factores que en cierta medida podrían estar relacionados con la no asistencia a la consulta odontológica y son situaciones que no mantienen relación con la actitud de salud bucodental de la gestante ; Como por ejemplo, cuestiones económicas , dificultades en el desplazamiento, ocupación del hogar , desempleo, violencia en el núcleo familiar, consumo excesivo de sustancias , problemas psicológicos relacionados con vivencias desagradables previas en la consulta odontológica , ansiedad relacionada con el dolor o periodos extensos de espera, se han asociado con la inasistencia al consultorio odontológico (24).

Investigaciones han evidenciado la deficiente noción que tienen las mujeres embarazadas sobre su salud periodontal y su posible asociación con los resultados adversos del embarazo (25). Las gestantes en su mayoría no tienen

conocimiento sobre la seguridad de realizarse tratamientos dentales, y creen que la pérdida de dientes es parte del proceso de gestación (26).

2.2.4 Factores sociales:

Son elementos reales, que existen en nuestro universo y que por su particularidad son importantes y pueden ser medidos, en correlación a lo social, es todo aquello que ocurre en una sociedad, se puede decir que, en un conjunto de seres humanos, que están relacionados entre sí por algunas cosas que tienen en común. Los factores sociales, son aquellos aspectos que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren.

2.2.5 Factores maternos

Son todos los factores que contribuyen a dar un resultado determinado, por lo tanto, influyen en la respuesta de las gestantes, se puede decir que, son todos los indicadores individuales que condicionan la inasistencia al consultorio dental.

2.2.5.1 Definición de Mujer Embarazada

Se denomina gestación, embarazo o gravidez al tiempo en que transcurre el proceso de implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminada a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto y la obtención de su bebé con responsabilidad (7).

2.2.5.2 Cambios emocionales durante el embarazo

- **Pasividad:** El proceso de embarazo agota las energías en la mujer por lo cual es muy común que se sienta agotada y verla realizar actividades pausadamente y con periodos de descanso. Disminuye el interés por actividades que requerían más energía las cuales realizaba antes de la gestación. El hombre debe saber cuáles son los cambios que se van a producir en su pareja, para que no lo tome por sorpresa y aprenda a

tomarlo como una situación cotidiana, para evitar la angustia al originarse nuevas actitudes en su pareja (7).

- **Narcisismo primario:** El egocentrismo aflora durante el embarazo, concentrándose en ella misma. La futura mama probablemente empiece a utilizar ropa maternal antes de tiempo, con el fin de sentirse exclusiva. Generalmente es un mecanismo innato y lo realiza como una manera de proteger y cuidar a su futuro bebe, toda esta situación es normal y no se le debe de poner restricciones, salvo exageraciones que la pongan en riesgo. (7).
- **Labilidad emocional:** En el embarazo la mujer cambia en varios aspectos, sobre todo a nivel emocional se torna más sensible o irritable, su pareja debe saber que esto es temporal y normal por lo que debe entender y más bien mimar. La personalidad previa de la embarazada será un factor determinante en como sobrelleve el embarazo (7).
- **Ambivalencia:** las madres al enterarse del embarazo suelen decir que durante un tiempo se sienten desorientadas, con muchos sentimientos intensos y contradictorios que a veces las desbordan, llegan a pensar que aun podían posponer un tiempo más el embarazo por el temor a los cambios que conllevara. Todo este ambiente de duda y desconsuelo ocurre días después de saber la noticia de su embarazo, días posteriores lo normal es que asimilen y sientan felicidad por la nueva vida que empieza. ocurre también que algunas mujeres se arrepienten de haber concebido pensamientos contradictorios a su situación de embarazo en un primer instante. Por eso es bueno que sepan que todas las mujeres se sintieron así en un primer momento esto es de mucha ayuda (27)
- **Cambios de la imagen del cuerpo:** Cuando las mujeres creen que todo lo que está a su alrededor, es porque tienen un cuerpo espectacular, es probable que se presenten problemas y les cueste mucho, puesto que pensara que nunca volverá a ser la misma de antes, pero esto no es así es temporal es mejor aceptar con naturalidad (27).
- **Ansiedad ante el parto:** Generalmente la ansiedad es más alta en la madre primeriza, sin embargo también está presente en madres con varios

niños, usualmente aumenta en el curso del tercer trimestre de gestación (27).

Los cambios emocionales se producen de acuerdo a las diferentes etapas por las que tiene que pasar una embarazada, desde el momento mismo de la fecundación del ovulo con el espermatozoide, donde la producción de hormonas aumenta en unas y disminuye en otras, produciendo cambios físicos y emocionales los mismos que son temporales.

2.2.5.3 Cambios por trimestre gestacional

Los cambios hormonales pueden transformar a una mujer muy segura de sí misma o fuerte en una mujer muy frágil estos se presentan en la siguiente secuencia (27)

Primer trimestre: Sentimientos de ansiedad, ambivalencia, inseguridad, estrés, hipersomnolia, astenia, disminución del deseo Sexual.

Segundo trimestre: Se encuentra más serena, estable y segura, adaptada, aparecen antojos, siente movimientos del bebe, sensible, aumento nuevamente de los deseos sexuales.

Tercer trimestre: A finales del tercer trimestre aumenta nuevamente la ansiedad, inquietud, miedo, temor al parto.

2.2.6 Factor psicológico: Ansiedad

2.2.6.1 Concepto de ansiedad dental.

La ansiedad dental es un fenómeno que influye notablemente en el estado de salud oral. En la bibliografía especializada en oportunidades se ha presentado la deliberación entre lo que es ansiedad, miedo y fobia tomando en cuenta dichos conceptos de manera intercambiable, lo cual ha dificultado en mayor proporción la medición de la ansiedad dental (28)

A nivel conceptual, la ansiedad es entendida una asociación entre el estado psíquico, y los cambios psicofisiológicos que se van presentando, los cuales serían evidencia de un contenido intrapsíquico (29). El fenómeno de la ansiedad, da origen a un sentimiento de miedo, en varias oportunidades la persona no identifica el origen de dicho sentimiento; Lo que propicia que se manifieste la

angustia. Otra definición de ansiedad dental, propuesta por AlNamankany, De Souza y Ashley, quien llega a establecer que es una respuesta de múltiples sistemas, frente a una creencia de amenaza o peligro, la cual se experimenta individualmente, subjetiva, generalmente varía entre una persona u otra, e impacta en la vida cotidiana de la persona afectada, resultando una barrera en la búsqueda de una consulta dental (30).

El pensamiento lidera la ansiedad dental presentándola anticipadamente con solo imaginar alguna situación que le ocasione miedo. Es así como el paciente al enterarse que necesita acudir al dentista, tienen en mente que se aproxima una experiencia traumática y por ende le genera altos niveles de ansiedad. Por otro lado la ansiedad se define como un estado de aprensión de que algo terrible pasará en relación al tratamiento dental, lo que va acompañado de un sentido de angustia y pérdida de control (31).

La ansiedad dental es un factor importante a considerar si se quiere mejorar la calidad de vida oral del paciente. Para ello se debe revisar cuales son los instrumentos más utilizados para medir ansiedad dental dentro del contexto odontológico. (32).

2.2.6.2 Evaluación de la ansiedad dental

Se han utilizado diferentes metodologías para identificar la ansiedad dental en población adulta. Uno de ellos es el Corah Dental Anxiety Scale (DAS), cuestionario de autor reporte creado por Norman Corah. Se compone de 4 ítems de tipo likert, cuyo objetivo es identificar el nivel de ansiedad ante la situación de una visita próxima al dentista, cuando está en la sala de espera, cuando toma los instrumentos para trabajar en sus dientes y cuando el dentista prende el micromotor para trabajar en sus dientes. Dichas preguntas tienen cinco alternativas de respuesta, obteniéndose rangos de puntaje totales que van de 4 a 20 puntos, que permiten categorizar al paciente desde las dimensiones “relajado” hasta “fobia dental”. La cualidad más resaltante de este instrumento es que sus resultados tienen un alto nivel fidedigno, ya que la sociedad acepta la ansiedad dental y por ende el tener miedo al dentista, disminuye la visita al consultorio dental (28).

El instrumento utilizado en adultos es el MDAS (Modified Dental Anxiety Scale) (17), la cual es muy similar al Corah, agregando además una pregunta referente a la inyección de la anestesia. También se considera un instrumento de auto reporte con cinco alternativas de respuesta que van desde la “no ansiedad” hasta “extremadamente ansioso”. Los ítems son sumados para obtener el puntaje total, y mientras más puntaje, mayor es la ansiedad dental del paciente. Dicho instrumento ha mostrado una adecuada confiabilidad y validez tanto en el Reino Unido como en otros países europeos (33).

2.3 Marco conceptual

Edad. La edad de un individuo es expresada como el período de tiempo transcurrido desde el nacimiento, en el caso de la mujer embarazada, se expresa en años de vida acumulados.

Nivel de estudios. La Instrucción es el proceso de enseñanza aprendizaje que crea la integración y elaboración de lo aprendido en la educación formal. Es expresado en niveles o grados de estudios realizados o que aún están en curso.

Ocupación. Dedicación de una persona en su vida cotidiana como por ejemplo; su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le ocupa mayor tiempo para generar o no ingresos, le disminuye tiempo para otras actividades.

Estado civil. Se denomina así a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.

Lugar de procedencia. Se refiere al origen de una persona (gestante), en este sentido, puede asociarse a su tierra natal o a la de su familia.

Lugar de residencia. Es el lugar donde vive la gestante permanentemente o la mayor parte del tiempo en una vivienda actual, ya sea ubicada en zona urbana,

rural o urbano-marginal.

Ansiedad. Una emoción que siente todos los seres humanos, sin embargo, en determinados casos se convierte en un trastorno que requiere tratamiento. Se trata de la ansiedad que ocurre sin origen aparente y nos causa preocupación, nerviosismo fastidio y nos lleva a conductas inadecuadas y de evitación.

Gestante. Estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.

Meses de gestación. Periodo de tiempo desde el que se inicia en embarazo hasta que se desencadena la labor de parto ; El embarazo humano dura un total de 40 semanas, equivalente a 9 meses calendario y pueden clasificarse en tres trimestres de gestación.

Número de hijos. Considera el número de hijos que tienen las mujeres gestantes hasta el momento de la encuesta.

Inasistencia a la cita odontológica. Se refiere al incumplimiento de las citas odontológicas por parte de la gestante, referidas por el servicio de obstetricia o programadas por el cirujano dentista en el consultorio dental.

CAPITULO III

METODO

3.1 Tipo de investigación.

El trabajo es *observacional* porque no se interviene en el curso natural de la variable. Es *prospectivo* porque se obtuvieron las mediciones a medida que van llegando los sujetos de estudio (34). Es *Transversal* porque se midió por única vez a la variable (35). Y, *Analítico* porque evaluó una presunta relación probabilística entre los factores con la variable de estudio.

3.2 Diseño de investigación.

El diseño corresponde a un aseguenciado de asociación en el nivel relacional.

3.3 Población y muestra.

La población de estudio estuvo conformada por 102 gestantes que acudieron a sus controles prenatales y que fueron referidos a la consulta odontológica en el Centro de Salud San Antonio de Moquegua durante los meses de agosto – octubre.

El Centro de Salud San Antonio tiene el Servicio de Obstetricia donde trabajan 7 profesionales en Obstetricia y en Consultorio Dental donde trabajan 2 profesionales Cirujanos Dentistas.

Criterios de Inclusión

- Gestante que acude a su Control Prenatal al servicio de Obstetricia del C. S. San Antonio de Moquegua.
- Aquellas que acuden a la atención odontológica al consultorio dental del C. S. San Antonio de Moquegua.
- Todas las que deciden participar en el estudio en forma voluntaria.

Criterios de Exclusión

- Gestante que acude a su Control Prenatal en condición de alto riesgo al servicio de Obstetricia del C. S. San Antonio de Moquegua.
- Aquellas con problemas de comunicación o entendimiento de idioma español.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Las técnicas de recolección de datos son las siguientes:

Para los Factores sociales : Documentación

Para los Factores maternos : Documentación

Para el Factor psicológico : Encuesta

Para la Inasistencia : Documentación

Para recolectar los datos de factores sociales se accedió a la Historia Clínica donde fueron registrados en la ficha de recolección de datos: La edad, grado de instrucción, estado civil, y lugar de residencia (Anexo 02).

Para recoger datos de factores maternos se acudió a la Historia Clínica donde se consignó la información referente a los meses de gestación y número de gestaciones.

Para medir la Ansiedad, se utilizó el instrumento Escala de ansiedad dental de Corah modificada (MDAS), validado por Norman Corah (1934-2001), psicólogo estadounidense pionero en el estudio, valoración y tratamiento

de la ansiedad que los pacientes experimentan antes de someterse a tratamientos odontológicos. En 1969 elaboró un pequeño cuestionario (DAS) para detectar y establecer una gradación de dicha ansiedad. Posteriormente el cuestionario se modificó en 1995 y fue validado por Humphris y colaboradores (MDAS) en el estudio "La escala de ansiedad dental modificada: Validación y normas del Reino Unido" (36). La valoración del grado de ansiedad dental está dada por la puntuación obtenida en la respuesta (a = 1 punto; Respuesta b = 2 puntos; Respuesta c = 3 puntos; Respuesta d = 4 puntos; Respuesta e = 5 puntos), cuya valoración final es la siguiente.

- Menos de 9 puntos: Su ansiedad es leve o nula
- Entre 9-12 puntos : Ansiedad moderada
- Entre 13-14 puntos : Ansiedad elevada
- 15 a más puntos : Ansiedad severa o Fobia a su visita al dentista.

Para recoger datos sobre la Inasistencia se acude a la historia clínica al final de la gestación de cada una de las participantes, para corroborar y calificar la asistencia a sus controles.

Tomando en cuenta que si la gestante asiste a:

- 2 controles = Baja inasistencia
- 1 control más tratamiento = Moderada inasistencia
- Ningún / 1 control = Alta inasistencia

Al final de la recolección de datos, se contabiliza el número de controles por gestante y si se realizaron tratamientos dentales, para de acuerdo a ello, medir la inasistencia de la gestante a la atención odontológica del centro de salud san Antonio.

3.5 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Luego de la recolección de datos, se codificó las variables con sus respectivas alternativas, posteriormente se elaboró una base de datos en Excel para Windows 2013 y luego fue exportado al Software estadístico SPSS v23 donde primero se realizó el respectivo control de calidad.

Para el análisis univariado se utilizó estadística descriptiva, a través de frecuencia absoluta y relativa simple presentada en tablas por ser variables categóricas y nominales.

En el análisis bivariado con fines de contrastar la hipótesis, se utilizó estadística inferencial, mediante la prueba de Chi cuadrado u otro según corresponda con un margen de error de 5%.

La presentación de resultados se hizo mediante tablas de una y doble entrada.

CAPITULO IV
PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados

TABLA 1
FACTORES SOCIALES DE LAS GESTANTES

EDAD	N°= 102	%
Adolescente	3	2.94
Joven	70	68.63
Adulta	29	28.43
NIVEL DE INSTRUCCION		
Primaria	8	7.84
Secundaria	58	56.86
Superior	36	35.30
ESTAD. CIVIL		
Soltera	18	17.65
Casada	9	8.82
Conviviente	75	73.53
RESIDENCIA		
Urbana	41	40.20
Rural	0	
Urbano Marginal	61	59.80

Fuente Elaboración Propia, Base de datos Venegas 2018

En la tabla 1 muestra los factores sociales de las 102 gestantes estudiadas, donde respecto a la edad la mayoría (68.63%), se encuentra en la categoría joven, el 28.43% corresponde a gestantes adultas y una mínima parte son adolescentes. En el nivel de instrucción se observa la mitad de las gestantes señalan tener estudios secundarios y una tercera parte (35.30%) estudios superiores. En cuanto al estado civil podemos señalar que cerca de las tres cuartas partes (73.53%) se encuentran conviviendo con sus parejas y una mínima parte llevan una relación de casada.

Al observar el lugar de residencia seis de cada diez gestantes (59.80%) viven en zona urbano marginal, el resto en zona urbana, ninguna viven en zona rural

TABLA 2
FACTORES MATERNOS DE LAS GESTANTES

EDAD GESTACIONAL	N° = 102	%
1 Trimestre	12	11,76
2 Trimestre	41	40,20
3 Trimestre	49	48,04
GESTACIONES		
Primigesta	44	43,14
Multigesta	58	56,86

Fuente Elaboración Propia, Base de datos Venegas 2018

En la tabla 2 observamos los factores maternos de las 102 gestantes estudiadas, donde cerca de la mitad (48.04%), se encontraban en el tercer trimestre de su gestación cuando se inició el estudio y cuatro de cada diez (40.20%) fueron abordadas cursando el segundo trimestre, el resto (11,76%) se encontraba en el primer trimestre.

Respecto al número de gestaciones el 56.86% manifestaron ser multigestas, correspondiendo el 43.14 gestantes que era su primera gestación.

TABLA 3

**INASISTENCIA DE LAS GESTANTES A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA
SEGÚN SUS FACTORES SOCIALES**

INASISTENCIA FACT. SOCIALES	Baja = 39		Moderada =40		Alta = 23		TOTAL		X ² (P)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
EDAD									0.125
Adolescente	2	1,96	1	0,98	0		3	2,94	
Joven	30	29,41	28	27,45	12	11,77	70	68,63	
Adulta	7	6,86	11	10,79	11	10,78	29	28,43	
ESTADO CIVIL									0.937
Soltera	8	7,84	7	6,86	3	2,94	18	17,64	
Casada	4	3,92	3	2,95	2	1,96	9	8,83	
Conviviente	27	26,47	30	29,41	18	17,65	75	73,53	
NIVEL INSTRUCCIÓN									0.000
Primaria	0		1	0,98	7	6,86	8	7,84	
Secundaria	14	13,72	30	29,41	14	13,73	58	56,86	
Superior	25	24,51	9	8,83	2	1,96	36	35,30	
RESIDENCIA									0.853
Urbana	17	16,67	15	14,71	9	8,82	41	40,20	
Rural	0		0		0		0		
Urbano Marginal	22	21,56	25	24,51	14	13,73	61	59,80	
TOTAL	39	38,23	40	39,22	23	22,55	102	100,00	

Fuente Elaboración Propia, Base de datos Venegas 2018

En la tabla 3 observamos la inasistencia a la atención odontológica de las gestantes, según sus factores sociales donde cuatro de cada diez gestantes (39.22%), tienen una inasistencia moderada a la atención odontológica, donde se les realizó primera evaluación y se inició tratamiento, una proporción similar corresponde a una baja inasistencia (38.23%), donde se culminó su tratamiento y segunda evaluación, sin embargo el 22.55% tienen una inasistencia elevada a la atención odontológica, significa que sólo se les evaluó pero no iniciaron ningún tratamiento.

En lo que respecta a la edad, podemos señalar que las gestantes jóvenes son las que presentan una baja y moderada inasistencia en mayor proporción con 29.41 y 27.45% respectivamente, a diferencia de las gestantes adultas que presentan moderada y alta inasistencia en proporciones similares (10.79%), a la atención odontológica. Al asociar la inasistencia a la atención odontológica con el factor edad mediante la prueba estadística χ^2 de Independencia no se pudo demostrar asociación significativa con un p-valor de $0.125 > a 0.05$

Respecto al estado civil podemos señalar que las gestantes convivientes son las que presentan en mayor proporción una baja y moderada inasistencia 26.47% y 29.41% respectivamente, a diferencia de las gestantes casadas y solteras, que presentan las proporciones más bajas en la moderada y alta inasistencia a la atención odontológica. Al asociar la inasistencia a la atención odontológica con el factor estado civil, mediante la prueba estadística χ^2 de Independencia no se pudo demostrar asociación significativa con un p-valor de $0.913 > a 0.05$.

En cuanto al nivel de instrucción, podemos señalar que las gestantes con nivel de instrucción secundaria son las que presentan en mayor proporción una moderada inasistencia (29.41%), a diferencia de las gestantes de nivel superior que presentan en mayor proporción (24,51%) baja inasistencia a la atención odontológica y de ocho gestantes con nivel primario, la mayoría (siete) presentan alta inasistencia a la atención odontológica. Al asociar la inasistencia a la atención odontológica con el factor nivel de instrucción mediante la prueba estadística χ^2 de Independencia se pudo demostrar asociación significativa con un p-valor de $0.000 < a 0.05$.

Respecto a la residencia, podemos señalar que las gestantes con residencia urbano marginal son las que presentan en mayor proporción una moderada (24,51%) a baja inasistencia (21.56%), a diferencia de las gestantes con residencia urbana, donde las proporciones en la baja y moderada inasistencia a la consulta odontológica son casi similares. Al asociar la inasistencia a la atención odontológica con el factor residencia mediante la prueba estadística χ^2 de Independencia no se pudo demostrar asociación significativa con un p-valor de $0.853 > a 0.05$.

TABLA 4

**INASISTENCIA DE LAS GESTANTES A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA
SEGÚN SUS FACTORES MATERNOS**

INASISTENCIA FACT MATERNOS	Baja		Moderada		Alta		TOTAL		X ² (P)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Edad Gestacional									0.502
1 Trimestre	4	3,92	4	3,92	4	3,92	12	11,76	
2 Trimestre	19	18,63	13	12,75	9	8,82	41	40,20	
3 Trimestre	16	15,68	23	22,55	10	9,81	49	48,04	
N° Gestaciones									0.104
Primigesta	22	21,57	14	13,73	8	7,84	44	43,14	
Multigesta	17	16,66	26	25,49	15	14,71	58	56,86	
Total	39	38.23	40	39.22	23	22.55	102	100.00	

Fuente Elaboración Propia, Base de datos Venegas 2018

En la tabla 4 observamos la inasistencia a la atención odontológica de las gestantes según sus factores maternos. En relación al factor materno edad gestacional, observamos una mayor frecuencia que corresponde a inasistencia moderada con un 22.55% en el tercer trimestre, seguida de una inasistencia baja con un 18.63% observada en el segundo trimestre. En el primer trimestre la inasistencia baja, moderada y alta se presenta de manera similar con un 3.92%.

En relación a la inasistencia respecto al número de gestaciones, la mayor proporción corresponde a la categoría moderada, que se presenta en las gestantes multigestas con un 25.49%, seguida de la baja con un 16.66%, a diferencia de las primigestas, que presentan sus frecuencias más elevadas en la inasistencia baja con un 21.57%, seguida de la moderada con 13.73%. Respecto a la inasistencia alta a la atención odontológica las multigestas presentan el doble de inasistencias altas que la primigestas con 14.71 y 7.84% respectivamente. Al asociar la inasistencia a la atención odontológica con los factores maternos edad gestacional y numero de gestaciones mediante la prueba estadística X² de Independencia no se pudo demostrar asociación significativa en ambos al obtener un p-valor de 0.502 y 0.104 que son > a 0.05.

TABLA 5

INASISTENCIA DE LAS GESTANTES A ATENCIÓN ODONTOLÓGICA SEGÚN EL FACTOR ANSIEDAD

INASISTENCIA	Baja		Moderada		Alta		TOTAL		X ² (P)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Leve	17	16,66	14	13,73	2	1,96	33	32,35	
Moderada	15	14,71	13	12,74	5	4,90	33	32,35	
Elevada y Severa	7	6,86	13	12,75	16	15,69	36	35,30	
TOTAL	39	38,23	40	39,22	23	22,55	102	100,00	0.001

Fuente Elaboración Propia, Base de datos Venegas 2018

En la tabla 5, se observa la ansiedad como factor asociado a la inasistencia, donde las categorías leve moderada se presentan de manera similar con 32.35%, y en la ansiedad elevada/severa ligeramente superior con 35.30%. Al describir la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica, las proporciones más altas se dan en la inasistencia baja que corresponden a una ansiedad leve y moderada con 16.66 y 14.71% respectivamente. Cabe señalar que en la inasistencia moderada la ansiedad leve moderada y severa se dan en proporciones similares, Sin embargo la inasistencia alta con un 15.69% corresponde a una ansiedad elevada o severa. Al asociar la inasistencia a la atención odontológica con el factor ansiedad mediante la prueba estadística χ^2 de Independencia se pudo demostrar asociación estadísticamente significativa con un p-valor de $0.001 < \alpha < 0.05$.

4.2 Contrastación de Hipótesis

Para la contrastación de la hipótesis en la tabla 3, se asocia los factores sociales con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

Por lo que enunciamos nuestras hipótesis estadísticas para la edad.

H0: El factor edad, no está asociado con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

H1: El factor edad está asociado con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

El nivel de significancia para el presente estudio fue el 5%.

La prueba estadística que se usó, para asociar la edad con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica, fue el χ^2 de Independencia.

Resultados: Valor de p: 0.125 que es mayor a 0.05 por lo tanto, no es significativo.

Con un margen de error mayor al 5%, podemos señalar que el factor edad, no está asociado con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

Interpretación: En nuestro estudio, no se pudo demostrar asociación significativa entre la edad de las gestantes y la inasistencia a la atención odontológica.

Por lo que enunciamos nuestras hipótesis estadísticas para el estado civil.

H0: El factor estado civil, no está asociado con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

H1: El factor estado civil está asociado con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

El nivel de significancia para el presente estudio fue el 5%.

La prueba estadística que se usó, para asociar la edad con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica, fue el χ^2 de Independencia.

Resultados: Valor de p: 0.937 que es mayor a 0.05 por lo tanto, no es significativo.

Con un margen de error mayor al 5%, podemos señalar que el factor estado civil, no está asociado con la inasistencia de gestantes a la atención odontológica.

Interpretación: En nuestro estudio, no se pudo demostrar asociación significativa entre el estado civil de las gestantes con la inasistencia a la atención odontológica.

Enunciamos nuestras hipótesis estadísticas para el nivel de instrucción.

H0: El factor nivel de instrucción, no está asociado con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

H1: El factor nivel de instrucción, está asociado con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

El nivel de significancia para el presente estudio fue el 5%.

La prueba estadística que se usó, para asociar la edad con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica, fue el χ^2 de Independencia.

Resultados: Valor de p: 0.000 que es menor a 0.05 por lo tanto es significativo.

Con un margen de error menor al 5% podemos señalar que el factor nivel de instrucción de las gestantes, este asociado con su inasistencia a la atención odontológica.

Interpretación: En nuestro estudio, el nivel de instrucción, es un factor que está asociado con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

Enunciamos nuestras hipótesis estadísticas para el lugar de residencia.

H0: El factor lugar de residencia, no está asociado con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

H1: El factor lugar de residencia está asociado con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

El nivel de significancia para el presente estudio fue el 5%.

La prueba estadística que se usó, para asociar lugar de residencia con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica, fue el χ^2 de Independencia.

Resultados: Valor de p: 0.853 que es mayor a 0.05 por lo tanto, no es significativo.

Con un margen de error mayor al 5%, podemos señalar que el factor lugar de residencia, no está asociado con la inasistencia de gestantes a la atención odontológica.

Interpretación: En nuestro estudio el lugar de residencia, es un factor que no está asociado con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

Para la contrastación de la hipótesis en la tabla 4, se asocia los factores maternos con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

Por lo que enunciamos nuestras hipótesis estadísticas para la edad gestacional.

H0: El factor edad gestacional, no está asociado con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

H1: El factor edad gestacional está asociado con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

El nivel de significancia para el presente estudio fue el 5%.

La prueba estadística que se usó, para asociar la edad con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica, fue el χ^2 de Independencia.

Resultados: Valor de p: 0.502 que es mayor a 0.05 por lo tanto, no es significativo.

Con un margen de error mayor al 5%, el factor edad gestacional, no está asociado con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

Interpretación: En nuestro estudio, no se pudo demostrar asociación significativa entre la edad gestacional y la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

Por lo que enunciamos nuestras hipótesis estadísticas para el número de gestaciones

H0: El factor edad gestacional, no está asociado con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

H1: El factor n° de gestaciones está asociado con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

El nivel de significancia para el presente estudio fue el 5%.

La prueba estadística que se usó, para asociar el n° de gestaciones con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica, fue el χ^2 de Independencia.

Resultados: Valor de p: 0.104 que es mayor a 0.05 por lo tanto, no es significativo.

Con un margen de error mayor al 5% El factor n° de gestaciones, no está asociado con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

Interpretación: En nuestro estudio, no se pudo demostrar asociación significativa entre el n° de gestaciones y la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

Para la contrastación de la hipótesis en la tabla 5 se asocia el factor ansiedad con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

Por lo que enunciamos nuestras hipótesis estadísticas para la ansiedad.

H0: El factor ansiedad, no está asociado con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

H1: El factor ansiedad está asociado con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

El nivel de significancia para el presente estudio fue el 5%.

La prueba estadística que se usó, para asociar la ansiedad con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica, fue el χ^2 de Independencia.

Resultados: Valor de p: 0.001 que es mayor a 0.05 por lo tanto, no es significativo.

Con un margen de error mayor al 5%. El factor ansiedad, no está asociado con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

Interpretación: En nuestro estudio, no se pudo demostrar asociación significativa entre la ansiedad y la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica.

4.3 Discusión de resultados

Al analizar los factores sociales de las gestantes en la tabla 1, en la atención odontológica del Centro de Salud San Antonio Moquegua 2018, se observa que la etapa de vida joven (68.63%); El nivel de instrucción secundaria (56,86%); El estado civil conviviente (73.53%) y el lugar de residencia urbano marginal (59.80%) fueron las características que predominaron.

Cabe señalar que el predominio de las gestantes jóvenes es porque la población del Centro Poblado Menor San Antonio, asignada al Centro de Salud San Antonio es de crecimiento reciente, donde más de la mitad de mujeres en etapa de gestación alcanzaron estudios secundarios, lo que indica un estancamiento del desarrollo educativo de ellas y probablemente llegada la gestación se ven obstaculizadas en continuar estudios superiores, por todo lo que implica los cuidados de salud en esta delicada etapa de la mujer, pero aparentemente cuentan con el apoyo de la pareja, ya que cerca de los dos tercios manifestaron ser convivientes, con predominio de una residencia urbano marginal, ya que dicho Centro Poblado empezó a urbanizarse con los damnificados del terremoto ocurrido en el año 2001 y los migrantes de la zona andina.

El resultado difiere de Díaz-Quijano D., quien estudio a 682 mujeres embarazadas con un rango de edad entre 14 y 46 años; El 49.5% vivían en estrato 2 y 42.7% en estrato 3; El estado civil más frecuente fueron las casadas (70.24%), el nivel educativo de mayor frecuencia fue la secundaria completa 65.5% (6). Sin embargo, resultados similares encontramos en el estudio de Almario-Barrera, A., quien evaluó a 8695 mujeres embarazadas en la atención odontológica, donde predominaron las mujeres entre 21 y 30 años con 50.7%

En relación a los factores maternos de las gestantes estudiadas, que observamos en la tabla 2 podemos señalar que cerca de la mitad (48.04%), se encontraba en el tercer trimestre de su gestación, y el 40.2% en el

segundo trimestre. Por otro lado, el 56.86% manifestaron ser multigestas y el 43.14% se encontraba en su primera gestación.

De lo anterior, cabe destacar que indistintamente del trimestre de gestación de las embarazadas, y el tipo de gestación sea primigesta o multigesta se resalta en ellas la preocupación que tienen por acudir a su control prenatal en su Centro de Salud, ya que es la única forma de que ellas puedan disminuir los riesgos, que podrían presentarse y complicar la vida del binomio madre niño, y así recibir una atención de calidad y una orientación importante que conlleve a la gestante a realizarse dos atenciones dentales durante el embarazo. La labor de la Obstetrís es crucial para inducirlas y lograr el cumplimiento de su atención odontológica, es el servicio donde se recibe la primera información y a quienes consultan sobre lo más conveniente para su bebe.

El resultado es casi similar en cuanto a las gestantes primigestas con el obtenido por Díaz-Quijano D., quien en su población de estudio encontró al 40,38% en su primera gestación, de igual forma la proporción de multigestas fue de 59,62% (6).

Al analizar la inasistencia a la atención odontológica de las gestantes, según sus factores sociales, se observa que cuatro de cada diez gestantes (39.22%), tienen una inasistencia moderada a la atención odontológica, donde se les realizó primera evaluación y se inició tratamiento, una proporción similar corresponde a una baja inasistencia (38.23%), donde se culminó su tratamiento y segunda evaluación, sin embargo el 22.55% tienen una inasistencia elevada a la consulta, significa que sólo se les evaluó pero no iniciaron ningún tratamiento. Respecta a la edad, las gestantes jóvenes predominaron con una baja y moderada inasistencia con 29.41 y 27.45% respectivamente, a diferencia de las gestantes adultas que tuvieron de moderada a alta inasistencia en proporciones similares (10.79%).

Al relacionar el factor edad con la inasistencia de las gestantes a la atención odontológica, no se demostró asociación significativa entre estas variables, dado que el valor $p = 0.125$ fue mayor a 0.05.

De este resultado, podemos señalar que los grupos de edad de la gestante es independiente de la inasistencia a la atención odontológica en el Centro de Salud San Antonio. Esto se observa principalmente en las gestantes jóvenes entre 18 a 29 años, donde los porcentajes de baja y moderada inasistencia a la atención odontológica son casi similares, igualmente, cuando las gestantes tienen alto nivel de inasistencia, las proporciones son casi similares en gestantes jóvenes y adultas. En el caso de la edad, es una variable social no modificable, es decir, no podemos cambiar el curso de la edad, sin embargo la conducta y la manera de priorizar las situaciones, van cambiando con el paso del tiempo prestándole más importancia y atendiendo las indicaciones en los controles cuando se es más joven, lo que conlleva a realizar estrategias y se puede hacer intercepciones agrupadas y puntuales, según el interés. Desde el punto de vista salud oral, la educación de higiene oral debe ser fomentada en la mujer desde la preconcepción y debe concientizarse la importancia de la atención odontológica.

Un resultado similar encontró Díaz-Quijano D., quien concluyó que el factor edad, no se relacionó con la asistencia de las gestantes a la atención odontológica, dado que su valor OR fueron alrededor de 1 con intervalos de confianza que incluyen la unidad y un valor p mayor a 0.05, no significativo (6).

Un estudio relacionado fue el de Guallimba-Revelo L. Ecuador; 2011, concluyó que las gestantes entre 20 a 30 años, evaluadas por fobias y miedos odontológicos, evidenciaron miedo iniciado en la niñez y en los casos odonto-fóbicos, recomendó que se deben referir al psicólogo (7).

Respecto al estado civil, se resalta que las gestantes convivientes son las que tuvieron en mayor proporción una baja (26.47%) y moderada inasistencia (29.41%), a diferencia de las gestantes casadas y solteras que

presentaron las proporciones menores en la moderada y alta inasistencia a la consulta odontológica.

Al asociar el factor estado civil con la inasistencia de gestantes a la atención odontológica, no se pudo demostrar asociación significativa con un p-valor de $0.913 > 0.05$.

Este resultado, indica que el estado civil de las gestantes es independiente de la inasistencia a la atención odontológica, esto porque, tanto las solteras, convivientes y casadas, presentaron porcentajes casi similares en el nivel bajo, moderado y alta inasistencia. Esto probablemente se deba a la desinformación que existe de la importancia que implica y de los riesgos que significa para su salud oral, tanto en las mismas gestantes como también en sus parejas, aparentemente no se refleja el apoyo que debe tener la pareja sobre la gestante.

Este resultado difiere de Díaz-Quijano D. Colombia 2014, quien concluyó que el estado civil casada o de unión libre se relacionó con la asistencia a la atención odontológica (6).

En cuanto al nivel de instrucción, se observó que las gestantes con nivel de instrucción secundaria son las que presentan en mayor proporción una moderada inasistencia (29.41%), a diferencia de las gestantes de nivel superior que presentan en mayor proporción (24,51%) baja inasistencia a la consulta odontológica y de las gestantes con nivel primario, la mayoría presentaron alta inasistencia a la consulta odontológica.

Al asociar el factor nivel de instrucción a la inasistencia a la atención odontológica se demostró asociación significativa entre estas variables, dado que el valor $p = 0,000$ fue menor a 0.05.

Esta asociación se observa en el nivel bajo de la inasistencia a la atención odontológica, ya que las proporciones desde el nivel primario aumenta para el nivel secundario y nivel superior. También la asociación se observó en las gestantes con nivel alto de inasistencia, ya que las del nivel superior son las que menos inasistencia tienen, aumentando las proporciones para

el nivel secundario y sobre todo en el nivel primario. Cabe resaltar que en el Centro de Salud San Antonio hay un predominio de gestantes con nivel de instrucción secundaria a primaria y las medidas preventivo-promocionales de salud oral deben ser fortalecidas, para revertir los altos porcentajes de inasistencia a la atención odontológica poniendo especial énfasis en las gestantes con grado de instrucción secundaria y primaria.

Respecto a la residencia, se observó que las gestantes con residencia urbano marginal son las que presentan en mayor proporción una moderada (24,51%), a baja inasistencia (21.56%), a diferencia de las gestantes con residencia urbana, donde las proporciones en la baja y moderada inasistencia a la consulta odontológica son casi similares.

Al asociar el factor residencia con la inasistencia de gestantes a la atención odontológica, no se pudo demostrar asociación entre estas variables, ya que el p-valor fue de $0.853 > 0.05$.

Estos resultados se deben a que las gestantes así residan en una zona urbana o zona urbana marginal, igual muestran su irresponsabilidad y despreocupación de acudir a la atención odontológica en forma completa. Las gestantes que residen en las zonas más periféricas del Centro Poblado Menor San Antonio, podrían no asistir a la atención odontológica, porque, a pesar de que están en su etapa de gestación, dedican su tiempo a ocupaciones laborales para ayudar en el sustento del hogar o porque probablemente tienen mitos o miedo a la atención odontológica.

Un enfoque diferente fue informado por Concha-Sánchez SC., sobre la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas, donde concluyó que, “si bien es posible identificar los procesos protectores tanto en el dominio individual como en el colectivo, el predominio de los procesos destructivos en todos los órdenes y dominios explican las limitaciones que tienen estas mujeres gestantes para acceder a la consulta odontológica. Esta determinación social mediada por los procesos protectores y destructivos permite evidenciar las contradicciones que operan tanto en la dimensión natural como en los factores sociales, y

se configura como una trama compleja contradictoria y dinámica que relaciona lo individual y lo colectivo de la determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de las tres localidades de la red norte del Distrito Capital” (5).

Al analizar la inasistencia de las gestante con los factores maternos en la tabla 4, observamos que cuatro de cada diez gestantes (39.22%) tienen una inasistencia moderada a la atención odontológica donde se les realizó primera evaluación y se inició tratamiento, una proporción similar corresponde a una baja inasistencia (38.23%) donde se culminó su tratamiento y segunda evaluación. En relación al factor materno edad gestacional, se observó una mayor frecuencia de moderada inasistencia (22.55%) en el tercer trimestre, seguida de una inasistencia baja (18.63%) en el segundo trimestre. En relación a la inasistencia con el número de gestaciones, la mayor proporción corresponde a la categoría moderada que se presenta en las gestantes multigestas (25.49%), mientras las primigestas presentan sus frecuencias más elevadas en la inasistencia baja (21.57%) seguida de la moderada con 13.73%.

Al asociar los factores maternos edad gestacional y número de gestaciones con la inasistencia a la atención odontológica, no se pudo demostrar asociación entre estas variables, ya que el p-valor fue de 0.502 y 0.104 mayores a 0.05, por tanto, no fueron significativas.

De esta asociación no significativa, indica que indistintamente sea los meses de gestación que pasa la embarazada, los niveles de inasistencia a la atención odontológica se observa desde el primer trimestre con proporciones casi similares hasta el tercer trimestre, lo que quiere decir, que los profesionales de obstetricia, deben promover la referencia efectiva al servicio dental como parte de la atención integral en cualquier mes de gestación, temprana o tardía, con la finalidad de prevenir en algunos casos y en otros la atención recuperativa de su salud oral.

Así también, se observó que el número de gestaciones es independiente de la inasistencia a la atención odontológica, ya que las proporciones del

nivel moderado al nivel alto de inasistencia son casi similares. Cabe señalar que, si bien la mayor parte tuvo una baja inasistencia, de todos modos, constituye un problema para la salud oral de la gestante, sobre todo en las primigestas, porque es el momento propicio para la atención odontológica por el bienestar de su salud y la de su feto, para después lograr la concientización de la importancia de los riesgos ante la inasistencia al servicio dental.

El resultado, difiere al obtenido por Díaz-Quijano D.; Este autor, si bien no tomó en cuenta el número de gestaciones, sí consideró el número de hijos, el cual encontró que el tener de 3 a más hijos fue un factor que se relacionó significativamente con una limitada asistencia a la consulta odontológica durante el embarazo (6).

Al observar la ansiedad que presentan las gestantes y la inasistencia a la atención odontológica, las proporciones más altas se dan en la inasistencia baja que corresponden a una ansiedad leve y moderada con 16.66 y 14.71% respectivamente. Cabe señalar que en la inasistencia moderada la ansiedad leve moderada y severa se dan en proporciones similares, sin embargo, la inasistencia alta con un 15.69% corresponde a una ansiedad elevada o severa.

Al asociar el factor ansiedad con la inasistencia a la atención odontológica en el Centro de Salud San Antonio, se demostró asociación estadísticamente significativa entre estas variables, dado que el p-valor fue igual a 0.001 menor a 0.05. Cabe destacar que la ansiedad como factor asociado a la inasistencia, la categoría leve a moderada corresponde a una inasistencia baja y se presenta de manera similar con 32.35% y en la ansiedad elevada/severa ligeramente superior con 35.30%. Para las gestantes con alta inasistencia.

Estos resultados pueden deberse a que el embarazo, es una etapa durante la cual se experimenta distintos sentimientos, entre los que mezclan la ansiedad, esta puede traer consecuencias negativas tanto para la

paciente, como para el odontólogo, la ansiedad dental suele ser comúnmente un predecesor a los problemas en la atención odontológica.

Nuestros resultados difieren del estudio de Chaves-Meneses I, et al. Brasil; 2014 quienes concluyeron que la mayoría de las gestantes presentó ansiedad, de nivel alto (9)

Así también nuestro resultado difiere de Briceño-Vigo F. Trujillo-Perú 2009, quién determinó que los niveles de ansiedad de los pacientes fueron: el 76,8% se presentaron sin ansiedad, 16,7% ansioso, 5,4% muy ansioso y 1,1% extrema ansiedad. Para los niveles de miedo, los pacientes se presentaron en 45,6% con escaso o nulo miedo y 54,1% con medio o elevado miedo (10).

Por las prevalencias indicadas en nuestro estudio y de Chaves-Meneses I, et al y Briceño-Vigo F., se puede concluir que en estas poblaciones se evidencia la necesidad de atención odontológica durante la gestación con medidas dirigidas a la reducción de la ansiedad a la atención odontológica.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Los factores sociales que predominaron en las gestantes estudiadas, fueron: Edad joven (68.63%), nivel de instrucción secundaria (56,86%), estado civil conviviente (73.53%) y con residencia urbano marginal (59.80%).
- Los factores maternos que predominaron en las gestantes estudiadas fueron: Tener una edad gestacional en el tercer trimestre (48.04%) y número de gestaciones multigestas con 56.86%.
- El factor social, nivel de instrucción, se asoció significativamente a la inasistencia de gestantes en la atención odontológica del Centro de Salud San Antonio de Moquegua, en cambio los factores sociales: grupo de edad, lugar de residencia y estado civil no fueron factores sociales asociados.
- Los factores maternos, edad gestacional y número de gestaciones no se asociaron significativamente a la inasistencia de gestantes en la atención odontológica del Centro de Salud San Antonio de Moquegua, no obstante, un 21,57% de gestantes primigestas superan a las gestantes multigestas con una baja inasistencia.
- El nivel de ansiedad se asoció significativamente con la inasistencia de gestantes en la atención odontológica del Centro de Salud San Antonio de Moquegua, principalmente cuando la ansiedad es leve, la gran mayoría tuvo una baja inasistencia en la atención odontológica y cuando la ansiedad fue severa, casi la mitad de las gestantes tuvo de moderada a alta inasistencia en la atención odontológica.

Recomendaciones

- Plantear estrategias en la atención integral de la gestante, la sensibilización de la importancia de la salud bucal y se haga efectiva la referencia a la atención odontológica en cada control prenatal.
- Promover campañas de concientización a la población, dirigidas a mujeres en edad reproductiva y gestantes, para incentivarlas al cuidado de su salud bucal y atención odontológica prenatal, así evitar alguna emergencia durante el embarazo y por ende disminuir la morbilidad odontológica.
- Establecer una programación de atenciones odontológicas que garanticen un sistema amable con las pacientes gestantes, para que así la madre pueda percibir la importancia de su salud dental y este siempre motivada para asistir a sus consultas necesarias.
- Fortalecer los conocimientos sobre la importancia de la atención dental de las mujeres embarazadas, mediante campañas de sensibilización promovidas por el centro de salud san Antonio en coordinación con la municipalidad de san Antonio.
- Explicar en la atención dental, la importancia de la buena salud oral para reducir el riesgo de complicaciones en el embarazo e informar que la madre es el mayor donante en la transmisión de caries al recién nacido, por ende el control de las enfermedades orales reducirá la transmisión de bacterias.
- Derivar a la gestante al servicio de psicología, para la evaluación y tratamiento de la ansiedad, con el objetivo de que la paciente gestante aprenda a controlarse y sentirse en confianza durante la atención dental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Veliz V. Factores que influyen en la inasistencia de las mujeres embarazadas a la atención odontológica durante los controles prenatales en seis centros de salud de primer nivel en Cercado, Cochabamba. *Gac Med Bol.* 2018; 41(1).
2. Barrios D. Nivel de conocimientos sobre salud oral en gestantes del HONADOMANI “San Bartolomé”- MINSA Lima: [Tesis para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
3. Corchuelo J. Revisión bibliográfica sobre los factores sociales y económicos relacionados con el acceso al cuidado dental para mujeres embarazadas. *Dentists.* 2013; 1(1): p. 24-34.
4. Saddki N, Yusoff A, Yew H. Factores asociados a la visita odontológica y barreras al uso de los servicios de salud bucal en una muestra de madres prenatales en el Hospital Universiti Sains Malasia. *BMC PublicHealth.* 2010; 10: p. 75-6.
5. Concha S. Determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de Bogotá Colombia: [Tesis para optar al título de Doctor en Salud Pública]: Universidad Nacional de Colombia; 2015.
6. Díaz-Quijano D. Factores asociados a la asistencia de las mujeres embarazadas a la consulta odontológica. Hospital de Engativá (E.S.E II nivel): [Tesis para optar al Grado de Maestría en Epidemiología Clínica]: Pontificia Universidad Javeriana; 2014.
7. Guallimba-Revelo L. Estilos de atención odontológica y fobia en mujeres embarazadas de 20 a 30 años de edad [Grado Académico para optar el título de Psicóloga Clínica].: Carrera de Psicología Clínica: Universidad Central del Ecuador; 2011.

8. Díaz D, Pinzón C, Oliveros H, Castillo M. Frecuencia de asistencia a la consulta odontológica en el Control Pre Natal y factores asociados en un Hospital Público de Bogotá. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2011-2012; 67(4): p. 288-98.
9. Chaves I, Silva B, Fernandes T, Passos I. Prevalência de ansiedade odontológica e sua relação com fatores socioeconômicos entre gestantes de João Pessoa. *Revista Cubana de Estomatología.* 2014; 51(2): p. 145-55.
10. Briceño F. Niveles de Ansiedad y Miedo a la atención odontológica en pacientes adultos que acuden a consulta en la Clínica Estomatológica de Moche Perú: [Tesis para optar el Grado de Bachiller en Estomatología]: Universidad Nacional de Trujillo; 2009.
11. Yost J, Li Y. Promover la salud oral desde el nacimiento hasta la niñez: prevención de la caries en la primera infancia. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2010; 33(1): p. 17-23.
12. Dobarganes A, Lima M, López N, Pérez C, González L. Intervención educativa en salud bucal para gestantes. *AMC.* 2011; 15(3): p. 9-13.
13. Murtomaa H, Holttinen T, Meurman J. Concepciones de la amalgama dental y los aspectos de salud oral durante el embarazo en mujeres finlandesas. *Scand J Dent Res.* 2001; 99(6): p. 522-6.
14. Pérez A, et al. Caries dental asociada a factores de riesgo durante el embarazo. *Rev Cubana Estomatol.* 2011; 48(2): p. 1-7.
15. Carolina T, et al. Evaluación de factores de riesgo de padecer caries dental en gestantes de Araraquara, Brasil. *Rev Cubana Estomatol.* 2011; 48(4): p. 16-24.
16. Bastarrechea M, Alfonso N, Oliva M. Algunos riesgos durante el embarazo en relación con la enfermedad periodontal y la caries dental en Yemen. *Rev Cubana*

- Estomatol. 2009; 46(4): p. 12-9.
17. Bastiani C, et al. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e treatment odontological during a gravidez. *Odontol Clín Cient.* 2010; 9(2): p. 155-60.
 18. Méndez J, Armesto W. Enfermedad periodontal y embarazo. *Rev Haban Cienc Méd.* 2008; 7(1): p. 2-8.
 19. Rodríguez H, López M. El embarazo. Su relación con la salud bucal. *Rev Cubana Estomatol.* 2003; 40(2): p. 13-8.
 20. Meyer K, Werner G, Günay H. Un programa temprano de atención de la salud bucal que se inicia durante el embarazo. Resultados de un estudio prospectivo clínico a largo plazo. *Clin Oral Invest.* 2010; 14(1): p. 257-64.
 21. Rodríguez A, León M, Otero A, Martínez M. Factores de riesgo y enfermedades bucales en gestantes. *Rev cienc méd pinar río.* 2013; 17(5): p. 51-63.
 22. Gaffield M, Gilbert B, Malvit D, Romaguera R. Salud oral durante el embarazo: un análisis de la información recopilada por la evaluación de riesgos del embarazo Sistema de monitoreo. *J Am Dent Assoc.* 2001; 132(4): p. 1009-16.
 23. Habashneh R, Guthmiller J, Levy S, Johnson G. Factores relacionados con la utilización de servicios dentales durante el embarazo. *J Clin Periodontol.* 2005; 32(3): p. 815-21.
 24. Riedy C, Weinstein P, Milgrom P. An intergenerational approach to oral health promotion: Pregnancy and utilization of dental services. *J Dent Chil.* 2009; 76(1): p. 46-52.
 25. Hashim R. Self-reported oral health, oral hygiene habits and dental service utilization among pregnant women in United Arab Emirates. *Int J Dent Hygiene.*

- 2012; 10(1): p. 142-46.
26. Bogges K, Urlaub D, Moos M, Polinkovsky M. Knowledge and beliefs regarding oral health among pregnant women. *J Am Dent Assoc.* 2011; 142(11): p. 1275-82.
 27. Arévalo M, et al. Atención odontológica integral de la mujer embarazada y su relación con la inasistencia a la consulta odontológica en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Metapán El Salvador: [Grado de la carrera de Cirugía Dental]. Universidad Autónoma de Santa Ana; 2013.
 28. Ríos M, Herrera A, Alcayaga G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Odontoestomatol.* 2014; 30(1): p. 39-46.
 29. Alarcón R, Mazzotti G, Nicolini H. *Psiquiatría.* Washington: El Manual Moderno; 2005.
 30. Namankany A, Souza M, Ashley P. Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. *Br Dent J.* 2012; 21(5): p. 219-22.
 31. Klingberg G, Broberg A. Dental fear/anxiety and dental behavior management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent.* 2007; 17(6): p. 391-406.
 32. Ríos M, Herrera A, Rojas G. Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Odontoestomatol.* 2014; 30(1): p. 2-6.
 33. Humphris G, Freeman R, Campbell J, Tuutti H. Otra evidencia para la fiabilidad y validez de la Escala de Ansiedad Dental Modificada. *Int Dent J.* 2000; 50(6): p. 367-70.
 34. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *International Journal of Morphology.* 2014; 32(2): p. 634-45.

35. Sampieri R. Metodología de la Investigación. Metodología de la Investigación México: Editorial Mc Graw Hill; 2010.
36. Humbphris G, Morrison T, Lindsay S. La escala de ansiedad dental modificada: Validación y normas del Reino Unido. Community Dental Health. 1995; 12(1): p. 143-50.
37. Carrasco M, Laudaro A, Oerejuela F. Factores asociados a la utilización de servicios en una clínica odontológica universitaria peruana. Rev Estomatol Herediana. 2015; 25(1): p. 27-35.
38. Rodríguez J, et al. Percepção materna sobre atenção odontologica e fonoaudiológica na gravidez. Rev Gaúcha Odontol. 2010; 58(2): p. 155-60.