



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

**RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS MATERNOS EN SALUD ORAL Y EL
ÍNDICE ceod EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS QUE SON USUARIOS DEL
PROGRAMA CERO EN LA COMUNA DE RECOLETA**

Viviana Alejandra Tamara Mena Bello

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

TUTORA PRINCIPAL

Prof. Dra. María Angélica Cereceda Miranda

TUTORES ASOCIADOS

Prof. Dr. Marco Cornejo Ovalle

Prof. Dra. Eugenia Henríquez D'Aquino

Adscrito a Proyecto PRI – ODO 2021/10

Santiago - Chile

2024



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

**RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS MATERNOS EN SALUD ORAL Y EL
ÍNDICE ceod EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS QUE SON USUARIOS DEL
PROGRAMA CERO EN LA COMUNA DE RECOLETA**

Viviana Alejandra Tamara Mena Bello

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

TUTORA PRINCIPAL

Prof. Dra. María Angélica Cereceda Miranda

TUTORES ASOCIADOS

Prof. Dr. Marco Cornejo Ovalle

Prof. Dra. Eugenia Henríquez D'Aquino

Adscrito a Proyecto PRI – ODO 2021/10

Santiago – Chile

2024

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá Lorena, por su amor, comprensión, contención y apoyo incondicional ahora y siempre.

A mi papá Sergio, por su amor, guiarme, darme fuerzas y demostrarme que con entereza y esfuerzo todo es posible.

A mi hermana Josefa, por siempre estar a mi lado en los buenos y malos momentos. Por su infinito amor y apoyo.

A mis abuelos Luis y Elba, por apoyarme y siempre incentivarme a ser una mujer fuerte. Si bien ya no están conmigo físicamente, siempre están en mi corazón y sé que estarían muy orgullosos.

A mis amigas y amigos, personas maravillosas con quienes compartí hermosos momentos que atesoraré siempre.

A mis pacientes, que me entregaron todo su cariño y confianza aun sabiendo que me encontraba en proceso de aprendizaje.

A mis profesoras y profesores de la universidad e internados, que me entregaron sus conocimientos, consejos y aportaron en mí tanto para mi formación profesional como para la vida.

A la Dra. Doris Gutzlaff y todo el hermoso equipo del CESFAM Recoleta, por siempre recibirme con cariño y los brazos abiertos y haberme permitido realizar el proyecto culmine de mi etapa universitaria.

A la Dra. Carolina Geell y el equipo del CESFAM Dr. Juan Petrinovic, por su cariño, gestiones y apoyo, haberme incorporado al equipo y dejarme llevar a cabo el proyecto.

A mi tutora Dra. María Angélica Cereceda, por permitirme formar parte del proyecto, y con dulzura y cariño guiarme y apoyarme en todo el proceso.

A mi tutora Dra. Eugenia Henríquez, por su apoyo incondicional, enseñanzas y consejos, y ser una inspiración de la odontopediatra que me gustaría ser algún día.

A mi tutor Dr. Marco Cornejo, por su tiempo, cariño, dedicación, ser un guía durante el proceso y entregarme enseñanzas tanto en lo odontológico como para la vida.

A las mamás de Recoleta, quienes hicieron el proyecto posible. Me entregaron su tiempo, y con cariño se abrieron y me contaron cada una de sus realidades.

A los niños y niñas de Recoleta, pequeñas personitas llenas de luz, amor y sueños, quienes son el futuro y la razón por la cual amo la odontología y quise realizar este proyecto.

Viviana Mena Bello

Índice

1.	RESUMEN	1
2.	MARCO TEÓRICO	2
2.1	SALUD Y ENFERMEDADES ORALES	2
2.2	CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA	3
2.3	PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA EN CHILE	4
2.4	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL EN CHILE.....	5
2.5	MODELO DE INTERVENCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES	6
2.6	ROL DE LAS MADRES EN LA SALUD ORAL EN LA PRIMERA INFANCIA.....	8
2.7	CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL DE LAS MADRES	9
2.8	CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL DE LAS MADRES Y ASOCIACIÓN CON CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA.....	10
2.9	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
3.	HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	14
3.1	HIPÓTESIS	14
3.2	OBJETIVO GENERAL	14
3.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4.	MATERIALES Y MÉTODOS	15
4.1	PARTICIPANTES.....	16
4.2	RECOLECCIÓN DE DATOS.....	16
4.3	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	16
4.3.1	CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL	16
4.3.2	ÍNDICE ceod	17
4.4	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	17

4.4.1	ÍNDICE ceod	17
4.4.2	CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL	18
4.5	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	19
5.	RESULTADOS	20
5.1	CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA	20
5.2	CONOCIMIENTOS MATERNOS EN SALUD ORAL.....	24
5.3	CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL SEGÚN DIMENSIÓN	26
5.3.1	DIMENSIÓN: ETIOLOGÍA DE LA CARIES DENTAL	28
5.3.2	DIMENSIÓN: HIGIENE ORAL.....	28
5.3.3	DIMENSIÓN: PREVENCIÓN EN SALUD ORAL.....	29
5.3.4	DIMENSIÓN: PRÁCTICAS DIETÉTICAS.....	30
5.3.5	DIMENSIÓN: CREENCIAS EN SALUD ORAL.....	31
5.4	PREVALENCIA DE CARIES E ÍNDICE ceod.....	33
5.5	RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS MATERNOS EN SALUD ORAL Y EL ÍNDICE ceod DE SUS HIJOS DE 2 A 5 AÑOS QUE SON USUARIOS DEL PROGRAMA CERO EN LA COMUNA DE RECOLETA.....	35
5.6	RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL DE LAS MADRES CHILENAS Y EXTRANJERAS	48
6.	DISCUSIÓN	49
6.1	CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL.....	49
6.2	CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL SEGÚN DIMENSIÓN	50
6.2.1	DIMENSIÓN: ETIOLOGÍA DE LA CARIES DENTAL	50
6.2.2	DIMENSIÓN: HIGIENE ORAL.....	51
6.2.3	DIMENSIÓN: PREVENCIÓN EN SALUD ORAL.....	51
6.2.4	DIMENSIÓN: PRÁCTICAS DIETÉTICAS.....	52
6.2.5	DIMENSIÓN: CREENCIAS EN SALUD ORAL.....	53
6.3	PREVALENCIA DE CARIES E ÍNDICE ceod.....	54

6.4	RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS MATERNOS EN SALUD ORAL Y EL ÍNDICE ceod DE SUS HIJOS DE 2 A 5 AÑOS QUE SON USUARIOS DEL PROGRAMA CERO EN LA COMUNA DE RECOLETA.....	55
6.5	LIMITACIONES Y FORTALEZAS	58
7.	CONCLUSIONES.....	61
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
9.	ANEXOS	70
9.1	ANEXO 1: Acta de aprobación CEISH de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile	70
9.2	ANEXO 2: Consentimiento informado.....	73
9.3	ANEXO 3: Encuesta de conocimientos en salud oral	76

1. RESUMEN

Introducción: La Caries de la infancia temprana (CIT) es uno de los principales problemas de salud pública en niños a nivel mundial. Su etiología abarca factores biológicos, conductuales y psicosociales. Durante los últimos años se ha relacionado los conocimientos y alfabetización de las madres en salud oral con la enfermedad de caries en sus hijos durante la primera infancia. El objetivo de este estudio fue determinar si hay relación entre los niveles de conocimientos en salud oral de las madres y el índice ceod de sus respectivos hijos de entre 2 y 5 años de edad que asisten al Programa CERO en la comuna de Recoleta.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, exploratorio, de diseño transversal. La muestra estuvo constituida por 116 madres y 118 niños y niñas que eran usuarios del Programa CERO de la comuna de Recoleta. Luego de firmar el consentimiento informado, las madres respondieron una encuesta para establecer su nivel de conocimientos en salud oral. Se obtuvo el índice ceod de los niños y niñas a través de un examen clínico realizado por el odontólogo tratante al momento de la atención. El índice ceod fue categorizado en base a la clasificación de la OMS-OPS para su análisis. Los datos obtenidos fueron analizados mediante la prueba exacta de Fisher.

Resultados: Un 55% de las madres tenía buenos conocimientos, un 39% regulares conocimientos y un 6% malos conocimientos en salud oral. Todas las dimensiones de la encuesta obtuvieron buenos conocimientos excepto la de "Etiología de la caries dental" donde las madres tuvieron malos niveles de conocimientos. El índice ceod promedio de los niños y niñas fue de 3,07 dientes. No hubo una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos de las madres y la severidad de caries en sus hijos.

Conclusiones: No se encontró relación entre los conocimientos en salud oral de las madres encuestadas y el índice ceod de sus hijos.

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).

Cuando nos referimos específicamente a la salud bucal, esta se concibe como el estado en el que las estructuras relacionadas con la boca contribuyen positivamente al bienestar físico, mental y social de las personas, al permitirles tener una buena calidad de vida permitiendo autoperibirse y reconocerse positivamente, hablar, masticar y alimentarse de manera correcta, y disfrutar y participar de sus relaciones sociales (MINSALUD, 2017).

Sin embargo, las enfermedades orales son unas de las patologías más frecuentes, tanto a nivel mundial como nacional. Se estima que afectan a casi 3500 millones de personas en el mundo. Suponen además una importante carga para el sector de la salud de muchos países y afectan a la población durante toda su vida, pudiendo causar dolor, molestias, y una deficiente calidad de vida (OMS, 2022).

La mayor parte de estas afecciones son la caries dental, enfermedades periodontales, pérdida de dientes y cánceres orales (OMS, 2022). Desafortunadamente, el tratamiento de estas afecciones tiene un alto costo y no suele estar incluido en la cobertura sanitaria universal.

La mayoría de los países de ingresos bajos y medianos no dispone de suficientes servicios de prevención y tratamiento para estas afecciones.

Respecto a su etiología, las enfermedades orales son el producto de diversos factores de riesgo modificables que son comunes a muchas otras enfermedades no transmisibles (ENT), como la ingesta de azúcar, el consumo de tabaco y alcohol y una higiene deficiente, así como sus determinantes sociales de la salud (OMS, 2022).

La mayoría de las enfermedades que afectan a la cavidad oral son prevenibles en gran medida y pueden tratarse en sus etapas iniciales. Por esta razón, es importante darle una adecuada importancia a la salud oral desde los primeros años de vida, y crear desde la infancia hábitos saludables que lo permitan (MINSAL, 2017).

Por lo tanto, para mantener bajo control las enfermedades orales, además de abordar sus determinantes sociales y comerciales (OMS, 2022) es importante generar modificaciones en la conducta de los individuos. Los cambios en buenas prácticas de comportamiento son posibles, pero para que ocurran es necesario aplicar adecuadas estrategias de promoción y prevención de salud (MINSAL, 2016 [A]).

2.2 CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA

La caries dental es una enfermedad crónica, prevenible, no contagiosa, de etiología compleja y multifactorial que se manifiesta a través de lesiones cariosas en los dientes, las cuales son reversibles antes que se produzca la cavitación (Saunders y Meyerowitz, 2005).

En población preescolar, es llamada Caries de la infancia temprana (CIT) la cual se define como la “presencia de una o más superficies cariadas (cavitadas o no cavitadas), dientes primarios faltantes u obturados, en un niño menor de seis años” (Pitts y cols., 2019). Su severidad se mide a través del índice ceod, el cual corresponde al número de dientes primarios cariados, obturados y/o perdidos por caries (OMS, 1997).

La CIT es reconocida como un problema de salud pública debido a su alta prevalencia y su impacto en la salud, desarrollo y la calidad de vida de los niños y niñas que la padecen (Özen y cols., 2016).

Si bien la etiología de la CIT es multifactorial se ha establecido que el *Streptococcus mutans* (*S.M*) inmerso en un biofilm bacteriano es su principal agente causal, efecto potenciado por características en la dieta de los pacientes infantiles. Los hidratos de carbono fermentables presentes en la dieta son metabolizados por las bacterias produciendo una alteración en la homeostasis bacteriana al disminuir el pH

mediante la producción de ácidos y la consecuente desmineralización de los tejidos dentales (Seow, 1998). Este mecanismo es modelado por factores culturales, socioeconómicos y conductuales que juegan un poderoso papel en el desarrollo y progresión de esta enfermedad (Reisine y Douglass, 1998).

En etapas más avanzadas, la CIT puede causar, dolor, dificultades funcionales, desórdenes de salud general, problemas psicológicos, hospitalizaciones y atenciones de urgencia, lo que conlleva a una menor calidad de vida (Low y cols., 1999; Sheller y cols., 1997).

La CIT tiene una alta prevalencia a nivel mundial, (Berkowitz, 2003) siendo aún mayor en países en vías de desarrollo como lo es Chile y comunidades desprotegidas de países desarrollados como son poblaciones de inmigrantes, minorías étnicas o zonas rurales en donde la prevalencia alcanza hasta un 90% (Milnes, 1996).

2.3 PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA EN CHILE

En Chile, según estudios nacionales disponibles por el Ministerio de Salud, la caries dental se presenta desde los primeros años de vida y su prevalencia tiene un importante incremento con la edad. A los 2 años la prevalencia de caries es de un 17,5%, de 50,46% a los 4 años y de 70,4% a los 6 años (MINSAL, 2021).

Y su severidad, medida por el índice ceod es de 0,5 dientes a los 2 años; 2,3 a los 4 y 3,7 a los 6 años (MINSAL, 2021).

Según un estudio realizado en el Hospital de Calbuco en el año 2010, en la región de Los Lagos, Chile, se observa una tendencia en el aumento de la magnitud de la enfermedad a medida que la edad también aumenta. Los niños y niñas de dos años tienen una prevalencia de un 53% de CIT, con un 28% de lesiones no-cavidades y un 46% de lesiones cavidades. A los cuatro años de edad estas cifras aumentan a un 88%, con 39% de lesiones no-cavidades y 78% de lesiones cavidades (Zaror y cols., 2011). La alta prevalencia de caries a los dos años de edad, al igual que lo reportado en otros estudios (Tsai y cols., 2006; Thitasomakul y cols., 2006), sugiere

que la enfermedad se ha establecido a temprana edad, progresando e incrementando su severidad a medida que aumenta la edad.

Para reducir la prevalencia de esta enfermedad, la *International Association of Paediatric Dentistry* (IAPD) recomienda concientizar a padres, cuidadores y profesionales de la salud sobre la CIT, limitar el consumo de alimentos sólidos y líquidos con azúcar, especialmente en niños y niñas menores de 2 años, realizar cepillado dental con pasta fluorada en cantidad adecuada según la edad y, 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 establezca y mantenga un cuidado continuo integral (Pitts y cols., 2019).

En resumen, es primordial que los equipos de atención primaria, a través de los programas de salud materno-infantiles, dentales, médicos y de vacunación, generen un ambiente propicio para educar y asesorar de forma correcta a los padres y cuidadores y así estos mejoren sus conocimientos respecto de la necesidad de asistir a las citas dentales y tener prácticas saludables que favorezcan a una buena salud bucal a medida que el niño crece, pudiendo prevenir así la ocurrencia de CIT (OMS, 2021).

2.4 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL EN CHILE

La promoción de salud es un proceso que permite a las personas el control sobre su salud para mejorarla, ya que el gozar de buena salud, posibilita la participación de las personas en la sociedad y permite acceder a las oportunidades de desarrollo individual y social (MINSAL, 2018).

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 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).

Respecto a la salud oral específicamente, la política nacional de salud bucal ha puesto énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades bucales, entendiendo que las principales patologías bucales son enfermedades crónicas no transmisibles que se manifiestan desde temprana edad.

El Plan Nacional de Salud Bucal (PNSB) para los Objetivos Sanitarios al 2020 definió como uno de sus objetivos “prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en las personas menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables”, estableciendo como meta al año 2020, lograr que el 40% de los niños y niñas de 6 años esté libre de caries y disminuir a 1,9 el número de dientes con daño por caries en los adolescentes de 12 años que asisten a establecimientos educacionales municipalizados. La principal estrategia para alcanzar estas metas es el fortalecimiento del Modelo de Intervención de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades Bucales que incluye nueve estrategias en los ámbitos de acción en salud y educación (MINSAL, 2021). Muchas de estas, además se han mantenido en el PNSB para la década 2021-2030.

2.5 MODELO DE INTERVENCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

El Modelo de Intervención de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales recoge los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, el enfoque de equidad y determinantes sociales y la evidencia científica disponible. Se divide en un ámbito de acción en salud y otro de acción en educación, dentro de este último hay 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 la caries dental.
3. Fomentar el autocuidado en salud bucal de las comunidades educativas y su participación en la planificación y desarrollo de actividades.

4. Mejorar las condiciones de salud bucal del personal a cargo del cuidado de los niños y niñas.
5. Integrar la familia de los niños y niñas en el cuidado de su salud bucal.

Esta última estrategia busca potenciar el trabajo del personal educador y de salud con las familias de los niños y niñas que asisten a los establecimientos de educación parvularia y básica, con el propósito de motivar y lograr compartir la responsabilidad de cuidar su salud bucal, entendiendo que la familia cumple un rol fundamental en el establecimiento y mantención de hábitos saludables en los niños y niñas (MINSAL, 2021).

Con el fin de responder a las necesidades de la población, los programas de atención odontológica en los centros de atención primaria del país se centran, principalmente, en la promoción de la salud, prevención de las enfermedades bucales desde temprana edad y en la recuperación del daño causado por caries dental, enfermedades gingivales y periodontales a lo largo del ciclo vital, mejorando el acceso a la atención odontológica de los grupos más vulnerables (MINSAL, 2021). Actualmente existen varios programas de atención odontológica que se desarrollan en los centros de atención primaria, de acuerdo con el ciclo de vida, sin embargo, son tan solo dos los que abarcan a la población que se encuentra cursando la primera infancia: el Programa Sembrando Sonrisas y el Programa Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO). Nos centraremos en este último.

El programa CERO se inicia en el año 2017 con el propósito de aumentar la cantidad de población sana y mantenerla en esa condición. Consiste en el seguimiento a través de controles odontológicos a niños, niñas y adolescentes con o sin patologías bucales, con el fin de mantenerlos sanos o de compensar y detectar en forma temprana el desarrollo de estas patologías. Los niños y niñas ingresan al control a los 6 meses de vida y egresan del programa al cumplir los 20 años. La frecuencia de los controles depende del riesgo individual de cada niña, niño y adolescente, medido a través de una pauta que considera factores como la condición sistémica, la condición clínica, dieta, higiene, uso de fluoruros y la motivación de la familia.

Cada niña, niño y adolescente recibe estrategias preventivas de acuerdo con su categorización de riesgo (MINSAL, 2021).

El enfoque principal de este programa es preventivo y promocional, tomando a las familias, ya sean madres, padres y/o cuidadores del bebé, niño, niña y/o adolescente como el foco de la educación para ir generando hábitos saludables que contribuyan a una buena salud oral a medida que el niño crece.

2.6 ROL DE LAS MADRES EN LA SALUD ORAL EN LA PRIMERA INFANCIA

El rol de las madres en el desarrollo de los hábitos de sus hijos es fundamental y esencial. Desde los primeros momentos de vida, la madre es quien brinda protección tanto física como emocional y la persona con la cual el bebé genera el primer apego (UNICEF, 2022).

Por lo general, las madres son las principales responsables de la crianza de los hijos y del desarrollo de conductas relacionadas con la salud de estos. Los niños y niñas tienden a internalizar los valores, actitudes y comportamientos de sus madres (Folayan y cols., 2003).

Los padres, y especialmente las madres, influyen en gran medida en la salud bucodental de sus hijos como mensajeros de un buen comportamiento de salud. Su mayor comprensión sobre la importancia de la higiene bucal y los hábitos alimenticios también contribuye a la salud bucal de sus hijos (Saied-Moallemi y cols., 2008).

Según un estudio realizado por Humeres y cols. (2020) se concluye el importante rol que tienen las madres en el desarrollo de hábitos en sus hijos, lo que refuerza otras investigaciones que también apuntan a ese fuerte sentido de responsabilidad. Además, en este mismo estudio se constató a través de las entrevistas realizadas, que las madres se autoperciben como protagonistas del cuidado de la salud oral de sus hijos pues se consideran las responsables en esta tarea y ven las actividades de higiene oral de sus hijos como su deber.

2.7 CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL DE LAS MADRES

A través de la literatura disponible se ha evidenciado como las madres cumplen un rol importante en la primera infancia de sus hijos y contribuyen a la creación de hábitos de alimentación e higiene, los cuales pueden influir en la salud oral de estos.

Según estudios disponibles hay factores relacionados a las madres tales como, su edad, nivel educacional, nivel socioeconómico, creencias y conocimientos en salud oral que se pueden asociar al desarrollo de la enfermedad de caries en sus hijos mientras cursan la primera infancia.

El estado de la salud bucal de niñas y niños pequeños está influenciado por el conocimiento y las creencias de sus madres. Sin un conocimiento básico de los factores de riesgo de caries, la importancia de los dientes primarios y los controles dentales periódicos es difícil emplear estrategias efectivas de prevención de enfermedades. El conocimiento y la actitud positiva de las madres hacia una buena atención dental son muy importantes en el ciclo preventivo (Finlayson y cols.,2007).

Es por estas razones que actualmente existen diversos estudios que han evaluado los conocimientos de las madres sobre el cuidado de la salud oral de sus hijos.

En el estudio de Núñez y cols. (2013) evaluaron a 200 mujeres puérperas que asistían a una clínica privada en Santiago de Chile, en el cual obtuvieron como resultado que la mayoría de las madres tenían regulares conocimientos en salud oral, siendo el área de prevención en salud oral los mejor evaluados y el crecimiento y desarrollo dentario los más deficientes.

En otro estudio realizado por Suresh y cols. (2010) en la India, se encuestó a 406 madres de niños de entre 1 y 4 años de edad con el fin de conocer cuanto saben sobre salud oral durante la primera infancia. Se evidenció que 300 (78,3%) madres tenían un buen conocimiento sobre la dieta y las prácticas dietéticas, mientras que solo 110 (27,1%) y 103 (25,4%) madres tenían un buen conocimiento sobre la importancia de las prácticas de higiene bucal y la importancia de los dientes primarios, respectivamente.

Por otro lado, según el estudio de Dagon y cols. (2019) realizado en Israel, se encuestó a 285 madres que tenían hijos de entre 1 y 4 años inscritos en jardines infantiles privados. La mayoría de las participantes contaban con estudios académicos. La encuesta constaba de 3 ítems, el primero donde se llenaban datos personales de la madre y su hijo, el segundo donde las madres debían ordenar seis alimentos desde el más al menos cariogénico y el tercero constaba de 11 preguntas sobre conocimientos en salud bucal infantil, donde solo el 47% de las madres respondieron correctamente a siete preguntas sobre este último ítem. Una de las conclusiones fue que las madres percibían al dentista como la principal fuente de conocimientos. La mayoría de las madres (94,39%) eran conscientes de la necesidad de cepillar los dientes de sus hijos dos veces al día. La mayoría de ellas (72,29%) no conocía la concentración correcta de flúor en la pasta dental de sus hijos ni la importancia de este componente. Clasificaron los bocadillos salados como el alimento menos cariogénico. La mayoría de las madres no sabían que los bocadillos y las bebidas azucaradas deben consumirse durante las comidas y no entre ellas, y dos tercios informaron que probaban la comida de la cuchara de sus hijos antes de dárselas a ellos, lo cual podría asociarse a una transmisión de *S.M.*

2.8 CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL DE LAS MADRES Y ASOCIACIÓN CON CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA

Los niños y niñas menores de 5 años generalmente pasan la mayor parte de su tiempo con sus padres y tutores, especialmente las madres. Estos primeros años implican una "socialización primaria" durante la cual se adquieren las rutinas y hábitos que los progenitores o cuidadores principales inculquen (Holm, 1990). Estos incluyen hábitos alimenticios y conductas saludables que se establecen como normas en el hogar y dependen del conocimiento y el comportamiento de las madres.

El conocimiento de las madres sobre la salud bucal de los bebés y la primera infancia es de suma importancia, ya que desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento de la salud bucal de sus hijos. Si los padres y madres no son conscientes de la importancia y el cuidado de los dientes primarios de sus hijos, es

poco probable que tomen las medidas adecuadas para prevenir la caries en la primera infancia o que no busquen atención profesional (Miller y cols., 2010) (Berkowitz, 2006).

En el estudio realizado por Echeverría y cols. (2020), se evidenció una asociación entre bajo nivel de educación de la madre y la ocurrencia de CIT, puesto que, madres con bajos niveles educacionales, tienden a tener un conocimiento deficiente sobre salud oral, teniendo más prácticas de alimentación cariogénicas y creencias y actitudes negativas hacia el cuidado dental.

Por otro lado, en la India se llevó a cabo un estudio transversal entre 100 preescolares de 2 a 6 años que asistían a centros educacionales de Bangalore y sus respectivas madres. Se midieron los niveles de alfabetización en salud oral de las madres mediante una escala, sus conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral (CAP) a través de un cuestionario y se relacionaron con la experiencia de caries en sus hijos medido a través del índice ceod. Los resultados arrojaron una correlación positiva moderada altamente significativa entre las prácticas en salud oral y la alfabetización, por lo cual madres con un mejor nivel alfabetización en salud oral tienen prácticas más saludables. Respecto a sus hijos, se encontró una correlación inversa muy significativa entre el ceod del hijo versus las prácticas y alfabetización en salud oral de la madre, por lo que los hallazgos indican que los niños y niñas con madres con mala alfabetización en salud oral y malas prácticas tenían más caries y mayor severidad. (Sowmya y cols., 2021).

En otro estudio también llevado a cabo en India por Azimi y cols. (2018), se realizó un examen intraoral a 153 niños de 2 a 6 años de edad y sus respectivas madres. Se registraron los dientes cariados, obturados y perdidos por caries (COPD) de las madres y los dientes primarios cariados, perdidos u obturados (ceod) de los niños. Se utilizó también un cuestionario validado para examinar los conocimientos y actitudes maternas sobre la importancia para la salud bucal de sus hijos. Los resultados indicaron una correlación inversa estadísticamente significativa entre el conocimiento de las madres y el COPD de las mismas y entre el conocimiento de las madres y el ceod de los niños.

Es a través de estos antecedentes que se puede evidenciar como las madres, factores asociados a ellas, sus prácticas y conocimientos en salud oral influyen en el estado oral de sus hijos. Su papel es crucial en los primeros años de vida, puesto que son los modelos a seguir y a quienes se les debe alentar y educar para mejorar hábitos y así la salud dental de ellos.

Se hace relevante conocer que mejorando el comportamiento y la alfabetización en salud bucal de las madres se podría influir positivamente en la salud bucal de sus hijos.

2.9 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se mencionó en un inicio, las enfermedades crónicas no transmisibles, incluidas las enfermedades orales, son altamente prevalentes a nivel mundial como nacional, siendo un problema de salud pública debido a su alto costo para el país y su alta prevalencia en la población.

La CIT es la enfermedad crónica más prevalente en población infantil (Tyagi y cols., 2017) generando un impacto en la salud, el desarrollo y la calidad de vida de los niños y niñas que la padecen. Es una enfermedad crónica, no contagiosa y prevenible, considerada de etiología compleja y multifactorial (Anil y Anand, 2017).

Las madres tienen un rol fundamental en la enseñanza de hábitos y estilos de vida de sus hijos, por lo que es de gran relevancia determinar cuánto saben ellas sobre los cuidados de salud oral para lograr identificar las áreas en las que se necesita reforzar los conocimientos y así poder modificar sus conductas.

Son ellas quienes toman las decisiones sobre la atención médica de sus hijos. Los hábitos y conocimientos de las madres sobre la salud bucodental tienen un impacto en el estado de salud bucodental de sus hijos, puesto que los malos hábitos de salud bucal de las madres a menudo se reflejan en ellos (Castilho y cols., 2013). Los niños y niñas tienen mayor riesgo de caries cuando los padres ignoran o les dan menor importancia a los dientes primarios. El conocimiento de las madres, la actitud positiva hacia el buen cuidado dental y las buenas prácticas son muy esenciales en la prevención de enfermedades orales durante la primera infancia de sus hijos.

(Mamat, 2018) (Ganji y cols., 2018) (Bedaiwi y cols., 2017) (Vasanthakumari y cols., 2017).

La literatura disponible es escasa en mostrar una asociación entre el comportamiento de la madre, prácticas y la alfabetización en salud bucal y la experiencia de caries de los niños. Estudios actuales se enfocan en su mayoría en relacionar los conocimientos y prácticas de las madres en salud oral con la prevalencia de caries en sus hijos y no con la severidad de la enfermedad.

Por lo anteriormente expuesto, este estudio buscó identificar el nivel de conocimientos de las madres de niños y niñas de la comuna de Recoleta que cursan la primera infancia, determinar la severidad de caries en sus respectivos hijos a través del índice ceod y establecer su relación.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1 HIPÓTESIS

El nivel de conocimientos maternos en salud oral está relacionado con el índice ceod de niños y niñas de 2 a 5 años usuarios del Programa CERO en la comuna de Recoleta.

3.2 OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación entre el nivel de conocimientos maternos en salud oral y el índice ceod de niños y niñas de 2 a 5 años que son usuarios del Programa CERO en la comuna de Recoleta.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer el nivel de conocimientos en salud oral de las madres de niños y niñas de 2 a 5 años que son usuarios del Programa CERO en la comuna de Recoleta.
2. Determinar la prevalencia y severidad de caries de niños y niñas de 2 a 5 años que son usuarios del Programa CERO de la comuna de Recoleta.
3. Analizar la relación entre el nivel de conocimientos en salud oral de las madres y el índice ceod de niños y niñas de 2 a 5 años que son usuarios del Programa CERO de la comuna de Recoleta.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación se encuentra adscrita al proyecto PRI-ODO 2021/10. Fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, proyecto N° 2722020, acta N° 217, el día 08 de junio de 2021 (ANEXO 1).

Tipo de estudio realizado: Estudio observacional exploratorio, transversal, descriptivo y analítico.

Población de estudio: Madres y sus hijos de entre 2 y 5 años que sean usuarios del Programa CERO en la comuna de Recoleta.

Cálculo de tamaño muestral: La población de interés para el estudio corresponde 1188 niños y niñas de entre 2 y 5 años que se encontraban bajo control del Programa CERO desde junio del año 2023 a junio de 2024 en la comuna de Recoleta. Utilizando un nivel de confianza del 95% y porcentaje de error de 5%, el tamaño muestral corresponde a 291 niños y sus madres para que el estudio sea estadísticamente representativo de la población comunal.

Diseño y Tamaño muestral: Se utilizó una muestra por conveniencia no probabilística.

- **Criterios de inclusión:** Madres de niños y niñas de entre 2 y 5 años que son usuarios del Programa CERO en la comuna de Recoleta y que firmaron el consentimiento informado.
- Niños y niñas entre 2 y 5 años que son usuarios del Programa CERO en la comuna de Recoleta.
- **Criterios de exclusión:** Madres que no accedieron a participar del estudio.
- Niños de difícil manejo y que no permitieron un adecuado examen intraoral.
- Niños que asistieron a la atención dental con familiar o cuidador que no sea su madre.
- Madres que no hablaban el idioma español.

4.1 PARTICIPANTES

Durante el periodo destinado a la realización de este trabajo de investigación se logró reclutar 116 madres y 118 niños y niñas de entre 2 y 5 años que eran usuarios del Programa CERO de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) Recoleta y Dr. Juan Petrinovic ubicados en la comuna de Recoleta. El número de participantes por CESFAM se distribuyó de forma aleatoria.

4.2 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se asistió de forma presencial a ambos CESFAM durante los meses abril, mayo y junio del año 2024. Durante la atención dental del niño se le comentó a la madre en qué consistía el estudio y se solicitó 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 firmando el consentimiento informado, se le aplicó la “Encuesta de conocimientos en salud oral” (ECSO) (ANEXO 3).

4.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

4.3.1 CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL

Se midieron a través de la aplicación de la ECSO, 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). Por lo tanto, el puntaje mínimo era de 25 puntos y el puntaje máximo de 125.

4.3.2 ÍNDICE ceod

Para obtener el índice ceod del niño, el odontólogo tratante al inicio de la atención realizó un examen intraoral donde se evaluó el estado oral actual del niño y se anotó el número de dientes primarios cariados, obturados y/o extraídos por caries en la ficha de la plataforma electrónica “Rayen”. Cabe destacar, que en la plataforma solo se consignan lesiones de caries cavitadas y no incipientes o limitadas a esmalte, por lo cual para el estudio se consideraron solo lesiones cavitadas.

4.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

4.4.1 ÍNDICE ceod

Prevalencia de caries

Se consideró que el niño o niña tenía CIT cuando presentó índice ceod mayor a 0, es decir, cuando había uno o más dientes primarios cariados (sólo considerando lesiones cavitadas), obturados y/o extraídos por caries.

Severidad de caries

Para su análisis descriptivo y estadístico los valores del índice ceod de los niños del estudio fueron categorizados en base a las rangos de severidad propuestos por la OMS-OPS (Orellana y cols., 2022). Se utilizaron valores enteros ya que los datos primarios corresponden a índices ceod individuales y no poblacionales, por lo tanto, se aproximó al valor entero más próximo en cada categoría. Para este estudio quedaron determinadas 4 categorías: sano cuando el valor era 0, leve cuando el valor era 1 o 2, moderado cuando el valor era 3 o 4 y severo cuando el índice ceod era de 5 o más dientes. Las 4 categorías se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 1. Categorías de severidad de caries para índice ceod

Categorización OMS-OPS	Índice ceod	Categorías utilizadas en el presente estudio
Muy leve	(0)	Sano (ceod = 0)
	(0,1 – 1,1)	Leve (ceod = 1 o 2)
Leve	(1,2 -2,6)	
Moderado	(2,7 – 4,4)	Moderado (ceod = 3 o 4)
Severo	(4,5 – 6,5)	Severo (ceod \geq 5)
Muy severo	(\geq 6,6)	

4.4.2 CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL

Para determinar el nivel de conocimiento general de las madres, se realizó la sumatoria del puntaje obtenido en la ECSO 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 estaba entre 95 y 110 puntos y buenos conocimientos en salud oral si el puntaje obtenido era mayor a 110 puntos.

El nivel de conocimiento por dimensión fue determinado según la propuesta definida en un estudio previo (Morales, 2022) que establece que: para “Etiología de caries” se consideró que la madre tenía malos conocimientos cuando el puntaje obtenido era menor de 11 puntos, regulares conocimientos si estaba entre 11 y 13 puntos y buenos conocimientos si era mayor a 13 puntos. Para la dimensión “Higiene oral” se consideró malos conocimientos cuando el puntaje obtenido fue menor de 26 puntos, regulares conocimientos si estaba entre 26 y 30 puntos y buenos conocimientos si era mayor a 30 puntos. Para la dimensión “Prevención en salud oral” se consideró malos conocimientos cuando el puntaje obtenido fue menor de 15 puntos, regulares conocimientos si estaba entre 15 y 17 puntos y buenos conocimientos si era mayor a 17 puntos. Para la dimensión “Prácticas dietéticas” se

consideró malos conocimientos cuando el puntaje obtenido fue menor de 22 puntos, regulares conocimientos si estaba entre 22 y 26 puntos y buenos conocimientos si era mayor a 26 puntos. Para la dimensión “Creencias en salud oral” se consideró malos conocimientos cuando el puntaje obtenido fue menor de 19 puntos, regulares conocimientos si estaba entre 19 y 22 puntos y buenos conocimientos si era mayor a 22 puntos.

Para realizar el análisis estadístico por afirmación de la ECSO y la severidad de caries, las respuestas en formato Likert se recategorizaron en 2 grupos siendo “Sabe” cuando la respuesta era totalmente de acuerdo o de acuerdo y “No sabe” cuando la respuesta a la afirmación era ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

4.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos obtenidos en la ECSO y el índice ceod fueron tabulados en una planilla Excel y luego se realizó el análisis con el programa software Stata v.14.0.

Se realizó el análisis descriptivo de las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y de dispersión, utilizando media, mediana, moda, y desviación estándar.

Para asociar el nivel de conocimientos en salud oral de las madres, tanto general como por afirmación, con el grado de severidad de las caries (índice ceod categorizado), se utilizó el test de proporciones Chi² o exacta de Fisher. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$ (considerando un nivel de confianza del 95% y 5% de error).

5. RESULTADOS

5.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

Madres

La muestra quedó constituida por 116 madres de niños de entre 2 y 5 años que son usuarios del Programa CERO en la comuna de Recoleta, las cuales se lograron reclutar durante los meses de abril, mayo y junio del año 2024.

Cabe destacar que dos de las madres tenían a dos de sus hijos dentro del grupo etario de interés del estudio al momento de la atención, por lo que se incluyeron en la muestra. Se desconoce el número de hijos del resto de las madres participantes.

En las tablas 2 y 2.1 se muestran la distribución de las madres según su edad y sus medidas de tendencia central y de dispersión, respectivamente.

Tabla 2. Distribución de las madres según edad

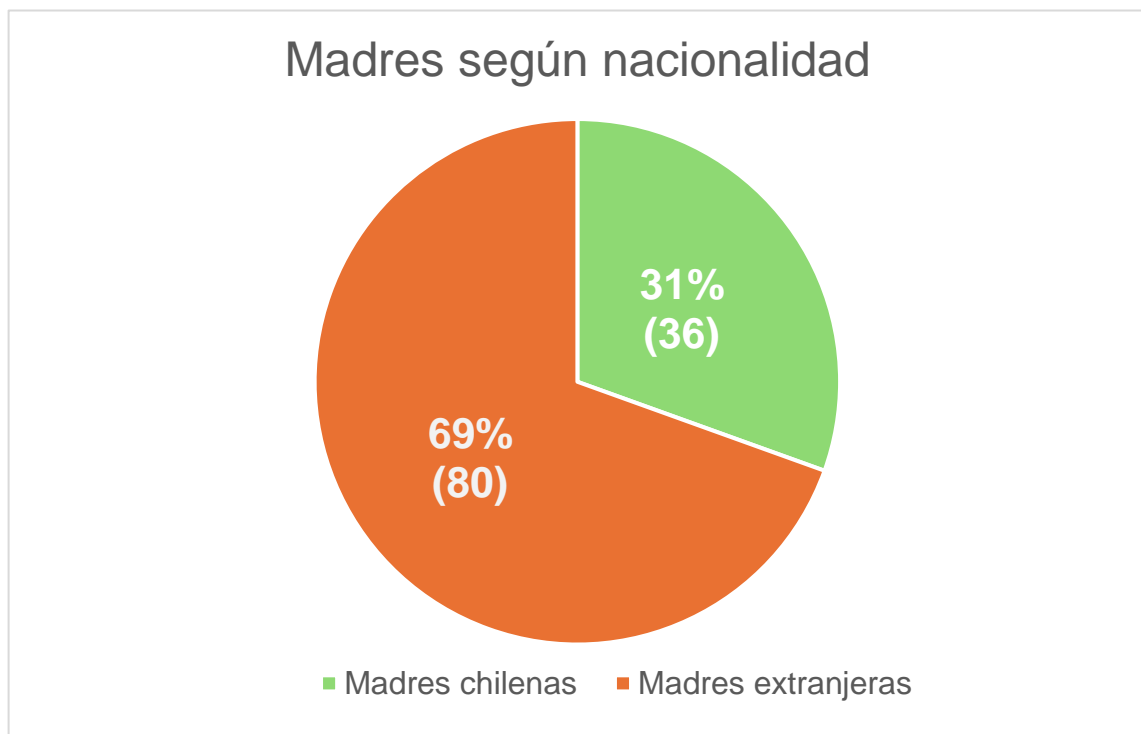
Edad categorizada	n	%
19 -30 años	54	46,55
31- 40 años	50	43,10
41 años o más	12	10,35
Total	116	100

Tabla 2.1 Edad de las madres

	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo
Edad madres	31,88 años	31	27	6,512	19 años	48 años

La mayoría de las madres presentaba entre 19 y 30 años, la edad de mayor frecuencia fue de 27 años, la madre de menor edad tenía 19 años y la de mayor edad 48 años.

Los resultados respecto a la nacionalidad de la madre se observan en la Figura 1, en la cual se ve que la gran mayoría de las madres participantes eran de nacionalidad extranjera.

**Figura 1.** Distribución de las madres según su nacionalidad

Las nacionalidades de las 80 madres extranjeras se pueden observar en la Figura 2, donde se aprecia como este grupo estuvo constituido por seis nacionalidades diferentes, siendo la nacionalidad peruana y boliviana las más frecuentes.

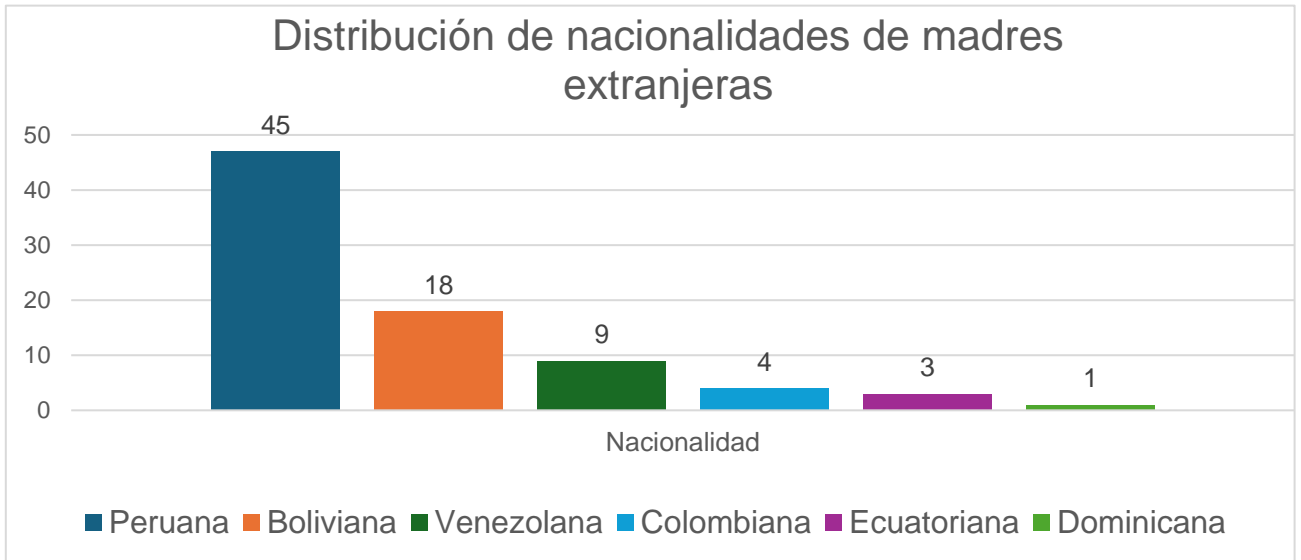


Figura 2. Distribución de nacionalidad de madres extranjeras

Niños y niñas

La muestra quedó constituida por 118 niños y niñas de entre 2 y 5 años que son usuarios del Programa CERO en la comuna de Recoleta.

En la Tabla 3 y 3.1 se muestran la distribución y descripción de sus edades.

Tabla 3. Distribución de los niños según edad

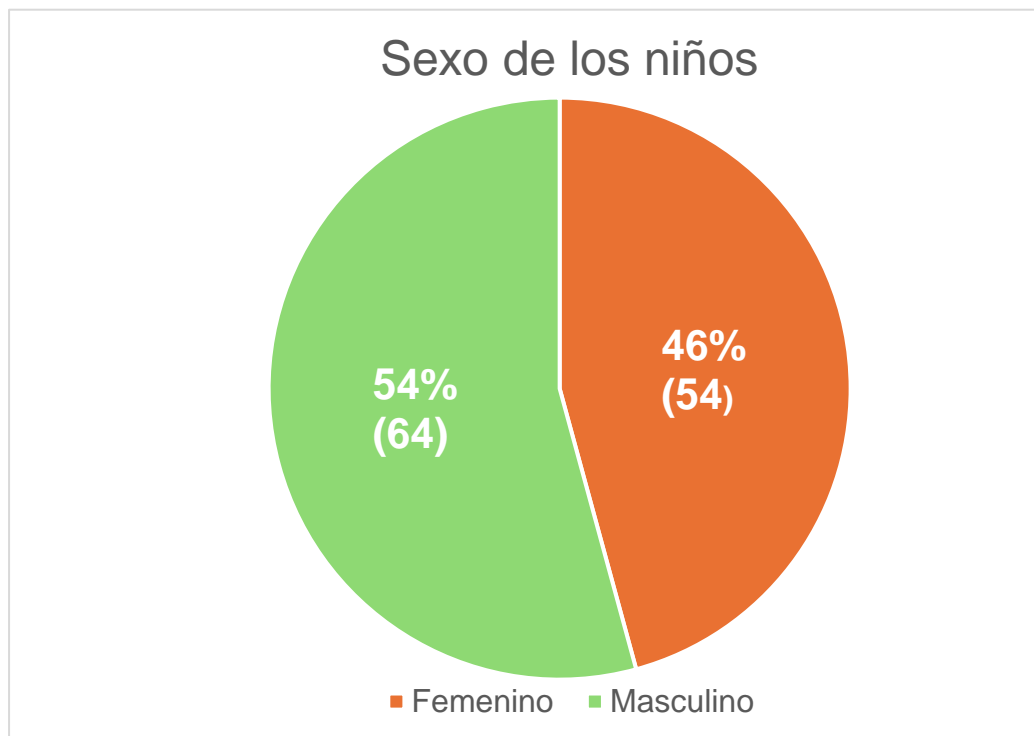
Edad niños	n	%
2 años	31	26,27
3 años	23	19,50
4 años	31	26,26
5 años	33	27,97
Total	118	100

Tabla 3.1 Edad de los niños y niñas

	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo
Edad niños	3,55	4	5	1,158	2	5

Se puede apreciar como la mayor y menor proporción observada tenía 5 y 3 años respectivamente.

Respecto al sexo de los niños y niñas, en la Figura 3 se observa como el sexo masculino tuvo una frecuencia levemente mayor a la del sexo femenino.

**Figura 3.** Distribución de los niños según sexo

5.2 CONOCIMIENTOS MATERNOS EN SALUD ORAL

Respecto al objetivo 1, los resultados de las madres a la encuesta de conocimientos en salud oral se observan en la Figura 4, en la cual se ve que la mayoría de las madres presentó buenos conocimientos en salud oral.

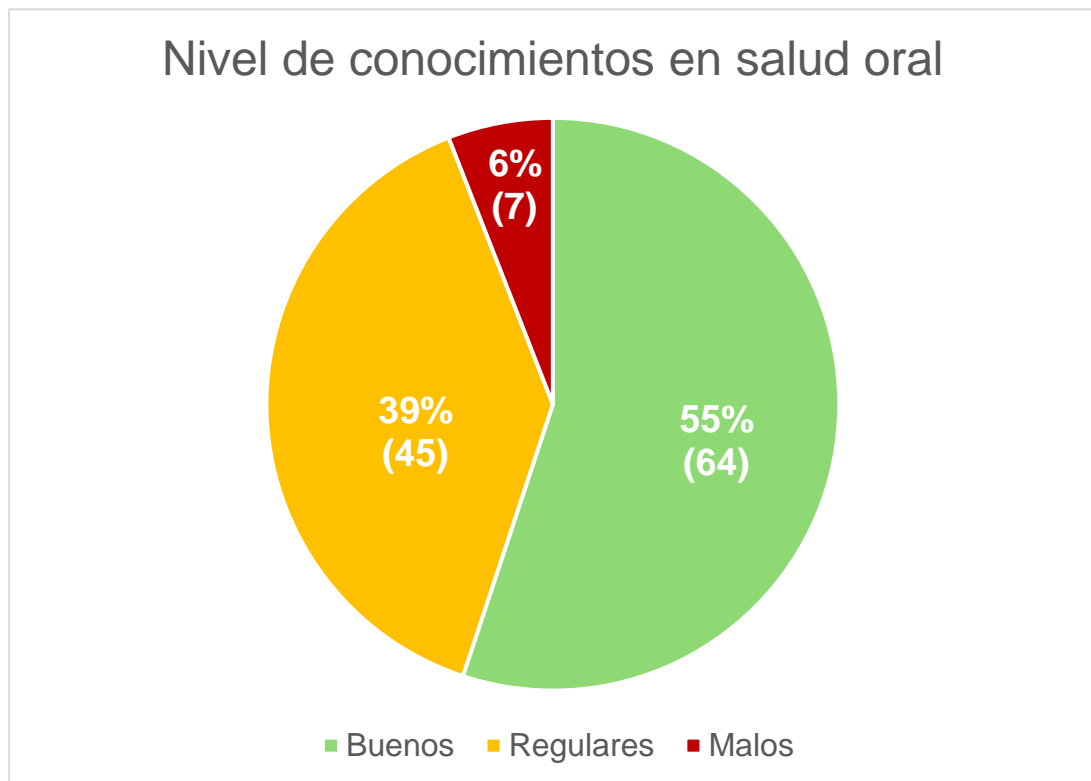


Figura 4. Distribución del nivel de conocimientos en salud oral de las madres encuestadas

La descripción de los puntajes obtenidos de las encuestas se observa en la Tabla 4, donde se ve que el promedio de los puntajes de las 116 madres encuestadas fue de 110,4 puntos, el menor puntaje obtenido fue de 91 puntos y el mayor fue de 125, el cual corresponde al puntaje máximo de la ECSO.

Tabla 4. Puntaje general de la Encuesta de conocimientos en salud oral

	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo
Puntaje encuesta	110,40 puntos	111	111	8,310	91 puntos	125 puntos

En relación con el nivel de conocimientos en salud oral con la nacionalidad chilena o extranjera de la madre, se observó que la mayoría de las madres extranjeras presentó buenos niveles de conocimientos, mientras que de las madres chilenas la mayoría presentó regulares conocimientos (Figura 5).

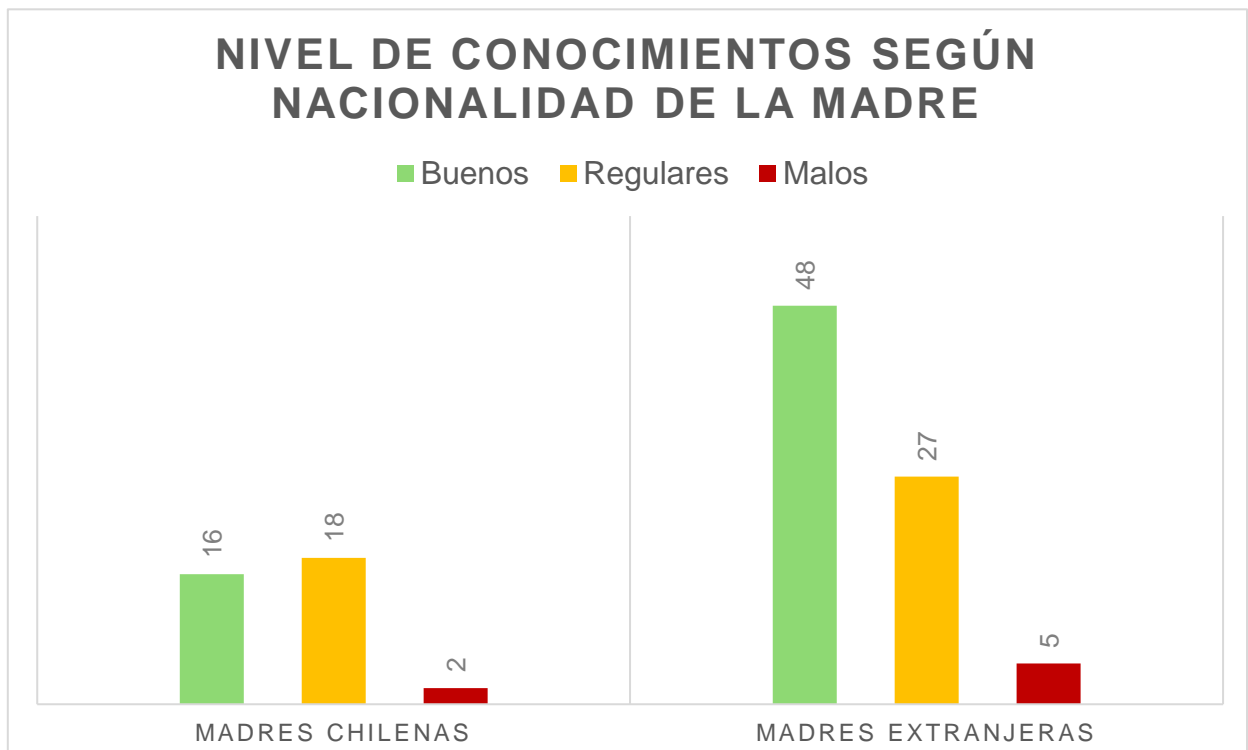


Figura 5. Distribución del nivel de conocimientos en salud oral de las madres según nacionalidad chilena o extranjera

5.3 CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL SEGÚN DIMENSIÓN

Al evaluar los niveles de conocimientos en salud oral según dimensión, se obtuvo que en la dimensión “Etiología de la caries dental” la mayoría de las madres tuvo malos conocimientos, mientras que para las dimensiones “Higiene oral”, “Prevención en salud oral”, “Prácticas dietéticas” y “Creencias en salud oral” la mayoría de ellas tuvo buenos niveles de conocimientos (Figura 6).

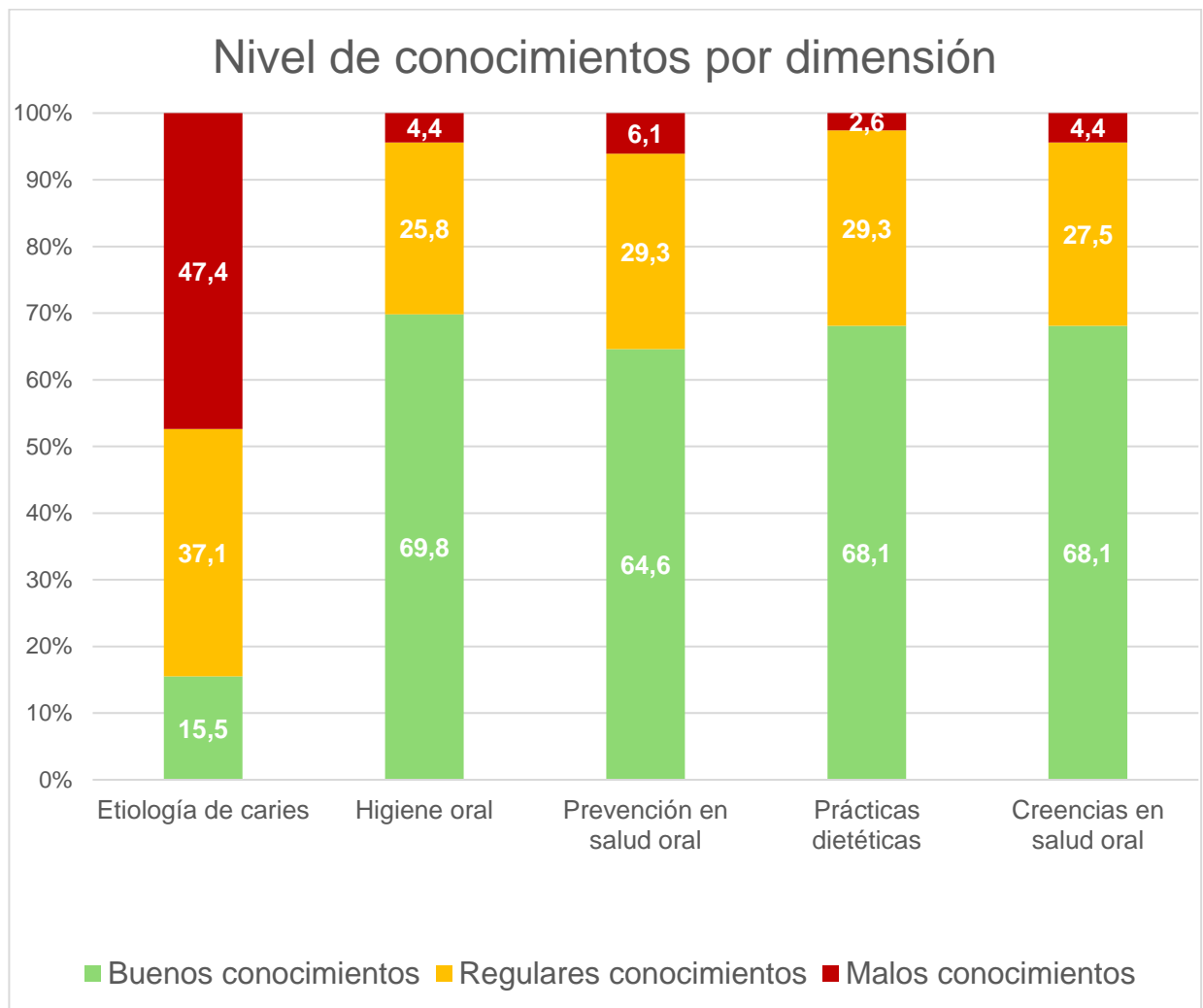


Figura 6. Distribución del nivel de conocimientos en salud oral según dimensión

A continuación, se muestran las medidas de tendencia central y dispersión por dimensión de la encuesta de salud oral. Donde se puede observar que la dimensión de “Etiología de caries” obtuvo malos niveles de conocimientos y el resto de las dimensiones buenos resultados (Tabla 5).

Tabla 5. Resultados de la Encuesta de conocimientos en salud oral por dimensión

Dimensión	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Valor	
					mínimo	máximo
Etiología de caries	10,5 puntos	11	9	2,908	3 puntos	15 puntos
Higiene oral	31,5 puntos	32	35	2,913	23 puntos	35 puntos
Prevención en salud oral	18,0 puntos	18	20	1,987	12 puntos	20 puntos
Prácticas dietéticas	27,5 puntos	28	30	2,638	21 puntos	30 puntos
Creencias en salud oral	23,0 puntos	23	25	2,273	16 puntos	25 puntos

5.3.1 DIMENSIÓN: ETIOLOGÍA DE LA CARIES DENTAL

Esta dimensión presentó malos niveles de conocimientos. La mayoría de las madres no está de acuerdo con que su higiene oral durante el embarazo influirá en el estado de salud bucal de su hijo/a, sin embargo, presentan mayor seguridad al responder que su estado de salud oral puede afectar la evolución de su embarazo y que ellas pueden traspasar las bacterias que producen caries a sus hijos durante los primeros años de vida (Tabla 6).

Tabla 6. 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.	47 (41,53)	20 (16,95)	22 (18,64)	15 (12,71)	12 (10,17)
Mi higiene oral durante el embarazo influirá en el estado de salud bucal de mi hijo/a.	27 (23,73)	17 (14,41)	26 (22,88)	31 (26,27)	15 (12,71)
La evolución de mi embarazo puede estar afectada por mi estado de salud oral.	49 (42,37)	17 (14,41)	32 (27,97)	12 (10,17)	6 (5,08)

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

5.3.2 DIMENSIÓN: HIGIENE ORAL

Esta dimensión tuvo buenos niveles de conocimientos (Tabla 7), debido a que las madres respondieron en su mayoría “totalmente de acuerdo” en todas las afirmaciones, destacando un alto porcentaje en “El cepillado de dientes en los niños pequeños debe ser realizado por un adulto” en donde todas estuvieron totalmente de acuerdo o de acuerdo con esta afirmación.

Tabla 7. 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.	73 (63,56)	24 (20,34)	4 (3,39)	11 (9,32)	4 (3,39)
La higiene bucal de los bebés sin dientes se puede realizar con gasa húmeda o un trozo de pañal de género limpio.	81 (70,34)	20 (16,95)	5 (4,24)	5 (4,24)	5 (4,24)
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.	64 (55,93)	27 (22,88)	7 (5,93)	11 (9,32)	7 (5,93)
Se debe limpiar la boca de los bebés después de la alimentación con pecho o mamadera antes de que le salgan los primeros dientes.	86 (74,58)	25 (21,19)	3 (2,54)	2 (1,69)	0 (0,0)
La boca de los bebés debe limpiarse desde los primeros meses de vida.	77 (66,95)	22 (18,64)	11 (9,32)	5 (4,24)	1 (0,85)
El cepillado de dientes en los niños pequeños debe ser realizado por un adulto.	100 (86,44)	16 (13,56)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Los dientes de leche solo se deben limpiar con el cepillo dental propio del bebé.	92 (79,66)	18 (15,25)	4 (3,39)	1 (0,85)	1 (0,85)

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

5.3.3 DIMENSIÓN: PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

Esta dimensión tuvo buenos niveles de conocimientos (Tabla 8), debido a que las madres respondieron en su mayoría “totalmente de acuerdo” en todas las afirmaciones. Tuvo un alto porcentaje la afirmación “Entre los controles de salud de la mujer embarazada se debe considerar un examen dental”.

Tabla 8. 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.	74 (64,41)	24 (20,34)	15 (12,71)	3 (2,54)	0 (0,0)
Para prevenir la caries, los hábitos saludables de higiene y de alimentación deben ser incorporados desde que el niño nace.	70 (61,02)	26 (22,03)	11 (9,32)	6 (5,08)	3 (2,54)
Se puede prevenir la caries en los dientes de leche de su bebé.	79 (68,64)	26 (22,03)	9 (7,63)	2 (1,69)	0 (0,0)
Entre los controles de salud de la mujer embarazada se debe considerar un examen dental.	92 (79,66)	18 (15,25)	4 (3,39)	1 (0,85)	1 (0,85)

Ni/NI: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

5.3.4 DIMENSIÓN: PRÁCTICAS DIETÉTICAS

Esta dimensión obtuvo buenos niveles de conocimientos (Tabla 9), debido a que las madres respondieron en su mayoría “totalmente de acuerdo” en todas las afirmaciones. Tuvo un alto porcentaje la afirmación de “El consumo de dulces es un factor de riesgo importante para la formación de caries” y “El niño debe tomar la mamadera sin azúcar”. Sin embargo, presentaron un menor conocimiento en que no solo los alimentos azucarados sólidos pueden producir caries y que entre comidas los niños no deben consumir alimentos con azúcar.

Tabla 9. Respuestas de las madres a la dimensión “Prácticas dietéticas”

	Totalmente de acuerdo n (%)	De acuerdo n (%)	Ni/NI n (%)	En desacuerdo n (%)	Totalmente en desacuerdo n (%)
Los bebés deben ser alimentados exclusivamente con pecho materno hasta los 6 meses de edad.	89 (76,27)	17 (15,25)	3 (2,54)	5 (4,24)	2 (1,69)

El niño debe tomar la mamadera con leche sin azúcar.	91 (78,81)	19 (16,10)	1 (0,85)	5 (4,24)	0 (0,0)
Entre comidas, los niños no deben comer alimentos azucarados.	76 (66,10)	25 (21,19)	4 (3,39)	9 (7,63)	2 (1,69)
No solo los alimentos azucarados sólidos pueden producir caries.	73 (62,71)	21 (18,64)	12 (10,17)	6 (5,08)	4 (3,39)
El consumo de dulces es un factor de riesgo importante para la formación de las caries.	95 (82,20)	20 (16,95)	0 (0,0)	1 (0,85)	0 (0,0)
No es bueno que los niños se queden dormidos con la mamadera en su boca.	91 (78,81)	18 (15,25)	5 (4,24)	1 (0,85)	1 (0,85)

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

5.3.5 DIMENSIÓN: CREENCIAS EN SALUD ORAL

Esta dimensión tuvo buenos niveles de conocimientos (Tabla 10). Se observa que las madres respondieron en su mayoría “totalmente de acuerdo” en todas las afirmaciones. Tuvo un alto porcentaje la afirmación “La caries no tratada puede producir dolor e infección en los niños” y “Los dientes de leche con caries deben ser tratados”. Pero se observa un mayor desconocimiento sobre la importancia de los dientes primarios, sobre todo en su función para el habla.

Tabla 10. Respuestas de las madres a la dimensión “Creencias en salud oral”

	Totalmente de acuerdo n (%)	De acuerdo n (%)	Ni/NI n (%)	En desacuerdo n (%)	Totalmente en desacuerdo n (%)
La caries no tratada puede producir dolor e infección en los niños.	95 (82,20)	20 (16,95)	1 (0,85)	0 (0,0)	0 (0,0)
Los dientes de leche con caries deben ser tratados.	91 (78,81)	20 (16,95)	5 (4,24)	0 (0,0)	0 (0,0)
Los dientes de leche son importantes para mantener el espacio para los dientes definitivos.	87 (75,42)	22 (18,64)	7 (5,93)	0 (0,0)	0 (0,0)
Los dientes de leche son importantes para que los niños aprendan a hablar bien.	54 (46,61)	25 (22,03)	30 (25,42)	6 (5,08)	1 (0,85)

Los dientes de leche son importantes para una buena autoestima y bienestar psicológico del niño.

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

5.4 PREVALENCIA DE CARIES E ÍNDICE ceod

En relación con el objetivo 2 del estudio, los resultados sobre la prevalencia de caries de la muestra de niños de 2 a 5 años que eran usuarios del Programa CERO en la comuna de Recoleta, se observan en la Figura 7, en la cual se ve que el 63% de los niños presentó CIT y solo un 37% se encontraba sano (Figura 7).

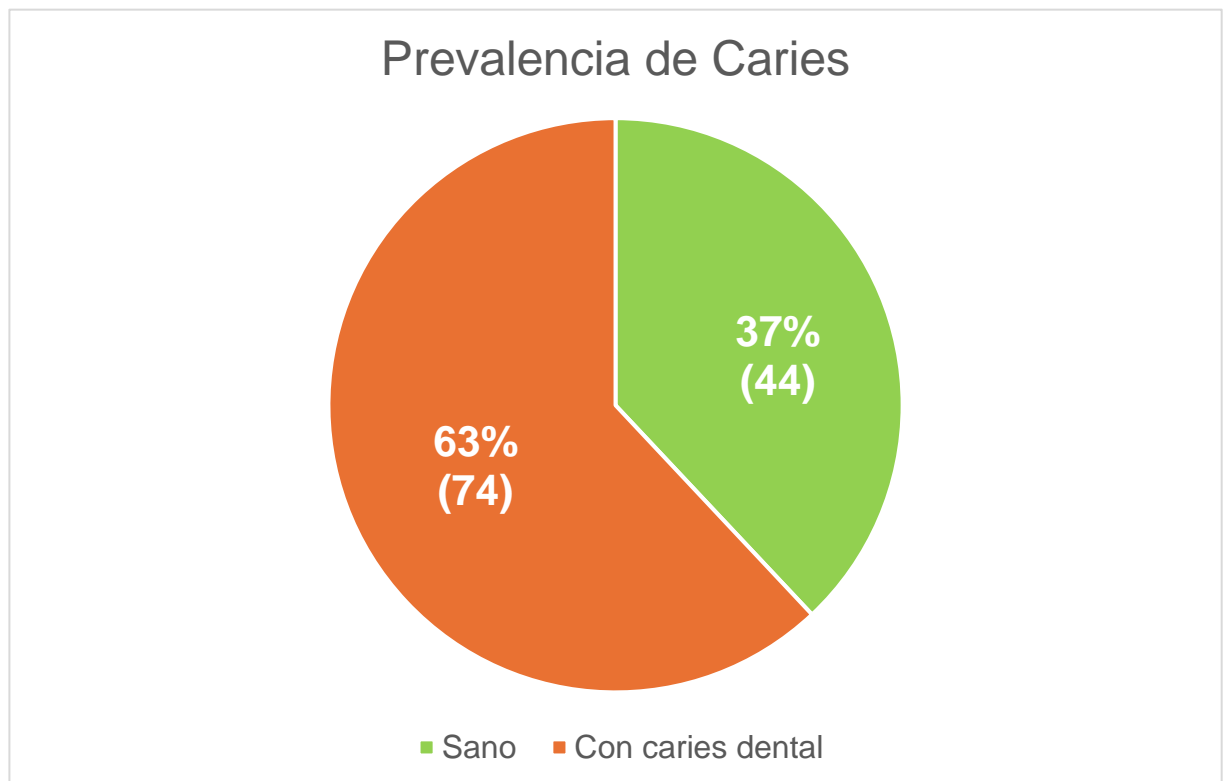


Figura 7. Prevalencia de caries de niños y niñas

Al referirnos a la prevalencia de caries según la edad de los niños de la muestra, observamos que esta tiende a aumentar con la edad, exceptuando en el grupo de 4 años donde disminuyó levemente. La menor prevalencia se encontró a la edad de 2 años y la mayor a los 5 años (Figura 8).

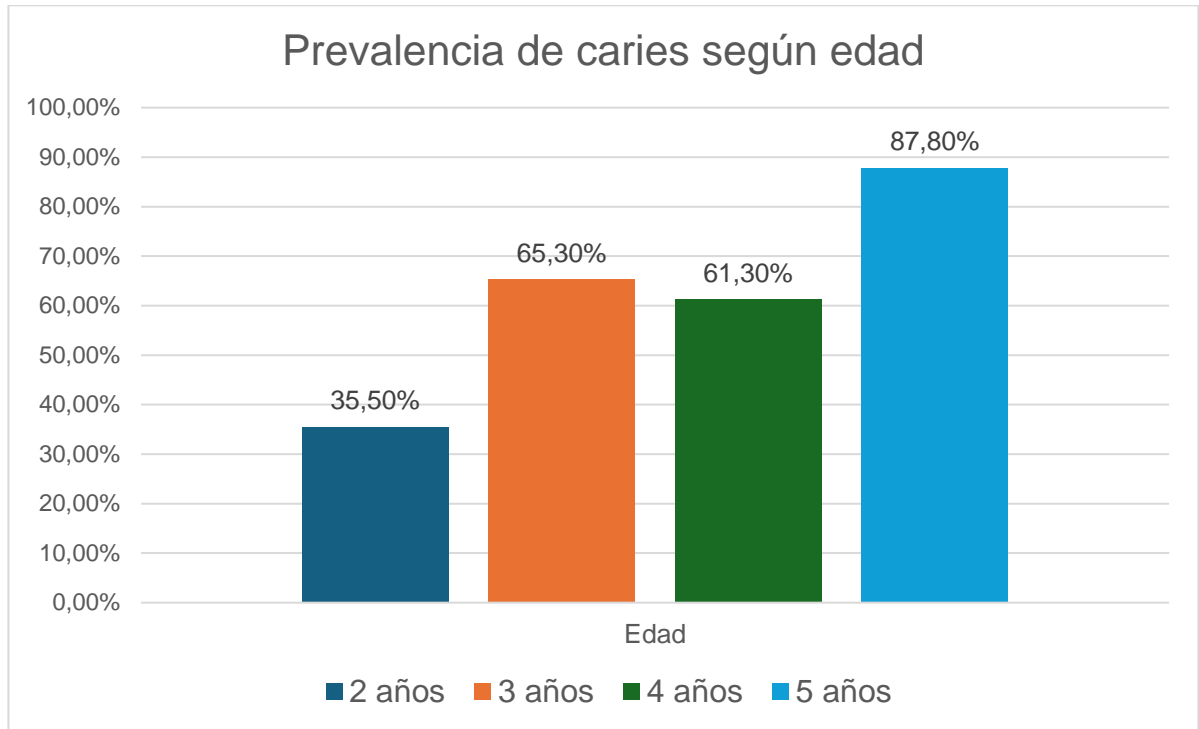


Figura 8. Prevalencia de caries según edad

La severidad de caries de la muestra de niños y niñas se observan en la Tabla 11, en la cual se ve que la mayoría de ellos se encontraban sanos y la menor cantidad presentó la enfermedad de forma moderada.

Tabla 11. Distribución de severidad de caries categorizada*

Severidad categorizada	n	%
Sano	44	37,28
Leve	21	17,79
Moderado	15	12,71
Severo	38	32,22
Total	118	100

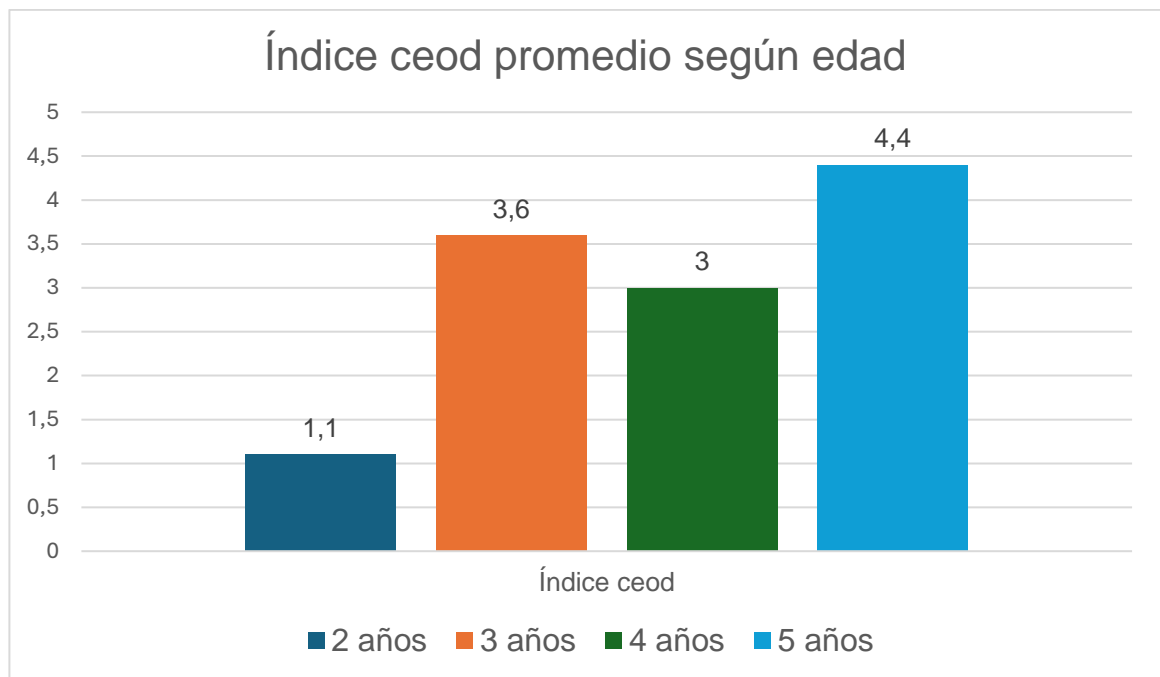
*Categorización en base a clasificación OMS-OPS (Orellana y cols., 2022)

Con respecto al índice ceod, el menor valor fue de 0 y el mayor de 20 dientes. Además, la muestra de niños y niñas presentó un índice ceod promedio de 3,07 dientes (Tabla 11.1).

Tabla 11.1 Severidad de caries de los niños y niñas

	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo
Índice ceod	3,07	2	0	3,493	0	20

En la figura 9, se observa como el índice ceod aumenta junto con la edad, exceptuando en el grupo de 4 años, donde disminuye levemente.

**Figura 9.** Promedio índice ceod según edad

5.5 RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS MATERNOS EN SALUD ORAL Y EL ÍNDICE ceod DE SUS HIJOS DE 2 A 5 AÑOS QUE SON USUARIOS DEL PROGRAMA CERO EN LA COMUNA DE RECOLETA

En relación con el objetivo 3, para determinar la asociación entre los conocimientos en salud oral y el índice ceod se utilizó el test estadístico Prueba exacta de Fisher.

Se realizaron dos análisis, el primero considerando a todos los niños y niñas de la muestra tomando en cuenta las cuatro categorizaciones para severidad de caries que quedaron conformadas para este estudio, y un segundo análisis solo considerando a aquellos niños y niñas que presentaron CIT, por lo tanto, se

excluyeron los niños sanos con índice ceod igual a 0, quedando solo tres categorías (leve, moderado y severo).

Al analizar estadísticamente los resultados obtenidos, se observó que en ambos casos no había una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos en salud oral de las madres y la severidad categorizada de sus hijos (Tabla 12 y 12.1).

Sin embargo, al observar los resultados de forma descriptiva y considerando todos los preescolares de la muestra, se puede ver que la mayoría de las madres con buenos conocimientos en salud oral tenían a sus hijos sanos, y que la mayoría de las madres con malos conocimientos tenían a sus hijos en la categoría severo.

Tabla 12. Comparación entre nivel de conocimientos maternos en salud oral y la severidad de caries considerando niñas y niños sanos

Nivel conocimientos de las madres	Índice ceod categorizado para el estudio				
	Sano n (%)	Leve n (%)	Moderado n (%)	Severo n (%)	Total n (%)
Buenos	28 (43,08) (63,64)	10 (15,38) (47,62)	7 (10,77) (46,67)	20 (30,77) (52,63)	65 (100,00) (55,08)
Regulares	15 (32,61) (34,09)	10 (21,74) (47,62)	6 (13,04) (40,00)	15 (32,61) (39,47)	46 (100,00) (38,98)
Malos	1 (14,29) (2,27)	1 (14,29) (4,76)	2 (28,57) (13,33)	3 (42,86) (7,89)	7 (100,00) (5,93)
Total	44 (37,29) (100,00)	21 (17,80) (100,00)	15 (12,71) (100,00)	38 (32,20) (100,00)	118 (100,00) (100,00)

***P = 0,577**

**Calculado con Prueba exacta de Fisher*

Por otro lado, al considerar solo los niños y niñas que presentaron CIT, se puede observar que la mayoría de ellos estaban dentro de la categoría más severa.

Además, independientemente del nivel de conocimientos de las madres la mayoría de ellas tenían a sus hijos en la categoría severo.

Tabla 12.1 Comparación entre nivel de conocimientos maternos en salud oral y la severidad de caries considerando sólo niños y niñas que presentaron CIT

Nivel conocimientos de las madres	Índice ceod categorizado para el estudio			Total n (%)
	Leve n (%)	Moderado n (%)	Severo n (%)	
Buenos	10 (27,03) (47,62)	7 (18,92) (46,67)	20 (54,05) (52,63)	37 (100,00) (50,00)
Regulares	10 (32,26) (47,62)	6 (19,35) (40,00)	15 (48,39) (39,47)	31 (100,00) (41,89)
Malos	1 (16,67) (4,76)	2 (33,33) (13,33)	3 (50,00) (7,89)	6 (100,00) (8,11)
Total	21 (28,38) (100,00)	15 (20,27) (100,00)	38 (51,35) (100,00)	74 (100,00) (100,00)

***P = 0,902**

**Calculado con Prueba exacta de Fisher*

Al realizar el análisis estadístico por afirmación de la ECSO y la severidad de caries categorizada de todos los niños y niñas de la muestra (considerando la categoría sano) ninguna afirmación arrojó una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Tabla 13. Comparación por afirmación de dimensión “Etiología de caries” y severidad de caries considerando niñas y niños sanos

		Conocimiento dicotomizado	Índice ceod categorizado para estudio				Total	Valor *P
			Sano n (%)	Leve n (%)	Moderado n (%)	Severo n (%)		
Etiología de caries	La madre puede traspasar a su bebé en los primeros años de vida las bacterias que producen caries.	Sabe	29 (42,03)	10 (14,49)	8 (11,59)	22 (31,88)	69 (100,00)	0,530
		No sabe	15 (30,61)	11 (22,45)	7 (14,29)	16 (32,65)	49 (100,00)	
	Mi higiene oral durante el embarazo influirá en el estado de salud bucal de mi hijo/a.	Sabe	17 (37,78)	7 (15,56)	4 (8,89)	17 (37,78)	45 (100,00)	0,644
		No sabe	27 (36,99)	14 (19,18)	11 (15,07)	21 (28,77)	73 (100,00)	
	La evolución de mi embarazo puede estar afectada por mi estado de salud oral.	Sabe	22 (32,84)	13 (19,40)	8 (11,94)	24 (35,82)	67 (100,00)	0,635
		No sabe	22 (43,14)	8 (15,69)	7 (13,73)	14 (27,45)	51 (100,00)	

*Calculado con Prueba exacta de Fisher

Tabla 13.1. Comparación por afirmación de dimensión “Higiene oral” y severidad de caries considerando niñas y niños sanos

	Afirmación de encuesta	Conocimiento dicotomizado	Índice ceod categorizado para estudio				Total	Valor *P
		Sabe/No sabe	Sano n (%)	Leve n (%)	Moderado n (%)	Severo n (%)		
Higiene oral	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.	Sabe	36 (36,36)	20 (20,20)	12 (12,12)	31 (31,31)	99 (100,00)	0,449
	No sabe	8 (42,11)	1 (5,26)	3 (15,79)	7 (36,84)	19 (100,00)		
	La higiene bucal de los bebés sin dientes se puede realizar con gasa húmeda o un trozo de pañal de género limpio.	Sabe	41 (39,81)	18 (17,48)	11 (10,68)	33 (32,04)	103 (100,00)	0,246
	No sabe	3 (20,00)	3 (20,00)	4 (26,67)	5 (33,33)	15 (100,00)		
	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.	Sabe	37 (39,78)	15 (16,13)	10(10,75)	31 (33,33)	93 (100,00)	0,386
	No sabe	7 (28,00)	6 (24,00)	5 (20,00)	7 (28,00)	25 (100,00)		
	Se debe limpiar la boca de los bebés después de la alimentación con pecho o mamadera antes de que le salgan los primeros dientes.	Sabe	42 (37,17)	20 (17,70)	13 (11,50)	38 (33,63)	113 (100,00)	0,131
No sabe	2 (40,00)	1 (20,00)	2 (40,00)	0 (0,00)	5 (100,00)			
La boca de los bebés debe limpiarse desde los primeros meses de vida.	Sabe	39 (38,61)	18 (17,82)	14 (13,86)	30 (29,70)	101 (100,00)	0,557	
No sabe	5 (29,41)	3 (17,65)	1 (5,88)	8 (47,06)	17 (100,00)			
El cepillado de dientes en los niños pequeños debe ser realizado por un adulto.	Sabe	44 (37,29)	21 (17,80)	15 (12,71)	38 (32,20)	118 (100,00)	-	
No sabe	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)			

Los dientes de leche solo se deben limpiar con el cepillo dental propio del bebé.	Sabe	42 (37,50)	19 (16,96)	15 (13,39)	36 (32,14)	112 (100,00)	0,778
	No sabe	2 (33,33)	2 (33,33)	0 (0,00)	2 (33,33)	6 (100,00)	

*Calculado con Prueba exacta de Fisher

Tabla 13.2. Comparación por afirmación de dimensión “Prevención en salud oral” y severidad de caries considerando niñas y niños sanos

	Afirmación de encuesta	Conocimiento dicotomizado	Índice ceod categorizado para estudio				Total	Valor *p
		Sabe/No sabe	Sano n (%)	Leve n (%)	Moderado n (%)	Severo n (%)		
Prevención en salud oral	La pasta de dientes con flúor es importante para prevenir las caries en los dientes de leche.	Sabe	40 (40,00)	18 (18,00)	11 (11,00)	31 (31,00)	100 (100,00)	0,358
		No sabe	4 (22,22)	3 (16,67)	4 (22,22)	7 (38,89)	18 (100,00)	
	Para prevenir la caries, los hábitos saludables de higiene y de alimentación deben ser incorporados desde que el niño nace.	Sabe	40 (40,82)	17 (17,35)	11 (11,22)	30 (30,61)	98 (100,00)	0,284
		No sabe	4 (20,00)	4 (20,00)	4 (20,00)	8 (40,00)	20 (100,00)	
Se puede prevenir la caries en los dientes de leche de su bebé.	Sabe	40 (37,38)	19 (17,76)	13 (12,15)	35 (32,71)	107 (100,00)	0,937	
	No sabe	4 (36,36)	2 (18,18)	2 (18,18)	3 (27,27)	11 (100,00)		
Entre los controles de salud de la mujer embarazada se debe considerar un examen dental.	Sabe	42 (37,50)	19 (16,96)	15 (13,39)	36 (32,14)	112 (100,00)	0,778	
	No sabe	2 (33,33)	2 (33,33)	0 (0,00)	2 (33,33)	6 (100,00)		

*Calculado con Prueba exacta de Fisher

Tabla 13.3. Comparación por afirmación de dimensión “Prácticas dietéticas” y el severidad de caries considerando niñas y niños sanos

	Afirmación de encuesta	Conocimiento dicotomizado	Índice ceod categorizado para estudio				Total	Valor *P
		Sabe/No sabe	Sano n (%)	Leve n (%)	Moderado n (%)	Severo n (%)		
Prácticas dietéticas	Los bebés deben ser alimentados exclusivamente con pecho materno hasta los 6 meses de edad.	Sabe	41 (37,96)	20 (18,52)	13(12,04)	34(31,48)	108 (100,00)	0,771
		No sabe	3 (30,00)	1 (10,00)	2 (20,00)	4 (40,00)	10 (100,00)	
	El niño debe tomar la mamadera con leche sin azúcar.	Sabe	39 (34,82)	20 (17,86)	15 (13,39)	38(33,93)	112 (100,00)	0,113
		No sabe	5 (83,33)	1 (16,67)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (100,00)	
	Entre comidas, los niños no deben comer alimentos azucarados.	Sabe	39 (37,86)	18 (17,48)	11(10,68)	35(33,98)	103 (100,00)	0,308
		No sabe	5 (33,33)	3 (20,00)	4 (26,67)	3 (20,00)	15 (100,00)	
	No solo los alimentos azucarados sólidos pueden producir caries.	Sabe	35 (36,46)	14 (14,58)	13 (13,54)	34(35,42)	96 (100,00)	0,196
No sabe		9 (40,91)	7 (31,82)	2 (9,09)	4 (18,18)	22 (100,00)		
El consumo de dulces es un factor de riesgo importante para la formación de las caries.	Sabe	44 (37,61)	20 (17,09)	15 (12,82)	38(32,48)	117 (100,00)	0,305	
	No sabe	0 (0,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (100,00)		
No es bueno que los niños se queden dormidos con la mamadera en su boca.	Sabe	41 (36,94)	18 (16,22)	14 (12,61)	38(34,23)	111 (100,00)	0,100	
	No sabe	3 (42,86)	3 (42,86)	1 (14,29)	0 (0,00)	7 (100,00)		

*Calculado con Prueba exacta de Fisher

Tabla 13.4. Comparación por afirmación de dimensión “Creencias en salud oral” y severidad de caries considerando niñas y niños sanos

	Afirmación de encuesta	Conocimiento dicotomizado	Índice ceod categorizado para estudio				Total	Valor *p
		Sabe/No sabe	Sano n (%)	Leve n (%)	Moderado n (%)	Severo n (%)		
Creencias en salud oral	La caries no tratada puede producir dolor e infección en los niños.	Sabe	43 (36,75)	21 (17,95)	15 (12,82)	38(32,48)	117 (100,00)	1,000
		No sabe	1(100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	
	Los dientes de leche con caries deben ser tratados.	Sabe	41(36,28)	21 (18,58)	14 (12,39)	37(32,74)	113 (100,00)	0,539
		No sabe	3 (60,00)	0 (0,00)	1 (20,00)	1 (20,00)	5 (100,00)	
	Los dientes de leche son importantes para mantener el espacio para los dientes definitivos.	Sabe	41 (36,94)	19 (17,12)	15 (13,51)	36(32,36)	111 (100,00)	0,774
No sabe		3 (42,86)	2 (28,57)	0 (0,00)	2 (28,57)	7 (100,00)		
Los dientes de leche son importantes para que los niños aprendan a hablar bien.	Sabe	30 (37,04)	13 (16,05)	11 (13,58)	27 (33,33)	81 (100,00)	0,907	
	No sabe	14 (37,82)	8 (21,62)	4 (10,81)	11(29,73)	37 (100,00)		
Los dientes de leche son importantes para una buena autoestima y bienestar psicológico del niño.	Sabe	37 (35,24)	18 (17,14)	15 (14,29)	35 (33,33)	105 (100,00)	0,350	
	No sabe	7 (53,85)	3 (23,08)	0 (0,00)	3 (23,08)	13 (100,00)		

*Calculado con Prueba exacta de Fisher

Sin embargo, al realizar este mismo análisis estadístico, pero sólo considerando a los niños y niñas de la muestra que presentaron CIT (excluyendo la categoría sano), hubo sólo una afirmación de la encuesta perteneciente a la dimensión “Prácticas dietéticas” que arrojó una asociación estadísticamente significativa con la severidad de caries. Esta corresponde a la afirmación “No es bueno que los niños se queden dormidos con la mamadera en su boca” (Tabla 14.3).

Tabla 14. Comparación por afirmación de dimensión “Etiología de caries” y severidad de caries sólo considerando niñas y niños que presentaron CIT

		Conocimiento dicotomizado	Índice ceod categorizado para estudio			Total	Valor *P
			Sabe/No sabe	Leve n (%)	Moderado n (%)		
Etiología de caries	La madre puede traspasar a su bebé en los primeros años de vida las bacterias que producen caries.	Sabe	10 (25,00)	8 (20,00)	22 (55,00)	40 (100,00)	0,740
		No sabe	11 (32,35)	7 (20,59)	16 (47,06)	34 (100,00)	
	Mi higiene oral durante el embarazo influirá en el estado de salud bucal de mi hijo/a.	Sabe	7 (25,00)	4 (14,29)	17 (60,71)	28 (100,00)	0,413
		No sabe	14 (30,43)	11 (23,91)	21 (45,65)	46 (100,00)	
	La evolución de mi embarazo puede estar afectada por mi estado de salud oral.	Sabe	13 (28,89)	8 (17,78)	24 (53,33)	45 (100,00)	0,776
		No sabe	8 (27,59)	7 (24,14)	14 (48,28)	29 (100,00)	

*Calculado con Prueba exacta de Fisher

Tabla 14.1. Comparación por afirmación de dimensión “Higiene oral” y severidad de caries sólo considerando niñas y niños que presentaron CIT

		Conocimiento dicotomizado	Índice ceod categorizado para estudio			Total	Valor *P
			Sabe/No sabe	Leve n (%)	Moderado 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.	Sabe	20 (31,75)	12 (19,05)	31 (49,21)	63 (100,00)	0,285
		No sabe	1 (9,09)	3 (27,27)	7 (63,64)	11 (100,00)	
	La higiene bucal de los bebés sin dientes se puede	Sabe	18 (29,03)	11 (17,74)	33 (53,23)	62 (100,00)	0,453

Higiene oral	realizar con gasa húmeda o un trozo de pañal de género limpio.	No sabe	3 (25,00)	4 (33,33)	5 (41,67)	12 (100,00)	
	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.	Sabe	15 (26,79)	10 (17,86)	31 (55,36)	56 (100,00)	0,454
		No sabe	6 (33,33)	5 (27,78)	7 (38,89)	18 (100,00)	
	Se debe limpiar la boca de los bebés después de la alimentación con pecho o mamadera antes de que le salgan los primeros dientes.	Sabe	20 (28,17)	13 (18,31)	38 (53,52)	71 (100,00)	0,062
		No sabe	1 (33,33)	2 (66,67)	0 (0,00)	3 (100,00)	
	La boca de los bebés debe limpiarse desde los primeros meses de vida.	Sabe	18 (29,03)	14 (22,58)	30 (48,39)	62 (100,00)	0,498
		No sabe	3 (25,00)	1 (8,33)	8 (66,67)	12 (100,00)	
El cepillado de dientes en los niños pequeños debe ser realizado por un adulto.	Sabe	21 (28,38)	15 (20,27)	38 (51,35)	74 (100,00)	-	
	No sabe	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)		
Los dientes de leche solo se deben limpiar con el cepillo dental propio del bebé.	Sabe	19 (27,14)	15 (21,43)	36 (51,43)	70 (100,00)	0,654	
	No sabe	2 (50,00)	0 (0,00)	2 (50,00)	4 (100,00)		

*Calculado con Prueba exacta de Fisher

Tabla 14.2. Comparación por afirmación de dimensión “Prevención en salud oral” y severidad de caries sólo considerando niñas y niños que presentaron CIT

	Afirmación de encuesta	Conocimiento dicotomizado	Índice ceod categorizado para estudio			Total	Valor *P
		Sabe/No sabe	Leve n (%)	Moderado n (%)	Severo n (%)		
Prevención en salud oral	La pasta de dientes con flúor es importante para prevenir las caries en los dientes de leche.	Sabe	18 (30,00)	11 (18,33)	31 (51,67)	60 (100,00)	0,677
		No sabe	3 (21,43)	4 (28,57)	7 (50,00)	14 (100,00)	
	Para prevenir la caries, los hábitos saludables de higiene y de alimentación deben ser incorporados desde que el niño nace.	Sabe	17 (29,31)	11 (18,97)	30 (51,72)	58 (100,00)	0,867
		No sabe	4 (25,00)	4 (25,00)	8 (50,00)	16 (100,00)	
Se puede prevenir la caries en los dientes de leche de su bebé.	Sabe	19 (28,36)	13 (19,40)	35 (52,24)	67 (100,00)	0,871	
	No sabe	2 (28,57)	2 (28,57)	3 (42,86)	7 (100,00)		
Entre los controles de salud de la mujer embarazada se debe considerar un examen dental.	Sabe	19 (27,14)	15 (21,43)	36 (51,43)	70 (100,00)	0,654	
	No sabe	2 (50,00)	0 (0,00)	2 (50,00)	4 (100,00)		

*Calculado con Prueba exacta de Fisher

Tabla 14.3. Comparación por afirmación de dimensión “Prácticas dietéticas” y severidad de caries sólo considerando niñas y niños que presentaron CIT

	Afirmación de encuesta	Conocimiento dicotomizado	Índice ceod categorizado para estudio			Total	Valor *P
		Sabe/No sabe	Leve n (%)	Moderado n (%)	Severo n (%)		
Prácticas dietéticas	Los bebés deben ser alimentados exclusivamente con pecho materno hasta los 6 meses de edad.	Sabe	20 (29,85)	13 (19,40)	34 (50,75)	67 (100,00)	0,674
		No sabe	1 (14,29)	2 (28,57)	4 (57,14)	7 (100,00)	
	El niño debe tomar la mamadera con leche sin azúcar.	Sabe	20 (27,40)	15 (20,55)	38 (52,05)	73 (100,00)	0,486
		No sabe	1 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	
	Entre comidas, los niños no deben comer alimentos azucarados.	Sabe	18 (28,13)	11 (17,19)	35 (54,69)	64 (100,00)	0,168
		No sabe	3 (30,00)	4 (40,00)	3 (30,00)	10 (100,00)	
	No solo los alimentos azucarados sólidos pueden producir caries.	Sabe	14 (22,95)	13 (21,31)	34 (55,74)	61 (100,00)	0,097
No sabe		7 (53,85)	2 (15,38)	4 (30,77)	13 (100,00)		
El consumo de dulces es un factor de riesgo importante para la formación de las caries.	Sabe	20 (27,40)	15 (20,55)	38 (52,05)	73 (100,00)	0,486	
	No sabe	1 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (100,00)		
No es bueno que los niños se queden dormidos con la mamadera en su boca.	Sabe	18 (25,71)	14 (20,00)	38 (54,29)	70 (100,00)	0,047	
	No sabe	3 (75,00)	1 (25,00)	0 (0,00)	4 (100,00)		

*Calculado con Prueba exacta de Fisher

Tabla 14.4. Comparación por afirmación de dimensión “Creencias en salud oral” y severidad de caries sólo considerando niñas y niños que presentaron CIT

	Afirmación de encuesta	Conocimiento dicotomizado	Índice ceod categorizado para estudio			Total	Valor *P
			Leve n (%)	Moderado n (%)	Severo n (%)		
Creencias en salud oral	La caries no tratada puede producir dolor e infección en los niños.	Sabe	21 (28,38)	15 (20,27)	38 (51,35)	74 (100,00)	-
		No sabe	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (100,00)	
	Los dientes de leche con caries deben ser tratados.	Sabe	21 (29,17)	14 (19,44)	37 (51,39)	72 (100,00)	0,444
		No sabe	0 (0,00)	1 (50,00)	1 (50,00)	2 (100,00)	
	Los dientes de leche son importantes para mantener el espacio para los dientes definitivos.	Sabe	19 (27,14)	15 (21,43)	36 (51,43)	70 (100,00)	0,654
No sabe		2 (50,00)	0 (0,00)	2 (50,00)	4 (100,00)		
Los dientes de leche son importantes para que los niños aprendan a hablar bien.	Sabe	13 (25,49)	11 (21,57)	27 (52,94)	51 (100,00)	0,795	
	No sabe	8 (34,78)	4 (17,39)	11 (47,83)	23 (100,00)		
Los dientes de leche son importantes para una buena autoestima y bienestar psicológico del niño.	Sabe	18 (26,47)	15 (22,06)	35 (51,47)	68 (100,00)	0,388	
	No sabe	3 (50,00)	0 (0,00)	3 (50,00)	6 (100,00)		

*Calculado con Prueba exacta de Fisher

5.6 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL DE LAS MADRES CHILENAS Y EXTRANJERAS

Dada la gran cantidad de madres de nacionalidad extranjera de la muestra, se evaluó si existía alguna asociación entre los niveles de conocimientos en salud oral y la nacionalidad chilena o extranjera de la madre. Para este análisis, igualmente se utilizó el test estadístico Prueba exacta de Fisher.

Al realizar el análisis estadístico de los resultados obtenidos se observó, que no había una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos general en salud oral de las madres y la nacionalidad chilena o extranjera de las mismas (Tabla 15).

Se puede observar que la mayor parte de las madres chilenas presentaron regulares conocimientos, mientras que de las madres extranjeras la mayoría presentó buenos niveles de conocimientos. Sin embargo, en el nivel de malos conocimientos fueron las madres de nacionalidad extranjera las que predominaron.

Tabla 15. Comparación entre nivel de conocimientos maternos en salud oral y la nacionalidad chilena o extranjera de la madre

Nacionalidad de la madre	Nivel de conocimientos en salud oral			Total n (%)
	Buenos n (%)	Regulares n (%)	Malos n (%)	
Chilena	16 (44,44) (24,62)	18 (50,00) (39,13)	2 (5,56) (28,57)	65 (100,00) (30,51)
Extranjera	48 (59,76) (75,38)	27 (34,15) (60,87)	5 (6,10) (71,43)	7 (100,00) (69,49)
Total	64 (55,08) (100,00)	45 (38,98) (100,00)	7 (5,93) (100,00)	116 (100,00) (100,00)

***P = 0,283**

**Calculado con Prueba exacta de Fisher*

6. DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo principal establecer si existe relación entre los conocimientos maternos en salud oral y el índice ceod de niños de 2 a 5 años usuarios del Programa CERO en la comuna de Recoleta. Al realizar el análisis no se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre las variables, por lo tanto, la hipótesis propuesta en el estudio fue rechazada.

6.1 CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL

En este estudio se encontró que, de las 116 madres encuestadas, más de la mitad tenía buenos conocimientos en salud oral (55%), seguido por la categoría de regulares conocimientos (39%), y un menor porcentaje de ellas con malos conocimientos (6%). Al compararlo con el estudio realizado en Chile por Núñez y cols. (2013), en el cual encuestaron a 200 mujeres puérperas que eran usuarias de una clínica privada del área norte de Santiago, de las cuales un tercio de ellas recibió atención dental en el GES Salud oral integral de la embarazada, se encontró que un 64% de las madres tenían regulares conocimientos, un 35% óptimos conocimientos y un 1% bajos conocimientos, lo cual discrepa con los resultados encontrados en este estudio, en donde la mayoría de las madres tenía buenos conocimientos en salud oral.

Podríamos atribuir a que la educación sobre salud oral en la primera infancia durante el GES Embarazada no era del todo efectiva, sumado, además que en el año en que se llevó a cabo dicho estudio aún no era implementado el Programa CERO (2017), por lo cual luego del egreso del GES de Embarazada, las madres quedaban sin apoyo odontológico para sus hijos recién nacidos. Así lo reportaron algunas madres entrevistadas en el estudio realizado por Humeres y cols. (2020), donde ellas comentaron que valoraban ser atendidas en el GES de las embarazadas a través del CESFAM, pero percibían que finalizado el beneficio quedaban sin apoyo en atención odontológica.

Además, es importante destacar que el programa CERO tiene una cobertura desde los 6 meses de edad hasta cumplir los 20 años, por lo que al mantener a los niños

y niñas en constante control permite implementar estrategias educativas por un tiempo mucho más prolongado y sostenido que favorezcan el aumento de los conocimientos de las madres, a diferencia del GES Embarazada donde el egreso de las madres es máximo a los 15 meses luego de la primera atención.

6.2 CONOCIMIENTOS EN SALUD ORAL SEGÚN DIMENSIÓN

6.2.1 DIMENSIÓN: ETIOLOGÍA DE LA CARIES DENTAL

En un estudio realizado en Ecuador por Narváez y Tello (2017) se encontró que el 80% de las madres presentó buenos conocimientos respecto a la transmisión de bacterias cariogénicas por parte de ellas a sus hijos durante los primeros años de vida, resultados diferentes a los encontrados en este estudio, donde tan sólo el 58,4% de las madres encuestadas estuvo “totalmente de acuerdo” o “de acuerdo” con aquella afirmación.

Estas cifras nos permiten inferir que las madres encuestadas no tienen adecuados conocimientos sobre la transmisión de bacterias hacia sus hijos, pudiendo llevarlas a tener prácticas potencialmente cariogénicas tales como, probar la comida de la cuchara antes de dárselas a sus hijos, donde según el estudio realizado por Dagon y cols. (2019) casi un 70% de las madres reportó realizar esta práctica de forma frecuente.

Respecto a las otras dos afirmaciones de esta dimensión, 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, y si la evolución de su embarazo puede estar afectada por su estado de salud oral, tan solo un 37,8% y 56,7% respondieron “totalmente de acuerdo o de acuerdo” respectivamente. Por lo tanto, se puede observar que hay un gran desconocimiento sobre salud oral y embarazo, y como esta puede influir en la salud oral de su hijos recién nacidos, educación que podríamos suponer se debería de entregar durante el GES Salud Oral Integral de la Embarazada, en donde según el estudio realizado por Núñez y cols. (2013), no había una asociación estadísticamente significativa entre haber recibido atención dental durante el embarazo y los conocimientos en salud oral, dejando ver una posible educación

deficiente por parte del equipo odontológico durante el GES y/ o la falta de énfasis en la educación sobre salud oral durante el embarazo. Por lo que se hace relevante educar sobre estos tópicos durante el programa CERO, sobre todo en madres puérperas que hacen ingreso con sus hijos desde los 6 meses de vida.

6.2.2 DIMENSIÓN: HIGIENE ORAL

En la dimensión de “Higiene oral” casi el 70% de las madres tuvo buenos niveles de conocimientos, similar a lo reportado en el estudio realizado por Dagon y cols. (2019) en Israel, donde los conocimientos sobre higiene oral tuvieron buenos niveles. En este mismo estudio se observó que tres cuartas partes de las madres encuestadas respondieron correctamente a la cantidad de pasta dental necesaria para un niño de entre 1 y 4 años la cual corresponde al tamaño de un “guisante”, similar a los resultados en nuestro estudio donde una gran cantidad de las madres conoce la cantidad adecuada de pasta dental que se debe utilizar para la higiene oral de un niño de 2 a 5 años. Casi dos tercios de las madres israelitas respondieron que el cepillado dental del niño debe ser realizado por un adulto y el restante cree que debe realizarlo por sí mismo, discrepando a lo encontrado en este estudio donde el total de las madres estuvo de acuerdo en que el cepillado debe ser realizado exclusivamente por un adulto.

En este estudio, todas las afirmaciones presentaron más del 74% de respuestas afirmativas, por lo que se puede inferir que las madres tienen buenos conocimientos sobre higiene oral, sobre todo en su importancia desde los primeros meses de vida incluso aunque no haya dientes presentes en boca.

6.2.3 DIMENSIÓN: PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

En la dimensión de “Prevención en salud oral” un 84% de las madres de este estudio estuvieron de acuerdo en que la pasta de dientes con flúor es importante para prevenir las caries en los dientes primarios de sus hijos, resultados diferentes a los encontrados por Chala y cols. (2018) en Marruecos, donde un menor porcentaje de ellas (60,9%) sabían sobre el efecto beneficioso de este componente en la prevención de la caries dental. En otro estudio realizado en Israel por Dagon y cols.

(2019) se les preguntó a las madres sobre la concentración adecuada de flúor que debería tener la pasta dental para sus hijos preescolares de entre 1 y 4 años, de las cuales casi tres cuartas partes reconoció no saberlo. En el presente estudio no se les preguntó a las madres sobre el conocimiento de la concentración adecuada de este componente, lo cual sería relevante de saber ya que se conoce que niveles elevados de fluoruro en preescolares podría aumentar el riesgo de fluorosis dental, y niveles insuficientes no estarían cumpliendo el rol en la prevención de caries dental.

Al preguntarle a las madres de este estudio 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, por lo que se puede inferir que conocen que la caries dental es una enfermedad que se puede evitar.

6.2.4 DIMENSIÓN: PRÁCTICAS DIETÉTICAS

Respecto a esta dimensión los conocimientos fueron buenos, ya que casi el 70% de las madres de la muestra obtuvieron buenos niveles de conocimientos en esta área, similar a lo encontrado en la India por Suresh y cols. (2010) donde el 73,9% tenían buenos conocimientos sobre la dieta y las prácticas dietéticas.

Casi todas las madres estuvieron de acuerdo en que el consumo de dulces es un factor de riesgo muy relevante para la formación de caries, y que no es bueno que los niños se queden dormidos con la mamadera en su boca. Estos resultados fueron parecidos a los encontrados por Suresh y cols. (2010) donde la mayoría de las madres creían que los bocadillos y las bebidas dulces contribuyen a que se produzcan caries. Además, las madres indias también presentaron un buen conocimiento en que el uso del biberón nocturno puede influir en el desarrollo de caries en sus hijos, sin embargo, muchas de ellas reportaron usarlo. Similar a lo descrito por Franco y cols. (2004), donde la mitad de las madres relataban hacer dormir a su hijo con el biberón debido a que lo utilizan como pacificador para que el niño pueda conciliar el sueño y no realizaban ninguna higiene posterior ya que podría despertarlo.

Estos antecedentes nos dejan en evidencia la discrepancia existente entre los conocimientos y las prácticas que finalmente realizan las madres, ya que si bien ellas saben que el uso de la mamadera nocturna no es beneficioso para el niño y podría contribuir a la formación de caries, igualmente lo utilizan ya que es una técnica que les facilita y ayuda a que el niño pueda dormirse. Por lo cual hubiese sido relevante haber evaluado no solo los conocimientos sino también las prácticas de las madres en el presente estudio, ya que al contrastarlo con otros estudios similares se observa que los conocimientos y las prácticas no son coincidentes.

6.2.5 DIMENSIÓN: CREENCIAS EN SALUD ORAL

En la dimensión de “Creencias en salud oral” la mayoría de las madres presentó buenos niveles de conocimientos.

Respecto a las afirmaciones de si la caries no tratada en niños puede producir dolor en infección y si los dientes de leche con caries deben ser tratados, estas presentaron un buen nivel de conocimientos ya que casi la totalidad de las madres respondió estar de acuerdo con ambas afirmaciones, resultados diferentes a los encontrados en la India por Suresh y cols. (2010) donde muchas de las madres encuestadas relataron que las caries en los dientes del bebé no importan.

Respecto a la importancia de los dientes primarios un 94% declaro estar de acuerdo con que son relevantes para mantener el espacio para los dientes definitivos. También casi todas las madres del presente estudio creen que son importantes para que el niño pueda sonreír y tener un buen autoestima, diferente a lo reportado por Humeres y cols. (2013), ya que para las madres encuestadas los dientes permanentes son los que tendrían mayor relevancia dada la importancia social atribuida a estas piezas y su duración en boca.

De todas las afirmaciones de la dimensión la de “los dientes de leche son importantes para que los niños puedan hablar bien” fue la que las madres estuvieron en mayor desacuerdo con un 32%.

Se hace relevante continuar informado a los padres sobre la importancia y las diferentes funciones que cumplen los dientes primarios en sus hijos ya que, si los

padres y madres no son conscientes sobre su importancia y cuidado, es poco probable que tomen las medidas adecuadas para prevenir la caries en la primera infancia o que no busquen atención profesional en caso de ser necesaria (Miller y cols., 2010) (Berkowitz, 2006).

6.3 PREVALENCIA DE CARIES E ÍNDICE ceod

El Ministerio de Salud de Chile, en el Plan de Salud Bucal 2021-2030 reportó una prevalencia del 17,5% en el grupo de 2 años y 50,4% en el grupo de 4 años (MINSAL, 2021), siendo menor a la encontrada en nuestro estudio, de un 35,5% a los 2 años y del 61,3% a los 4 años.

En el estudio realizado por Zaror y cols. (2011) realizado en el Hospital de Calbuco, Región de los Lagos, Chile, los resultados mostraron una prevalencia de caries del 53% en niños de 2 años, del 88% a los 4 años y una mediana igual a 3 para el índice ceod, siendo cifras mayores a las encontradas en este estudio, puesto que la prevalencia de caries se mencionó anteriormente y la mediana del índice ceod obtenida de la muestra de niños de Recoleta fue igual a 2. Esto nos podría indicar que vivir en lugares descentralizados y el factor ruralidad podrían eventualmente asociarse a una mayor prevalencia de CIT como se ha reportado en algunos otros estudios (Milnes, 1996). Sin embargo, es importante considerar que en el estudio realizado en Calbuco se consideraron lesiones de caries incipientes mientras que en nuestro estudio sólo se consideraron cavitadas, por lo que se podría estar subdiagnosticando la enfermedad.

En este estudio la prevalencia de CIT fue del 63%, cifras similares a las encontradas en el estudio realizado por Echeverría y cols. (2020) en el cual también fue de un 63%, lo cual es esperable puesto que el estudio también se llevó a cabo en la Región Metropolitana, específicamente en barrios marginales de algunas comunas.

6.4 RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS MATERNOS EN SALUD ORAL Y EL ÍNDICE ceod DE SUS HIJOS DE 2 A 5 AÑOS QUE SON USUARIOS DEL PROGRAMA CERO EN LA COMUNA DE RECOLETA

Los resultados de este estudio arrojaron que no hay una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de conocimientos de las madres en salud oral y la severidad de caries en sus hijos, medida por el índice ceod y posteriormente categorizada, ya sea considerando la población sana y los niños y niñas que solo presentaron la enfermedad, por lo cual la hipótesis propuesta fue rechazada.

Sin embargo, cuando al analizar los datos de forma descriptiva observamos que la mayoría de las madres con buenos conocimientos en salud oral tienen a sus hijos en las categorías de sano y severo y cuando tienen malos conocimientos la mayoría de ellas tienen a sus hijos en la categoría de severa y moderada. Esto podría hacernos inferir que educar a la madre y que esta tenga buenos conocimientos no es suficiente para que su hijo este sano o presente una severidad de caries leve, pero él no educarla y que tenga malos conocimientos en salud oral si aumentaría la probabilidad de que su hijo presente la enfermedad de forma severa.

En Bangalore, India se llevó a cabo un estudio transversal realizado por Sowmya y cols. (2021) en 100 niños y niñas de 2 a 6 años que asistían a centros preescolares y sus respectivas madres. Se midieron los niveles de alfabetización en salud oral de las madres mediante una escala y sus conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral (CAP) a través de un cuestionario y se relacionaron con la experiencia de caries en sus hijos medido a través del índice ceod. Los resultados arrojaron una correlación positiva entre sus CAP y la alfabetización, por lo cual madres con buenos niveles de alfabetización en salud oral tienen buenos conocimientos, y actitudes y prácticas más saludables. Con respecto a sus hijos, se encontró una correlación inversa muy significativa entre el ceod del hijo versus las prácticas y alfabetización en salud oral de la madre, por lo que los resultados indican que niños y niñas con madres con menor alfabetización en salud oral y malas prácticas tenían mayor prevalencia de caries y mayor severidad, resultados diferentes a los encontrados en nuestro estudio donde no hubo asociación estadísticamente

significativa. Esto podría deberse a que en el estudio realizado en la India no sólo se consideraron los conocimientos de las madres en materia de salud oral sino también sus actitudes y prácticas. Esto hubiera sido muy relevante de evaluar en nuestro estudio ya que, si bien la mayoría de las madres presentó buenos niveles de conocimientos, la mayoría de los niños de la muestra presentó CIT, siendo la categoría severa de caries la que predominó dentro del grupo que presentó la enfermedad, lo que nos podría indicar que en general las madres tienen buenos conocimientos pero que no los están aplicando y llevando a cabo buenas y/o saludables prácticas.

Además, en el estudio realizado en Bangalore más del 75% de las madres eran las que llevaban a cabo el cuidado de la higiene bucal de sus hijos, puesto que eran sus cuidadoras principales.

Este es un factor importante de considerar ya que, si bien las madres cumplen un rol fundamental en la primera infancia y son la primera figura de apego durante los primeros años de vida de sus hijos, no son siempre ellas las que están al cuidado principal y diario de ellos.

Según estudios disponibles, Chile tiene las tasas más altas de cuidado de niños pequeños por parte de los abuelos y abuelas entre los países occidentales. Debido al gran aumento en la participación de las mujeres en el campo laboral, cada vez más mujeres están solicitando apoyo a sus madres o suegras para el cuidado de sus hijos (SERNAM, 2012).

En el estudio realizado por Zegers y Reynolds (2022) se evidenció que las abuelas eran mayoritariamente cuidadoras en hogares en los que la madre trabajaba a tiempo completo, por lo que el cuidado del niño estaría comúnmente a cargo de abuelas u otros familiares cuando la madre tenía niveles educacionales más altos, mientras que madres sin estudios o con bajo nivel educacional suelen trabajar a tiempo parcial o no trabajar, por lo cual proporcionan la mayor parte de los cuidados a sus hijos, dato sobre las madres que en nuestro estudio tampoco fue considerado y hubiese sido enriquecedor conocer.

También se hace relevante mencionar el rol del jardín infantil, pues la participación de las abuelas u otros cuidadores es menor a medida que la edad del niño aumenta, la cual disminuye abruptamente con el ingreso al jardín infantil y luego a la escuela a los seis años de edad (Zegers y Reynolds, 2022). Por lo tanto, los establecimientos educativos serían lugares importantes en la generación de hábitos saludables respecto a la salud oral de los niños y niñas, pues es donde pasan gran parte del día. Similar a lo reportado en el estudio cualitativo realizado por Humeres y cols. (2020) donde las madres entrevistadas comentaron que consideran relevante y destacan a los jardines infantiles como lugares de gran participación a la hora de recibir información y apoyo en el cuidado de la salud oral de sus hijos.

Según los resultados en este estudio no hubo una relación estadísticamente significativa entre los conocimientos en salud oral de las madres y la severidad de caries en sus hijos. Sin embargo, al realizar el análisis por afirmación de la encuesta y considerando a la población de niños del estudio que presentó CIT (índice ceod >0) hubo una afirmación de la dimensión “Prácticas dietéticas” de “no es bueno que los niños se queden dormidos con la mamadera en la boca” que presentó una asociación estadísticamente significativa con la severidad de caries.

Según Dagon y cols. (2019) un 85,11% de las madres encuestadas sabían sobre el potencial cariogénico de quedarse dormido con biberón con fórmulas de leche, sin embargo, el 67,37% reportó realizar esta práctica, dejando en evidencia nuevamente como el conocimiento no se relaciona con la práctica. En nuestro estudio, al haber una relación estadísticamente significativa entre la afirmación de dieta sobre el uso del biberón nocturno y la severidad de caries se hace relevante educar a las madres sobre su importancia en la formación de caries a temprana edad y también darles herramientas concretas durante el Programa CERO y controles médicos para que esta práctica pueda ser cada vez menos frecuente y se deje de utilizar como un elemento auxiliar para que el niño pueda conciliar el sueño.

Los profesionales de la salud son los primeros en entrar en contacto con las madres y sus hijos recién nacidos, difundir información adecuada y precisa sobre el cuidado de la salud oral de los lactantes y niños, especialmente el uso del biberón por la noche, la importancia del cepillado de dientes y las visitas regulares al dentista, son

conocimientos/tareas que deberían entregarse a nivel interdisciplinario y no solo por el odontólogo. Además, se hace relevante que se realice una derivación oportuna para el ingreso al Programa CERO a los 6 meses de edad, para comenzar en cuanto antes con la educación sobre salud oral y la implementación de hábitos de higiene y controles dentales periódicos.

A través de este estudio se pudo reafirmar la multifactorialidad que tiene la caries de la infancia temprana, siendo los conocimientos en salud oral de las madres un factor importante, sin embargo, no suficiente para mantener a la población infantil sana o con una severidad menor de la enfermedad.

Si bien las madres presentaron buenos niveles de conocimientos en salud oral, hay que considerar otros factores que podrían estar actuando como barreras para que los niños y niñas presenten una menor prevalencia de CIT, tales como: considerar que su cuidado puede depender de otras personas durante la semana y no solo de su madre, los niños y niñas pasan gran parte del día en el jardín o escuela, por lo que se hace importante crear estrategias efectivas que puedan ser aplicadas tanto en las casas como en los centros educacionales para que los conocimientos entregados durante el Programa CERO se conviertan en prácticas y hábitos sostenidos en el tiempo con el fin de tener una población infantil más sana a través de los años.

6.5 LIMITACIONES Y FORTALEZAS

Debido a la contingencia climática durante el plazo establecido para realizar el estudio durante los meses de abril, mayo y junio, hubo una gran disminución de la asistencia de los niños a sus controles del Programa CERO por lo cual solo se logró reclutar 118, y no 291 que era la muestra ideal para que el estudio fuera estadísticamente representativo de la población a nivel comunal.

Dentro de las limitaciones de este estudio se observó que, al ser realizado por medio de una encuesta tipo "Likert" en ocasiones los encuestados contestan de forma automática sin tomarse el tiempo necesario para analizar la pregunta y las respuestas, además una respuesta de puntuación intermedia como "Ni de acuerdo ni en desacuerdo" puede ser fácil para los encuestados en caso de duda.

Además, al estar la encuestadora presente al momento de responderla podría existir un potencial sesgo en las respuestas de la encuesta, donde las participantes pueden haber respondido lo que esperaban que fuera correcto.

Otra de las limitaciones fue no considerar otros determinantes sociales de las madres, tales como su nivel educacional y socioeconómico, cantidad de hijos o si habían recibido educación previa sobre salud oral, factores que han sido descritos como relevantes en otros estudios similares.

Tampoco se consideró si las madres encuestadas eran efectivamente las cuidadoras principales del niño, y hace cuanto tiempo ingresaron al programa, ya que los niveles de conocimientos podrían variar según el tiempo que lleven asistiendo al Programa CERO.

Entre las fortalezas de este estudio, podemos mencionar que se utilizó una encuesta validada y previamente probada en un grupo de madres, con una buena confiabilidad del instrumento.

Esta tesis proporciona información relevante que contribuye a tener un acercamiento epidemiológico sobre la prevalencia y la severidad de la enfermedad de caries en la población infantil que cursa la primera infancia y que es usuaria del Programa CERO en la comuna de Recoleta, y a conocer las dimensiones sobre salud oral que presentan buenos conocimientos por parte de las madres y aquellas que se encuentran más débiles, lo que ayuda a enfocar las estrategias educativas durante el programa a ciertas áreas que necesiten más refuerzo.

Además, se hace relevante considerar la gran multiculturalidad que presentó la muestra del estudio estando constituida mayoritariamente por madres de nacionalidad extranjera y de seis nacionalidades diferentes, por lo que ahondar sobre conocimientos previos obtenidos en el país de origen, creencias y prácticas en salud oral se haría relevante de conocer ya que podrían verse influenciadas por factores socioculturales.

En el futuro, sería interesante incluir una muestra de mayor tamaño para que fuese representativo de la población comunal y considerar a todos los CESFAM de la comuna y no solo a dos como fue en este estudio.

Igualmente, sería novedoso realizar una investigación similar considerando las prácticas en salud oral de las madres y no solo con sus conocimientos, o también realizar este mismo estudio, pero encuestando al cuidador principal del niño, que puede o no ser su madre.

Y por último sería enriquecedor complementar esta investigación con una de carácter cualitativo, como lo podrían ser entrevistas, para así conocer más a profundidad las percepciones que tienen las madres sobre los conocimientos en salud oral, sus conductas, creencias, actitudes y prácticas en salud oral y por sobre todo conocer la realidad de cada una y como esta puede influir en la salud o el desarrollo de la enfermedad de caries en sus hijos.

7. CONCLUSIONES

Este estudio permitió conocer que las madres de niños y niñas de 2 a 5 años que son usuarios del Programa CERO en la comuna de Recoleta tienen buenos conocimientos en salud oral a nivel general, y buenos conocimientos sobre temas relacionados a “Higiene oral”, “Prevención en salud oral”, “Prácticas dietéticas” y “Creencias en salud oral” y malos conocimientos sobre “Etiología de la caries dental”. Es por esto, que es importante mejorar la educación o dar mayor énfasis a tópicos relacionados con la etiología de la caries dental durante el Programa CERO. Áreas relacionadas a embarazo y salud oral, y la importancia de la transmisión de bacterias cariogénicas por parte de las madres a sus hijos durante los primeros años de vida, son relevantes a la hora de educar durante el programa, ya que mostraron un mayor desconocimiento.

La caries de la infancia temprana es un problema significativo en la salud dental infantil, y su alta prevalencia en la población estudiada subraya la necesidad de intervenciones efectivas.

A pesar de que las cifras se acercan a los objetivos establecidos por el Ministerio de Salud para el año 2020, que proponía que el 40% de los niños y niñas a los 6 años estuvieran libres de caries, el hecho de que la mayoría de los preescolares presentaron la enfermedad de forma severa sugiere que no se está cumpliendo completamente un propósito clave del Programa CERO, que es la detección temprana de patologías bucales. Por lo que, aumentar la frecuencia de los controles a lo largo del programa podría ser una estrategia que ayudaría a mejorar este punto.

Al relacionar los conocimientos en salud oral de las madres con la severidad de caries en sus hijos, no se encontró asociación estadísticamente significativa. Por lo que es relevante no sólo considerar que los conocimientos en salud oral de las madres podrían influir en la experiencia de caries en sus hijos, sino también sus actitudes y sobretodo prácticas y conductas, factores que tendrían una mayor relación con la severidad de caries en niños y niñas que cursan la primera infancia según la literatura. Por lo tanto, si bien es importante educar a las madres durante sus asistencias al Programa CERO, es crucial promover conductas y hábitos

saludables a través de estrategias que puedan ser sostenibles en el tiempo con el fin de tener una mayor población infantil libre de caries a través de los años.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anil, S., & Anand, P. S. (2017). Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention. *Frontiers In Pediatrics*, 5, 157.

Azimi, S., Taheri, J. B., Tennant, M., Kruger, E., Molaei, H., & Ghorbani, Z. (2018). Relationship Between Mothers' Knowledge and Attitude Towards the Importance of Oral Health and Dental Status of their Young Children. *Oral health & preventive dentistry*, 16(3), 265–270.

Bedaiwi MAM, Alzaidi SS, Alsubhi ES. (2017). Conocimientos y experiencias de las madres sobre la salud bucal de sus hijos en Jeddah, Arabia Saudita Int J Med Res Prof.; 3:218–23.

Berkowitz R. J. (2003). Causes, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective. *Journal (Canadian Dental Association)*, 69(5), 304–307.

Berkowitz R. J. (2006). Mutans streptococci: acquisition and transmission. *Pediatric dentistry*, 28(2), 106–198.

Castilho AR, Mialhe FL, Barbosa TD, Puppim-Rontani RM. (2013). Influencia del entorno familiar en la salud bucal de los niños: una revisión sistemática J Pediatr; 89:116–23.

Chala, S., Houzmali, S., Abouqal, R., & Abdallaoui, F. (2018). Knowledge, attitudes and self-reported practices toward children oral health among mother's attending maternal and child's units, Salé, Morocco. *BMC public health*, 18(1), 618.

Dagon, N., Ratson, T., Peretz, B., & Blumer, S. (2019). Maternal Knowledge of Oral Health of Children Aged 1–4 Years. *Journal Of Clinical Pediatric Dentistry*, 43(2), 116-120.

- Echeverria-López, Sonia, Henríquez-D'Aquino, Eugenia, Werlinger-Cruces, Fabiola, Villarroel-Díaz, Tania, & Lanasa-Soza, Mónica. (2020). Determinantes de caries temprana de la infancia en niños en riesgo social. *International journal of interdisciplinary dentistry*, 13(1), 26-29.
- Finlayson, T. L., Siefert, K., Ismail, A. I., & Sohn, W. (2007). Maternal self-efficacy and 1–5-year-old children's brushing habits. *Community Dentistry And Oral Epidemiology*, 35(4), 272-281.
- Folayan, M. O., Idehen, E. E., & Ufomata, D. (2003). The effect of sociodemographic factors on dental anxiety in children seen in a suburban Nigerian hospital. *International Journal Of Paediatric Dentistry*, 13(1), 20-26.
- 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.
- Ganji, R., Ganji, K., Patil, S., Alhadi, A., & Alhadi, M. (2018). Parent's Knowledge, Attitude and Practice on Prevention of Early Childhood Caries in Al jouf Province, Saudi Arabia. *Pesquisa Brasileira Em Odontopediatria E Clínica Integrada*, 18(1), 1-9.
- Holm, A. (1990). Caries in the preschool child international trends. *Journal Of Dentistry*, 18(6), 291-295.
- Humeres-Flores, Paulina, Guzmán-Orellana, Daniela, Madrid-Canales, Carla, Fredes-Ziliani, Amanda, & Mustakis-Truffello, Alexandra. (2020). Cuidado de la salud oral en la primera infancia: La perspectiva de sus madres-un estudio cualitativo. *International journal of interdisciplinary dentistry*, 13(2), 62-66.

Low, W.; Tan, S. & Schwartz, S. (1999). The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatr. Dent.*, 21:325-6.

Mamat, Z. (2018). Parental Knowledge and Practices on Preschool Children Oral Healthcare in Nibong Tebal Penang, Malaysia. *JOJ Nursing & Health Care*, 7(4).

Miller, E., Lee, J. Y., DeWalt, D. A., & Vann, W. F. (2010). Impact of Caregiver Literacy on Children's Oral Health Outcomes. *PEDIATRICS*, 126(1), 107-114.

Milnes, A. R. (1996). Description and epidemiology of nursing caries. *J. Public Health Dent.*, 56:38-50.

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: 14/03/2024). [A].

Ministerio de Salud (MINSAL). (2016). Promoción de Salud. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/1_PROMOCION-DE-SALUD.pdf. (Acceso: 14/03/2024). [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:20/05/2024).

Ministerio de Salud (MINSAL). (2018). Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales - DIPRECE (minsal.cl) <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-bucal/informacion-a-la-comunidad-salud-bucal/promocion-y-prevencion-en-salud-bucal/>. (Acceso: 05/01/2024).

Ministerio de Salud (MINSAL). (2021). Plan Nacional de Salud Bucal 2021-2030. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/PLAN-NACIONAL-DE-SALUD-BUCAL-2021-2030.pdf>. (Acceso: 16/012/2022).

Ministerio de Salud y Protección Social Colombia (MINSALUD). (2017) ¿Qué es la salud bucal? aliados-por-la-salud-bucal-marzo-2017.pdf (minsalud.gov.co) (Acceso: 17/03/2024)

Morales, F. (2022). Relación entre conocimientos en salud oral y determinantes sociales de la salud, en madres de niños preescolares de 3 a 6 años de edad. (*Tesis de pregrado*). Universidad de Chile, Santiago.

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 Puérperas Atendidas en una Clínica Privada, Santiago, Chile. *International Journal of Odontostomatology*, 7(1), 39-46.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1997) Estatus Dental. OMS/WHO Dentition status 1997. (Acceso: 24/10/2022)

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). Documentos básicos. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 48ª edición, pág. 1. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48theditionsp.pdf?ua=1#page=7> (Acceso: 26/01/2024).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). Poner fin a la caries dental en la infancia: manual de aplicación de la OMS [Ending childhood dental caries: WHO implementation manual]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340445/9789240016415-spa.pdf?sequence=1> (Acceso: 10/04/2024)

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022). Oral health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health> (Acceso:07/03/2024).

Orellana Aguilar, Wilder, Herbas Gonzales, Max Javier, Calizaya Cartagena, Telma Cecilia, & Mamani Rosas, Ana Maria. (2022). Escuelas saludables, Índice de CPOD y ceo-d. *Revista Científica de Salud UNITEPC*, 9(2), 38-45. Epub 30 de diciembre de 2022.

Özen, B., Van Strijp, A., Özer, L., Olmus, H., Genc, A., & Cehreli, S. B. (2016). Evaluation of Possible Associated Factors for Early Childhood Caries and Severe Early Childhood Caries: A Multicenter Cross-Sectional Survey. *Journal Of Clinical Pediatric Dentistry*, 40(2), 118-123.

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

Reisine, S., & Douglass, J. M. (1998). Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. *Community Dentistry And Oral Epidemiology*, 26(S1), 32-44.

Saunders, R. H., & Meyerowitz, C. (2005). Dental Caries in Older Adults. *Dental Clinics Of North America*, 49(2), 293-308.

Saied-Moallemi, Z., Virtanen, J. I., Ghofranipour, F., & Murtomaa, H. (2008). Influence of mothers' oral health knowledge and attitudes on their children's dental health. *European Archives Of Paediatric Dentistry*, 9(2), 79-83.

Seow, W. K. (1998). Biological mechanisms of early childhood caries. *Community Dentistry And Oral Epidemiology*, 26(S1), 8-27.

Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM). (2012). *Estudio sobre las principales preocupaciones y anhelos de las madres de hoy en Chile-Informe final de resultados*. Santiago, Chile: Gobierno de Chile.

Sheller, B.; Williams, B. J & Lombardi, S. M. (1997). Diagnosis and treatment of dental caries-related emergencies in a children's hospital. *Pediatr. Dent.*, 19:470-5.

Sowmya, K. R., Puranik, M. P., & Aparna, K. S. (2021). Association between mother's behaviour, oral health literacy and children's oral health outcomes: A cross-sectional study. *Indian journal of dental research: official publication of Indian Society for Dental Research*, 32(2), 147–152.

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.

Tyagi U, Menon I, Tomar D, Singh A, Goyal J. (2017). Association between maternal oral health literacy and their preschoolers' oral health outcomes in Muradnagar -a cross-sectional study. *J Dent Specialities.*;5:98–101.

Thitasomakul, S.; Thearmontree, A.; Piwat, S.; Chankanka, O.; Pithpornchaiyakul, W., y cols. (2006). A longitudinal study of early childhood caries in 9- to 18-month-old Thai infants. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 34:429-36.

Tsai, A. I.; Chen, C. Y.; Li, L. A.; Hsiang, C. L. & Hsu, K. H. (2006). Risk indicators for early childhood caries in Taiwan. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 34:437-45.

United Nations International Children's Emergency Fund. (2022) El rol de las madres en la vida de los niños, niñas y adolescentes | UNICEF. <https://www.unicef.org/chile/historias/el-rol-de-las-madres-en-la-vida-de-los-ninos-ninas-y-adolescentes>. (Acceso: 20/05/2024).

Vasanthakumari A, Vivek K, Reddy V, Ganesh J, Lokesh S. (2017). Conocimiento y conciencia de la madre sobre la promoción de la salud dental de los niños *Int J Recent Sci Res*; 8:22842–44.

Zaror Sánchez, Carlos, Pineda Toledo, Patricia, & Orellana Cáceres, Juan José. (2011). Prevalencia de Caries Temprana de la Infancia y sus Factores Asociados en Niños Chilenos de 2 y 4 Años. *International journal of odontostomatology*, 5(2), 171-177.

Zegers, M., & Reynolds, S. A. (2022). Mothers' and grandmothers' caregiving for young children in Chile: Roles and responsibilities. *Journal of family psychology: JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 36(8), 1285–1295.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO 1: Acta de 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 N° 114 de 2011, del Ministerio de Salud que aprueba el reglamento de la ley N° 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. Lucia 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: N° 272-2020
Archivo acta: N° 217

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

08 JUN 2021



9.2 ANEXO 2: Consentimiento informado

Consentimiento informado TÍTULO DEL PROYECTO

“Relación entre conocimientos maternos en salud oral y el índice ceod en niños de 2 a 5 años”

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 maternos en salud oral y el índice ceod de niños preescolares de 2 a 5 años de edad”.

Objetivos: Esta investigación tiene por objetivo relacionar los conocimientos de las madres en salud oral con el número de caries de sus respectivos hijos. El estudio incluirá a un número total de mínimo 100 madres con sus hijos entre los 2 y 5 años, que reciban atención dental en Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Recoleta.

Procedimientos: Si usted acepta participar debe responder la encuesta sobre salud oral que se le entregará impresa. Además, debe permitir que a su hijo/a se le realice un examen visual intraoral simple, en el cual se anotará la cantidad de caries que presente.

Riesgos: Este estudio no conlleva ningún riesgo para su salud ni la integridad de su hijo o hija.

Costos: Su participación en este estudio no representa ningún costo o gastos adicional para usted.

Beneficios: Su participación en este estudio significará una contribución para el conocimiento sobre la importancia que tienen los conocimientos en salud oral de las madres durante los primeros años de sus hijos, con lo cual nos permitirá elaborar campañas de educación enfocadas en la prevención de caries. Si usted lo desea, podrá conocer su nivel de conocimientos en salud oral y, además, la cantidad de caries que sus hijos tienen.

Compensación: No recibirá ninguna compensación económica por su participación en este estudio, pero al participar le será enviado material educativo en formato videos y PDF sobre salud oral en niños en la primera infancia.

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en estricta confidencialidad. Toda la información sobre la identidad de su hijo será codificada con números con el propósito de resguardar sobre su identidad. Los datos obtenidos de esta investigación podrán ser divulgados en revistas y congresos en forma 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 electrónica de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con la Investigadora responsable Dra. María Angélica Cereceda M.:997305182, Institución: Facultad de Odontología Universidad de Chile

Otros Derechos del participante: En caso de duda sobre sus derechos comunicarse con la presidenta Comité Ético Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile Dra. Eugenia Henríquez D., Teléfono: 2-29781845, Email: cec.fouch@odontologia.uchile.cl. Ubicado en Calle Olivos N°943, 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 maternos en salud oral y el índice ceod en niños de 2 a 5 años del área Metropolitana Norte”

Nombre de la madre

Firma

Fecha

Rut:

Nombre del investigador responsable	Firma	Fecha
-------------------------------------	-------	-------

Rut:

Nombre del director del establecimiento donde se realizará la investigación	Firma	Fecha
--	-------	-------

Rut:

9.3 ANEXO 3: 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.					
No 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/Nl: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo