



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DEL NIÑO Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR
ÁREA DE ODONTOPEDIATRÍA

**RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL Y DETERMINANTES
SOCIALES DE LA SALUD, EN MADRES DE NIÑOS PREESCOLARES DE 3 A 6
AÑOS DE EDAD**

Francisca Javiera Morales Lara

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANA-DENTISTA

TUTORA PRINCIPAL

Prof. Dra. Eugenia Henríquez D'Aquino

TUTORES ASOCIADOS

Prof. Dra. María Angélica Cereceda Miranda

Adscrito a Proyecto PRI – ODO 2021/10

Santiago - Chile

2022



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DEL NIÑO Y ORTOPEDIA DENTOMAXILAR
ÁREA DE ODONTOPEDIATRÍA

**RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL Y DETERMINANTES
SOCIALES DE LA SALUD, EN MADRES DE NIÑOS PREESCOLARES DE 3 A 6
AÑOS DE EDAD**

Francisca Javiera Morales Lara

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANA-DENTISTA

TUTORA PRINCIPAL

Prof. Dra. Eugenia Henríquez D'Aquino

TUTORES ASOCIADOS

Prof. Dra. María Angélica Cereceda Miranda

Adscrito a Proyecto PRI – ODO 2021/10

Santiago – Chile

2022

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, Lucía, por ser mi ejemplo a seguir, demostrarme que los sueños siempre se pueden lograr con empeño y apoyo de la gente que uno quiere y por acompañarme en todo este proceso, con sus altos y bajos, siempre a mi lado.

A mi abuela y mis tías, Mane, Maca, Pame y Tía Chita porque, junto con mi mamá, durante toda mi vida me mostraron perseverancia y esfuerzo transformándome en la persona que soy ahora.

A mi papá, hermanos, familia del sur y mi primo Joaquín, por ser mi lugar de escape de la vida santiaguina/universitaria y siempre hacerme pasar unos lindos momentos.

A mis amigos, en especial Gene, Kevin, Javi, Sophy, Pía, Carola, Mari y Kika, por hacer de estos años inolvidables, gracias por tantas risas, abrazos, contención y tiempo juntos.

A mi pololo, Coke, por estar junto a mí en este último período, ser mi compañero y mi apoyo.

A la Glorita por siempre recibirnos con los brazos abiertos en nuestros momentos difíciles.

A mis tutoras, Dra. Eugenia Henríquez y Dra. María Angélica Cereceda, por permitirme trabajar junto a ellas en esta investigación y mostrarme otro lado de la odontopediatría.

A la gente que me acompañó en algún momento de este proceso y que por algún motivo ya no están conmigo, gracias por ser parte también.

Francisca Morales Lara.

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
2. MARCO TEÓRICO	2
2.1 SALUD Y ENFERMEDADES ORALES	2
2.1.1 CARIES DENTAL Y CARIES TEMPRANA DE LA INFANCIA	3
2.2 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL EN CHILE	5
2.2.1 MODELO DE INTERVENCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES	6
2.3 ROL DE LOS PADRES EN SALUD ORAL	7
2.3.1 CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL DE LOS PADRES	9
2.4 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	10
2.4.1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y SALUD ORAL	11
2.5 CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	13
2.6 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	16
3.1 HIPÓTESIS	16
3.2 OBJETIVO GENERAL	16
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
4. MATERIALES Y MÉTODOS	17
4.1 PARTICIPANTES	17
4.2 RECOLECCIÓN DE DATOS	18
4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	18
4.3.1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	18

4.3.2	CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL.....	19
4.4	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	20
5.	RESULTADOS	21
5.1	CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA.....	21
5.2	CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL.....	22
5.3	CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL SEGÚN DIMENSIÓN.....	23
5.3.1	DIMENSIÓN: ETIOLOGÍA DE LA CARIES DENTAL.....	23
5.3.2	DIMENSIÓN: HIGIENE ORAL.....	24
5.3.3	DIMENSIÓN: PREVENCIÓN EN SALUD ORAL.....	25
5.3.4	DIMENSIÓN: PRÁCTICAS DIETÉTICAS.....	25
5.3.5	DIMENSIÓN: CREENCIAS EN SALUD ORAL.....	26
5.3.6	COMPARACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL Y CADA DIMENSIÓN DE LA ENCUESTA.....	27
5.4	RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.....	28
6.	DISCUSIÓN	30
6.1	CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL.....	30
6.2	CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL SEGÚN DIMENSIÓN.....	31
6.2.1	DIMENSIÓN: ETIOLOGÍA DE LA CARIES DENTAL.....	31
6.2.2	DIMENSIÓN: HIGIENE ORAL.....	32
6.2.3	DIMENSIÓN: PREVENCIÓN EN SALUD ORAL.....	33
6.2.4	DIMENSIÓN: PRÁCTICAS DIETÉTICAS.....	33
6.2.5	DIMENSIÓN: CREENCIAS EN SALUD ORAL.....	34
6.3	CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.....	34
6.4	LIMITACIONES Y FORTALEZAS.....	36

7. CONCLUSIONES	38
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
9. ANEXOS	45
9.1 ANEXO 1. Acta aprobación CEISH de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile	45
9.2 ANEXO 2. Consentimiento informado.....	48
9.3 ANEXO 3. Cuestionario “Determinantes sociales de la salud”	51
9.4 ANEXO 4. Encuesta de conocimientos en salud oral.....	52

1. RESUMEN

Introducción: La Caries Temprana de la Infancia (CTI) es uno de los principales problemas de salud pública en niños a nivel mundial, y está determinada por factores biológicos, conductuales y psicosociales vinculados al entorno del individuo, teniendo un gran impacto en la calidad de vida de los niños. Los padres son los encargados de la enseñanza de conductas y hábitos saludables que mantengan sanos a sus hijos, los cuales dependen de las circunstancias en las que ellos nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, es decir, sus determinantes sociales. Debido a esto, el objetivo de este estudio fue analizar la relación que existe entre los conocimientos en salud oral y los determinantes sociales de la salud, en madres de niños preescolares de 3 a 6 años.

Metodología: Por medio de redes sociales, se hizo un llamado a participar de este estudio a madres de niños preescolares entre los 3 y 6 años de la Región Metropolitana. Se obtuvo una muestra de 60 participantes, a quienes, luego de firmar el consentimiento informado, se les aplicó un cuestionario para identificar sus determinantes sociales de la salud y una encuesta para establecer su nivel de conocimientos en salud oral. Los datos obtenidos fueron analizados mediante la prueba exacta de Fisher.

Resultados: Un 58% de las madres tenía regulares conocimientos, un 32% buenos conocimientos y un 10% malos conocimientos en salud oral. La dimensión de “Prevención en salud oral” obtuvo buenos conocimientos y “Etiología de la caries dental” malos conocimientos. No existe una relación estadísticamente significativa entre los determinantes sociales de la salud y los conocimientos en salud oral, pero se puede observar mayores conocimientos en madres jóvenes, con educación superior completa, estrato social alto y pertenecientes a FONASA.

Conclusiones: De acuerdo a los resultados obtenidos, no se encontró relación entre los determinantes sociales de la salud y los conocimientos en salud oral de las madres encuestadas.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 SALUD Y ENFERMEDADES ORALES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014), es decir, implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas en el ámbito sanitario, nutricional, afectivo, social y cultural. La salud oral forma parte de la salud general, influyendo en el bienestar y salud de las personas, familias y comunidades. Por esta razón, es importante cuidarla desde los primeros años de vida, creando en niños y niñas hábitos saludables que lo permitan (MINSAL, 2017).

Las enfermedades orales son unas de las patologías crónicas más comunes, tanto a nivel mundial como nacional, constituyendo un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, impacto negativo en la salud oral y sistémica de los individuos y la sociedad, y por el alto costo de su tratamiento (MINSAL, 2017; Peres y cols., 2019). El último estudio de morbilidad de carga mundial (*Global Burden of Disease Study*), realizado el año 2019, estimó que las enfermedades bucales afectaban a cerca de 3.500 millones de personas en todo el mundo (OMS, 2022). Se ha señalado que las enfermedades orales más prevalentes en el mundo son la caries dental, la enfermedad periodontal, la pérdida de dientes y los cánceres de labio y de cavidad oral (Peres y cols., 2019) y que estas enfermedades pueden tener consecuencias fisiológicas, afectar la nutrición, las relaciones interpersonales y la salud mental de las personas (Benavente y cols., 2012). Además, los factores de riesgo de las enfermedades bucales son comunes a otras enfermedades crónicas, por lo que el refuerzo de los estilos de vida y hábitos saludables puede ayudar a reducir el riesgo de padecerlas, mejorando la salud oral y sistémica de las personas (MINSAL, 2017).

La mayoría de las enfermedades orales se relacionan con estilos de vida, por lo tanto, el control de ellas requiere de modificaciones en el comportamiento de los individuos. Los cambios en buenas prácticas de comportamiento son posibles, pero para que ocurran es necesario la convicción y la perseverancia en estrategias de promoción de salud (MINSAL, 2016 [A]).

2.1.1 CARIES DENTAL Y CARIES TEMPRANA DE LA INFANCIA

La caries dental es el resultado de la interacción de diversos factores como microorganismos acidogénicos y acidúricos en la placa dental, la presencia de hidratos de carbono fermentables por estos microorganismos, y su tiempo de contacto con los dientes, así como la susceptibilidad del individuo (Valderrama y Garzón, 2020). Se manifiesta como un continuo de estados patológicos de gravedad creciente y destrucción de los dientes, que van desde cambios subclínicos hasta lesiones con afectación de la dentina (Kidd y Fejerskov, 2004).

Por otra parte, la caries temprana de la infancia (CTI) se define como la “presencia de una o más superficies cariadas (cavitadas o no cavitadas), faltantes u obturadas, en cualquier diente temporal de un niño menor de seis años” (Pitts y cols., 2019). Está determinada por factores biológicos, conductuales y psicosociales vinculados al entorno del individuo (Pitts y cols., 2019).

Actualmente, este tipo de caries afecta a 600 millones de niños en todo el mundo (Pitts y cols., 2019). En Chile, según los últimos estudios nacionales disponibles, la prevalencia de caries es de un 17,5% a los 2 años de edad, de 50,4% a los 4 años y de 70,4% a los 6 años, aumentando su prevalencia en sectores rurales. Además, la severidad de la CTI, medida a través del índice ceod (dientes cariados obturados y extraídos por caries), es de 0,5 a los 2 años; 2,3 a los 4 años y 3,7 a los 6 años (MINSAL, 2007. MINSAL, 2012).

La CTI comparte factores de riesgo comunes con otras enfermedades no transmisibles asociadas con el consumo excesivo de azúcar, como las

enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la obesidad (Pitts y cols., 2019). Al igual que la mayoría de las enfermedades crónicas más frecuentes en la actualidad, es multifactorial y está estrechamente relacionada a estilos de vida, fundamentalmente, hábitos de alimentación e higiene oral insuficiente, la alimentación nocturna del niño, el alto consumo de azúcares, la colonización bacteriana precoz y el bajo nivel socioeconómico de los padres (Fejerskow, 2004). Según estudios nacionales disponibles se observan inequidades en la prevalencia y severidad del daño por caries en la población infantil, afectando más a los más desfavorecidos por su nivel socioeconómico y ruralidad (MINSAL, 2017). Es por esto que, para abordar las enfermedades orales en la primera infancia, se debe considerar las prácticas de autocuidado instauradas en la familia (Franco y cols., 2004) y el contexto familiar, social y económico (González y cols., 2009) que puedan estar afectando su condición de vida.

Los modelos de evaluación de riesgo de caries actualmente involucran una combinación de factores que incluyen la dieta, la exposición al fluoruro, un huésped susceptible y la microflora, que interactúan con una variedad de factores sociales, culturales y de comportamiento (*American Academy of Pediatric Dentistry*, 2019).

Los dientes primarios mantienen el espacio para los dientes permanentes y son esenciales para el bienestar de un niño, ya que la caries dental en los dientes primarios puede provocar dolor crónico, infecciones y otras morbilidades. Esta enfermedad tiene un gran impacto en la calidad de vida de los niños y sus familias y es una carga innecesaria para la sociedad (Pitts y cols., 2019).

Para reducir la prevalencia y carga de CTI en el mundo, la *International Association of Paediatric Dentistry* (IAPD) recomienda concientizar a padres, cuidadores y profesionales de la salud sobre CTI, limitar el consumo de alimentos sólidos y líquidos con azúcar, especialmente en niños menores de 2 años, realizar cepillado dental con pasta fluorurada en cantidad adecuada según la edad al menos dos veces al día, y por último, brindar guías preventivas durante el primer

año de vida por medio de un profesional de la salud, derivando posteriormente a un odontólogo que mantenga un cuidado continuo integral (Pitts y cols., 2019). Es por esto que el manejo adecuado de la CTI por parte de padres informados, profesionales de la salud y trabajadores de la salud comunitarios, así como una política de salud basada en evidencia, es importante para reducir la carga de enfermedades prevenibles (Pitts y cols., 2019).

2.2 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL EN CHILE

La promoción y prevención en salud son estrategias fundamentales para generar el ambiente necesario para que las personas y comunidades puedan alcanzar un estado de salud general (Franco y cols., 2003).

La promoción en salud se describe como un proceso cuyo objetivo consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes sociales de la salud (MINSAL, 2016 [B]), mientras que la prevención en salud es “la estrategia para reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas o bien reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad” (Franco y cols., 2003).

Las políticas y programas de salud oral han contribuido a mejorar la calidad de vida de las personas mediante estrategias para la promoción de la salud, prevención de enfermedades bucales y tratamiento odontológico. En Chile, desde el año 2000, la salud bucal se ha incorporado en los objetivos sanitarios de la década, con énfasis en la promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales, entendiendo que las principales patologías bucales son enfermedades crónicas no transmisibles que se manifiestan desde temprana edad (MINSAL, 2022).

La Estrategia Nacional de Salud para la década 2011-2020 planteó grandes desafíos para lograr las metas de salud bucal. Una de ellas era aumentar la prevalencia de niñas y niños de 6 años libres de caries de 29,6% a un 40%, con el objetivo de prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en los menores de 20 años, poniendo énfasis en los más vulnerables. La principal estrategia para el logro de estas metas fue la implementación del “Modelo de intervención de promoción de salud y prevención de enfermedades bucales” (MINSAL, 2013).

2.2.1 MODELO DE INTERVENCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

Este modelo recoge los principios del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, basado en una atención biopsicosocial, centrado en el usuario, con enfoque intersectorial y énfasis en lo promocional y preventivo. Se divide en un ámbito de acción en salud y otro de acción en educación, dentro de este último encontramos cinco estrategias:

1. Promover hábitos saludables con énfasis en alimentación e higiene.
2. Instalar el uso adecuado de fluoruros como medida de protección específica de caries.
3. Mejorar las condiciones de salud bucal del personal a cargo del cuidado de los niños.
4. Fomentar el autocuidado en salud bucal de las comunidades educativas mediante la participación en el diseño del programa a nivel local.
5. Integrar a los padres y apoderados de los niños y niñas en el cuidado de sus dientes.

Esta última estrategia busca motivar y lograr compartir la responsabilidad de cuidar la salud oral de los niños, entendiendo que la familia cumple un rol fundamental en el establecimiento y mantención de hábitos saludables de niños y niñas (MINSAL, 2017). A pesar de que pueda existir un alto conocimiento entre

los padres y apoderados de las medidas de prevención y cuidado de los dientes, la práctica de estas medidas es inadecuada (MINSAL, 2007). Dado esto, se espera que el personal de salud y el personal de educación se coordinen para abordar una estrategia educativa que permita a la familia tener los conocimientos necesarios para replicar las acciones de cuidado de la salud bucal que se desarrollan en el establecimiento de educación, dando énfasis a la alimentación saludable, cepillado dental con pasta fluorurada y el consumo de agua potable (MINSAL, 2018).

En relación con lo anterior, el programa “Control con Enfoque de Riesgo Odontológico” (programa CERO) es una iniciativa que cuenta con un enfoque y estrategia principalmente preventiva y de promoción de salud oral, tomando a la población infantil desde que tiene 6 meses y controlando regularmente su estado de salud oral y los factores que influyen en la aparición de la enfermedad según una pauta aplicada en la que se evalúan distintos ámbitos relacionados con anamnesis, condición clínica, higiene, dieta, uso de fluoruros y motivación de los padres (MINSAL, 2021).

2.3 ROL DE LOS PADRES EN SALUD ORAL

La familia es un elemento activo y mediador en las relaciones de los individuos con la sociedad, ya que es donde se inicia el proceso de formación de una persona y se prepara para su desarrollo, siendo la fuente principal de costumbres y tradiciones, por lo que los cambios de estilo de vida requieren de la colaboración familiar (Capote y cols., 2012). Los cuidadores, padres y adultos mayores son los que enseñan al niño los hábitos y conductas saludables o no saludables en la etapa de la vida en la que el aprendizaje proviene del entorno social y lo que se aprenderá será pilar para el futuro, siendo muy importantes sus conocimientos sobre cómo se producen las enfermedades orales, por qué se producen o cuáles son los métodos para prevenirlas. Es por esto que deben tener acceso suficiente a información y recibir educación para que, con base en el

conocimiento y la comprensión, participen conscientemente en la modificación de conductas y en la adquisición de hábitos saludables (Franco y cols., 2003). Dado esto, se deduce que las intervenciones dirigidas a modificar los conocimientos, actitudes y prácticas asociadas con la CTI pueden ser beneficiosas (Montenegro y cols., 2013).

Los conocimientos en salud se han definido como la “información a la que tiene acceso la población y que constituye la base cognitiva para la toma de decisiones en relación con la salud, las conductas orientadas a la salud y las conductas de riesgo” (Franco y cols., 2004). La salud oral está estrechamente relacionada con el grado de conocimiento de las madres sobre patologías orales (Akpabio y cols., 2008; Suresh y cols., 2010; Hooley y cols., 2012; Tiwari y cols., 2017), ya que ellas son las responsables de enseñar a los niños habilidades de higiene oral, por lo tanto, juegan un rol crucial en la prevención de patologías orales. Además, ella es la que generalmente supervisa varios de los factores asociados con la incidencia de caries y tiene un papel en el desarrollo de CTI (Mattila y cols., 2005). Es natural que los niños dependan de sus tutores para la nutrición, la educación y la salud (Suresh y cols., 2010). Es por esto que una mejor comprensión de lo que saben y no saben las madres y otros cuidadores primarios sobre la promoción óptima de la salud bucal de los niños sería el primer paso para desarrollar materiales educativos sobre asuntos relacionados con la salud bucal para educar mejor a los cuidadores (Akpabio y cols., 2008).

La educación en salud se define como “las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad” (OMS, 1994). Esto se logra a partir de estrategias de comunicación e información sobre temas de salud oral que fomenten prácticas favorables y, con esto, el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y poblaciones (Montenegro y cols., 2013).

Los padres y cuidadores saben sobre cosas generales de la salud oral de los niños, como que el consumo de alimentos azucarados puede aumentar el riesgo de caries y que los niños se deben lavar sus dientes, pero en temas más específicos como el origen de la caries dental, uso del flúor, la supervisión del cepillado por los padres y la importancia de la visita odontológica a temprana edad, se observan limitaciones de conocimiento (Franco y cols., 2004; Narváez y Tello, 2017; Tiwari y cols., 2017; Salama y cols., 2020), siendo estos relevantes a la hora de la probabilidad de que el niño enferme.

2.3.1 CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL DE LOS PADRES

De acuerdo a la evidencia, existen varios estudios que evalúan los conocimientos de los padres sobre la salud oral de sus hijos, entre ellos, Núñez y cols. (2013) realizaron un estudio donde evaluaron a 200 mujeres embarazadas que asistían a una clínica privada en Santiago de Chile, en el cual obtuvieron como resultado que las madres tenían regulares conocimientos en salud oral, siendo los conocimientos sobre prevención en salud oral los mejor evaluados y el crecimiento y desarrollo dentario los más deficientes.

Por otra parte, Narváez y Tello (2017) realizaron un estudio en Ecuador donde se evaluaron los conocimientos en salud oral de 45 padres de niños entre 1 y 3 años antes y después de una intervención educativa. Se observó que los padres al inicio del estudio presentaban predominantemente regulares conocimientos en salud oral, siendo los conocimientos sobre prevención oral los con más respuestas incorrectas, sin embargo, posterior a la intervención educativa, los conocimientos mejoraron notablemente.

En otro estudio realizado en Estados Unidos, Tiwari y cols. (2017) buscaron describir los conocimientos, comportamientos y creencias sobre salud oral en 30 padres latinos de niños menores de 6 años. Se encontró que, aunque los cuidadores primarios reconocieron algunos factores relacionados con el desarrollo de caries, como el consumo de alimentos azucarados, su conocimiento fue

limitado en profundidad debido a que no reconocían que los microorganismos también jugaban un papel en el desarrollo de caries dental o no reconocían la importancia del uso de fluoruros en la prevención de esta patología.

Suresh y cols. (2010) estudiaron los conocimientos en salud oral de 406 madres indias de niños entre 1 y 4 años, en donde se encontró que presentaban mayores conocimientos en temas sobre dieta, pero menores conocimientos sobre temas relacionados a higiene e importancia de los dientes primarios.

2.4 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Los determinantes sociales de la salud son definidos según la OMS como “las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”. Estos explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, es decir, las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (OMS, 2016). Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla (MINSAL, 2017).

Los determinantes más importantes son aquellos que posicionan al individuo dentro de la sociedad, denominados determinantes estructurales, como el nivel de ingresos, género, etnia, situación de discapacidad, entre otros. Los sistemas que producen y mantienen esta estratificación se basan en la estructura de gobierno, es decir, los sistemas de educación, el mercado, la previsión social, protección social, etc., los cuales son la causa principal de las inequidades en salud. Estas diferencias configuran el estado de salud de cada individuo a través de su repercusión sobre determinantes intermedios, como las condiciones de vida, las circunstancias psicosociales, factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud. El enfoque basado en los determinantes sociales exige actuar

de manera coordinada y coherente en los sectores de la sociedad que influyen en los determinantes estructurales, a fin de mejorar la salud y reducir las inequidades (MINSAL, 2013).

La salud es un proceso complejo, representado por una interdependencia entre factores individuales y sociales, por lo tanto, los procesos salud-enfermedad no dependen exclusivamente de las personas, sino de las interacciones entre la persona y su entorno (Abadía, 2006). Los recursos básicos para la salud son los ingresos, la vivienda, la alimentación, la educación, la recreación. Para mejorarla se requiere alcanzar un nivel satisfactorio en estos recursos fundamentales, pero supone también disponer de información y habilidades personales para influir sobre los factores que la determinan (Franco y cols, 2003).

2.4.1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y SALUD ORAL

Hooley y cols. (2012) realizaron una revisión sistemática en la cual se incluyeron 55 artículos que relacionaban la influencia de los padres en el desarrollo de caries en niños entre los 0 y 6 años. En este estudio se encontró que los factores sociodemográficos de los padres, tales como ser de clase social baja o tener menores ingresos, pertenecer a una familia monoparental, el tener un tamaño familiar más grande, nivel educativo bajo o el vivir en áreas rurales o un barrio desfavorecido, se asociaban con tasas mayores de lesiones de caries.

En un estudio realizado por Gómez y cols. (2015) se compararon los factores relacionados con la caries dental, higiene oral y necesidad de tratamiento de 93 niños de 3 a 5 años de Medellín, Colombia. Se observó como resultado que los niños de sexo masculino, padres mayores, con nivel educacional bajo y ocupación de labores del hogar tenían un promedio mayor de lesiones de caries y peor índice de higiene oral.

En otro estudio realizado por Guizar y cols. (2019) en México, se buscó relacionar los determinantes sociales de los responsables del cuidado de 292 niños

preescolares entre los 3 y 6 años, con la frecuencia y severidad de la caries dental. En este estudio se identificó que las familias con ingresos menores, bajo nivel socioeconómico, menor edad de los padres, hábitos de higiene oral deficiente o menor autoeficacia de los padres, presentaban una mayor frecuencia y severidad de la caries dental.

En Chile, Echeverría y cols. (2020) realizaron un estudio en donde se buscó determinar la prevalencia de CTI en niños chilenos en riesgo social y analizar sus factores de riesgo asociados. En esta investigación se determinó que los niños cuyas madres tenían un nivel educacional bajo presentaban mayores probabilidades de desarrollar CTI, siendo este el determinante más importante para su prevención.

Los estudios epidemiológicos en Chile muestran que la proporción de niños y niñas libres de caries disminuye notablemente entre los 2 y 6 años de edad, siendo mayor esta disminución en la población con menor nivel socioeconómico (MINSAL, 2007; MINSAL, 2012). Estos resultados esconden grandes inequidades que aumentan con la edad, y que afectan especialmente a la población que vive en zonas rurales y de menor nivel socioeconómico. La mayoría de las enfermedades orales son prevenibles, sin embargo, los países de ingresos bajos y medianos tienen mayores dificultades para financiar intervenciones de prevención y control, limitando el acceso a tratamientos adecuados y oportunos (MINSAL, 2021).

Está establecido que la salud sigue un gradiente social, una salud progresivamente mejor se asocia con una posición socioeconómica creciente (Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud, 2008). Las circunstancias en que nacen los niños determinan su exposición a ambientes que promueven o comprometen un desarrollo saludable (Moore y cols., 2012). El contexto socioeconómico, político y cultural genera una estratificación social que ubica a las personas en diferentes posiciones sociales, teniendo como resultado

final una distribución desigual del poder y los recursos económicos (VicHealth, 2013).

Esas desigualdades se observan en las condiciones de vida de la primera infancia, la escolarización, la naturaleza del empleo de los padres, las condiciones de trabajo, las características físicas y la calidad del medio en que vive la población. Según el carácter de esos entornos, las condiciones físicas, el apoyo psicosocial y los esquemas de conducta varían para cada grupo, haciéndolos más o menos vulnerables a la enfermedad (Vidal y cols., 2014).

Estas diferencias injustas y evitables están determinadas por factores sociales estructurales, que condicionan la posición social y los recursos disponibles, por lo tanto, influyen en el nivel de alfabetización en salud bucal y la adopción de comportamientos de autocuidado en la población. Para abordar estas desigualdades es necesario implementar múltiples intervenciones costo efectivas, integrales, integradas y continuas en los distintos niveles de influencia del comportamiento de niñas y niños, adolescentes, sus familias, educadores y de la comunidad en general (MINSAL, 2021).

2.5 CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Franco y cols. (2004) realizaron un estudio en Colombia, donde evaluaron a 346 madres de niños menores de seis años de estratos socioeconómicos medio-alto y bajo según sus conocimientos en salud oral. Se encontró que ambos grupos relataban no haber recibido información sobre el cuidado oral de sus hijos, sin embargo, las madres pertenecientes al grupo de mayor nivel socioeconómico demostraban asistir con mayor frecuencia al odontólogo por prevención y mayor uso de elementos accesorios en la higiene oral del niño.

Akpabio y cols. (2008) realizaron un estudio en Estados Unidos donde se evaluó a 105 madres sobre temas de higiene oral, prevención, atención dental y

consecuencias en salud oral. Se observó que las madres más jóvenes, con menor número de hijos y menor nivel socioeconómico, presentaban menores conocimientos en salud oral.

En Perú, Benavente y cols. (2012) evaluaron el nivel de conocimientos en salud oral que presentaban 143 madres de niños menores a 5 años y su relación con caries dental, donde se observó que las madres con características sociales medias-bajas, como el tener un grado de instrucción o nivel económico bajo, tenían menores conocimientos en salud oral. Sin embargo, se encontró que, aunque las madres tuviesen regulares o buenos conocimientos en salud oral, sus hijos no tenían buena salud oral, demostrando que los conocimientos no eran aplicados de forma adecuada.

En Arabia Saudita, Salama y cols. (2020) realizaron un estudio en el cual 240 padres de niños menores a 5 años respondieron un cuestionario que incluía preguntas sobre conocimiento, comportamiento y creencias sobre desarrollo de caries dental, uso de biberón, motivos de primera visita al dentista, entre otros. Se obtuvo que las puntuaciones medias eran mayores en padres del grupo de mayor edad, mayor número de hijos, mayor nivel educativo, mayores ingresos mensuales, con residencia en una casa propia, uso de teléfonos inteligentes y medios de comunicación. Aun así, varios padres del estudio, a pesar de reconocer información veraz sobre la salud bucal, no relacionaron el conocimiento con los actos que realizaban, por lo que no reconocían la importancia de ellos.

2.6 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónicas no transmisibles, incluidas las enfermedades orales, son altamente prevalentes, llegando a considerarse un problema de salud pública debido a que representan un alto costo para el país. Éstas están asociadas a hábitos que suelen adquirirse tempranamente en la infancia y, además, a múltiples determinantes sociales de la salud.

Los padres y cuidadores tienen un rol fundamental en la enseñanza de hábitos y estilos de vida en los niños, por lo que es de gran relevancia determinar cuánto saben ellos sobre los cuidados de salud oral para lograr identificar las áreas en las que se necesita reforzar los conocimientos y/o modificar conductas. También es importante determinar qué madres, según los determinantes sociales de salud, deben ser el objetivo para orientar la educación sobre salud oral a los grupos más vulnerables (Akpabio y cols., 2008). Además, se ha demostrado que la aplicación de talleres educativos en madres, padres y cuidadores de preescolares, mejora sustancialmente los conocimientos en salud oral (Revello e Isler, 2013; Narváez y Tello, 2017; Rajan y cols., 2017) y mientras más temprana sea la prevención basada en conocimientos de salud oral, esta información será transmitida a sus hijos, generando una mejora en índices de salud oral y a nivel de salud pública (Núñez y cols., 2013).

A pesar de que existen estudios que relacionen los determinantes sociales de la salud y enfermedades orales (Hooley y cols., 2012; Gómez y cols., 2015; Guizar y cols., 2019, Salama y cols., 2020; Echeverría y cols., 2020), aún son escasos los estudios que relacionen directamente los conocimientos que tienen las madres con sus determinantes sociales de la salud.

Por lo anterior expuesto, este estudio buscó identificar los grupos de madres, según sus determinantes sociales de la salud, que requieran aumentar sus conocimientos en salud oral para prevenir y modificar las conductas en sus hijos y así lograr que éstos se encuentren sanos. Del mismo modo, con esta investigación se espera lograr reconocer en cuáles temas de salud oral se necesita enfocar la información que se les entrega a las madres para así ayudar a esta problemática.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1 HIPÓTESIS

El nivel de conocimientos en salud oral de las madres de niños preescolares de 3 a 6 años está relacionado con los determinantes sociales de la salud.

3.2 OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación que existe entre los conocimientos en salud oral y determinantes sociales de la salud, en madres de niños preescolares de 3 a 6 años de edad.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los determinantes sociales de la salud de madres de niños preescolares de 3 a 6 años de edad a través de la aplicación de un cuestionario.
2. Establecer el nivel de conocimientos en salud oral a madres de niños preescolares de 3 a 6 años de edad a través de la aplicación de una encuesta.
3. Relacionar los conocimientos en salud oral de madres de niños preescolares de 3 a 6 años con los determinantes sociales de la salud.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación se encuentra adscrita al proyecto PRI-ODO 2021/10. Fue evaluada y aprobada por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, proyecto N° 272-2020, acta N° 217, el día 08 de junio de 2021 (ANEXO 1).

Tipo de estudio: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

Población de estudio: Madres de niños entre 3 y 6 años residentes de la Región Metropolitana que aceptaron participar en esta investigación entre agosto de 2021 y marzo de 2022 y firmaron el consentimiento informado.

Tamaño muestral: Se utilizó una muestra por conveniencia no probabilística, quedando constituida por 60 madres de niños preescolares de 3 a 6 años de edad.

- **Criterios de inclusión:** Madres de niños preescolares entre los 3 y 6 años de edad, residentes de la Región Metropolitana.
- **Criterios de exclusión:** Madres sin acceso a internet o que no manejen redes sociales.

4.1 PARTICIPANTES

Debido al estado de pandemia y a las restricciones sociales, se realizó una invitación a madres de niños preescolares entre 3 y 6 años de edad, residentes de la Región Metropolitana, a participar de esta investigación a través de redes sociales (Instagram, Facebook y Whatsapp) por medio de una cuenta personal, entre agosto de 2021 y marzo de 2022. Se solicitó contestar un formulario de Google forms donde se explicaba el propósito de la investigación, su procedimiento e importancia, colocando su nombre, número de teléfono y el correo donde querían recibir la encuesta.

4.2 RECOLECCIÓN DE DATOS

A través de un formulario de Google Forms se solicitó a cada madre que expresara voluntariamente su interés en participar de la investigación por medio de un consentimiento informado, donde se explicó a quiénes estaba dirigida la investigación, su objetivo, método, procedimiento y beneficio (ANEXO 2).

Una vez que la participante confirmó su voluntad de participar de la investigación, a través del mismo Google Forms, se recopilaron los datos de la madre en relación con los determinantes sociales de la salud (ANEXO 3) y se le aplicó una encuesta para conocer sus conocimientos en salud oral (ANEXO 4).

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

4.3.1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Se midieron a través de un cuestionario que recababa información sobre los siguientes determinantes sociales:

1. Edad: Utilizando la definición de juventud de las Naciones Unidas (ONU, 2014), las madres se clasificaron en dos grupos:
 - Jóvenes (≤ 24 años)
 - De mayor edad (> 24 años)

2. Número de hijos: Se clasificaron en tres grupos:
 - Un hijo
 - Dos hijos
 - Tres o más hijos

3. Nivel educacional: Se clasificaron en tres grupos, refiriéndose al nivel más alto alcanzado:
 - Educación básica

- Educación media
 - Educación superior
4. Comuna de residencia: Se clasificaron en cuatro grupos (Purcell, 2019; AIM, 2019):
- Segmento AB-C1a (Estrato social alto): Ñuñoa, Providencia, Las Condes, La Reina, Vitacura, Lo Barnechea, Colina.
 - Segmento C1b-C2 (Estrato social medio): San Miguel, Maipú, La Florida, Macul, Peñalolén, Santiago centro, San José de Maipo, Pirque.
 - Segmento C3 (Estrato social bajo): Quilicura, Huechuraba, Recoleta, Conchalí, Independencia, Renca, Cerro Navia, Quinta Normal, Lo Prado, Pudahuel, Estación Central, Cerrillos, Pedro Aguirre Cerda, San Joaquín, La Granja, San Ramón, La Cisterna, Lo Espejo, El Bosque, San Bernardo, La Pintana, Puente Alto.
 - Segmento D-E (Zonas rurales): Talagante, Calera de Tango, Buin, Paine, Lampa, Til-Til, Alhúe, Curacaví, María Pinto, Melipilla, San Pedro.
5. Previsión de salud: Se clasificaron en dos grupos:
- ISAPRE
 - FONASA

4.3.2 CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL

Se midieron a través de la aplicación de una encuesta sobre conocimientos en salud oral, construida por el equipo de investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, la cual fue evaluada en 30 madres que asistieron a la facultad, entre los años 2018 y 2019, y presentó una confiabilidad de 0.78 (valor Alpha de Cronbach).

La encuesta que se aplicó contiene 25 ítems redactados en forma de afirmación en relación con las siguientes dimensiones: “Etiología de la caries dental”, “Higiene oral”, “Prevención en salud oral”, “Prácticas dietéticas” y “Creencias en salud oral”. Las respuestas se graduaron de Acuerdo/Desacuerdo según formato Likert, con cinco niveles con puntajes crecientes: Totalmente en desacuerdo (1 punto); en desacuerdo (2 puntos); ni en desacuerdo ni de acuerdo (3 puntos); de acuerdo (4 puntos); totalmente de acuerdo (5 puntos).

Para determinar el nivel de conocimiento de las madres, se realizó la sumatoria del puntaje obtenido en la encuesta de conocimientos en salud oral de cada madre clasificándolos en 3 grupos: malos conocimientos en salud oral si el puntaje obtenido era menor a 95 puntos, regulares conocimientos en salud oral si el puntaje obtenido entre 95 y 110 puntos y buenos conocimientos en salud oral si el puntaje obtenido era mayor a 110 puntos.

4.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos obtenidos en la encuesta sobre conocimientos en salud oral y el cuestionario de determinantes sociales de salud fueron tabulados en una planilla Excel y luego se realizó el análisis con el programa software Stata v. 17.0.

Para relacionar los conocimientos en salud oral de las madres con los determinantes sociales de la salud se utilizó la prueba exacta de Fisher dado el tamaño de la muestra. Para evaluar los conocimientos en salud oral según dimensiones se utilizó el Test Chi Cuadrado (X^2). Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

5. RESULTADOS

5.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

La muestra estuvo compuesta por 60 madres de preescolares entre los 3 y 6 años. En la Tabla 1, se muestra la distribución de la muestra según los determinantes sociales de la salud evaluados.

Tabla 1. Distribución madres según sus determinantes sociales de la salud

DETERMINANTE SOCIAL	VARIABLE	n (%)
Edad madre	24 años o menos	4 (6,67)
	25 años o más	56 (93,33)
Nivel educacional	Educación básica	0 (0,0)
	Educación media	13 (21,67)
	Educación superior	47 (78,33)
Comuna de residencia	Zonas rurales	1 (1,67)
	Estrato social bajo	31 (51,67)
	Estrato social medio	10 (16,67)
	Estrato social alto	18 (30,00)
Previsión	ISAPRE	33 (55,00)
	FONASA	27 (45,00)
Número de hijos	1 hijo	27 (45,00)
	2 hijos	26 (43,33)
	3 o más hijos	7 (11,67)
Sexo hijo	Femenino	34 (56,67)
	Masculino	26 (43,33)
Edad hijo	3 años	17 (28,33)
	4 años	16 (26,67)
	5 años	18 (30,00)
	6 años	9 (15,00)

La mayoría de las madres presentó 25 o más años, educación superior completa, residencia en comunas pertenecientes al estrato social bajo y previsión ISAPRE.

5.2 CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL

Los resultados de las respuestas de las madres a la encuesta de conocimientos en salud oral se observan en la Figura 1, en la cual se ve que la gran mayoría de las madres presentó regulares conocimientos en salud oral.

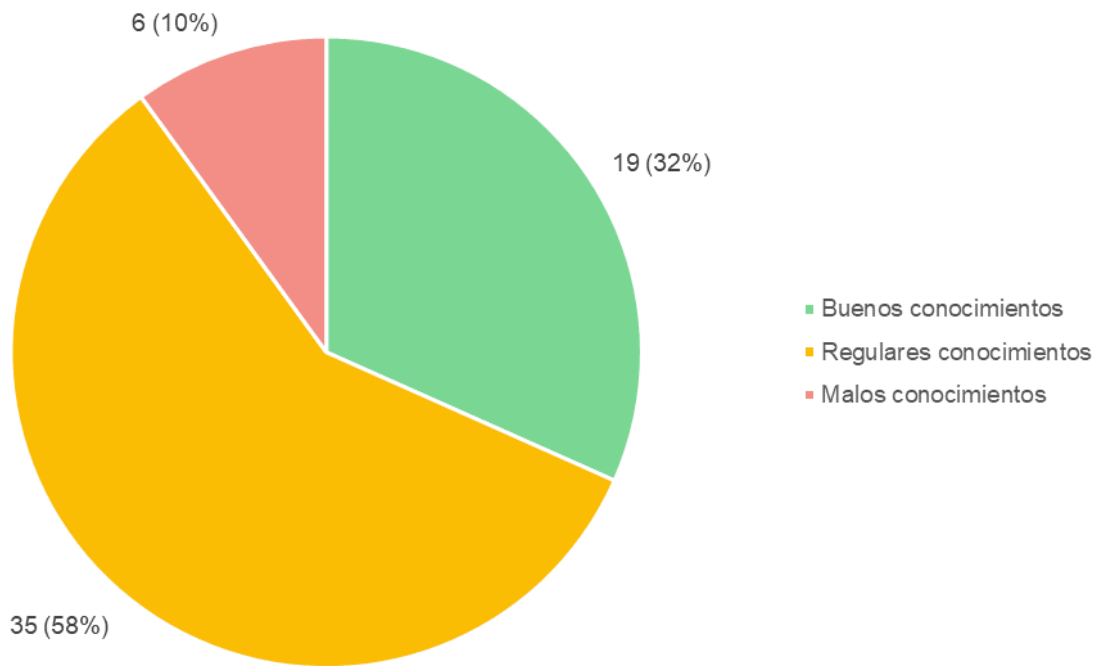


Figura 1. Distribución del nivel de conocimientos en salud oral según la encuesta aplicada

5.3 CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL SEGÚN DIMENSIÓN

Las respuestas de las madres encuestadas según cada dimensión de la encuesta de salud oral se muestran a continuación:

5.3.1 DIMENSIÓN: ETIOLOGÍA DE LA CARIES DENTAL

En las preguntas relacionadas a la dimensión “Etiología de la caries dental” se puede observar que las madres no presentaban seguridad al responder si su higiene oral durante el embarazo afectaría el estado de salud bucal de su hijo/a, sin embargo, se sentían más seguras al responder que su estado de salud oral puede afectar la evolución de su embarazo (Tabla 2).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las respuestas de las madres a la dimensión “Etiología de la caries dental”

	Totalmente de acuerdo n (%)	De acuerdo n (%)	Ni/Ni n (%)	En desacuerdo n (%)	Totalmente en desacuerdo n (%)
La madre puede traspasar a su bebé en los primeros años de vida las bacterias que producen caries.	24 (40,0)	16 (26,7)	8 (13,3)	9 (15,0)	3 (5,0)
Mi higiene oral durante el embarazo influirá en el estado de salud bucal de mi hijo/a.	10 (16,7)	10 (16,7)	18 (30,0)	17 (28,3)	5 (8,3)
La evolución de mi embarazo puede estar afectada por mi estado de salud oral.	25 (41,7)	19 (31,7)	10 (16,7)	3 (5,0)	3 (5,0)

Ni/Ni: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.

5.3.2 DIMENSIÓN: HIGIENE ORAL

En relación con las preguntas sobre la dimensión “Higiene oral”, las madres demostraron conocer la cantidad de pasta que se debe utilizar para un niño de 2 a 5 años, pero al preguntarles por un niño menor de 2 años se observa un mayor número de madres en desacuerdo (Tabla 3).

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las respuestas de las madres a la dimensión “Higiene oral”

	Totalmente de acuerdo n (%)	De acuerdo n (%)	Ni/Ni n (%)	En desacuerdo n (%)	Totalmente en desacuerdo n (%)
La cantidad de pasta que se debe poner en el cepillo para un niño de 2 a 5 años es del tamaño de una lenteja.	36 (60,0)	21 (35,0)	2 (3,3)	0 (0,0)	1 (1,7)
La higiene bucal de los bebés sin dientes se puede realizar con gasa húmeda o un trozo de pañal de género limpio.	41 (68,3)	15 (25,0)	3 (5,0)	1 (1,7)	0 (0,0)
La cantidad de pasta que se debe poner en el cepillo para un niño menor de 2 años es del tamaño de un grano de arroz.	19 (31,7)	14 (23,3)	6 (10,0)	11 (18,3)	10 (16,7)
Se debe limpiar la boca de los bebés después de la alimentación con pecho o mamadera antes de que le salgan los primeros dientes.	31 (51,7)	14 (23,3)	8 (13,3)	3 (5,0)	4 (6,7)
La boca de los bebés debe limpiarse desde los primeros meses de vida.	34 (56,7)	14 (23,3)	5 (8,3)	5 (8,3)	2 (3,3)
El cepillado de dientes en los niños pequeños debe ser realizado por un adulto.	46 (76,7)	13 (21,7)	1 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Los dientes de leche solo se deben limpiar con el cepillo dental propio del bebé.	47 (78,3)	9 (15,0)	2 (3,3)	0 (0,0)	2 (3,3)

Ni/Ni: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.

5.3.3 DIMENSIÓN: PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

En la dimensión “Prevención en salud oral” las madres mostraron menor grado de acuerdo con la afirmación de que la pasta de dientes con flúor es importante para prevenir las caries en dientes de leche (Tabla 4).

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las respuestas de las madres a la dimensión “Prevención en salud oral”

	Totalmente de acuerdo n (%)	De acuerdo n (%)	Ni/Ni n (%)	En desacuerdo n (%)	Totalmente en desacuerdo n (%)
La pasta de dientes con flúor es importante para prevenir las caries en los dientes de leche.	33 (55,0)	13 (21,7)	8 (13,3)	3 (5,0)	3 (5,0)
Para prevenir la caries, los hábitos saludables de higiene y de alimentación deben ser incorporados desde que el niño nace.	38 (63,3)	17 (28,3)	2 (3,3)	3 (5,0)	0 (0,0)
Se puede prevenir la caries en los dientes de leche de su bebé.	43 (71,7)	14 (23,3)	1 (1,7)	2 (3,3)	0 (0,0)
Entre los controles de salud de la mujer embarazada se debe considerar un examen dental.	48 (80,0)	11 (18,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,7)

Ni/Ni: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.

5.3.4 DIMENSIÓN: PRÁCTICAS DIETÉTICAS

En el ámbito de “Prácticas dietéticas”, las madres presentaron un menor conocimiento en las afirmaciones sobre la edad hasta la que deben ser alimentados exclusivamente con pecho materno y que solo el consumo de alimentos azucarados sólidos puede producir caries (Tabla 5).

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de las respuestas de las madres a la dimensión “Prácticas dietéticas”

	Totalmente de acuerdo n (%)	De acuerdo n (%)	Ni/NIn (%)	En desacuerdo n (%)	Totalmente en desacuerdo n (%)
Los bebés deben ser alimentados exclusivamente con pecho materno hasta los 6 meses de edad.	24 (40,0)	15 (25,0)	8 (13,3)	6 (10,0)	7 (11,7)
El niño debe tomar la mamadera con leche sin azúcar.	43 (71,7)	12 (20,0)	0 (0,0)	2 (3,3)	3 (5,0)
Entre comidas, los niños no deben comer alimentos azucarados.	27 (45,0)	21 (35,0)	10 (16,7)	0 (0,0)	2 (3,3)
Solo los alimentos azucarados sólidos pueden producir caries.	26 (43,3)	10 (16,7)	9 (15,0)	7 (11,7)	8 (13,3)
El consumo de dulces es un factor de riesgo importante para la formación de las caries.	44 (73,3)	16 (26,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
No es bueno que los niños se queden dormidos con la mamadera en su boca.	41 (68,3)	15 (25,0)	3 (5,0)	0 (0,0)	1 (1,7)

Ni/NIn: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.

5.3.5 DIMENSIÓN: CREENCIAS EN SALUD ORAL

En la dimensión “Creencias en salud oral” se observa que las madres presentan una menor seguridad al contestar las preguntas sobre la importancia de los dientes primarios (Tabla 6).

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de las respuestas de las madres a la dimensión “Creencias en salud oral”

	Totalmente de acuerdo n (%)	De acuerdo n (%)	Ni/NIn (%)	En desacuerdo n (%)	Totalmente en desacuerdo n (%)
La caries no tratada puede producir dolor e infección en los niños.	51 (85,0)	8 (13,3)	1 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Los dientes de leche con caries deben ser tratados.	43 (71,7)	15 (25,0)	0 (0,0)	2 (3,3)	0 (0,0)
Los dientes de leche son importantes para mantener el espacio para los dientes definitivos.	35 (58,3)	14 (23,3)	10 (16,7)	0 (0,0)	1 (1,7)
Los dientes de leche son importantes para que los niños aprendan a hablar bien.	32 (53,3)	12 (20,0)	14 (23,3)	1 (1,7)	1 (1,7)
Los dientes de leche son importantes para una buena autoestima y bienestar psicológico del niño.	32 (53,3)	20 (33,3)	6 (10,0)	1 (1,7)	1 (1,7)

Ni/NIn: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.

5.3.6 COMPARACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL Y CADA DIMENSIÓN DE LA ENCUESTA

Al comparar los conocimientos en salud oral que presentaron las madres según cada dimensión, se obtuvo que la dimensión “Etiología de la caries dental” presentaba mal conocimiento, la dimensión “Prácticas dietéticas” presentaba regular conocimiento y la dimensión “Prevención en salud oral” presentaba buen conocimiento en salud oral (Figura 2).

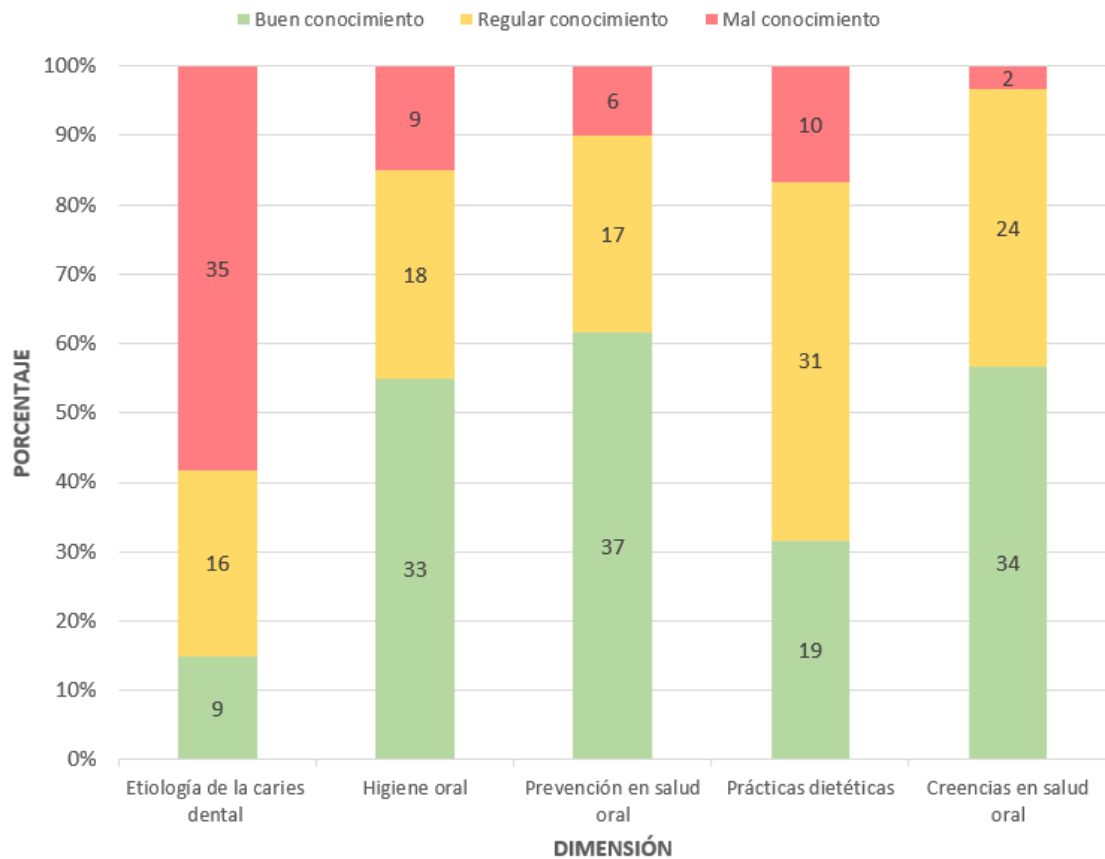


Figura 2. Distribución resultados de conocimientos en salud oral según dimensiones de la encuesta

5.4 RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Para determinar la relación entre los conocimientos en salud oral y los determinantes sociales de la salud evaluados se utilizó el test estadístico Prueba exacta de Fisher.

Al analizar estadísticamente los resultados obtenidos se observó, en la muestra de madres estudiada, que no había una relación estadísticamente significativa entre los determinantes sociales de la salud y los conocimientos en salud oral (Tabla 7). Sin embargo, se puede observar que las madres con mayores conocimientos

fueron aquellas con una edad inferior o igual a 24 años, con educación superior completa, de estrato social alto, con FONASA como previsión social de salud, con un hijo de sexo femenino de 4 años.

Tabla 7. Comparación entre conocimientos en salud oral y determinantes sociales de la salud

Determinante social	Variable	Malos conocimientos n (%)	Regulares conocimientos n (%)	Buenos conocimientos n (%)	Valor p*
Edad madre	24 años o menos	0 (0,00)	1 (25,00)	3 (75,00)	0,136
	25 años o más	6 (10,71)	34 (60,71)	16 (28,57)	
Nivel educacional	Educación básica	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0,803
	Educación media	1 (7,69)	9 (69,23)	3 (23,08)	
	Educación superior	5 (10,64)	26 (55,32)	16 (34,04)	
Comuna de residencia	Zonas rurales	0 (0,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	0,741
	Estrato social bajo	2 (6,45)	20 (64,52)	9 (29,03)	
	Estrato social medio	1 (10,00)	6 (60,00)	3 (30,00)	
	Estrato social alto	3 (16,67)	8 (44,44)	7 (38,89)	
Previsión	ISAPRE	4 (12,12)	20 (60,61)	9 (27,27)	0,688
	FONASA	2 (7,41)	15 (55,56)	10 (37,04)	
Número de hijos	1 hijo	2 (7,41)	13 (48,15)	12 (44,44)	0,177
	2 hijos	3 (11,54)	16 (61,54)	7 (26,92)	
	3 o más hijos	1 (14,29)	6 (85,71)	0 (0,00)	
Sexo hijo	Femenino	4 (11,76)	18 (52,94)	12 (35,29)	0,680
	Masculino	2 (7,69)	17 (65,38)	7 (26,92)	
Edad hijo	3 años	1 (5,88)	11 (64,71)	5 (29,41)	0,886
	4 años	2 (12,50)	7 (43,75)	7 (43,75)	
	5 años	2 (11,11)	11 (61,11)	5 (27,78)	
	6 años	1 (11,11)	6 (66,67)	2 (22,22)	

*Calculado con Prueba Exacta de Fisher

6. DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo analizar la relación que existe entre los conocimientos en salud oral y los determinantes sociales de la salud en madres de niños preescolares entre los 3 y 6 años de edad, debido al hecho de que son ellas los principales agentes educativos en los primeros años de vida de sus hijos, quienes dependen principalmente de sus padres para el aprendizaje, formación de hábitos, conductas y estilos de vida saludable que mantengan a los niños y niñas en un estado de salud.

6.1 CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL

En este estudio se encontró que, de las 60 madres encuestadas, más de la mitad tenía regulares conocimientos en salud oral, seguido de un tercio de ellas con buenos conocimientos, y un número menor con malos conocimientos. Al compararlo con el estudio de Núñez y cols. (2013) realizado, también en Chile, en una clínica privada del área norte de la ciudad de Santiago, se encontraron resultados similares a este estudio, ya que un 64% de las madres tenían regulares conocimientos, un 35% óptimos conocimientos y un 1% bajos conocimientos. Cabe destacar, que en el estudio de Núñez y cols. (2013) ellos observaron un menor número de madres con bajos conocimientos en salud oral en comparación a los resultados del presente estudio, lo que se podría asociar con un sesgo de selección, ya que el estudio realizado por ellos se realizó en una clínica privada de alto nivel socioeconómico, a diferencia de este estudio que incluyó una muestra más heterogénea. Sin embargo, se esperaría que a lo largo de estos nueve años de diferencia entre ambos estudios hubiese aumentado mayormente el grado de conocimiento de las madres debido a los programas de salud existentes en Chile, a los cuales muchas de estas madres quizás no asistieron con sus hijos. En otro estudio realizado por Benavente y cols. (2012) en Perú, obtuvieron como resultado que un 68,5% de las madres tenían regulares conocimientos, un 22,4% bajos

conocimientos y un 9,1% buenos conocimientos en salud oral, a diferencia de este estudio en el que las madres con buenos conocimientos prevalecieron por sobre las de bajos conocimientos.

6.2 CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL SEGÚN DIMENSIÓN

Al comparar las respuestas de las madres en las distintas dimensiones de la encuesta, observamos que la dimensión “Etiología de la caries dental” presentó malos conocimientos en salud oral, y, por el contrario, la dimensión de “Prevención en salud oral” presentó buenos conocimientos en salud oral, similar a lo encontrado por Núñez y cols. (2013) en Chile, donde un 78,9% de las madres encuestadas presentaba adecuados conocimientos sobre prevención en salud oral. También se observó en este estudio que la dimensión “Creencias en salud oral” e “Higiene oral” obtuvo más de la mitad de madres con buenos conocimientos sobre estos temas, pero la dimensión de “Prácticas dietéticas” presentaba malos conocimientos, distinto a lo encontrado por Suresh y cols. (2010) en la India, donde la mayoría de las madres presentó un buen conocimiento sobre dieta, pero el conocimiento sobre higiene oral, prevención en salud oral y creencias en salud oral era muy bajo.

6.2.1 DIMENSIÓN: ETIOLOGÍA DE LA CARIES DENTAL

Dentro de las afirmaciones pertenecientes a la dimensión “Etiología de la caries dental”, se les consultó a las madres si ellas pueden traspasar a su bebé en los primeros años de vida las bacterias que producen caries, donde dos tercios de ellas decían estar de acuerdo con esta afirmación. Narváez y Tello (2017) en Ecuador encontraron resultados similares, ya que un 80% de las madres presentaba conocimientos sobre la transmisión de bacterias cariogénicas de madre a hijo. Sin embargo, al consultarle a las madres de este estudio si su higiene oral durante el embarazo influye en el estado de salud bucal de su hijo, menos de la mitad de las madres se encontró de acuerdo con esta afirmación, lo

que nos permite inferir que las madres conocen la transmisión de bacterias hacia sus hijos posterior al nacimiento, pero durante el embarazo es un tema del cual no tienen suficiente información.

6.2.2 DIMENSIÓN: HIGIENE ORAL

En la dimensión “Higiene oral”, las madres presentaban una menor seguridad al contestar las afirmaciones relacionadas con la cantidad de pasta dental que se debe utilizar en el cepillado de sus hijos. En un estudio realizado por Franco y cols. (2004) en Colombia, se observó que un 50% de las madres dice nunca haber recibido información sobre este tema, sin embargo, reconocían saber que era importante controlar la cantidad de pasta dental utilizada “para que no se la trague” o “porque le afecta al estómago”. Además, un 25,8% de las madres decía que los niños siempre o casi siempre dispensaban solos la cantidad de pasta que utilizaban para lavarse los dientes, distinto a lo encontrado en este estudio, donde casi el total de las madres sabía que el cepillado debe ser realizado por un adulto. Sin embargo, es importante recalcar que en un estudio realizado en Arabia Saudita por Salama y cols. (2020), se encontró que a pesar de que los padres conocían información sobre este tema, no podían relacionar sus conocimientos con los actos que realizaban.

En un estudio realizado en Ecuador por Narváez y Tello (2017), un 44,4% de las madres contestaron incorrectamente la cantidad de pasta dental con flúor necesaria para sus hijos. Podemos inferir con respecto a esto que las madres tienen conocimientos más generales sobre higiene oral, es decir, saben que los niños deben utilizar pasta de dientes con flúor, pero desconocen, por ejemplo, cuánta pasta es la recomendada según la edad de sus hijos. Además, a pesar de tener los conocimientos, no podemos asegurar que apliquen lo que está indicado para sus hijos.

6.2.3 DIMENSIÓN: PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

En la dimensión de “Prevención en salud oral”, al preguntarle a las madres sobre si se pueden prevenir las caries en los dientes de leche de sus hijos, casi el total de ellas contestó estar de acuerdo con esta afirmación, sin embargo, al preguntar si la pasta dental con flúor es importante para prevenir las caries o cuándo deben ser incorporados los hábitos de higiene y alimentación, un número menor de ellas se encuentra de acuerdo, lo que nos lleva a pensar que se debe reforzar en las madres conocimientos sobre cómo lograr prevenir las caries en sus hijos. A pesar de ello, el número de madres que sabe cuándo iniciar los hábitos saludables en los niños es alto, diferente a lo encontrado por Suresh y cols. (2010) en India, donde la mayoría de las madres contestaron que el cuidado dental debe comenzar cuando se encuentren todos los dientes en boca.

6.2.4 DIMENSIÓN: PRÁCTICAS DIETÉTICAS

En la dimensión de “Prácticas dietéticas”, la mayoría de las madres demuestran tener buenos conocimientos en relación con que el niño no debe quedarse dormido con la mamadera en la boca, sin embargo, en el estudio realizado por Franco y cols. (2004), la mitad de las madres relataban hacer dormir al niño con la mamadera sin realizar ninguna higiene posterior, debido a que lo utilizan como pacificador para que el niño pueda quedarse dormido, lo que nos lleva a pensar que a pesar de que las madres sepan que la mamadera nocturna no es beneficioso para el niño, es una técnica que se utiliza frecuentemente. En un estudio realizado por Salama y cols. (2020) en Arabia Saudita se observó que un 76,7% de los cuidadores creía que los alimentos dulces contribuyen al desarrollo de caries, similar a lo encontrado en este estudio, donde el total de las madres contestó estar totalmente de acuerdo o de acuerdo con esta afirmación. Sin embargo, al preguntar si solo los alimentos azucarados sólidos pueden producir caries, más de la mitad de las madres estaba de acuerdo con esta afirmación, lo que nos dice que las madres no tienen conocimientos sobre los alimentos que

pueden contribuir a la formación de caries, relacionándolos en su mayor parte a solo el consumo de dulces.

6.2.5 DIMENSIÓN: CREENCIAS EN SALUD ORAL

Sobre “Creencias en salud oral”, tan solo un 3% de las madres tuvo malos conocimientos sobre este tema, sin embargo, se puede destacar que las afirmaciones con relación a la importancia de los dientes primarios en los niños fueron las que contestaron con menor grado de acuerdo. Esto discrepa del estudio realizado por Franco y cols. (2004) en Colombia, donde un 97% de las madres encuestadas consideran importante el cuidado de los dientes primarios por razones como “del cuidado de estos dientes dependen los otros” o “por apariencia e higiene personal”. Sin embargo, Suresh y cols. (2010) encontraron que las madres tenían regulares conocimientos sobre este tema y no eran capaces de reconocer lesiones de caries en sus hijos.

6.3 CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En este estudio se obtuvo que las madres menores de 24 años, con educación superior completa, de estrato social alto y con FONASA como previsión de salud, tenían mayores conocimientos en salud oral. Sin embargo, al realizar el análisis estadístico se encontró que ninguno de los determinantes sociales de la salud se relacionaba con los conocimientos en salud oral de una forma estadísticamente significativa, lo que se puede asociar al tamaño reducido de la muestra de este estudio.

Salama y cols. (2020) concluyeron que los mayores conocimientos en salud oral se presentaban en madres de mayor nivel escolar y mayores ingresos mensuales, similar a lo encontrado en este estudio, donde las madres de educación superior y estrato social alto presentaron mejores conocimientos en salud oral. Esto podría

deberse a que los ingresos más altos promueven mejores condiciones de vida y un mejor acceso a bienes y servicios básicos de salud. Además, el tener un mayor nivel educativo promueve que los padres tengan una mayor capacidad de comprensión de la información que se les entrega.

Akpabio y cols. (2008) encontraron en su investigación que las madres de mayor edad y con mayor número de hijos presentaban mejores conocimientos en salud oral, discrepando con lo encontrado en este estudio, donde las madres jóvenes y con un hijo obtuvieron mejores resultados. Esto se podría explicar debido a que las madres jóvenes que participaron de este estudio fue un número pequeño, por lo que sus resultados de conocimientos en salud oral tenían una menor heterogeneidad en comparación a las madres de mayor edad. Además, el que las madres con un hijo tengan mejores resultados que las madres con dos hijos o más, se puede deber a que al tener un único hijo las madres se pueden enfocar de mejor forma a su cuidado, a diferencia de las madres con un número mayor de hijos, donde pueden presentarse otras preocupaciones en relación a los demás niños.

Guizar y cols. (2019) realizaron un estudio en niños mexicanos de 3 a 6 años, donde se encontró que el grado de conocimientos de las madres se relaciona directamente con el nivel de escolaridad y nivel de ingresos, los que, a su vez, se relacionan con la frecuencia y severidad de CTI en los niños, por lo que es importante que las madres tengan buenos niveles de conocimientos en salud oral para poder mantener a sus hijos sanos.

En relación con la previsión de salud, los resultados nos indican que las madres pertenecientes a FONASA presentan conocimientos mayores en comparación con las pertenecientes a ISAPRE. Es importante analizar este dato dado que, en Chile, un 76% y un 18,2% de las personas son pertenecientes a estos grupos respectivamente (Clínicas de Chile, 2018). Con respecto a esto, podríamos inferir que en el sistema público las personas que pertenecen a FONASA tienen más información y participación en los programas ministeriales ofrecidos por el estado,

no así las personas atendidas en sector privado, donde también deberían implementar la promoción en salud oral para aumentar los conocimientos de las madres respecto a este tema.

Según los resultados obtenidos en este estudio, no se pudo establecer una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos en salud oral de las madres de niños preescolares participantes y los determinantes sociales de la salud evaluados, sin embargo, se puede observar una tendencia de que existen mayores conocimientos en las madres jóvenes, con alto nivel socioeconómico y educacional y pertenecientes a FONASA.

Si bien todas las madres deberían recibir educación sobre cómo prevenir enfermedades y promover una buena salud bucal para sus hijos, este estudio nos demuestra que existen grupos específicos de madres que necesitan ser el objetivo principal de las intervenciones educativas y que hay ciertos temas de salud oral que deben ser reforzados mayormente, sin dejar de lado el contexto de la persona y su entorno. Además, las políticas públicas del país parecen no estar siendo completamente efectivas en el control del problema sugiriendo que es necesario reorientar los mensajes con los que se llega tanto a nivel individual como poblacional, a fin de establecer una comunicación efectiva que permita operar un cambio en las conductas en salud (Olave-Muller y cols., 2021).

6.4 LIMITACIONES Y FORTALEZAS

Debido al estado de pandemia presente en nuestro país, este estudio tuvo que adecuarse para su realización, pasando de ser un estudio que incluía evaluación clínica de los hijos de las madres participantes para comparar su estado oral con los conocimientos en salud oral de sus madres, a ser una investigación completamente online. A pesar de ello, se mantuvo la muestra solo a madres residentes de la Región Metropolitana, como se había decidido al comienzo.

Dentro de las limitaciones de este estudio se observó que, al ser realizado por medio de una encuesta online, podría existir un potencial sesgo de selección de los participantes, ya que para contactarlos se utilizó redes sociales de uso personal, lo que podría haber generado que las variables de los determinantes sociales de la salud no fueran heterogéneas en todos los grupos. Además, podría existir un potencial sesgo en las respuestas de la encuesta, donde las participantes pueden haber respondido lo que esperaban que fuera correcto.

Entre las fortalezas de este estudio, podemos mencionar que se utilizó una encuesta previamente probada en un grupo de madres con similares características, con una buena confiabilidad del instrumento. Además, esta tesis proporciona información relevante que contribuye el estado de conocimientos sobre estas temáticas de salud oral.

En el futuro, sería interesante incluir una muestra de mayor tamaño y que abarque distintas regiones del país, con el objetivo no solo de aumentar el tamaño de la muestra, sino también la representatividad y heterogeneidad de quienes la componen. Igualmente, sería novedoso complementar esta investigación con una de carácter cualitativo para ver las percepciones que tienen las madres sobre los conocimientos en salud oral y, también, sus conductas respecto a ello.

7. CONCLUSIONES

- Las madres de niños preescolares de 3 a 6 años de edad participantes del estudio presentan principalmente regulares conocimientos en salud oral, siendo buenos los conocimientos sobre temas relacionados a “Prevención en salud oral” y malos los relacionados a “Etiología de la caries dental”.
- Al comparar los conocimientos en salud oral y los determinantes sociales de la salud, no se encontró relación entre estas variables en las madres encuestadas.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abadía CE. (2006). Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta bioethica* 12(1), 9-22.

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

American Academy of Pediatric Dentistry. (2021). Caries risk assessment and management for infants, children, and adolescents. https://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_CariesRiskAssessment.pdf (Acceso: 12/04/2021).

Asociación investigadores de mercado (AIM). (2019). Clasificación grupos socioeconómicos y manual de aplicación. <https://www.aimchile.cl/wp-content/uploads/2020/07/Actualización-y-Manual-GSE-AIM-2019-1.pdf> (Acceso: 09/02/2021).

Benavente, LA., Chein, SA., Campodónico, CH., Palacios, E., Ventocilla, MS., y cols. (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. *Odontología sanmarquina* 15(1), 14-18.

Capote, MM., Trujillo, C., Ernesto, L. (2012). Importancia de la familia en la salud bucal. *Revista Cubana de Estomatología* 49(1), 47-54.

Clínicas de Chile. (2018). Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile. https://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2020/07/DIMENSIONAMIENTO_FINAL_CIFRAS_2018.pdf (Acceso: 25/07/2022).

- Echeverría-López, S., Henríquez-D'Aquino, E., Werlinger-Cruces, F., Villarroel-Díaz, T., Lanás-Soza, M. (2020). Determinantes de caries temprana de la infancia en niños en riesgo social. *International journal of interdisciplinary dentistry* 13(1), 26-29.
- Fejerskov, O. (2004). Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Caries Research* 38(3), 182-91.
- Franco, AM., Jiménez, J., Saldarriaga, C., Zapata, L., Saldarriaga, A., y cols. (2003). Conocimientos y prácticas de cuidado bucal de las madres de niños menores de seis años. *Revista CES Odontología* 16(1), 27-33.
- Franco, AM., Santamaría, A., Kurzer, E., Castro, L., Giraldo, M. (2004). El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. *Revista CES Odontología* 17(1), 19-29.
- Global Burden of Disease (GBD). (2019). Global Burden of Disease Study 2019. *Seattle: Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME)*. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (Acceso: 25/07/2022).
- González, F., Sánchez, R., Carmona, L. (2009). Indicadores de riesgo para la caries dental en niños preescolares de La Boquilla, Cartagena. *Revista Salud Pública* 11(4), 620-630.
- Guizar, JM., López, CA., Amador, N., Lozano, O., García, CA. (2019). Determinantes del cuidado de la salud oral relacionados con la frecuencia y severidad de la caries dental en preescolares. *Nova scientia* 11(22), 85-101.
- Hooley, M., Skouteris, H., Boganin, C., Satur, J., Kilpatrick, N. (2012). Parental influence and the development of dental caries in children aged 0–6 years: A systematic review of the literature. *Journal of dentistry* 40, 873–885.
- Kidd, EA y Fejerskov, O. (2004). What constitutes dental caries? Histopathology of carious enamel and dentin related to the action of cariogenic biofilms. *Journal of Dental Research* 83, 35-38.

Mattila, ML., Rautava, P., Ojanlatva, A., Paunio, P., Hyssälä, L., y cols. (2005). Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children?. *Acta Odontologica Scandinavica* 63, 73-84.

Ministerio de Salud (MINSAL). (2007). Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del niño de 6 años. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/05/Diagnostico-Nac-Salud-Bucal-ni%C3%B1os-6-a%C3%B1os_Chile-2007.pdf (Acceso:23/03/2022).

Ministerio de Salud (MINSAL). (2012). Informe consolidado: Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de los niños y niñas de 2 y 4 años que participan en la educación parvularia. Chile 2007-2010. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/05/Informe-consolidado-2-y-4-a%C3%B1os.pdf (Acceso: 25/06/2021)

Ministerio de Salud (MINSAL). (2013). Orientaciones para el logro de las metas en salud bucal ENS 2011-2020. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/Orientaci%C3%B3n-t%C3%A9cnica-para-el-logro-de-las-metas-de-salud-bucal-ENS-2011-2020.pdf (Acceso: 25/06/2021).

Ministerio de Salud (MINSAL). (2016). Manual educativo para trabajar con familias de párvulos. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/Manual-Educativo-Familias-2016_web-23.pdf (Acceso: 14/12/2020). [A].

Ministerio de Salud (MINSAL). (2016). Promoción de Salud. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/1_PROMOCION-DE-SALUD.pdf. (ACCESO: 14/12/2020). [B].

Ministerio de Salud (MINSAL). (2017). Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-P%C3%BAblica-20_12_2017.pdf. (Acceso: 14/12/2020).

Ministerio de Salud (MINSAL). (2018). Modelo de intervención de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/05/OT-Modelo-en-Educaci%c3%b3n-Parvularia-dirigido-a-equipos-de-salud-y-educaci%c3%b3n-2018.pdf (Acceso: 12/04/2021).

Ministerio de Salud (MINSAL). (2021). Programa CERO adolescente 2021. Orientaciones técnico-administrativas población adolescente en control con enfoque de riesgo odontológico.

Ministerio de Salud (MINSAL). (2022). Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios al 2030. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf> (Acceso: 11/08/2022).

Montenegro, G., Sarralde, AL., Lamby, CP. (2013). La educación como determinante de la salud oral. *Universitas Odontologica*. Jul-Dic 32(69), 115-121.

Moore, T., McDonald, M., Sanjeevan, S., Price, A. (2012). Sustained Home Visiting for Vulnerable Families and Children: A Literature Review of Effective Processes and Strategies (Prepared for the Australian Research Alliance for Children and Youth). *Research Institute & Royal Children's Hospital*.

Narváez, AM. y Tello, G. (2017). Association between parent's knowledge about oral health and use of educational techniques with the presence of biofilm and dental caries in infants. *Revista Odontología* 19, 5-21.

Núñez, N., Moya, P., Monsalves, M., Landaeta, S. (2013). Nivel de Conocimiento de Salud Oral y Utilización de GES Odontológico en Púerperas Atendidas en una Clínica Privada, Santiago, Chile. *International Journal of Odontostomatology*, 7(1), 39-46.

Olave-Müller, P., Fajreldin, V., Coronado, V., López-Contreras, N., Valenzuela, MT. (2021). Needs, beliefs and practices in oral health of preschoolers' parents and caregivers: A qualitative scope. *International Journal of Odontostomatology*, 15(4), 888-897.

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2014). La UNESCO: trabajando con y para los jóvenes. <http://www.unesco.org/new/es/popular-topics/youth/> (Acceso: 26/01/2021).

Organización mundial de la salud (OMS). (1994). Promoción de la salud: glosario. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1 (Acceso: 08/08/2022)

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). Documentos básicos. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 48º edición, pág. 1. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7> (Acceso: 26/01/2021).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). Determinantes Sociales de la Salud. http://www.who.int/social_determinants/es/ (Acceso: 20/01/2021).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022). Oral health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health> (Acceso: 08/08/2022).

Peres, MA., Macpherson, LMD., Weyant, RJ., Daly, B., Venturelli, R., y cols. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet* 394(10194), 249-260.

Pitts, N., Baez, R., Diaz-Guallory, C. (2019). Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. *International Journal of Pediatric Dentistry* 29, 384-386.

Purcell, M. (2019). Estilos de vida de los grupos socioeconómicos de Chile. https://cdn2.hubspot.net/hubfs/2405078/cms-pdfs/fileadmin/user_upload/country_one_pager/cl/gfk_gse_190502_final.pdf (Acceso: 09/02/2021).

- Rajan, P., Krishnan, R., Kumar, S., Nair, S. (2017). Knowledge and Attitude about Early Childhood Caries among Pregnant Mothers from Low Socioeconomic Status: A Questionnaire Study. *Journal of pharmacy & bioallied sciences*, 9(Suppl 1), S85–S87.
- Revello, V., e Isler, M. (2013). Evaluación de conocimientos en comunidades intervenidas por el “Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Preescolares” Región Metropolitana. *Revista Chilena de Salud Pública* 17(1), 40-47
- Salama, F., Alwohaibi, A., Alabdullatif, A., Alnasser, A., Hafiz, Z. (2020). Knowledge, behaviours and beliefs of parents regarding the oral health of their children. *European Journal of Paediatric Dentistry* 21(2), 103-109.
- Suresh, BS., Ravishankar, TL., Chaitra, TR., Mohapatra, AK., Gupta, V. (2010). Mother’s knowledge about pre-school child’s oral health. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry* 28, 282-287.
- Tiwari, T., Rai, N., Colmenero, E., Gonzalez, H., Castro, M. (2017). A Community-Based Participatory Research Approach to Understand Urban Latino Parent’s Oral Health Knowledge and Beliefs. *International Journal of Dentistry* 2017, 9418305.
- Valderrama, DK. y Garzón, YA. (2020). Factores de riesgo asociados a caries de infancia temprana en niños, revisión narrativa. [Tesis doctoral Universidad Antonio Nariño].
- VicHealth. (2013). Fair Foundations: The VicHealth framework for health equity.
- Vidal, D., Chamblas, I., Zavala, M., Müller, R., Rodríguez, MC., y cols. (2014). Determinantes Sociales en Salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Ciencia Y Enfermería*, 20(1), 61-74

9. ANEXOS

9.1 ANEXO 1. Acta aprobación CEISH de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

Sobre la base de esta información el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile se ha pronunciado de la siguiente manera sobre los aspectos del proyecto que a continuación se señalan:

- a) Carácter de la población a estudiar: Población cautiva de preescolares atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile sometida a investigación no terapéutica.
- b) Utilidad del proyecto: Obtener información sobre la relación cuantitativa y cualitativa, entre conocimientos en salud oral de la madre e índice ceod.
- c) Riesgos y beneficios: Riesgos mínimos. Beneficios a corto plazo, que la madre conozca los factores de riesgo de caries de su hijo. A largo plazo, al conocer los determinantes asociados al conocimiento en salud oral de la madre y su relación en la caries temprana de la infancia se pueden elaborar pautas que incidan directamente en ellos, con el fin de disminuir a largo plazo la incidencia de caries.
- d) Protección de los participantes (asegurada por el Consentimiento Informado): Consentimiento informado adecuado para las madres.
- e) Notificación Oportuna de reacciones adversas: No aplica.
- f) Compromiso del investigador responsable en la notificación de los resultados del estudio al finalizar el proyecto: Si.
- g) Requiere seguimiento o visita en terreno: Si ___ No X

N.º de vistas: _____

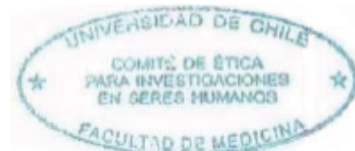
Por lo tanto, el comité estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

Este comité también analizó y aprobó los correspondientes documentos de Consentimiento Informado en su versión modificada recibida el 22 de marzo de 2021, que se adjunta firmado, fechado y timbrado por este CEISH.

Sin perjuicio de lo anterior, según lo establecido en el artículo 10 bis del D.S Nº 114 de 2011, del Ministerio de Salud que aprueba el reglamento de la ley Nº 20.120; es preciso recordar que toda investigación científica en seres humanos deberá contar con la autorización expresa del o de los directores de los establecimientos dentro de los cuales se efectúe, la que deberá

Teléfono: 29789536 - Email: ceish.med@uchile.cl

08JUN2021





UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO

(Documento en versión 3.1 corregida 17.11.2020)

Con fecha 08 de junio de 2021 el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile, integrado por los siguientes miembros:

Dr. Manuel Oyarzún G., Médico Neumólogo, Profesor Titular, Presidente
 Dra. Lucía Cifuentes O., Médico Genetista, Profesor Titular, Vicepresidente Subrogante
 Sra. Claudia Marshall F., Educadora, Representante de la comunidad
 Dra. Grisel Orellana, Médico Neuropsiquiatra, Profesor Asociado
 Prof. Julieta González B., Bióloga Celular, Profesor Asociado
 Dra. María Angela Delucchi Bicocchi, Médico Pediatra Nefrólogo, Profesor Titular
 Dr. Miguel O’Ryan, Médico Infectólogo, Profesor Titular
 Dra. María Luz Bascuñán Psicóloga PhD, Profesor Asociado
 Sra. Karima Yarmuch G., Abogada, Dirección Jurídica, Facultad de Medicina
 Sra. Javiera Cobo R., Nutricionista, Secretaria Ejecutiva
 Prof. Verónica Aliaga C., Kinesióloga, Magister en Bioética, Profesor Asociado
 Dr. Dante Cáceres L., Médico Veterinario, Doctor en Salud Pública, Profesor Asociado

Ha revisado el Proyecto de Investigación titulado: “**CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL DE LAS MADRES DE HIJOS PREESCOLARES Y SU RELACIÓN CON EL ÍNDICE CEOD**”. Cuyo investigador responsable es la Dra. María Angélica Cereceda, quien desempeña funciones en el Departamento del Niño y ODM, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

El Comité revisó los siguientes documentos del estudio:

- Proyecto de Investigación
- Curriculum Vitae del Investigador
- Consentimiento Informado
- Carta Compromiso del investigador para comunicar los resultados del estudio una vez finalizado este

El proyecto y los documentos señalados en el párrafo precedente han sido analizados a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

Teléfono: 29789536 - Email: ceish.med@uchile.cl

08|JUN|2021





UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

ser evacuada dentro del plazo de 20 días hábiles contados desde la evaluación conforme del CEISH, siendo de responsabilidad del investigador enviar a este Comité una copia de la misma dentro del plazo señalado.

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.

Se extiende este documento por el periodo de **01 año** a contar desde la fecha de aprobación prorrogable según informe de avance y seguimiento bioético.

Lugar de realización del estudio:

- Clínica odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile

**JAVIERA DE
 LOS ANDES
 COBO RIVEROS**

Firmado digitalmente
 por JAVIERA DE LOS
 ANDES COBO RIVEROS
 Fecha: 2021.06.18
 19:42:33 -04'00'

Srta. Javiera Cobo Riveros
Secretaria Ejecutiva CEISH

Santiago, 08 de Junio de 2021

Proyecto: Nº 272-2020
 Archivo acta: Nº 217

Teléfono: 29789536 - Email: ceish.med@uchile.cl

08JUN2021



9.2 ANEXO 2. Consentimiento informado

TÍTULO DEL PROYECTO

“Relación entre conocimientos en salud oral y determinantes sociales de la salud, en madres de niños preescolares de 3 a 6 años de edad.”

Nombre del Investigador principal: María Angélica Cereceda Miranda

R.U.T. 47784506

Institución: Facultad de Odontología Universidad de Chile

Teléfonos: +56097305182

Invitación a participar: Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación “Relación entre conocimientos en salud oral y determinantes sociales de la salud, en madres de niños preescolares de 3 a 6 años de edad”, debido a que las madres juegan un importante rol para prevenir las enfermedades orales en sus hijos pequeños.

Objetivos: Esta investigación tiene por objetivo averiguar los conocimientos de las madres en salud bucal y la relación con sus determinantes sociales de la salud. El estudio incluirá a un número total de mínimo 60 madres de niños entre los 3 y 6 años, de la Región Metropolitana.

Procedimientos: Si usted acepta participar se le enviará una encuesta sobre salud oral y se le entrevistará por medio de la plataforma Zoom para conocer sus determinantes sociales de la salud (edad, número de hijos, comuna de residencia, nivel educacional y previsión de salud).

Esto se realizará en una sola vez, en una fecha y hora pactada previamente.

Riesgos: Este estudio no conlleva procedimientos invasivos por lo tanto no reviste ningún riesgo para su salud.

Costos: Su participación no representa ningún costo o gastos adicionales.

Beneficios: Además del beneficio que este estudio significará para el progreso del conocimiento y el control de las enfermedades orales de los niños, su participación en este estudio le permitirá conocer las áreas en que se necesita reforzar los conocimientos en salud que usted tiene.

Compensación: No se recibirá ninguna compensación económica por su participación en este estudio.

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en estricta confidencialidad. La publicación de los datos obtenidos como resultados de esta investigación será anónima.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y usted puede retirarse en cualquier momento comunicándolo al investigador responsable.

Información adicional: Usted será informado si durante el desarrollo de este estudio surgen nuevos conocimientos o complicaciones que puedan afectar su voluntad de continuar participando en la investigación.

Derechos del participante: Usted recibirá una copia de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Investigador: Dra. María Angélica Cereceda M.: 229781725

Institución: Facultad de Odontología Universidad de Chile

Otros Derechos del participante

En caso de duda sobre sus derechos comunicarse con el Presidente Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 29786923, Email: ceiha@med.uchile.cl. Ubicados en Dpto. Bioética y Humanidades Médicas, 3ºPiso, Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto:

“Relación entre conocimientos en salud oral y determinantes sociales de la salud, en madres de niños preescolares de 3 a 6 años de edad”

Nombre del sujeto

Rut.

Firma

Fecha

Nombre de informante

Rut.

Firma

Fecha

Nombre del investigador

Rut.

Firma

Fecha

9.3 ANEXO 3. Cuestionario “Determinantes sociales de la salud”

Cuestionario “Determinantes sociales de la salud”

Número de cuestionario:

Nombre de la madre	
Edad de la madre	<input type="radio"/> 24 años o menos <input type="radio"/> 25 años o más
Número de hijos/as	<input type="radio"/> Un hijo <input type="radio"/> Dos hijos <input type="radio"/> Tres hijos o más
Nombre del hijo	
Sexo del hijo	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
Edad del hijo	
Comuna de residencia	
Nivel educacional	<input type="radio"/> Educación básica <input type="radio"/> Educación media <input type="radio"/> Educación superior
Previsión	<input type="radio"/> ISAPRE <input type="radio"/> FONASA

9.4 ANEXO 4. Encuesta de conocimientos en salud oral

Ítem	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni/Ni	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
La madre puede traspasar a su bebé en los primeros años de vida las bacterias que producen caries.					
Mi higiene oral durante el embarazo influirá en el estado de salud bucal de mi hijo/a.					
La cantidad de pasta que se debe poner en el cepillo para un niño de 2 a 5 años es del tamaño de una lenteja.					
La higiene bucal de los bebés sin dientes se puede realizar con gasa húmeda o un trozo de pañal de género limpio.					
La cantidad de pasta que se debe poner en el cepillo para un niño menor de 2 años es del tamaño de un grano de arroz.					
Se debe limpiar la boca de los bebés después de la alimentación pecho o mamadera antes de que se le salgan los primeros dientes					
La boca de los bebés debe limpiarse desde los primeros meses de vida.					
La pasta de dientes con flúor es importante para prevenir las caries en los dientes de leche.					
Para prevenir la caries, los hábitos saludables de higiene y de alimentación deben ser incorporados desde que el niño nace.					
Se puede prevenir la caries en los dientes de leche de su bebé.					
Los bebés deben ser alimentados exclusivamente con pecho materno hasta los 6 meses de edad.					
El niño debe tomar la mamadera con leche sin azúcar.					
Entre comidas, los niños no deben comer alimentos azucarados.					
La caries no tratada puede producir dolor e infección en los niños.					
Los dientes de leche con caries deben ser tratados.					
La evolución de mi embarazo puede estar afectada por mi estado de salud oral.					
Solo los alimentos azucarados sólidos pueden producir caries.					

El consumo de dulces es un factor de riesgo importante para la formación de las caries.					
Entre los controles de salud de la mujer embarazada se debe considerar un examen dental.					
No es bueno que los niños se queden dormidos con la mamadera en su boca.					
El cepillado de dientes en los niños pequeños debe ser realizado por un adulto.					
Los dientes de leche solo se deben limpiar con el cepillo dental propio del bebé.					
Los dientes de leche son importantes para mantener el espacio para los dientes definitivos.					
Los dientes de leche son importantes para que los niños aprendan a hablar bien.					
Los dientes de leche son importantes para una buena autoestima y bienestar psicológico del niño.					

Ni/Ni: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo