

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CUIDADO DE SALUD ORAL  
INFANTIL Y FACTORES ASOCIADOS EN MADRES EX USUARIAS DEL GES  
SALUD ORAL INTEGRAL DE LA EMBARAZADA EN CESFAM LORENZO  
ARENAS EL AÑO 2018.**

**POR: JAVIERA ALEXSANDRA ROA ROA  
FRANCISCA BELEN SALVADORES MUÑOZ  
CARLA BEATRIZ SANHUEZA LEAL  
PEDRO PABLO VENEGAS GUTIERREZ**

**Tesis presentada a la Facultad de Ciencias de la salud de la Universidad del  
Desarrollo para optar al grado académico de Licenciado en Odontología.**

**PROFESOR GUÍA.**

**CIRUJANO DENTISTA, ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA.  
BEGOÑA ALEJANDRA ASFURA HERRAN**

**Diciembre 2018**

**CONCEPCIÓN**

Dedicado a nuestras madres y padres, por su apoyo incondicional en estos años.

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestras familias, por estar siempre presentes.

A Juan Manuel Venegas Moreno, director de CESFAM Lorenzo arenas.

A Laura Garate referente de participación social de CESFAM Lorenzo arenas.

A Diego Villar encargado OIRS( Oficina de informacion de reclamos y satisfaccion usuarios) de CESFAM lorenzo arenas.

A directivos de jardín infantil sembrando talentos, y sala cuna Lorenzo arenas por permitir realizar charlas educativas en sus dependencias.

A nuestras docentes Dra Begoña Asfura y Constanza Urrutia por todo el tiempo entregado a ayudarnos y resolver nuestras dudas con respecto a la investigación.

## **TABLA DE CONTENIDOS**

	<b>Página</b>
<b>DEDICATORIA</b>	2
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	3
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	5
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	6
<b>RESUMEN</b>	7
<b>INTRODUCCIÓN</b>	8
<b>MARCO TEÓRICO</b>	9
<b>OBJETIVOS</b>	16
<b>SUPUESTO TEORICO</b>	17
<b>MATERIALES Y MÉTODOS</b>	18
<b>RESULTADOS</b>	21
<b>DISCUSIÓN</b>	26
<b>CONCLUSIONES</b>	30
<b>ANEXOS</b>	31
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	45

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pagina</b>
<b>TABLA 1: Edad de madres ex usuarias.</b>	<b>21</b>
<b>TABLA 2: Número de hijos de madres ex usuarias.</b>	<b>21</b>
<b>TABLA 3: Distribución de la muestra según nivel educacional.</b>	<b>22</b>
<b>TABLA 4: Distribución de la muestra según ocupación.</b>	<b>22</b>
<b>TABLA 5: Puntaje total de la encuesta</b>	<b>23</b>
<b>TABLA 6: Nivel de conocimiento obtenido en la encuesta.</b>	<b>23</b>
<b>TABLA 7: Nivel de conocimiento obtenido en cada temática</b>	<b>24</b>
<b>TABLA 8: Correlación entre puntaje obtenido y factores asociados.</b>	<b>24</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
FIGURA 1: Distribución de la muestra según número de hijos.	21

## **RESUMEN**

**Introducción:** Está evidenciado que la educación temprana de la madre en salud oral infantil es una eficaz medida preventiva para la salud oral de sus hijos. En relación a esto el Ministerio de Salud busca fomentar la prevención mediante una etapa educativa en el programa GES Salud Oral Integral de la Embarazada. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento respecto al cuidado de la salud oral infantil y factores asociados en madres ex-usuarias del GES Salud Oral Integral de la Embarazada en CESFAM Lorenzo Arenas el año 2018. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo correlacional, en 75 ex-usuarias del GES Salud Oral Integral de la Embarazada en CESFAM Lorenzo Arenas. La recolección de datos se llevó a cabo a través de una encuesta de respuesta simple, la cual fue validada por expertos y expuesta a pilotaje en madres de pacientes atendidos en la clínica de odontopediatría de la Universidad del Desarrollo. Posteriormente los datos fueron tabulados en plantilla Microsoft Excel y los resultados se expresaron mediante tablas y gráficos. **Resultados:** El nivel de conocimiento fue regular en un 55% de la muestra seguido de un nivel óptimo en el cual se obtuvo 41%. Dentro de los factores que afectan al nivel de conocimiento se observó que el nivel educacional y número de hijos fueron estadísticamente significativos ( $p\text{-value} < 0,05$ ). **Conclusión:** De acuerdo a los resultados estadísticos del estudio, se concluyó que es necesario reforzar el programa GES salud oral integral de la embarazada, con el fin de que el mayor porcentaje de las usuarias presenten un nivel de conocimiento óptimo en salud oral. Cabe destacar que, en comparación con estudios similares, se observó que, en el presente estudio hay un mayor porcentaje de usuarias con nivel óptimo de conocimiento en salud oral.

## **INTRODUCCIÓN**

A partir del año 2010, a las garantías explícitas en salud (GES) se agrega una nueva garantía explícita en salud bucal: la “Salud oral integral de la embarazada”. Esta garantía consiste en una atención odontológica dirigida a educar, prevenir y recuperar la salud oral de la futura madre. Este programa posee una etapa educativa que tiene como objetivo reforzar los conocimientos para la prevención de las patologías orales y fomentar los cuidados desde el nacimiento para que el recién nacido crezca en un entorno que favorezca su salud oral.

Con esta investigación se quiere lograr identificar si las madres alcanzan un nivel de conocimiento adecuado con respecto al cuidado de salud oral infantil durante la etapa educativa del programa GES Salud Oral integral de la embarazada. Este punto se considera fundamental para la prevención de caries en recién nacidos y para la mantención de una salud oral en niños desde un inicio.

La atención de salud bucal durante el embarazo tiene la capacidad de beneficiar tanto a la madre como a su futuro hijo, mejorando el estado de salud bucal de la madre, disminuyendo la transmisión de *S. mutans* entre madre e hijo y entregando guías anticipatorias para favorecer el cuidado de la salud bucal y la prevención de caries tempranas de la infancia. El establecer conductas favorables en las madres puede tener un efecto positivo en la salud bucal de sus hijos.



## **MARCO TEÓRICO**

Salud oral se define como la ausencia de dolor orofacial, patologías y trastornos que limitan las funciones orofaciales, afectando el bienestar psicosocial (Organización Mundial de la salud, 2012).

En relación a los niños y niñas, la importancia de la salud oral radica en que las patologías orales, pueden afectar el desarrollo general infantil y afectar negativamente la calidad de vida. Se han convertido en un problema de salud pública y su solución requiere una potente investigación en la enfermedad, planificación y elaboración de múltiples estrategias preventivas (Rojas, 2018).

Uno de los mayores problemas en salud oral infantil es la caries dental, siendo una de las enfermedades más prevalentes en niños, afectando al 90 % de la población mundial infantil (OMS, 2012). En cuanto a Chile, la caries dental afecta al 72% de los infantes de 6 años de edad (Ministerio de Salud, 2007). La magnitud del problema precisa a una gran inversión de recursos en tratamientos que podrían evitarse si se aumentan las medidas de prevención.

En relación a la prevención en salud oral infantil, se hace especial énfasis en la caries dental y en relación a la etiología de esta, es relevante que la aparición precoz de enfermedades orales infecciosas en infantes, sea consecuencia de un desequilibrio entre las defensas del huésped y la virulencia de microorganismos presentes en el medio oral (Rotemberg, &

Smaisik, 2010). Durante el primer año de vida la erupción dentaria crea nuevos hábitats a las bacterias, como la superficie del esmalte dental y el surco gingival generando un ambiente propicio para que estas especies bacterianas cariogénicas se desarrollen (Negroni, 2009). Este desarrollo es favorecido por ciertas condiciones como dieta rica en azúcares fermentables, uso de medicamentos azucarados agradables para el paladar del infante, déficit de hábitos de higiene oral, secreción salival escasa y malos hábitos prolongados como succión no nutritiva (Ángel-Crescenciano, Ortiz-Moreno & López, 2016), por lo que es primordial controlar el traspaso de microorganismos desde fuentes externas al medio oral durante la primera infancia ya que entre los 6 y 31 meses de vida está la primera ventana de infectividad y se inicia en el momento que el infante toma contacto con los antígenos cuando el sistema inmune aún está inmaduro (Carletto, Cornejo & Giménez, 2005).

Las estrategias preventivas en caries infantil se fundamentan en los factores de riesgo y en este tema la evidencia indica que en niños menores de 6 años existen diversos factores de riesgo relacionados con la madre (Ministerio de Salud, 2013). Cogulu, Ersin, Uzel, Eronat & Aksit (2008) describen las prácticas que favorecen la transmisión bacteriana desde la madre al hijo (besos en la boca, compartir cucharas durante las comidas, soplar comida, etc.), la colonización temprana por *S. Mutans* y la acumulación de biofilm en el niño como importantes factores de riesgo de caries temprana en niños. Warren & Cols (2009), determinaron luego de 18 meses de seguimiento, que el consumo de bebidas azucaradas y la presencia precoz de *Streptococcus Mutans* en los niños son los principales factores de riesgo de caries. En este contexto, Seow, Clifford, Battistutta, Morawska & Holcombe (2009) destacan las características psicológicas de la madre en las prácticas de higiene y

alimentación de sus hijos, en niños menores de 4 años como importantes factores de riesgo de caries temprana de la infancia.

A parte de la caries dental, las maloclusiones como mordida abierta y mordida cruzada son enfermedades comunes en los infantes, en Chile la prevalencia en los niños de 4 años es de un 49,2% (Ministerio de Salud, 2007). Se ha demostrado la importancia en la identificación oportuna de hábitos bucales no fisiológicos con la finalidad de prevenir o intervenir a tiempo algún tipo de mal oclusión que pueda instaurarse en los pacientes que se encuentran en crecimiento y desarrollo de la dentición temporaria y permanente (Laboren & Cols, 2010). Por ello la madre (o padre) además de ser instruida sobre hábitos de higiene oral, debe ser educada sobre crecimiento y desarrollo dentario, así como también sobre el momento en que debe llevar a su hijo al odontólogo por primera vez, el cual debe supervisar el desarrollo armónico de forma periódica (Martinez, Peña & Garcia, 2011). El desarrollo dentario dependerá en cierto punto de los hábitos bucales. Los hábitos bucales considerados fisiológicos son la respiración nasal, succión en el amamantamiento, masticación y deglución de alimentos y saliva. Los malos hábitos bucales son la onicofagia, succión digital, uso de chupetes y uso de biberones (Reyes, Rosales, Roselló & García, 2007).

En este contexto, se demuestra que es importante la prevención de problemas de salud oral infantil mediante la educación de la madre. Núñez y Cols (2013), indican que está evidenciado que mientras más temprana sea la prevención basada en el conocimiento de salud oral en los progenitores, este conocimiento positivo, será heredado a sus hijos, y esto se

traducirá a nivel de salud pública en mejores índices de salud oral, ya sea en salud oral infantil y en el futuro en personas adultas. Existen diversos factores que podrían estar relacionados con el nivel de conocimientos en salud oral de las madres, entre ellos factores sociodemográficos como la edad de la madre, nivel educacional, estrato socioeconómico, ocupación, etc.

A pesar de lo anterior, en Chile y el mundo son escasos los estudios sobre conocimientos de salud oral en madres. En relación a esto, Córdoba y Bulnes (2007), realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes en un hospital público en México, dando como resultado que un 66% de las encuestadas poseía un nivel regular de conocimiento, y a nivel nacional, Núñez y Cols (2013) realizaron un estudio que buscó determinar el nivel de conocimientos de salud oral y la utilización del GES odontológico durante el control prenatal en puérperas del servicio integral de la mujer de una clínica privada del sector norte de Santiago de Chile, dando como resultado que un 64% de las encuestadas poseía un nivel regular de conocimiento.

Respecto a los factores asociados al conocimiento de las madres en salud oral, diferentes autores destacan el estrato socioeconómico, nivel educacional, ocupación, edad y número de hijos (Benavente & Cols., Akpabio & Cols., Suresh & Cols., Sotomayor & Cols., González & Cols).

En cuanto a la efectividad de los programas preventivos de educación en salud oral en madres, Rajan, Krishnan, Kumar & Nair (2017), realizaron un estudio en India que demostró una mejora significativa en el conocimiento y el manejo de las caries de primera infancia después de dar educación anticipada a las madres. Por su parte Gomez, Emilson, Weber & Uribe (2007) realizaron un programa preventivo en beneficiarias del Centro Médico Almirante Nef de la Región de Valparaíso, determinando que los hijos de las beneficiarias tenían menor prevalencia de caries que los niños que no participaron en el programa.

Referente a conocimientos específicos en salud oral infantil, Vera & Escobar (2017) realizaron un estudio en la Universidad de Concepción en madres de niños de 0 a 5 años de edad dando como resultado que el 79% de las madres no sabe cuántos dientes tienen sus hijos, ni cuántos corresponden a la fórmula temporal, 16% de las madres no sabe hasta qué edad los niños deben consumir alimentos molidos, 17% de los niños se lava los dientes solo y 16% de las madres no saben qué son las caries.

En relación al rol del estado sobre las medidas preventivas en materia de salud oral infantil mediante la educación de la madre, el Ministerio de Salud ha priorizado la atención odontológica de la gestante, buscando generar las condiciones para que el recién nacido crezca en un entorno familiar que promueva y proteja la salud bucal (Ministerio de Salud, 2013).

Esta medida preventiva comienza cuando en julio de 2010, la Salud Oral Integral de la Embarazada se convierte en una Garantía Explícita en Salud. El GES existe desde el año 2006 y tienen por objeto garantizar la cobertura de un número de problemas de salud por parte de Fonasa y las Isapres, otorgando 4 garantías explícitas a las patologías: Acceso, calidad, oportunidad y protección financiera (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2013).

Como garantía GES, la salud oral integral de la embarazada está especificada en la guía clínica del Ministerio de Salud. En dicha guía el Ministerio de Salud (2013) se afirma que:

Desde julio 2010, la Salud Oral Integral de la embarazada es una garantía GES del Régimen general de garantías en salud que consiste en una atención odontológica realizada por un cirujano dentista, la que busca educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal de la mujer gestante. Se ha diseñado como una oportunidad para resolver los problemas de salud bucal de la mujer, reforzar los conocimientos para la prevención de las patologías bucales y fomentar los cuidados desde el nacimiento para que así el recién nacido crezca en un entorno favorable para su salud bucal. (p.10)

Según el manual de orientación técnica para la educación en salud bucal de la embarazada, los conocimientos que debe poseer una madre para mantener la salud oral de su hijo deben abarcar 5 temáticas generales (Ministerio de Salud, 2015):

En primer lugar, dentro de los conocimientos acerca de las correctas técnicas de higiene, las madres deben saber que la higiene oral del niño debe ser apoyada y supervisada por un adulto hasta que el niño alcance la destreza motora suficiente para desempeñar una adecuada técnica de cepillado. La higiene oral debe realizarse idealmente después de cada comida, siendo aceptable tres veces al día y antes de la erupción dentaria se recomienda eliminar restos alimenticios que se alojan en la encía, siendo la opción más recomendable una gasa húmeda.

En segundo lugar, conocimientos sobre correctos hábitos alimenticios, en este punto es importante que la madre corrija sus propios hábitos alimentarios durante la gestación. En relación al hijo, es importante que desde el nacimiento se establezcan hábitos de alimentación siendo importante que el niño posea menos de cuatro momentos de azúcar al día. En tercer lugar, conocimientos sobre malos hábitos asociados a la primera infancia, como uso del chupete y la succión digital que podría causar mal oclusiones como mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior. En cuarto lugar, conocimientos sobre desarrollo y crecimiento dentario, ya que es importante para lograr un correcto estado de salud bucal infantil. En quinto lugar, conocimientos sobre tratamientos preventivos, como el sellado de fosas y fisuras, el uso tópico de flúor y una correcta higiene dental.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el nivel de conocimiento sobre el cuidado de salud oral infantil y factores asociados en madres ex-usuarias del GES Salud Oral Integral de la Embarazada en CESFAM Lorenzo Arenas el año 2018.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar las características sociodemográficas de las madres ex usuarias del GES.

Evaluar el nivel de conocimiento en madres ex- usuarias sobre la salud oral.

Determinar los factores asociados al nivel de conocimiento de las madres con respecto a la salud oral infantil.



## **SUPUESTO TEORICO**

Existe un nivel de conocimiento regular con respecto a los cuidados de salud oral infantil.

Existe relación entre el nivel de conocimiento y el nivel educacional.

Existe relación entre el nivel de conocimiento y la edad las madres.

Existe relación entre el nivel de conocimiento y el número de hijos.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo correlacional, donde la población corresponde a 91 madres ex usuarias del GES Salud Oral Integral de la Embarazada durante el año 2018 en CESFAM Lorenzo Arenas, esta fue obtenida a partir de la base de datos proporcionada por el CESFAM.

La encuesta se aplicó a quienes cumplieron con los criterios de inclusión, que fueron Mujeres que hicieron uso del GES Salud Oral Integral de la Embarazada durante los años 2016 y 2017 en CESFAM Lorenzo Arenas y que hubieran firmado el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron pacientes que por problemas de tipo psicológico o físico no presentan las condiciones para responder la encuesta. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, reclutando a 75 ex usuarias del GES Salud Oral Integral de la Embarazada.

Se trabajaron dos variables generales: nivel de conocimiento y factores asociados (**Anexo 1**), la primera de ellas es una variable dependiente, la cual fue clasificada como una variable cualitativa según nivel bajo, regular y óptimo, pero también se clasificó de manera cuantitativa de acuerdo al puntaje, con el fin de obtener datos estadísticos. Se entiende por nivel de conocimiento: acción y efecto de conocer sobre hábitos orales. La segunda variable factores asociados la cual se consideró una variable cualitativa nominal según presencia o ausencia de factores, dentro de los factores se consideraron: edad, nivel educacional, ocupación y número de hijos.

Durante septiembre de 2017, dicha encuesta fue validada por un juicio de cuatro expertos a través de un K de competencia, donde el promedio fue 0.85, lo que señala que los expertos tienen alta competencia en el tema (**Anexo 4**). Posteriormente, se realizó el pilotaje con previa firma del consentimiento informado (**Anexo 3**), a seis madres de pacientes atendidos en la clínica de odontopediatría de la Universidad del Desarrollo, sede Concepción, las cuales no formaron parte de la muestra.

Para llevar a cabo este estudio, los datos fueron recolectados mediante una encuesta de respuesta simple (**Anexo 2**), de la cual se obtuvo el puntaje de conocimiento y en relación a este se determinó el nivel de conocimiento general y alcanzado respecto a las diferentes temáticas: correctas técnicas de higiene en niños, correctos hábitos alimenticios, malos hábitos orales de la primera infancia, desarrollo y crecimiento dentario, y respecto a tratamientos preventivos y atención odontológica pertinente.

Durante el tercer trimestre del año 2018, se realizaron 3 talleres sobre salud oral infantil en CESFAM Lorenzo Arenas y 2 talleres en reuniones de apoderados de Sala cuna Lorenzo arenas y sala cuna “Jardín infantil sembrando talentos de fundación integra” respectivamente. En ambas instancias se firmó el consentimiento informado, se aplicó la encuesta y posteriormente se realizó charla sobre los contenidos involucrados.

Los datos fueron tabulados en plantilla Microsoft Excel y analizados en SPSS, las variables cualitativas fueron expresadas en medidas de frecuencia y porcentajes, las variables cuantitativas fueron trabajadas con estadígrafos de posición como el mínimo y el máximo, estadígrafos de tendencia central como la media y la mediana y estadígrafos de variabilidad como la desviación estándar. Posteriormente se evaluó la correlación entre el nivel de conocimiento y los factores asociados, utilizándose regresión de Pearson para la edad y ANOVA de un factor para el resto de los factores.

En cuanto a las consideraciones éticas, la presente investigación no afectó la integridad física y/o psicológica del paciente, puesto que se realizó en base a la Declaración de Helsinki y la Ley N°20.120, artículo 11, respetándose los principios éticos de los pacientes de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Todas las participantes fueron informadas y firmaron consentimiento, además el estudio fue aprobado por el comité de ética del Servicio de Salud CESFAM Lorenzo Arenas.

## RESULTADOS

La muestra fue conformada por un total de 75 ex usuarias de las cuales se obtuvo que la media de edad fue de  $28,3 \pm 6,7$  años, con una edad mínima de 20 y una máxima de 54 (**Tabla 1**). El número máximo de hijos fue 4 (**Tabla 2**), mientras que la mayoría de las madres tenía 1 hijo (**Figura 1**). Mientras que el nivel educacional prevalente fue enseñanza superior incompleta con un 37% seguido de la enseñanza media completa con un 28% (**Tabla 3**). Se observó que el 52% de la población trabajaba mientras que el 27% es dueña de casa. (**Tabla 4**).

**Tabla 1.** Edad de madres ex usuarias.

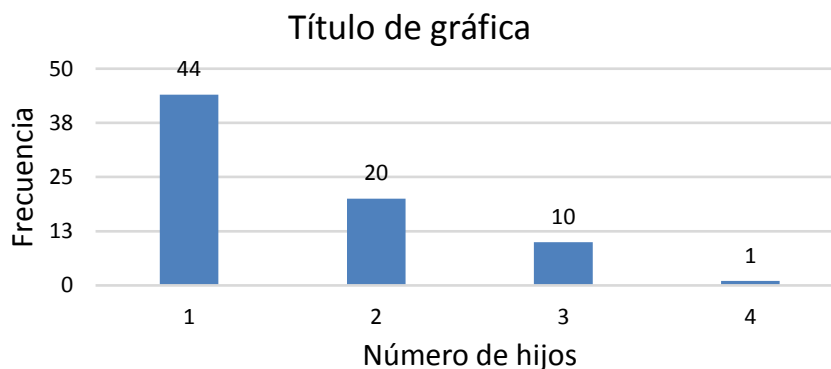
	Mínimo	Máximo	Mediana	Media	DE
Edad	20	54	27	28,39	6,73

DE: Desviación estándar.

**Tabla 2.** Número de hijos de madres ex usuarias.

	Mínimo	Máximo	Mediana	Media	DE
Número de hijos	1	4	1	2	1

DE: Desviación estándar.



**Figura 1.** Distribución de la muestra según número de hijos.

**Tabla 3.** Distribución de la muestra según nivel educacional.

Nivel educacional	Frecuencia	%
Basica	4	5%
Media incompleta	4	5%
Media completa	21	28%
Técnica o universitaria incompleta	28	37%
Técnica o universitaria completa	18	24%
	75	100%

**Tabla 4.** Distribución de la muestra según ocupación.

Ocupación	Frecuencia	%
Dueña de casa	20	27%
Estudiante	16	21%
Trabajador	39	52%
	75	100%

En cuanto al conocimiento sobre salud oral, la encuesta aplicada constó de un total de 38 puntos, donde se observó un promedio de  $24,8 \pm 5,3$  puntos, con un mínimo de 12 puntos y un máximo de 34 puntos (**Tabla 5**).

**Tabla 5.** Puntaje total de la encuesta.

	Mínimo	Máximo	Mediana	Media
Puntaje total	12	34	25	24,85

DE: Desviación estándar

A partir del puntaje se determinaron rangos que permiten clasificar los datos según nivel de conocimiento, para el nivel de conocimiento total de la encuesta se obtuvo un 41% de nivel de conocimiento óptimo y tan solo un 4% bajo (**Tabla 6**).

**Tabla 6.** Nivel de conocimiento obtenido en la encuesta.

	Óptimo	Regular	Bajo
Nivel de conocimiento	41%	55%	4%

Se observa que el mayor porcentaje de nivel de conocimiento óptimo se obtuvo en correctas técnicas de higiene con un 56% y la temática malos hábitos orales fue la que obtuvo un mayor nivel de conocimiento regular con un 63%, por otra parte la temática de crecimiento y desarrollo dentario fue la que obtuvo un mayor porcentaje de nivel de conocimiento bajo con un 20%, en esta última temática se observa que un 11% de la muestra obtuvo el puntaje

mínimo, 0 puntos, en comparación con las otras temáticas que obtuvieron 0% de puntaje mínimo (**Tabla 7**).

**Tabla 7.** Nivel de conocimiento obtenido en cada temática.

	Óptimo	Regular	Bajo
Correctas técnicas de higiene	56%	39%	5%
Correctos hábitos alimenticios	36%	47%	17%
Malos hábitos orales asociados a niños	25%	63%	12%
Desarrollo y crecimiento dentario	20%	56%	24%
Tratamiento preventivos y atención odontológica pertinente	39%	47%	15%

En cuanto a los factores asociados se observó que existe una relación estadísticamente significativa entre el puntaje de conocimiento y el nivel educacional y el número de hijos con un p-value de 0,0327 y 0,0378 respectivamente, en cuanto a la relación con la ocupación no fue estadísticamente significativo, sin embargo, fue marginalmente significativo con un 0,0683 por último no se observó correlación entre el puntaje de conocimiento y la edad con un p-value de 0,3629 (**Tabla 8**).

**Tabla 8.** Correlación entre puntaje obtenido y factores asociados.

	P-value
Puntaje obtenido y edad	0,3629



Puntaje obtenido y nivel educacional	0,0327
Puntaje obtenido y ocupación	0,0683
Puntaje obtenido y número de hijos	0,0378

---

## DISCUSIÓN

El objetivo general de la presente investigación fue determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral infantil y factores asociados en madres ex usuarias del GES salud oral integral de la embarazada. En relación al nivel de conocimiento sobre salud oral infantil el resultado obtenido fue que 55% de las madres poseía un nivel regular de conocimiento, un 41% un nivel óptimo y un 4% un nivel bajo. Al analizar los resultados se observa que en el presente estudio, las participantes poseen un mayor porcentaje de nivel de conocimiento óptimo en salud oral, que en estudios similares anteriores. Por ejemplo, el estudio de Córdoba y Bulnes (2007) en Villahermosa, México se evidenció que un 66% de las encuestadas poseía un nivel regular de conocimiento, un 11% un nivel óptimo y un 23% un nivel bajo; lo cual no concuerda con el presente estudio, lo cual se puede deber a que en México, no existe un programa enfocado en la atención odontológica y prevención de las embarazadas que posea tantas garantías como el GES (Sojo, 2006), solo existen programas de información preventiva que no tienen la misma relevancia (Secretaría de salud México, 2015). A nivel nacional está el estudio de Núñez y Cols (2013) en Santiago, lo cual arrojó como resultado que un 64% de las encuestadas poseía un nivel regular de conocimiento, un 35% un nivel óptimo y un 1% un nivel bajo. En comparación con el presente estudio, el porcentaje de usuarias con nivel de conocimiento óptimo fue de un 41%, esto puede deberse a que el programa GES odontológico de la embarazada lleva más tiempo ejecutándose que en el estudio anteriormente mencionado. En los programas GES anualmente existen evaluaciones sobre el funcionamiento del programa y las metas a cumplir, por lo que con el pasar de los años el programa debería ser más eficiente (Superintendencia de Salud, 2007).

En la sección de preguntas “Conocimiento sobre correctas técnicas de higiene oral infantil”, las encuestadas obtuvieron el mayor porcentaje en nivel de conocimiento con un 56% de nivel óptimo, lo que se asemeja a estudios previos, como el estudio de Mani & Cols (2012) que determinó que el 81% de los padres sabían que la boca de los lactantes debe ser higienizada previo a la erupción de las piezas dentarias; al igual que el estudio de Akpabio & Cols (2008), en el que el 83,3% de madres saben el mismo tema. Sin embargo, todo lo anterior discrepa con el estudio de Peña (2014), en el que se observó que el 81,4% de las madres pensó que la boca de un niño debe higienizarse desde que erupciona el primer diente temporal, por lo tanto la evidencia sobre el conocimiento relacionado con las técnicas de higiene oral es diversa. La gran discrepancia con el estudio de Peña (2014) puede deberse a que en esa investigación se estudió a la población en comunas específicamente vulnerables, donde un 38% de la muestra pertenecía al primer quintil, siendo la falta de recursos un factor que probablemente impide el acceso a la información. El óptimo resultado, de este tema, en el presente estudio puede deberse a que las técnicas de higiene oral infantil, son contenidos más simples de enseñar y retener que otros, como hábitos alimenticios o desarrollo dental.

En relación a la sección de preguntas “crecimiento y desarrollo dentario”, este fue el tema donde el nivel de conocimiento alcanzado fue tan solo un 20% de nivel óptimo. Esto concuerda con lo determinado por Núñez y Cols (2013), donde las madres poseen escaso conocimiento sobre crecimiento y desarrollo dental de su hijo, ya que solo un 30,1% de las encuestadas sabe cuándo se forman y cuantos dientes tendrá su hijo. También concuerda con los resultados de Suresh & Cols (2010), ya que las madres solo presentaban un conocimiento parcial de la importancia de los dientes temporales y muchas de las madres dijeron que las

caries en los dientes del lactante no importan. Esto contrasta con lo planteado por Mani & Cols (2012) donde la mayoría de las madres y padres (92%) sabían cuándo surgió el primer diente en la boca y 62% estaban seguros de cuándo deberían estar presentes los 20 dientes en la boca de su hijo. La discrepancia con el estudio de Mani & Cols (2012) puede deberse a que fue un estudio realizado en Malasia, país donde existen programas preventivos en salud oral que abarcan a la gran mayoría de la población, y que comienzan desde la edad escolar (Ministry of Health Malaysia, 2018). En el tema “crecimiento y desarrollo dentario” la evidencia parece indicar una carencia de conocimientos. En relación a esta temática se sugiere al programa GES odontológico de la embarazada encontrar una mejor forma de entregar información, ya que conocer sobre desarrollo y crecimiento dentario le permitirá a la embarazada reconocer las fechas aproximadas de erupción de los dientes temporales, para identificarlos en la boca de su hijo y cuidarlos desde la erupción (Ministerio de Salud, 2015). En este contexto se sugiere mejorar la transmisión de información del tema mediante un medio más didáctico para una mejor comprensión.

En relación a los factores asociados al puntaje de conocimiento en salud oral infantil obtenido a partir de las encuestadas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p\text{-value} \geq 0,05$ ) que demostraran una relación con los siguientes factores: edad ( $P: 0,38$ ) y ocupación ( $P: 0,068$ ). Por otro lado, se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p\text{-value} \leq 0,05$ ) entre el puntaje de conocimiento sobre salud oral infantil y los siguientes factores: nivel educacional de las madres ( $P: 0,032$ ) y el número de hijos ( $P: 0,037$ ). Lo que demuestra que existe relación entre puntaje de conocimiento sobre salud oral infantil y los factores mencionados. Esta relación puede deberse a que a mayor nivel educacional, las

madres adquieren mayor conocimiento sobre herramientas tecnológicas de información, sobre todo internet, lo que les facilita la búsqueda de información relacionada con la salud oral; y mientras más hijos se tienen, hay más experiencia en cuanto al cuidado de la salud infantil general y por lo tanto también de la salud oral. Esto concuerda con el estudio realizado por Benavente & Cols (2012) que incluyó a 143 madres usuarias de hospitales públicos y que buscó determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres y su relación con la salud bucal del niño menor de 5 años. En los resultados se encontró una relación significativa entre el nivel educacional y el nivel de conocimiento de las madres en salud oral. También concuerda con lo demostrado en el estudio de Akpabio & Cols (2008), el cual determinó que mientras más años de educación, existe mayor conocimiento acerca de las consecuencias de salud oral deficiente y también plantea que se debe poner especial énfasis en la educación de las mujeres embarazadas jóvenes, ya que las embarazadas y las madres de 1 o 2 hijos saben menos sobre prevención en salud oral que las madres con 3 hijos o más.

## CONCLUSIONES

La población estudiada en su mayoría posee un nivel de conocimiento regular sobre el cuidado de la salud oral infantil.

Se evidenció que los factores asociados al nivel de conocimiento en salud oral infantil en la población fueron nivel educacional y número de hijos.

En base a los resultados obtenidos y para cumplir a cabalidad los objetivos de educación y prevención en salud oral infantil del GES, es necesario reforzar la etapa educativa del programa, con el fin de que el mayor porcentaje de las participantes logren un nivel de conocimiento óptimo en salud oral infantil. En este sentido se insta al programa GES a evaluar los medios que utilizan para enseñar contenidos en la etapa educativa del GES, para incluir medios de información en los cuales se pueda asegurar que el conocimiento va a permanecer a través del tiempo, y además que sea de un modo más didáctico. En el contexto actual, el uso de las redes sociales y dispositivos inteligentes es una herramienta que podría masificar la entrega de conocimientos relacionados con salud oral infantil. También se sugiere continuar el programa GES odontológico posterior al primer control del niño, para realizar un acompañamiento efectivo a la madre y reforzar los conocimientos necesarios para la prevención de patologías bucales en sus hijos.

## ANEXOS

### ANEXO 1. Variables.

#### Nivel de conocimiento sobre salud oral

**Clasificación:** Cualitativa, policotómica, ordinal

**Definición conceptual:** 1. m. Acción y efecto de conocer sobre hábitos orales 2. m. Entendimiento, inteligencia, razón natural.

**Definición operacional:** Medido a través de una encuesta con puntaje de 0 a 38. Validada por medio de juicio de experto.

**Indicador:** 0 - 13 Bajo. 14 - 26 Medio. 27 - 38 Óptimo

Puntaje de conocimiento sobre salud orales

**Clasificación:** Cuantitativa, policotómica, ordinal

**Definición conceptual:** 1. m.Arg., Chile, El Salv., Hond. y Ur. Conjunto de puntos obtenidos en algún tipo de prueba.

**Definición operacional:** Medida a través de una encuesta con puntaje de 0 a 38. Validada por medio de juicio de experto.

**Indicador:** Del 1 al 38.

#### Factores asociados

**Clasificación:** Cualitativa, policotómica, nominal

**Definición conceptual:** 3. m. Elemento o causa que actúan junto con otros, influyendo en e conocimiento sobre hábitos orales de la población estudiada.

**Definición operacional:** Información obtenida a través de una encuesta validadas por medio de juicio de experto.

**Indicadores:**

-Número de años cumplidos.

-Nivel educacional

-Ocupación

-Numero de hijos



**ANEXO 2.** Instrumento de recolección de datos.

**ENCUESTA: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CUIDADO DE SALUD ORAL INFANTIL Y FACTORES ASOCIADOS”.**

**Instrucciones: Encierre en un circulo la alternativa correcta.**

**Seccion 1: Antecedentes generales**

- 1. Edad:** \_\_\_\_\_ años
- 2. ¿Cuál es su nivel educacional?**
  - a) Enseñanza básica.
  - b) Enseñanza media incompleta
  - c) Enseñanza media completa
  - d) Técnico o Universitario incompleto.
  - e) Técnico o Universitario completo.
- 3. Ocupación**
  - a) Dueña de casa.
  - b) Estudiante.
  - c) Trabaja.
- 4. Número de hijos:** \_\_\_\_\_ hijos.

**Seccion 2: Conocimiento de la madre sobre técnicas de higiene bucal del niño.**

- 1. ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?**
  - a) Ninguna.

- b) 1 vez al día.
- c) 2 veces al día.
- d) 3 veces al día.
- e) Después de cada comida.

**2. ¿Quién apoya al niño en la limpieza de sus dientes?**

- a) Se cepilla él solo.
- b) No se cepilla los dientes.
- c) Los padres lo apoyan en el cepillado hasta que el niño tenga la destreza suficiente.
- d) Da lo mismo si se lava los dientes el niño solo o con apoyo.
- e) Los padres apoyan al niño en el cepillado de dientes nocturno.

**3. Dentro de las veces al día que el niño cepilla sus dientes, ¿Cuál es la más importante?**

- a) En la mañana.
- b) Después del almuerzo.
- c) Antes de acostarse.
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores.

**4. ¿Cuándo comienza la higiene bucal del niño?**

- a) Desde que nació.
- b) Desde que le salió el primer diente.
- c) Cuando comienza a comer papilla.
- d) Entre 1-2 años de edad.
- e) Mayor a 3 años de edad.

**Sección 3: Conocimiento de la madre sobre los hábitos alimenticios del niño**

**1. ¿Hasta que edad el niño debe recibir lactancia exclusiva?**

- a) No es necesaria la lactancia materna.
- b) Hasta los 3 meses.
- c) Hasta los 6 meses.
- d) Hasta 1 año.
- e) Hasta los 2 años.

**2. Respecto a la dieta de su hijo, ¿Cuántas veces al día debería consumir alimentos azucarados?**

- a) Más 6 veces al día.
- b) 5 veces al día.
- c) Hasta 4 veces al día.
- d) Menos de 3 veces al día.
- e) No debería consumir azúcar.

**3. ¿Qué tipo de alimento azucarado es más dañino?**

- a) Bebidas.
- b) Frutas.
- c) Caramelos.
- d) Masticables.
- e) Todos son igual de dañinos.

**Sección 4: Conocimiento de la madre sobre malos hábitos orales asociados a niños.**

**1. ¿Cuál de las siguientes acciones son consideradas malos hábitos orales?**

**(marque una o mas opciones)**

I. Uso prolongado de la mamadera o biberón

II. Uso de chupete

III. Morderse las uñas

IV. Chuparse el dedo

V. Morder el labio

a) I, II, III y IV      b) I, III, IV y V      c) I, III y IV      d) I y III      e) Solo I

**2. ¿Qué acciones podrían contagiar caries dental a su hijo? (marque una o más opciones)**

I. Darle un beso en la boca de su hijo.

II. Soplar su comida de la cuchara o plato que usa para alimentarlo.

III. Compartir los cubiertos al alimentar a su hijo.

IV. Compartir cepillo de dientes

- a) Solo IV    b) I, II, III y IV    c) I, II y IV    d) I y II    e) Las caries no se contagian

**Sección 5: Conocimientos de la madre acerca del desarrollo y crecimiento dentario.**

**1. ¿A qué edad aproximada deberían salir los primeros dientes?**

- a) 1 mes de vida.
- b) 3 meses de vida.
- c) 6 meses de vida.
- d) Al año de vida.

**2. ¿Cuántos dientes temporales (de leche) tienen los niños?**

- a) 16.
- b) 20.
- c) 24.
- d) No sé.

**Sección 6: Conocimiento de la madre acerca de los tratamientos preventivos aplicados en niños y atención odontológica pertinente.**

**1. ¿A qué edad debería llevar a su hijo por primera vez al dentista?**

- a) Al Salir el primer diente, a los 6 meses de edad.

- b) Cuando tenga edad suficiente, a los 2 años aproximadamente.
- c) Cuando le duele algún diente.
- d) Cuando presente todos sus dientes, a los 4 años aproximadamente.

**2. ¿Cuál o cuáles de estas medidas previenen la aparición de caries en los niños?**

- I. Pasta dental con flúor.
- II. Aplicación de fluor barniz en consulta odontológica.
- III. Limpieza de dientes con cepillo.
- IV. Uso de enjuague bucal
- V. Cepillado con bicarbonato

- a) III y IV      b) I, II y III      c) I, II, III y IV      d) II,III, IV y V      e) I y III



### ANEXO 3. Consentimiento Informado.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quien suscribe Javiera Roa RUN 19.088.042-7, Francisca Salvadores RUN 18.807.241-0, Carla Sanhueza RUN 18.409.993-4 y Pedro Pablo Venegas RUN 18.404.183-9, alumnos tesistas de la carrera de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Desarrollo, están llevando a cabo una investigación cuyo objetivo es determinar la **“Nivel de conocimiento sobre el cuidado de salud oral infantil y factores asociados en madres ex usuarias del GES Salud Oral Integral De La Embarazada en CESFAM Lorenzo Arenas el año 2018”**

Los datos personales de cada participante (nombre, edad, género, etc) serán registrados en una ficha confeccionada especialmente para este estudio. Estos datos serán absolutamente confidenciales y no serán revelados ni utilizados en otros estudios. El alumno y el tutor responsable del trabajo de investigación serán las únicas personas que tendrán acceso a esta información y datos.

#### METODOLOGÍA:

En la metodología se utiliza una encuesta de respuesta simple con papel y lápiz el cual tendrá una serie de preguntas a contestar

- Estos registros serán llevados a cabo por las alumnas tesistas Francisca Salvadores y Carla Sanhueza.
- Este estudio no incluye posibles riesgos.
- El participante puede retirarse de este estudio en cualquier momento sin ser obligado/a a dar razones.
- Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero los nombres o identidades no serán revelados y los datos experimentales permanecerán en forma confidencial.
- Todos los datos e información recopilada a través de este estudio, serán de gran relevancia para conocer el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre el cuidado de la salud oral de sus hijos y factores asociados luego de haber hecho uso del GES Salud Oral Integral de la Embarazada.
- Los datos serán analizados por los alumnos tesistas Pedro Pablo Venegas y Javiera Roa.

El desarrollo de este trabajo de investigación constituye como requisito para optar al grado de Licenciado en Odontología.

**CONSENTIMIENTO ESCRITO**

Yo, \_\_\_\_\_, RUT:  
\_\_\_\_\_, he leído la información que se me ha entregado y he comprendido el propósito y procedimientos de este estudio.

He comprendido que no hay riesgos asociados a la realización de este procedimiento. Comprendo que mi participación es voluntaria y que podré retirarme del estudio si lo deseo, sin tener que dar explicaciones.

He tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas que me han parecido pertinentes al tema, las cuales me han sido respondidas de manera adecuada.

Por esto AUTORIZO al equipo investigador para ser sometido a la investigación.

\_\_\_\_\_  
Firma Participante

**ANEXO 5.** Cuestionario de competencia evaluadora.

**CUESTIONARIO DE COMPETENCIA EVALUADORA**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Profesión:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**

**Marque con una cruz en la alternativa que considere se adapta más a su realidad.**

**1) ¿Cuál es su nivel de conocimiento sobre el tema de esta investigación?**

**Considere que el valor 0 indica absoluto desconocimiento de la problemática que se evalúa; mientras que el valor 10 indica pleno conocimiento de la referida problemática.**

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

**2) En la siguiente tabla, marque con una (X) el grado de influencia que ha tenido cada una de las fuentes de argumentación en sus conocimientos sobre el tema.**

<b>FUENTES DE ARGUMENTACIÓN</b>	<b>GRADO DE INFLUENCIA DE CADA UNA DE LAS FUENTES EN SUS CONOCIMIENTOS</b>		
	<b>ALTO (A)</b>	<b>MEDIO (M)</b>	<b>BAJO (B)</b>
<b>1. Investigaciones teóricas y/o experimentales relacionadas con el tema.</b>			
<b>2. Experiencia obtenida en la actividad profesional (docencia de pregrado y postgrado recibida y/o impartida).</b>			

<b>3. Análisis de la literatura especializada y publicaciones de autores nacionales.</b>			
<b>4. Análisis de la literatura especializada y publicaciones de autores Extranjeros.</b>			
<b>5. Conocimiento del estado actual de la problemática en el país y en el extranjero.</b>			
<b>6. Intuición.</b>			
<b>TOTAL</b>			

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akpabio, A., Klausner, C & Rohr M. (2008). Mothers'/Guardians' Knowledge about Promoting Children's Oral Health. *Journal of Dental Hygiene*, 82(1):1-11

Ángel-Crescenciano, M., Ortíz-Moreno, R., López, A. (2016). Factores asociados a la caries de la infancia temprana: experiencia en una Unidad de Medicina Familiar del Estado de México. *Archivos en medicina familiar*, 18(1), 5-12.

BCN [Biblioteca del congreso nacional]. (2013). Guía legal sobre: Plan GES o AUGE. Recuperado de [https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/plan-ges-\(ex-auge\)](https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/plan-ges-(ex-auge))

Benavente, L., Chein, S., Campodónico, C, Reátegui, E., Alva, M., Huasupoma, A.....Espetia, A (2012). Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. *Odontol. Sanmarquina* 15(1):14-18.

Carletto, F., Cornejo, L., & Giménez, M.(2005) Early acquisition of *Streptococcus mutans* for children, *Acta Odontológica Latinoamericana*, 18 (2): 69-74.

Cogulu, D., Ersin, N., Uzel, A., Eronat, N & Aksit, S. (2008) A long-term effect of caries-related factors in initially caries-free children. *Int J Paediatr Dent*, 18(5):361-7.

Cordoba, J., Bulnes, M. (2007) Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, hospital de la mujer, Villahermosa, Tabasco 2007. *Horizonte Sanitario*, 6(2): 18-25.

Gomez, S., Emilson, C., Weber, A & Uribe, S. (2007). Prolonged effect of a mother-child caries preventive program on dental caries in the permanent 1st molars in 9 to 10-year-old children. *Acta Odontologica Scandinavica*, 65 (5): 271-274.

González, P., Vázquez, C., Domínguez, V., Portaluppi, V., Alfonzo, L., Mao, C.....Vasquez, A. (2011). Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. *Hospital materno infantil San Pablo. Rev. Salud Pública Parag.* 1(1):3-12.

Laboren,M., Medina,C., Vilorio,C., Quirós,O., Jurisic,A. Alcedo,C. Tedaldi ,J. (2010). Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.

Mani, S.,John, J., Yeng, W & Mastura, N (2012). Early Childhood Caries: Parent's Knowledge, Attitude and Practice Towards Its Prevention in Malaysia. Oral Health Care – Pediatric, Research, Epidemiology and Clinical Practices. 1 (1): 1-18.

Martinez, J.,Peña, T y Garcia, A. (2011) Importancia de la educación en salud bucal infantil para la mujer. Revista medica electronica, 33(4):499-508.

MINSAL [Ministerio de salud]. (2007). Diagnóstico Nacional de Salud Bucal en los niños de 6 años.

MINSAL [Ministerio de salud]. (2013). Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada.

MINSAL [Ministerio de salud]. (2015). Orientación técnica para la educación en salud bucal de la embarazada.

MOH [Ministry of health Malaysia]. (2018). Primary Oral HealthCare. Recuperado de <http://ohd.moh.gov.my/v3/index.php/en/the-dental-services/primary-oral-healthcare4>

Negrón, M. (2009). Microbiología estomatológica: Fundamentos y guía práctica (2a. ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Núñez, N., Moya, P., Monsalves M y Landaeta, S (2013). Nivel de Conocimiento de Salud Oral y Utilización de GES Odontológico en Púerperas Atendidas en una Clínica Privada, Santiago, Chile. Int. J. Odontostomat, 7(1):39-46.

OMS [Organización Mundial De La Salud]. (2012). Salud Bucodental. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

Peña, C. (2014). Conocimiento de madres de niños de hasta 71 meses de 3 comunas de bajos ingresos de la RM, en Factores de Riesgo de Caries Temprana de la Infancia según Factores Sociodemográficos y Acceso a Educación en Salud Oral (Tesis de pregrado). Universidad de Chile.

Rajan,P., Krishnan,R., Kumar,S. y Nair,S. (2017) Knowledge and Attitude about Early Childhood Caries among Pregnant Mothers from Low Socioeconomic Status: A Questionnaire Study. *J Pharm Bioallied Sci*, 9(1): 85-87.

Reyes, D., Rosales, K., Roselló, O., y García, D. (2007) Factores de riesgo asociados a Hábitos bucales deformantes en niños de 5 A 11 años: Manzanillo 2004 – 2005. *Acta odontológica Venezolana*, 45(3):64-8.

Rojas, M. (2018). Relación entre calidad de vida relacionada a la salud bucal, prevalencia y severidad de caries en niños prescolares (Tesis de pregrado). Universidad de Chile.

Rotemberg, E., Smaisik, K. (2010). Inmunidad bucal en la primera infancia. *Odontología*, 12(14): 4-14.

Secretaria de salud Mexico. (2015). Tríptico La salud bucal de la embarazada. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/documentos/triptico-la-salud-bucal-de-la-embarazada>

Seow, W., Clifford, H., Battistutta, D., Morawska, A., & Holcombe, T. (2009) Case-control study of early childhood caries in Australia. *Caries Res*, 43(1):25-35.

Sojo, A. (2006). La garantía de prestaciones en salud en América Latina. Equidad y reorganización.

Sotomayor,R., Ale,K., Sánchez,A., Cataldo,K., Campos,L y Canese,A (2012). Factores socioeconómicos e indicadores de riesgo de caries en responsables primarios de niños preescolares. *Pediatr*, 39(2):97-101

Súper intendencia de salud. (2007). Evaluación de la Implementación de la Reforma de Salud en el Sistema Isapres y su Impacto en los Beneficiarios.

Suresh,B., Ravishankar,T., Chaitra,T., Mohapatra,A & Gupta,V. (2010). Mother's knowledge about pre-school child's oral health. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 28(4):282-287.

Vera, N y Esbobar, F. (2012). Conocimientos y comportamiento de las madres en relación a la salud bucal de sus hijos. *Rev. Soc. Chil. Odontopediatría*, 27(1): 18.

Warren, J., Weber-Gasparoni, K., Marshall, T., Drake, D., Dehkordi-Vakil, F., & Dawson, D. (2009) A longitudinal study of dental caries risk among very young low SES children. *Community Dent Oral Epidemiol*, 37(2):116-122.