

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**PERCEPCIONES SOBRE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD
BUCAL, DE MUJERES QUE RECIBEN ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA INTEGRAL PARA EMBARAZADAS
RM 2014-2015**

CLAUDIA EDITH CARVAJAL PAVEZ

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

**PROFESORA GUÍA DE TESIS: DRA. CAROLINA MENDOZA VAN DER MOLEN
PROFESORA COPATROCINANTE: DRA. PAOLA CARVAJAL PAVEZ**

**Adscrito a Proyecto FONIS SA13I20143
Santiago, Noviembre 2016**

Tabla de contenido

RESUMEN	4
ABSTRACT	6
I INTRODUCCIÓN	8
II MARCO TEÓRICO	11
1. MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD BUCAL.....	11
a. <i>Atención odontológica integral de la embarazada</i>	15
2. PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES BUCALES	17
a. <i>Determinantes sociales y salud bucal</i>	18
3. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD	20
a. <i>Intervenciones para cambio de conductas relacionadas con salud</i>	21
b. <i>Educación para la salud bucal</i>	23
4. ALFABETIZACIÓN EN SALUD.....	24
a. <i>Alfabetización en salud bucal</i>	27
5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	29
a. <i>Pregunta de investigación</i>	30
III OBJETIVOS	31
1. OBJETIVO GENERAL.....	31
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
IV METODOLOGÍA	32
1. METODOLOGÍA CUALITATIVA EN SALUD PÚBLICA	32
2. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO.....	35
3. SELECCIÓN DE LOS SUJETOS	36
4. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	38
5. TRABAJO DE CAMPO	39
6. TRANSCRIPCIÓN.....	39
7. ANÁLISIS	39
8. RIGOR METODOLÓGICO Y VALIDEZ DE LA INVESTIGACIÓN	41
V ASPECTOS ÉTICOS	42
VI RESULTADOS	44
1. CARACTERIZACIÓN	44
2. EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL.....	46
a. <i>Nociones de salud</i>	46
b. <i>Nociones de Salud Bucal</i>	47
c. <i>Nociones de la relación embarazo y salud bucal</i>	48
d. <i>Fuentes de información para la salud bucal</i>	49
e. <i>Experiencias y nociones de cuidados y necesidades de salud bucal en sus hijos</i>	50
f. <i>Experiencias de educación para la salud bucal en centro de salud</i>	53

g. Experiencias de educación para la salud bucal, durante el GES “Salud oral integral de la embarazada” en su último embarazo	54
3. VALORACIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL RECIBIDA DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LA GES PARA EMBARAZADAS.....	57
VII DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES	61
1. EXPERIENCIAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL	62
2. VALORACIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL	69
3. RECOMENDACIONES PARA MEJORAR EL COMPONENTE DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL DE LA MUJER QUE RECIBE LA GES “SALUD ORAL INTEGRAL DE LA EMBARAZADA”	71
a. En relación al modelo de intervención de promoción de salud y prevención de enfermedades bucales, en el marco del modelo de atención integral familiar y comunitario	72
b. En relación al equipo de salud	72
c. En relación a la complejidad y niveles de Intervención	73
d. En relación a los contenidos	73
e. En relación al componente de educación en la GES “Salud oral integral de la embarazada propiamente tal”	74
4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y SUGERENCIAS DE INVESTIGACIONES FUTURAS	75
BIBLIOGRAFÍA	76

Listado de Figuras

Figura 1: Modelo de intervención de promoción de salud y prevención de enfermedades bucales....	14
Figura 2: Esquema de Determinantes Sociales. Marco conceptual Determinantes Sociales de la Salud OMS	18

Listado de Tablas

Tabla 1: Paradigmas en la investigación científica y su relación con siete componentes.	34
Tabla 2: Selección de establecimientos, marco muestral y muestreo teórico por criterio.	37
Tabla 3: Distribución de la muestra según perfiles de muestreo teórico	38
Tabla 4: Criterios de validez y confiabilidad de Guba y Lincoln.....	41
Tabla 5: Caracterización de los sujetos de estudio.....	45

Listado de Anexos

Anexo 1: Guión temático para entrevista semiestructurada a mujeres en estudio.....	83
Anexo 2: Sistema de categorías y subcategorías de análisis para el componente educación para la salud bucal.....	85
Anexo 3: Consentimiento informado para usuarias de GES que aceptan participar de la investigación.	86
Anexo 4: Acta de aprobación comité de ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile	88
Anexo 5: Aprobación comité de ética y científico de Servicio de Salud Metropolitano Occidente.....	91
Anexo 6: Aprobación de comité ético y científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur.	93

RESUMEN

En Chile, el actual modelo de intervención de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales, plantea como una de sus estrategias “Promover el cuidado de la salud bucal desde el la gestación”. La Garantía Explícita en Salud (GES) “Salud oral integral para la embarazada” garantiza prestaciones de promoción, prevención primaria, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Se desconoce la percepción, desde la perspectiva de la mujer que accede a esta atención, sobre el componente de educación para la salud bucal durante su embarazo y cómo su significado pudiese explicar la adopción o no de estilos de vida y hábitos saludables.

El propósito de esta investigación cualitativa con enfoque fenomenológico fue explorar el componente de educación para la salud bucal en la GES “Salud oral integral de la embarazada” , indagando las experiencias y valoración del componente educativo desde la mirada de quienes han recibido esta atención durante el embarazo. Se realizó un muestreo teórico, por criterio, definiendo 4 perfiles según paridad y edad del último hijo nacido en mujeres que recibieron el alta odontológica integral en el último embarazo . La muestra estuvo compuesta por 19 mujeres de dos Comunas de la RM que cumplieron con los criterios definidos y dieron voluntariamente su consentimiento. Se realizaron entrevistas individuales con guía temática hasta que se alcanzó la saturación de la información. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas, se codificaron y categorizaron, para dar respuesta a los objetivos. Se realizó análisis de contenido, interpretando los significados para entender el fenómeno estudiado.

Los resultados muestran que la mujer se siente satisfecha, privilegiada y valora el acceso gratuito a la GES, Salud oral integral de la embarazada en APS y percibe un alto riesgo de

caries y riesgo de pérdida de dientes producto de la condición de embarazo. El componente de educación para la salud bucal está presente en la atención odontológica de la GES “Salud oral integral de la embarazada”, este se centra fundamentalmente en la enseñanza del cepillado dental, por parte del odontólogo, a través de la demostración. El equipo de salud también entrega educación para la salud bucal, durante el control de embarazo y control infantil, la que se centra en la higiene bucal en los niños y niñas. La mujer valora positivamente el rol del odontólogo, del equipo de salud maternal e infantil, del Chile Crece y también de la familia en la educación para la salud bucal, sin embargo, la considera insuficiente para replicar los cuidados en su hogar. La mujer asume el rol principal en el cuidado de la salud bucal de toda su familia y confía en que si ella aprende a cuidar su salud bucal, podrá cuidar la salud bucal de sus hijos.

La interpretación de los resultados del fenómeno en estudio, permite hacer recomendaciones, de acuerdo a las expectativas y necesidades de las mujeres. Estas recomendaciones apuntan a distintos niveles relacionados con: reforzar las estrategias del modelo de intervención de promoción de salud y prevención de enfermedades bucales; reforzar las competencias del equipo de salud familiar para realizar educación para la salud; la reformulación de la educación para la salud bucal de la mujer embarazada como una intervención compleja integrada idealmente al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial Chile Crece Contigo; y el rediseño del componente de educación de la GES “Salud oral integral de la embarazada” a nivel grupal e individual, usando el modelo de creencias en salud y autoeficacia para considerar las percepciones de la mujer respecto a la susceptibilidad y severidad del daño y/o a las expectativas y valoración de la amenaza que constituye, para ellas, el embarazo.

ABSTRACT

In Chile, the current model of intervention of health promotion and prevention of oral diseases, poses as one of its strategies "to promote oral health care from pregnancy". The "Comprehensive oral health for pregnant" (GES) guarantees benefits promotion, primary prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation.

Perception is unknown, from the perspective of women accessing this care, on education component oral health during pregnancy and how its meaning could explain the adoption or not of lifestyles and healthy habits.

The purpose of this qualitative research with phenomenological approach is to evaluate the education component of oral health in the express warranty Health (GES) "Comprehensive oral health of pregnant", exploring the experiences and assessment of the educational component from the perspective of those who they have received this care during pregnancy. Theoretical sampling was conducted by criteria defining 4 profiles as parity and age of the last child born to women who received comprehensive dental high in the last pregnancy. The sample was composed of women from two Communes of Metropolitan Region that met the defined criteria and voluntarily gave their consent. 19 women were selected, until deemed that saturation information is reached. Individual interviews were conducted with thematic guide. The interviews were recorded and transcribed and coded and categorized, to meet the objectives. Excel spreadsheet was used and content analysis was performed, interpreting the meanings to understand the phenomenon studied.

The results show that women feel satisfied, privileged and appreciates the free access to the GES, comprehensive oral health of pregnant APS and perceives a high risk of tooth decay and tooth loss risk product of the condition of pregnancy. The education component oral health is present in dental care GES "comprehensive oral health of pregnant", this is primarily

focused on teaching tooth brushing, by the dentist through the show. The health team also provides oral health education during pregnancy control and child control, which focuses on oral hygiene in children. The woman appreciates the role of the dentist, the team of maternal and child health, "Chile Crece" and family in education for oral health, however, considered insufficient to replicate the care at home. The woman takes the lead role in the oral health care of all her family and hopes that if she learns to care for your oral health, oral health can take care of their children.

The interpretation of the results of the phenomenon under study, allows recomendaciones, according to the expectations and needs of women. These recommendations point to different levels related to: reinforcing the strategies of the intervention model of health promotion and prevention of oral diseases; Strengthen the competencies of the family health team to carry out health education; The reformulation of oral health education for pregnant women as a complex intervention ideally integrated with the Biopsychosocial Development Support Program Chile Crece Contigo; And the redesign of the GES education component "Comprehensive oral health of the pregnant woman" at the individual and group level, using the health beliefs and self-efficacy model to consider women's perceptions regarding susceptibility and severity of harm and / or expectations and assessment of the threat that constitutes, for them, pregnancy

I INTRODUCCIÓN.

Las enfermedades bucales son las enfermedades crónicas más comunes, constituyendo un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, impacto negativo en la salud oral y sistémica en los individuos y sociedad y por el alto costo de su tratamiento(1).

En Chile, estudios nacionales muestran que a los 2 años de edad la prevalencia de caries es de un 17,5%, de 49,6% a los 4 años y de 70,4% a los 6 años. La prevalencia de caries a los 12 años es de 62,5%, aumentando con la edad hasta llegar a un 99,4% en adultos de 65 a 74 años. La severidad de la caries dental medida por el índice ceod (promedio de dientes cariados, obturados y perdidos en dentición temporal), es de 0,5 a los 2 años, 2,3 a los 4 y 3,7 a los 6 años, y medida por el índice COPD (promedio de dientes cariados obturados y perdidos en dentición definitiva) es de 0,13 a los 6 años, 1,9 a los 12 años, aumentando significativamente hasta 19,7 en los adultos entre 65 y 74 años(2).

Los estudios nacionales muestran, además, inequidades en salud bucal en los niños y niñas. A los 2 años de edad en la dentición temporal, y a los 6 años de edad, en dentición definitiva, el daño por caries no difiere significativamente, entre niños y niñas de nivel socioeconómico alto o bajo, no obstante con el aumento de la edad, se observa un fuerte y sostenido incremento del daño por caries en los niños y niñas de nivel socioeconómico bajo. Así también se observa, en niños y niñas de 6 y 12 años de edad, mayor prevalencia y daño por caries en zonas rurales(2).

La prevalencia de gingivitis en niños y adolescentes según estudios nacionales se presenta en un 32,6% a los 2 años de edad, aumentando sostenidamente hasta un 66,9% a los 12 años. La prevalencia de pérdidas de inserción clínica mayor a 6 mm, en al menos un diente,

como indicador de enfermedad periodontal, es de 39% y 69% para los grupos de 35-44 años y 65-74 años respectivamente(2,3).

Las principales causas de pérdida de dientes son la caries dental y la enfermedad periodontal. El edentulismo es la 3 causa de AVISA (años de vida ajustados por discapacidad) en las mujeres, y la carga de enfermedad, por esta causa específica, es 2,8 veces mayor en las mujeres que en los hombres(2).

Ante este escenario la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 plantea como objetivo “Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables” con dos metas de impacto: “aumentar en un 35% la prevalencia de libres de caries en niños y niñas de 6 años” y “disminuir un 15% el promedio de dientes dañados por caries en adolescentes de 12 años, en establecimientos de educación municipal”(4). Estas metas implican un desafío mayor, dado que el foco se ha puesto en prevenir la enfermedad y mantener población sana, lo que requiere un cambio de paradigma en la atención odontológica.

El modelo de promoción de salud y prevención de enfermedades bucales propone iniciar el cuidado de la salud bucal desde la gestación. La atención odontológica durante el embarazo se ha priorizado y se ha garantizado al ser incluida al régimen de garantías explícitas en salud (GES) el año 2010. Esta atención realizada por un cirujano dentista, está dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal de la gestante. Se ha diseñado como una oportunidad para resolver los problemas de salud bucal de la mujer, reforzar los conocimientos para la prevención de las patologías bucales y fomentar los cuidados desde el nacimiento para que el recién nacido crezca en un entorno favorable para su salud bucal(5).

Hasta la fecha, no se ha evaluado la atención odontológica integral para la embarazada. Se desconocen las necesidades, expectativas y experiencias en educación para la salud bucal

en mujeres que han recibido atención odontológica integral como garantía explícita en salud durante su embarazo.

II MARCO TEÓRICO

1. Modelo de atención de salud bucal

La Salud Bucal es un tema que continuamente ha sido priorizado por la población. Los resultados de los foros de Salud realizados el 2009, muestran la solicitud al Ministerio de Hacienda para que destine recursos a mejorar la cobertura en la atención dental en todo el país. Así mismo, en el Estudio de Preferencias Sociales para la definición de Garantías Explícitas en Salud, se señala que la salud bucal es importante porque afecta el funcionamiento social y limita a las personas en su desempeño público(6).

También es importante señalar que a este criterio se agrega el hecho que la salud bucal es uno de los ámbitos en que las personas tienen mayores problemas de acceso, alto costo y oportunidad, expresado sobre todo en los grupos de sectores medios profesionales afiliados y no afiliados a ISAPRES. La importancia de la salud bucal se vincula a la integración laboral, en el sentido de que los problemas de salud bucal pueden transformarse en una barrera para que población acceda al trabajo y sea un factor más de riesgo de permanecer o caer en la pobreza(2).

El Ministerio de Salud patrocinó, en el año 2007, el estudio “Evaluación Cualitativa: Necesidades, Creencias y Prácticas de padres y apoderados de pre-escolares respecto de la salud bucal de sus hijos(7) con el objetivo de conocer, desde un enfoque fenomenológico, las creencias, necesidades y prácticas relatadas por padres y apoderados de párvulos, acerca de la salud bucal de sus hijos, en siete comunas de las regiones I, IV, VI, VIII, IX y RM. Los resultados mostraron que la salud bucal aparece como importante, en la salud general de los niños, sólo cuando se detecta algún grado de daño. Se observa un alto

conocimiento, entre los padres y apoderados, de las medidas de prevención y cuidado de la dentadura, sin embargo, la práctica de estas medidas es deficitaria. Se ejecuta el lavado de dientes con más frecuencia en los jardines infantiles que en las casas y se identifican claramente los alimentos cariogénicos, aunque se reconoce la incapacidad de los padres y apoderados para controlar el consumo por parte de los hijos. La salud bucal para los entrevistados, es sinónimo de dientes y no de cavidad bucal. El nivel de conocimientos sobre el desarrollo dentomaxilar es bajo y plantea dudas más que certezas a las entrevistadas. El rol del odontólogo se percibe fundamentalmente en el ámbito de las actividades recuperativas, más que en las educativas, en tanto que el control del niño sano aparece como la mejor oportunidad para entregar información y educar en salud bucal(7).

En el año 2009, el Ministerio de Salud realizó el análisis y rediseño del Programa de Salud Bucal chileno desde la perspectiva de Equidad y Determinantes Sociales, en el marco de la iniciativa “Determinantes Sociales de la Salud: 13 pasos hacia la equidad en salud en Chile”(8,9). Se reconoció que los grupos más importantes en términos de costo-efectividad de las intervenciones son las embarazadas y los niños menores de 7 años, y en términos de equidad, los grupos más vulnerables son las personas de nivel socioeconómico bajo, de comunas rurales y con un bajo nivel educacional. Las etapas claves en las que se detectaron mayores diferencias entre estos grupos son la información, el acceso a los subprogramas odontológicos y la provisión de herramientas para el autocuidado en salud bucal, existiendo barreras que son del entorno, de los servicios de salud y otras de las personas. En la atención odontológica a las embarazadas destacó como barrera del entorno la no incorporación de la salud bucal en el sistema de protección Chile Crece Contigo y la distancia del domicilio al centro de salud; como barrera del centro de salud la disponibilidad, eficiencia y calidad de los recursos humanos y físicos; y como barrera a nivel personal la falta de tutor con quien dejar a los hijos en el caso de las multíparas, la actividad laboral,

dificultades propias de la condición biológica de embarazo, las creencias asociadas al odontólogo y el embarazo y la poca valoración del autocuidado(10).

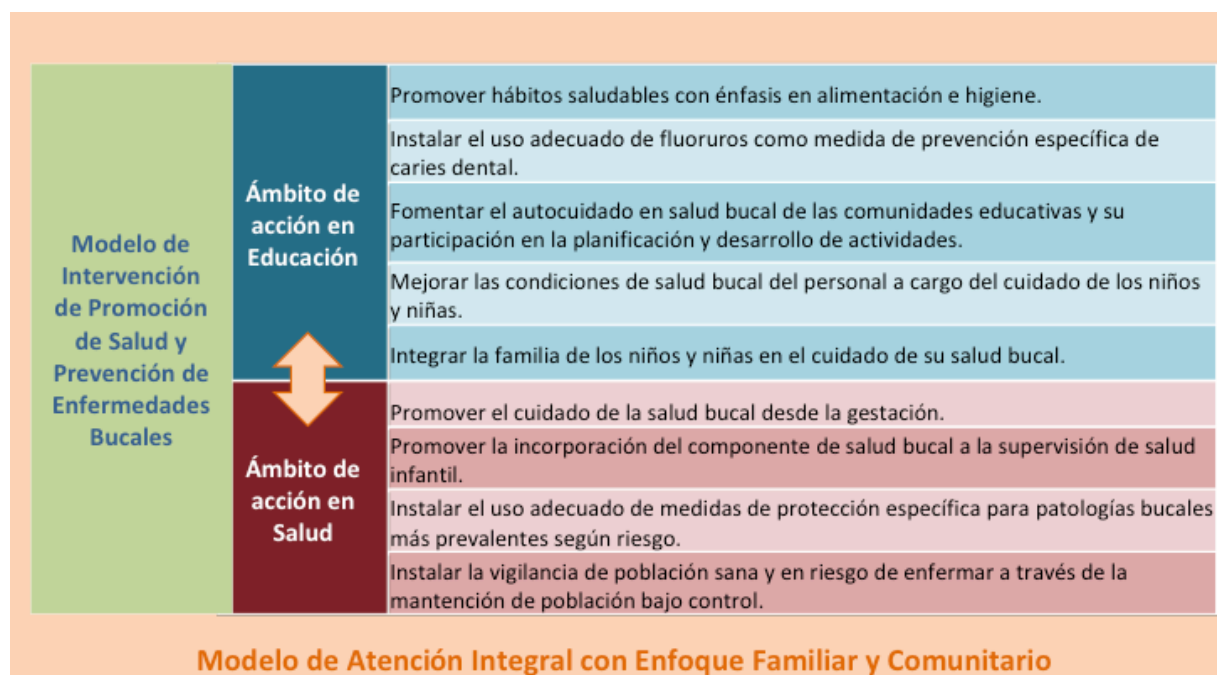
El modelo de atención vigente en el Sistema de Salud chileno es el Modelo de Atención Integral de Salud, con enfoque familiar y comunitario, donde se establecen los principios que orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la anticipación al daño hasta la rehabilitación, de manera cada vez más inclusiva con otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad. Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables; en fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud(11).

Recogiendo los elementos que sustentan el modelo de atención integral vigente, el enfoque de equidad y determinantes sociales aplicado al programa de salud bucal y la evidencia científica, el Ministerio de Salud plantea el “Modelo de intervención de promoción de salud y prevención de enfermedades bucales” (Esquema 1). Sus estrategias se enfocan en el “ámbito de acción en educación” desarrolladas en establecimientos de educación, tanto por el equipo de salud como por el equipo de educación, y en el “ámbito de acción en salud” desarrolladas en establecimientos de salud por el equipo de salud. Ambos ámbitos se interrelacionan entre sí(2). Para implementar las estrategias del Modelo, se instala la Mesa Nacional Intersectorial de Salud Bucal, donde participan el Ministerio de Educación (MINEDUC), Junta nacional de jardines infantiles (JUNJI), Fundación Integra, Junta nacional de auxilio escolar y becas (JUNAEB), Universidades y el Ministerio de Salud (MINSAL), siendo esta una instancia de coordinación para la planificación, ejecución y evaluación de actividades y para el diseño y evaluación de herramientas educativas, fundamentalmente para promover la salud bucal. A su vez se instalan en cada región Mesas Intersectoriales donde participan los referentes del nivel regional y se espera que se instalen instancias de

trabajo intersectorial a nivel comunal, incluyendo en todos los niveles la participación de la ciudadanía.

Este modelo de intervención pretende dar una respuesta integral a la necesidad de alejarse de la vía de abordaje de la gestión de las enfermedades bucales y abrazar los conceptos de atención primaria que comienza en el período perinatal al abordar de manera más amplia los determinantes sociales de la salud(12). En este sentido y a la evidencia de que la promoción de salud bucal temprana desde el embarazo puede causar una mejora sostenida y de largo plazo de la salud bucal de los niños(13), se plantea como una de las estrategias, del ámbito de acción en salud, del modelo de intervención “Promover el cuidado de la salud bucal desde la gestación”.

Figura 1: Modelo de intervención de promoción de salud y prevención de enfermedades bucales



Fuente: Departamento de Salud Bucal. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.

a. Atención odontológica integral de la embarazada

La atención odontológica durante el embarazo se ha priorizado en Chile desde el año 2000, por ser considerado un grupo de riesgo y susceptible a intervenciones costo-efectivas y de alto impacto, y ha sido garantizada por ley al ser incluida al régimen de garantías explícitas en salud (AUGE/GES) el año 2010. Esta atención durante el embarazo está destinada a mantener en óptimas condiciones la salud bucal de la mujer en este período y favorecer el embarazo saludable, pero también favorecer que su hijo nazca en un entorno mejor para su desarrollo y crecimiento. Su objetivo final es la prevención de la caries dental en la primera infancia ya que constituye una oportunidad única para que la madre adquiera herramientas que le permitan tomar las medidas adecuadas para evitar o retrasar la primera colonización por bacterias cariogénicas y fomentar hábitos de salud bucal desde la primera infancia(2,5).

La guía clínica “Atención odontológica integral de la embarazada” editada el año 2008 en sus recomendaciones para la educación en salud bucal indica: “recomendar el cepillado dental utilizando pasta dental con flúor, al menos 2 veces al día, a lo que se debe sumar el uso habitual de seda dental”; “educar a la gestante para que limite alimentos con contenido azucarado a los horarios habituales de comida”; “recomendar beber agua o leche descremada, y evitar las bebidas carbonatadas durante la gestación”; recomienda que “todas las pacientes debieran beneficiarse de las consejerías de prevención y buena salud, las que pueden ser otorgadas por el profesional de la salud o un educador de la salud”, señalando que “los consejos deben entregarse en cada visita y ser reforzados para apoyar los cambios conductuales”. Adicionalmente, recomienda “educar a las gestantes sobre la Caries Temprana de la Infancia, de modo de evitar conductas de alimentación perjudiciales en sus bebés; señala que “es fundamental incorporar, como parte de las actividades de prevención primaria de los profesionales de la salud, estrategias que eviten el inicio del consumo de

tabaco, así como mensajes que apoyen la cesación en las pacientes fumadoras”, finalmente recomienda “realizar sesiones educativas a grupos de gestantes, en un número que fluctúa entre 5 y 10 mujeres, con una duración de 20 a 30 minutos por unidad educativa, realizando al menos una sesión por cada trimestre de embarazo”(14).

La Guía de práctica clínica (GPC) de la GES “Salud oral integral de la embarazada del 2013 recomienda que “para disminuir el riesgo de caries en la mujer embarazada se deben instalar hábitos de higiene y alimentación no cariogénica además de las terapias microbiológicas” y que “las estrategias tendientes a evitar la transmisión de bacterias cariogénicas de la madre al hijo deben complementarse con medidas preventivas orientadas a establecer tempranamente hábitos de higiene bucal y alimentación saludable en los niños”. El Ministerio de Salud, ese mismo año 2013, con el propósito de reforzar el componente educativo de salud bucal en la atención de la mujer embarazada, de modo de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la madre y prevenir la aparición de patologías bucales tempranas en la infancia, edita la “Orientación técnica para la educación en salud bucal de la embarazada”, poniendo esta herramienta a disposición del equipo de salud y todo el que tenga algún grado de responsabilidad en la educación para la salud que se entrega a la mujer embarazada y su pareja, en lo que se refiere a la Salud Bucal de la mujer y de su hijo/a en gestación(15).

El objetivo planteado, para la “Orientación técnica para la educación en salud bucal de la embarazada”, es entregar herramientas para el desarrollo de talleres educativos dirigidos a mejorar los cuidados preventivos de salud bucal en las mujeres embarazadas y sus futuros hijos, en el marco de los cuidados perinatales y la atención integral de la embarazada. Se describen 2 talleres, los que pueden desarrollarse de manera independiente, en distintos momentos del embarazo. El tamaño de los grupos dependerá del contexto local, siendo lo ideal formar grupos de 10 a 20 mujeres embarazadas y sus acompañantes. La duración estimada de cada taller es de 30 a 45 minutos. El primer taller “Aprendiendo a cuidar la salud

bucal” tiene por objetivos: conocer la importancia de tener una boca sana durante el embarazo y reconocer las enfermedades más comunes que afectan la cavidad bucal, e incluye contenidos sobre desarrollo dentario durante la gestación, erupción dentaria e higiene bucal del niño o niña, colonización bacteriana y factores de riesgo de desmineralización durante el embarazo. El segundo taller “Riesgos en el embarazo” tiene por objetivos: reconocer las situaciones de riesgo que pueden provocar un parto prematuro y relacionar la salud bucal de su hijo en gestación con el estado de salud de su boca, e incluye contenidos sobre enfermedad periodontal y riesgo de parto prematuro. Ambos talleres tienen, además, por objetivo que la embarazada sea capaz de realizar la técnica de cepillado de Bass y uso correcto de seda dental en su boca o en un macro-modelo(15).

2. Prevención de las enfermedades bucales

La prevención de enfermedades corresponde a medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas.

La principal medida para la prevención de caries es el uso de fluoruros, por su acción de proteger el esmalte dentario. Se utiliza principalmente a través de la fluoruración del agua potable o leche (en zonas rurales), uso de pastas de dientes (dentífricos), y la otorgada por el personal de la salud como gel y barniz de flúor(16).

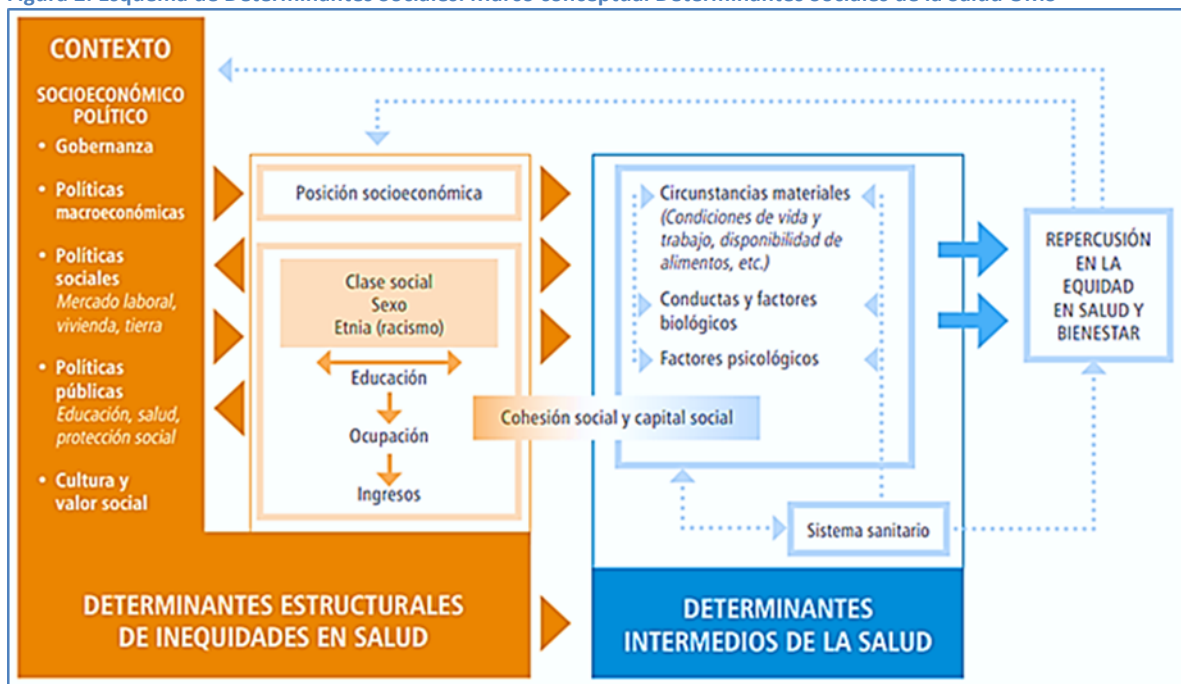
Existe una fuerte asociación entre los factores de riesgo (como tabaquismo, mala nutrición, el consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, sobrepeso y obesidad y actividad física inadecuada) y las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Los tres primeros factores de riesgo son comunes para

enfermedades bucales así como lo son, además, el estrés y los malos hábitos de higiene(17). El refuerzo de los estilos de vida saludable puede ayudar a reducir el riesgo de enfermedades crónicas en desarrollo de los pacientes y mejorar su salud oral y sistémica(18).

a. Determinantes sociales y salud bucal

Los determinantes sociales de la salud (Esquema 2) han sido definidos como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, además de los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. Este enfoque explica la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y las causas principales de las inequidades en salud y muestra también, la realidad de que las inequidades en salud no pueden abordarse sin abordar las desigualdades sociales(19), sin embargo, aún no se ha identificado una "causa fundamental" más general de las desigualdades en salud.

Figura 2: Esquema de Determinantes Sociales. Marco conceptual Determinantes Sociales de la Salud OMS



Fuente: CSDH Solar O, Irwin A

La mayor parte de la investigación se ha centrado en la relación de caries y factores socio-demográficos y la alimentación. Revisiones sistemáticas han reportado una asociación entre el nivel socioeconómico, medido a través de diversas variables como nivel de educación propia o de los padres, ingresos propios o del hogar, ocupación, índice de la comunidad entre otros, y caries. Un bajo nivel socioeconómico se asocia con un mayor riesgo de tener lesiones de caries o la experiencia de caries(20,21).

Pocos estudios han explorado los atributos familiares, actitudes, conocimientos y creencias. Una revisión sistemática sobre la influencia de los padres en el desarrollo de caries temprana, que incluyó 55 estudios concluye que ninguno explora las posibles vías o relación entre los factores determinantes de caries temprana y como éstos operan en los contextos individual, familiar, comunitario y sociocultural(22).

Una revisión sistemática que incluyó 13 artículos publicados entre 1980 y 2012, que evalúan una posible asociación entre la caries dental y las conductas relacionadas con la salud oral de los padres y en cuya metodología del estudio incluye el examen clínico bucal, concluyó que los hábitos de salud dental de los padres influyen en la salud oral de sus hijos y recomienda dar especial atención a toda la familia, con respecto a su estilo de vida y hábitos de salud oral(23).

El año 2010 la Asociación Internacional de Investigación Dental (IADR), con el respaldo y apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Dental Internacional (FDI) estableció la Red de Investigación Global de Desigualdades en Salud Oral (IADR-GOHIRA®). En el Congreso Mundial de Odontología Preventiva (WCPD) en Budapest en octubre de 2013, surgió la Declaración de Budapest donde se plantea como objetivos principales de la Red la promoción y el fomento de la investigación en colaboración intersectorial sobre desigualdades en salud bucal, y la participación de la comunidad de la salud en general, dando relevancia a los Determinantes Sociales, declarando que “La salud

bucodental es un derecho humano básico, fundamental para la calidad de vida del hombre y las contribuciones a la sociedad y la salud oral de los niños y las personas mayores merece especial atención. Las desigualdades existentes en la salud oral dentro y entre países son injustas y evitables(24).

3. Promoción de la salud y educación para la salud

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario(25).

La Carta de Ottawa, también señala los recursos fundamentales para llevar adelante esta estrategia, como educación, alimentación e ingresos, y se identifican cinco ámbitos de acción: políticas públicas saludables, creación de entornos propicios, fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollo de aptitudes personales y reorientación de los servicios de salud.

La educación para la salud es una estrategia muy importante para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Debe formar parte de todas las acciones en la prestación de servicios de salud. La educación para la salud no es responsabilidad exclusiva

del personal de salud. Supone un nuevo conocimiento que se dirige a la formación y a la adquisición de habilidades para la toma de decisiones por parte del educando, de manera que adopte y refuerce la implantación de hábitos comportamentales sanos y supone un derecho. El glosario de términos de la OMS dice lo siguiente: “La Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”(26).

a. Intervenciones para cambio de conductas relacionadas con salud

Una serie de intervenciones simples y complejas han sido utilizadas para mejorar la salud de las personas. Por ejemplo, la educación en grupo dentro de una comunidad desfavorecida, materiales escritos y recursos con el lenguaje y las imágenes simplificada, y asesoramiento individual a través de la atención primaria de la salud. Los estudios muestran que la educación para la salud tiene efectos positivos sobre el cambio de comportamiento relacionado con el ejercicio entre pacientes con enfermedad cardiaca. Así se concluye en una revisión sistemática sobre la eficacia de programas de educación para cambio de comportamiento en actividad física en este grupo de pacientes. Sin embargo, solo un 12 de los 37 estudios incluidos basan la intervención en algún modelo o teoría del cambio del comportamiento(27).

Un meta-análisis para estimar la eficacia de las intervenciones psicológicas para promover la adherencia al tratamiento en condiciones de salud crónicas que incluyó 70 estudios de intervención que promueven la adherencia, entre los jóvenes, encontró efectos de tamaño

mediano con las intervenciones de tipo conductual y las intervenciones de múltiples componentes, mientras que las intervenciones educativas muestran un efecto pequeño en la adherencia, concluyendo que las intervenciones conductuales y de múltiples componentes parecen ser relativamente potentes en la promoción de la adhesión entre los jóvenes con enfermedades crónicas(28).

La efectividad de las técnicas cara a cara para el cambio de conducta de estilos de vida, como asesoramiento conductual, entrevistas motivacionales, educación y consejo, parece estar relacionada con la comunicación eficaz. Una revisión sistemática sobre la eficacia relativa de las técnicas cara a cara realizadas por médicos y enfermeras de Atención Primaria de Salud para intervenir el comportamiento de estilo de vida de los pacientes, concluyó que no hay un grupo profesional mejor preparado que otro para proporcionar intervenciones cara a cara; sin embargo, se necesitan más investigaciones para examinar los mecanismos de trabajo subyacentes de las técnicas para el cambio de comportamiento, relacionadas con la comunicación(29).

Una reciente revisión sistemática sobre los efectos del coaching o asesoramiento de salud en pacientes adultos con enfermedades crónicas, concluye que el coaching es un método eficaz de educación, que se puede utilizar para motivar y aprovechar la disposición de paciente para cambiar su estilo de vida y para apoyarlo en el autocuidado en su hogar, mejorando la gestión de las enfermedades crónicas. No obstante se necesita más investigación sobre el costo-efectividad del coaching de salud y su eficacia a largo plazo de las enfermedades crónicas(30).

La participación de los padres en intervenciones educativas puede tener un efecto positivo. Una revisión sistemática de la eficacia, sobre el peso de adolescentes, de intervenciones de educación, sugiere que las intervenciones largas que requieren la participación de los padres son más efectivas en la reducción del IMC en niños y adolescentes(31). Sin embargo el

informe del Centro de Revisiones y Difusión de la Universidad de York sobre este estudio señala que la fiabilidad de las conclusiones de los autores es incierta debido a la falta de evaluación de la calidad y las limitaciones en el proceso de esta revisión.

b. Educación para la salud bucal

Existen intervenciones eficaces disponibles para aumentar los conocimientos y cambiar las conductas de los proveedores de atención primaria, como la discusión en grupos pequeños, talleres interactivos, visitas educativas, y recordatorios. Una revisión panorámica que incluyó 11 revisiones sistemáticas publicadas entre 1988 y 2003, evaluó la eficacia de las intervenciones educativas dirigidas a los comportamientos de práctica de los proveedores de atención primaria. Los autores sostienen que, dados los problemas actuales con el acceso a la atención dental entre los estadounidenses de bajos ingresos, hay una necesidad de involucrar a los proveedores de Atención Primaria de Salud en el cribado y prevención de problemas de salud oral. La evidencia de las revisiones sistemáticas incluidas mostró que la formación médica formal continua y la distribución de materiales educativos no cambiaron efectivamente los comportamientos de los proveedores de atención primaria(32).

Una revisión sistemática de implementación de estrategias de educación en adultos y su efectividad concluyen que el conocimiento, la autoeficacia y la facilitación de la conducta son factores determinantes que a menudo se tratan en las estrategias de implementación para la mejora exitosa de la atención de la salud oral en pacientes de mayor edad. Si bien no es posible recomendar inequívocamente estrategias o combinaciones de estrategias para mejorar la atención de la salud oral en la población de más edad, los profesionales deberían

examinar a fondo el grupo objetivo, identificar las barreras para el cambio y adaptar sus estrategias de aplicación a estas barreras para el cuidado de la salud oral(33).

Una revisión sistemática sobre el impacto de intervenciones de instrucción de higiene, basados en modelos o marcos teóricos psicológicos, sobre la adherencia a práctica de higiene oral en pacientes con gingivitis o periodontitis, muestra que si bien hay evidencia tentativa de que enfoques psicológicos pueden mejorar las conductas de higiene oral, es cuestionable ya que el rigor metodológico de los escasos 4 estudios incluidos es bajo(34).

Una reciente revisión sistemática para sintetizar la evidencia sobre la eficacia de la entrevista motivacional en comparación con la sesión educativa convencional para mejorar la salud oral, concluyó que el potencial efecto de la intervención motivacional para mejorar la salud bucal, especialmente sobre la salud periodontal, sigue siendo controversial(35).

Las teorías de educación en adultos, explican que sólo cuando a los adulto les importa el contenido a tratar y sienten que la modificación va a aportar beneficios tangibles por ellos y que estos son en corto plazo, entonces están dispuestos a cambiar sus conductas(15).

4. Alfabetización en salud

Existe gran variedad de definiciones de Alfabetización en salud (health literacy), dependiendo del área de conocimiento que la considera. El Centro Colaborador de la OMS, para la Promoción de la Salud, en su glosario indica que: “La alfabetización para la salud está constituida por las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud”(36)

Además señala, que la alfabetización para la salud supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permiten adoptar medidas que mejoren la salud personal y de la comunidad, mediante un cambio de los estilos de vida y de las condiciones personales de vida. De esta manera, la alfabetización para la salud supone algo más que poder leer un folleto y pedir citas. Mediante el acceso de las personas a la información sanitaria, y su capacidad para utilizarla con eficacia, la alfabetización para la salud es crucial para el empoderamiento para la salud. La alfabetización para la salud depende de niveles más generales de alfabetización. Una baja alfabetización general puede afectar la salud de las personas directamente, ya que limita su desarrollo personal, social y cultural, además de impedir el desarrollo de la alfabetización para la salud(36).

La alfabetización en salud, según la definición de Nutbeam(37), tiene tres niveles:

- Alfabetización de la salud funcional: que incluye las habilidades básicas de lectura y escritura necesarias para ser capaz de funcionar en la vida diaria.
- Alfabetización comunicativa o interactiva de salud: que incluye las habilidades cognitivas y de alfabetización más avanzada que combinan con las habilidades sociales para permitir a alguien participar en una serie de actividades y aplicar la información a situaciones cambiantes.
- Alfabetización crítica de salud: que forma parte de las habilidades cognitivas y sociales más avanzadas que una persona puede utilizar para ejercer un mayor control sobre su vida.

Asimismo, para Baker, la alfabetización es uno de muchos factores que favorece la adquisición de nuevos conocimientos, actitudes, mayor autoeficacia, conductas sanitarias positivas y mejores resultados de salud(38).

Las personas con bajo nivel de alfabetización de la salud tienen peores resultados de salud que aquellos con los niveles más altos de alfabetización de la salud. Ellos tienen menos conocimiento de las enfermedades y auto cuidado; peores habilidades de autogestión; medicación con menores tasas de cumplimiento; y mayores tasas de hospitalización. Las personas con baja alfabetización en salud también tienen niveles más bajos de participación en comportamientos que promueven la salud y son más propensos a fumar, especialmente en la adolescencia y la adultez temprana. Por el contrario, los beneficios de los altos niveles de alfabetización de la salud incluyen la mejora de la atención preventiva y la detección temprana de la enfermedad, la capacidad de acceder a la forma más apropiada de la asistencia sanitaria y la gestión de enfermedades crónicas(39–41).

Una revisión sistemática de intervenciones complejas para mejorar la salud de las personas con bajo nivel de alfabetización, entendida como habilidades cognitivas y sociales para acceder y usar la información de salud (intervención de alfabetización, educación y gestión de salud), mostró mejores resultados relacionados con el conocimiento de la salud y la autoeficacia. Las conclusiones de los autores parecen fiable basada en la evidencia presentada(42). Otra revisión sistemática de intervenciones diseñadas para mejorar los resultados de salud para las personas con bajo nivel de alfabetización mostró limitaciones en el diseño de los estudios para obtener conclusiones e indica que se necesitan más investigaciones para comprender mejor los tipos de intervenciones que son más eficaces y eficientes para superar las barreras relacionadas con la alfabetización para una buena salud. Comprender dichas intervenciones tiene implicaciones importantes para los profesionales ya que los proveedores de salud, incluyendo médicos, enfermeras y otro personal de salud, deben estar atentos al problema generalizado de bajo nivel de alfabetización, y deben tener en cuenta la forma de transmitir información importante del cuidado de la salud de formas que no requieran habilidades avanzadas de lectura. Deben tener acceso a las herramientas

que han demostrado ser eficaces, incluyendo las cintas de vídeo, programas de computación, y los planes de estudios de educación grupal. Los cambios estructurales en la forma de cuidado, tales como el uso de los programas de manejo de enfermedades, también pueden tener importantes beneficios para los pacientes con bajo nivel de alfabetización(43).

Con el objetivo de evaluar la efectividad de las intervenciones utilizadas en la atención primaria para mejorar la alfabetización de salud, una revisión sistemática incluyó 52 estudios con al menos un resultado para el cambio de conducta en tabaquismo, nutrición, alcohol, actividad física y peso. Los autores concluyeron que las intervenciones individuales de diversa intensidad en los entornos de atención de salud y comunitarios primarios son útiles en el apoyo a un cambio sostenido en la alfabetización de la salud para el cambio de comportamiento. Ciertos aspectos de la conducta de riesgo pueden ser mejor manejados en el ámbito clínico, como la conducta tabáquica, mientras que otros con mayor eficacia en la comunidad, como las relacionadas con la dieta y actividad física(39). El Centro de Revisiones y Difusión de la Universidad de York señala que las conclusiones de estos autores reflejan los hallazgos y parecen fiables, pero se deben considerar las limitaciones de los estudios.

a. Alfabetización en salud bucal

En el contexto de la salud bucal, la literatura ofrece pocos estudios que identifican la relación entre la alfabetización de la salud y los resultados de salud oral. Se ha sugerido que las personas con bajo nivel de alfabetización de la salud están en mayor riesgo de enfermedades bucales y que la alfabetización de la salud puede estar asociada con barreras para acceder a la atención y con comportamientos de salud oral, tales como la búsqueda de

cuidados preventivos. Además, los residentes rurales tienen menor habilidad de alfabetización de la salud que residentes de zonas urbanas.(44)

Un reciente estudio, en el que para el análisis de los datos se controlaron las variables: género, raza, nivel educacional, estado financiero y acceso a la atención odontológica, reportó que los niveles más altos de alfabetización de la salud se asociaron con una mejor autopercepción de estado de salud bucal. Además, los niveles más altos de alfabetización de la salud se asociaron con una mejor comunicación paciente-dentista, que a su vez corresponde con los patrones de cuidado dental regular y una mejor autopercepción de salud bucal(44).

Es importante entender las implicaciones de la dificultad del paciente para entender la información de salud e identificar a las personas con bajo nivel de alfabetización de la salud que pueden beneficiarse de la comunicación a su medida. Esta identificación es difícil, porque la información sobre la capacidad de lectura, la comprensión, la escucha, y otras habilidades necesarias no se puede obtener fácilmente. El nivel de estudios se utiliza, a menudo, como variable equivalente, pero a menudo está limitada y puede sobrestimar el nivel de alfabetización de la salud bucal de un individuo.

Existen algunas experiencias en el diseño y validación de un instrumento para detectar alfabetización en salud entre los pacientes adultos que buscan tratamiento en clínicas dentales(45), validación de instrumentos para hispanoparlantes(46) así como en Australia se ha desarrollado una escala de alfabetización en odontología, según sus autores con validez interna y fiable para medir la alfabetización de la salud bucal en adultos indígenas de zonas rurales(47).

Se han creado instrumentos para medir la alfabetización de la salud bucal en personas de habla inglesa: a) Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry-30 (REALD-30); b) Rapid

Estimate of Adult Literacy in Dentistry-99 (REALD-99); c) Test of Functional Health Literacy in Dentistry; d) Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine and Dentistry (REALM-D); e) Oral Health Literacy Instrument (OHLI) y su adaptación para personas hispanoparlantes, al español (OHLS)(45,46).

Si bien una prueba de lectura puede proporcionar una evaluación rápida y fácil para los entornos de atención de pacientes, se necesita investigación futura para desarrollar y validar instrumentos que midan de forma más integral la alfabetización en el contexto de la salud bucal.

5. Justificación del estudio

Considerando la situación de salud bucal a nivel nacional, los objetivos sanitarios para la década 2011-2020, el gran desafío de implementar un modelo de intervención de promoción de salud y prevención de enfermedades bucales, que implica un cambio de paradigma dentro del modelo de atención integral, la decisión política de garantizar la atención odontológica durante el embarazo, diseñada como una oportunidad no solo para resolver los problemas de salud bucal de la mujer, sino también para reforzar los conocimientos para la prevención de las patologías bucales y fomentar los cuidados desde el nacimiento, y a la ausencia de evaluaciones, es de alta relevancia explorar el componente de educación para la salud bucal presente en la garantía explícita en salud “Salud oral integral de la embarazada” desde la perspectiva de la mujer que recibe la atención.

a. *Pregunta de investigación*

¿Cómo perciben y valoran, las mujeres que han recibido la GES “Salud oral integral de la embarazada” durante el embarazo, sus experiencias relacionadas con la educación para la salud bucal?

Para dar respuesta a esta pregunta se propone utilizar una metodología de investigación cualitativa.

III OBJETIVOS

1. Objetivo General

Explorar el componente de educación para la salud bucal en la atención integral de la embarazada desde la perspectiva de mujeres que han recibido la Garantía Explícita en Salud “Salud oral integral de la embarazada” en dos Centros de Salud Familiar de la Región Metropolitana, entre el 2014 y 2015.

2. Objetivos Específicos

1. Conocer las experiencias relacionadas con educación para la salud bucal, de mujeres que han recibido la GES “Salud oral integral de la embarazada” durante su último embarazo.
2. Explorar la valoración de la educación para la salud bucal, de mujeres que han recibido la GES “Salud oral integral de la embarazada” durante su último embarazo.
3. Proponer recomendaciones para mejorar el componente de educación para la salud bucal en la GES “Salud oral integral de la embarazada” de acuerdo a las expectativas y necesidades de las mujeres embarazadas.

IV METODOLOGÍA

1. Metodología Cualitativa en Salud Pública

"Los métodos cualitativos llenan un vacío en la caja de herramientas de la salud pública; nos ayudan a comprender conductas subyacentes, actitudes, percepciones y la cultura de una manera que los métodos cuantitativos no logran por sí solos. Los métodos cualitativos son los más idóneos para comprender el cómo y el porqué de los problemas de investigación. De igual manera, los resultados de las investigaciones cualitativas nos ayudan a interpretar los factores sociales, políticos y económicos asociados a los problemas de salud contemporáneos y emergentes. Además pueden ser útiles en el manejo de las barreras y ayudas para la puesta en práctica de nuevos programas de salud pública. Por todas estas razones, los métodos cualitativos están ganando renovada atención y respeto en salud pública"(48).

"La salud depende de una serie de factores determinantes entre los que se incluyen las condiciones de vida y los comportamientos de las personas y de los grupos. Los métodos cualitativos de investigación son un instrumento formidable a disposición de la salud pública para estudiar e intervenir sobre tales factores determinantes. Ellos nos permiten abordar las interpretaciones culturales de la salud y la enfermedad y conocer los comportamientos, creencias, actitudes y percepciones de los problemas de salud por parte de la población de una manera más adecuada y completa que usando exclusivamente métodos cuantitativos. Los métodos cualitativos son muy valiosos a la hora de poner en marcha nuevos programas de salud pública y tomar decisiones sobre temas tales como planificación familiar, prevención de infecciones de transmisión sexual, relaciones de género y otras cuestiones fundamentales de salud"(49)

Estas dos citas textuales corresponden a los prólogos de Allan Steckler y Mirta Roses de las versiones en inglés y español del libro “Investigación aplicada en salud pública: Métodos cualitativos” respectivamente.

El investigador que usa métodos cualitativos pretende lograr una visión ubicándose dentro del grupo bajo estudio, esto para los propósitos de la salud pública, puede significar obtener información privilegiada sobre cómo percibe y reacciona la gente ante un problema de salud y posibilita escoger el tipo de intervención que tiene mayores posibilidades de ser exitosa. Los métodos cualitativos son inductivos, orientados al descubrimiento y elaboración de nuevos conocimientos, poseen elevada validez, no pretenden generalizar porque se trabaja con muestras pequeñas y se preocupan más por llegar al fondo del problema investigado, para alcanzar su más completa comprensión posible en su contexto único(50).

La investigación cualitativa nos permite acceder a otro nivel de información no cuantificable, referida a aquellos espacios simbólicos que rodean a los hechos de la vida a través del conocimiento de los discursos, es decir, lo que se dice acerca de las cosas que ocurren, lo que se dice de los fenómenos de la vida. Se trata de investigar a través del carácter comunicativo del lenguaje, como mediador y formador de las experiencias y necesidades sociales, las producciones significativas de los sujetos, discursos, imágenes, relatos, etc., generadas por los actores, en un diálogo directo y en sus propios contextos situacionales, socioculturales e históricos(51).

Pérez, G (52) clasifica la investigación científica en tres paradigmas epistemológicos : Positivista (cuantitativo); Interpretativo (cualitativo); Crítico (socio-crítico). La perspectiva cualitativa exige incorporar la reflexividad y la complejidad, con un planteamiento holístico y no reduccionista de factores y variables, por lo que se separa del positivismo y del idealismo estructuralista. Tomado del capítulo “Metodología cualitativa de investigación científica” de Mario Parada se incluye tabla que muestra una visión sinóptica de los tres paradigmas en

investigación científica y se describe los enfoques cualitativos más utilizados en ciencias de la salud(51).

Tabla 1: Paradigmas en la investigación científica y su relación con siete componentes.

Componente	Positivista	Interpretativo	Socio-Crítico
Supuestos básicos	El mundo está constituido por hechos observables. La realidad es objetiva, independiente del investigador	El mundo social está constituido por significados simbólicos observables en los actos, interacciones y lenguaje de las personas. La realidad es subjetiva y múltiple, susceptible de verse desde distintas perspectivas.	El mundo social es gobernado por las relaciones de poder que influyen en los actos y las percepciones. Se negocia la realidad, que difiere según la posición social y el poder
Fuentes de datos	Los hechos revelados a través de procesos científicos, libres de contexto.	Los significados se derivan de las percepciones, experiencias y acciones en relación con contextos sociales.	Se puede percibir la influencia de factores de poder, de control y del contexto en las descripciones personales que reflejan las distintas versiones de la realidad.
Métodos	Cuantitativos. Ejemplo: encuestas, ensayos clínicos, escalas de medición, observaciones estructuradas.	Cualitativos. Ejemplos: entrevistas, grupos focales, observación participante, historias de casos.	Cualitativos. Ejemplos: técnicas participativas de acción, escucha reflexiva, análisis crítico de barreras políticas.
Propósito de la investigación	Los estudios cuantitativos buscan la explicación, verificación y predicción del comportamiento humano mediante relaciones causales o asociativas.	Los estudios cualitativos buscan descubrir, interpretar y conocer las circunstancias del comportamiento humano.	Los estudios socio-críticos buscan conocer a fondo la influencia del poder en el comportamiento humano, en una agenda de acción para el cambio.
Rol del investigador	Neutral, objetivo, "aseptico". Controlando todos los sesgos.	Participante, involucrado, transformado en sujeto de la investigación. Explicitando todos sus sesgos.	Participante, involucrado, facilitando a los sujetos su participación. Explicitando todos sus sesgos.
Grado de participación de los sujetos de estudio.	Los sujetos responden a preguntas específicas predeterminadas en un formato de respuestas estructuradas.	Los sujetos son "socios" del investigador en la recolección de datos y responden de la manera menos estructurada posible.	Los sujetos tienen relativa libertad para dirigir el proceso de recolección de datos y definir la acción posterior.
Impacto en los participantes del estudio	El impacto es neutral. Los sujetos de la investigación pueden obtener nueva información o conocimiento a partir de los resultados.	Los participantes tienen conciencia de que están involucrados en el proceso de la investigación; pueden obtener conocimientos acerca de sus propias perspectivas y comportamientos, así como acerca del tema de la investigación.	La participación otorga poder. Los resultados pueden conducir a una agenda de acción definida por los participantes y a obtener poder de decisión para iniciar o participar en el cambio de la política.

Fuente: Parada L M, Bobenrieth M. Metodología cualitativa de investigación científica. En: Cómo investigar con éxito en ciencias de la salud. EASP; 2013

2. Metodología del estudio

El estudio se inserta en el proyecto FONIS SA13I20143 "Exploración cualitativa de la intervención en salud bucal del GES en embarazadas".

Para cumplir con los objetivos planteados, se realizó un estudio de abordaje cualitativo exploratorio, con enfoque fenomenológico. En este enfoque, el centro está en el fenómeno, es decir en la experiencia vivida. Se entiende que no existe una realidad única sino que los individuos la configuran y la realidad los configura a ellos. Por lo tanto la realidad es subjetiva, incluido el investigador. El interés está puesto en comprender el significado de los fenómenos a través de la interpretación de las percepciones que generan en las personas. El investigador debe escuchar los discursos profundos de las personas llegando a los significados en ellos contenidos. Se trata de comprender la experiencia vivida a través de la "ventana del lenguaje".

En este enfoque se tiende a pasar directamente del nivel de la superficie de los hechos al nivel interpretativo. En esta visión hermenéutica la interpretación no se plantea como un sistema hipotético deductivo, sino como un proceso de adaptación de discursos reales para tratar de determinar en ellos el sentido real de la acción de los sujetos.

Este tipo de enfoque otorga al investigador gran libertad hermenéutica, con una lógica que no es inductiva ni deductiva sino abductiva, en la que se entiende el discurso como un proceso en el que el sujeto se revela a través de las constricciones que le impone el lenguaje mismo al expresarse(51).

3. Selección de los sujetos

Para el FONIS SA13I20143 "Exploración cualitativa de la intervención en salud bucal del GES en embarazadas" en el que este estudio se inserta, se definieron tres niveles de análisis (desde el diseño de política y ejecución de la garantía explícita en salud): 1) Nivel usuarias: mujeres usuarias de los dos CESFAM, que recibieron el alta odontológica de la GES Salud Oral Integral de la Embarazada; 2) Nivel CESFAM: referentes clave directivos y profesionales de cada CESFAM; 3) Nivel central: referentes clave de la Autoridad Sanitaria.

Originalmente se seleccionaron, por conveniencia, tres Centros de Salud Familiar (CESFAM), de tres comunas de la RM de media-alta y alta prioridad social, según indicador de vulnerabilidad 2014 de la Secretaría Ministerial de Desarrollo Social. Debido a que se obtuvo la aprobación de los comités de ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) y del Servicio de Salud Occidente (SSMOCC), se seleccionaron, por conveniencia, solo dos Centros de Salud: el CESFAM Sor Teresa de los Andes de la comuna de San Joaquín (SSMS) y el CESFAM Lo Franco de la comuna de Quinta Normal (SSMOCC).

La población en estudio corresponde a mujeres, madres de lactantes, que han recibido el alta de la Garantía Explícita en Salud (GES) "Salud oral integral de la embarazada" en Centros de Salud Familiar CESFAM de la Región Metropolitana. Los sujetos de estudio se seleccionaron a través de un muestreo teórico, no probabilístico por criterio.

Se definieron 4 perfiles según los criterios "paridad" (primípara y multípara) y la "edad del hijo menor", producto del embarazo durante el cual recibió la atención odontológica (menor de 6 meses y 6 meses o más). Estos criterios fueron definidos por su potencial impacto en los cuidados de salud bucal que puede entregar la madre a su hijo, y representar variantes discursivas del fenómeno en estudio.

Tabla 2: Selección de establecimientos, marco muestral y muestreo teórico por criterio.

Selección de CESFAM por conveniencia	CESFAM seleccionados	Marco muestral nómina de mujeres por cada CESFAM	Criterios para muestreo		Perfiles
			Paridad de la mujer	Edad del hijo menor	
Media –alta y alta vulnerabilidad social de la población que atienden. Factibilidad de realizar el estudio.	CESFAM Sor Teresa de los Andes de la comuna San (SSMS) y CESFAM Lo Franco de la comuna Quinta Normal (SSMOCC)	Mujeres, madres de lactantes, que han recibido el alta de la Garantía Explícita en Salud, “Salud oral integral de la embarazada” entre 6 a 12 meses antes de la generación de la nómina.	Primípara	Menor a 6 meses	1
				6 meses o más	2
			Múltipara	Menor a 6 meses	3
				6 meses o más	4

Las mujeres fueron seleccionadas desde nóminas de pacientes atendidas en los 2 Centros de Salud Familiar, preparadas por los coordinadores odontológicos y entregadas por la Dirección de los respectivos CESFAM. Estas nóminas contenían información de 250 mujeres usuarias, inscritas en ambos CESFAM, que habían recibido el alta integral de la GES “Salud oral integral de la embarazada”, entre 6 meses a 12 meses previo a la solicitud de la información (diciembre 2014 – marzo 2015), indicando nombre, fecha del alta integral y teléfonos de contacto.

Las mujeres fueron contactadas telefónicamente por 3 entrevistadoras, quienes las invitaron a participar voluntariamente, aplicando un protocolo de invitación, acordando la fecha, el horario y el lugar de preferencia de cada mujer para la entrevista.

Se incorporaron al estudio un total de 19 mujeres, punto en el cual se observó la inclusión de los 4 perfiles y la saturación de la información. De este modo se alcanzó la suficiencia de la muestra.

Tabla 3: Distribución de la muestra según perfiles de muestreo teórico

Perfil	Perfil según criterios	n
1	Primípara con hijo menor de 6 meses	3
2	Primípara con hijo de 6 o más meses	9
3	Múltipara con hijo menor de 6 meses	4
4	Múltipara con hijo de 6 o más meses	3
Total mujeres incluidas en la muestra		19

4. Recolección de la información

La técnica de recolección de datos fue la entrevista semi estructurada. Fueron aplicadas de forma individual, de acuerdo a un guión temático para la entrevista semie estructurada (Anexo1), en el lugar de preferencia de la mujer.

Las tres entrevistadoras, todas cirujano-dentista con capacitación en metodología cualitativa en salud recibieron previamente entrenamiento, en la técnica de entrevista semi-estructurada, por una profesional antropóloga. Tanto las cirujano-dentista, incluida la autora de esta tesis, como la antropóloga son integrantes del equipo de investigación del proyecto FONIS "Exploración cualitativa de la intervención en salud bucal del GES en embarazadas", en el que se inserta esta investigación.

El guión fue pilotado y fue modificado durante el trabajo de campo según el análisis de la información. Se utilizó un guión temático único según los objetivos del FONIS SA13I20143¹, el cual consideró al componente de educación para la salud bucal como subcategoría de las

¹ Carvajal P., Hernandez-Ríos P., Contreras J., Fajreldin V., Carvajal C., Oyarce H. "Exploración cualitativa de la intervención en salud bucal del GES en embarazadas". 2015 – 2016.

categorías: representaciones sociales de la salud bucal; relación con el centro de salud; relación con la garantía explícita en salud bucal.

5. Trabajo de campo

El lugar seleccionado por cada mujer para la entrevista, en todos los casos, fue su domicilio. Se llevó un registro de perfil y de observaciones de las mujeres entrevistadas, al margen de la entrevistas grabadas, anotando todos los cambios y toma de decisiones durante el trabajo de campo, dado que fue un proceso flexible y reflexivo.

6. Transcripción

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas por una persona con experiencia, especialmente contratada para ello. Las notas al margen fueron transcritas separadamente por cada entrevistador.

La transcripción fue textual, formateada en líneas, procurando que no solo incluyera las palabras, sino también exclamaciones, sonidos y elementos paralingüísticos. Los textos resultantes de la transcripción constituyeron la base para el análisis.

7. Análisis

El análisis de los datos fue sistemático, dinámico, iterativo, flexible y variable. Para facilitar el análisis cualitativo se siguió el siguiente proceso:

1. Ordenación de los datos: tanto los textos formateados de las entrevistas como del conjunto del material de la bitácora del trabajo de campo.
2. Clasificación de los datos y categorización: en relación a los objetivos del estudio y guión temático final, se construyó un sistema de categorías y subcategorías de análisis para el componente de educación para la salud bucal (Anexo 2). Los textos fueron codificados y clasificados en el sistema de categorías y subcategorías de análisis utilizando Microsoft Excel.
3. Análisis de Contenido: el análisis se focalizó en los contenidos expresados de forma manifiesta y directa en el texto, en dos fases:
 - a. Fase descriptiva: los textos extraídos (verbatim o cita textual representativa) codificados y clasificados fueron analizados a nivel sintáctico, semántico y pragmático, obteniendo resúmenes que sintetizaron toda la información, describiendo los principales elementos encontrados en los textos.
 - b. Fase interpretativa. Se buscó significados dando sentido a lo encontrado y descrito. El análisis de contenido de la información cualitativa se realizó siguiendo el enfoque fenomenológico.

Se realizó el análisis de contenido de la información categorizada, tratando de comprender el fenómeno en investigación. Se establecen relaciones y explicaciones que dan sentido a los hallazgos. Con el objeto de enriquecer el análisis se realizaron reuniones del equipo de investigadores del proyecto FONIS.

Los resultados se presentan con la técnica de descripción densa, que consiste en escribir las frases más significativas en su contexto original, bajo un párrafo que interpreta los dichos.

8. Rigor metodológico y validez de la investigación

Con el fin de resguardar la validez de la investigación se procuró la coherencia en el desarrollo global de la investigación y se aplicaron, los criterios propuestos por Guba y Lincoln (51), desde el paradigma interpretativo, que aplican para metodología cualitativa con enfoque fenomenológico. Los procedimientos asociados a cada criterio están convenientemente explicitados en la descripción de la metodología.

Tabla 4: Criterios de validez y confiabilidad de Guba y Lincoln.

Criterio	Procedimientos*
Credibilidad	Explicitar método de recolección de datos Flexibilidad: recolección, interpretación, análisis de los datos Documentar datos con citas concretas (verbatim)
Transferibilidad	Controlar y explicitar tipo de representatividad Describir de modo exhaustiva sujetos y situaciones
Dependencia/ Consistencia	Identificar rol del investigador Describir las técnicas de recolección y análisis de datos
Confirmabilidad	Recoger registros concretos, transcripciones textuales y citas directas Grabar entrevistas

* Procedimientos que aplican a la metodología cualitativa con enfoque fenomenológico.

V ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación con metodología cualitativa cuenta con el compromiso ético de los investigadores de generar conocimiento respetando las normas aceptadas para la investigación científica en relación a la veracidad, prudencia en el uso de recursos y lealtad en la competencia. Las mujeres contactadas telefónicamente fueron invitadas a participar, explicitando los objetivos y alcance del proyecto FONIS, la metodología de recolección y análisis de la información y las medidas que resguardarán su identidad y confidencialidad.

Las mujeres participaron de manera voluntaria firmando un consentimiento informado (Anexo 3), y en conocimiento de que podían abandonar el estudio, en cualquier etapa de él, cuando lo estimasen conveniente.

Las mujeres menores de 18 años que decidieron participar voluntariamente lo hicieron en presencia y autorización de un adulto responsable.

Se resguardó la identidad de las participantes y la confidencialidad de la información entregada por ellas. La información obtenida durante las entrevistas solo fue usada para fines de la presente investigación y proyecto FONIS SA13I20143 "Exploración cualitativa de la intervención en salud bucal del GES en embarazadas. Una vez transcritas y analizadas las entrevistas, las grabaciones de voz fueron borradas.

El protocolo de estudio del proyecto FONIS, en el cual se inserta este proyecto, fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile como consta en el acta de aprobación de protocolo de investigación N°: 2013/27 del 06/11/2013 (Anexo 4). Cuenta con "cartas de compromiso de participación" de los Directores de los CESFAM Lo Franco de Quinta Normal, y Santa Teresa de los Andes de San Joaquín. Además cuenta con la aprobación de los comités de ética de los Servicios de Salud Metropolitano Occidente y

Servicio de Salud Metropolitano Sur, como consta en la carta N° 005 del 26 de Enero del 2015 y en el memo N° 625 del 16 de diciembre del 2014 respectivamente (Anexos 5 y 6)

VI RESULTADOS

1. Caracterización

Se entrevistaron a 19 madres de lactantes, que recibieron el alta de la Garantía Explícita en Salud, “Salud oral integral de la embarazada”. La tabla 5 muestra su caracterización de acuerdo a edad de la madre, paridad y edad del hijo o hija menor, producto del embarazo durante el cual recibió la GES. Se observa un amplio rango de edad, desde madres adolescentes a madres añosas. Así como también una mayor proporción de mujeres primíparas, donde el 63,2% corresponde a mujeres que relatan haber sido madres por primera vez y el 63,2% de las mujeres indicaron que su hijo o hija tiene 6 o más meses de edad en el momento de la entrevista

Todas las mujeres tienen un nivel de escolaridad, de al menos, educación media incompleta. La mayoría de las entrevistadas (42,1%) se encuentra cursando estudios técnico profesionales.

Solo un 10% de las mujeres forma parte de una familia nuclear, la mayor parte de las mujeres entrevistadas pertenecen a familias extendidas, principalmente por consanguinidad directa y en menor proporción por consanguinidad de su cónyuge o pareja. El 21% forma parte de familias extendidas que incluyen cuatro generaciones (abuelos de la mujer o pareja, bisabuelos del hijo o hija menor).

El 26,3% de las mujeres relatan ser parte de una familia monoparental y el 47,4% indican ser parte de una familia con la presencia también del padre.

Tabla 5: Caracterización de los sujetos de estudio.

Característica		n	%
Centro de Salud	Quinta Normal	10	52,6
	San Joaquín	9	47,4
Edad de la madre (años)	<i>Mediana (min – max)</i>	<i>23 (16 – 41)</i>	
Edad del hijo o hija menor*	<i>Mediana (min – max)</i>	<i>8 (RN - 19)</i>	
	Menor de 6 meses	7	36,8
	6 o más meses	12	63,2
Paridad (nº de hijos e hijas)	<i>Mediana (min – max)</i>	<i>1 (1 - 3)</i>	
	Primípara	12	63,2
	Multípara	7	36,8
Escolaridad	Educ. Media incompleta	2	10,5
	Estudiante Educ. Media	4	21,1
	Estudiante Educ.Técnica Prof.	8	42,1
	Título Técnico Profesional	2	10,5
	No menciona	3	15,8
Tipo de familia según extensión	Nuclear	2	10,5
	Extendida padres o suegros	8	42,1
	Extendida a abuelos	4	21,1
	No menciona	5	26,3
Tipo de familia según presencia de padres	Monoparental	5	26,3
	Ambos: padre y madre	9	47,4
	No menciona	5	26,3
Total mujeres		19	100

* El hijo o hija menor corresponde al niño o niña producto del embarazo durante el cual recibió la atención odontológica de la GES Salud Oral Integral de la embarazada. Por lo tanto, en el caso de mujeres primíparas corresponde a su único hijo o hija y en el caso de las mujeres multíparas, corresponde al hijo o hija de menor edad. Se expresa en meses, donde RN corresponde al niño o niña recién nacido hasta menor de 30 días.

2. Experiencias relacionadas con educación para la salud bucal.

a. Nociones de salud

En relación a las representaciones sociales de salud, se observa que entre las mujeres existe una noción amplia de su significado, entendiéndola como el bienestar físico y mental de las personas.

“... a ver... cómo le explico... No sé pu... estar bien de cuerpo y mente...” (26 años, madre de 2 hijos, el menor de 4 meses)

“Salud es el bienestar de las personas... darle bienestar a las personas... y que estén bien psicológica... físicamente... porque no solamente basta con que estén bien físicamente... sino que también... va en lo psicológico... y... también como ellos se sienten.. “ (20 años, madre de menor de 18 meses)

No obstante, para algunas mujeres, persiste la idea de que salud es un estado de ausencia de enfermedades o el buen control de ellas.

“Eh... eh... no sé po... es... O sea es como no estar resfriado y eso como que... es como no tener enfermedad... algo así como no tener, no tener... Estar sano.” (18 años, madre de menor de 8 meses)

“Para mí salud significa... cómo te... cómo explicarle... cómo estay tú en tus enfermedades... si estay bien con tu... con tu depresión... cosas así, y... la presión arterial... cosas así, del corazón... es eso pu... como... cómo qué más puede ser...” (18 años, madre de menor de 13 meses)

Las mujeres entrevistadas relacionan el estado de salud con mejor calidad de vida y la falta de salud con limitaciones en su vida diaria.

“...Para tener más vida, para tener una mejor calidad de vida... si uno no está sano... hay varias, se limita a varias cosas...” (17 años, madre de menor de 5 meses)

“...no sé es algo bastante importante... porque si no tenemos una salud buena... vamos en todo mal. Si tenemos una salud mala... no rendimos lo que debemos rendir... y todo eso.” (26 años, madre de 2 hijos, el menor de 3 meses)

Además de la alta valoración del estar sano, sobre todo por las consecuencias de no estarlo, se observa en los relatos de las mujeres, la noción de corresponsabilidad de todos en el cuidado de la salud, destacando el rol de la mujer en el cuidado de los integrantes de la familia con quien vive.

“...Entonces tenemos que todos como cuidarnos harto... que cuidar a los, con los que uno vive... la salud es lo más importante que uno tiene que tener, porque sin salud no tiene trabajo, sin salud no tiene nada...” (32 años, madre de 2 hijos, el menor de 6 meses)

b. Nociones de Salud Bucal

Para las mujeres, la salud bucal representa su imagen y presentación personal, dándole gran importancia para relacionarse en el ámbito social y/o laboral.

“...yo creo que es importante. Primero porque es carta de presentación... porque... es lo primero que uno ve...” (26 años, madre de 2 hijos, el menor de 4 meses)

“...o sea yo creo que lo más importante de uno es la sonrisa... o la imagen...” (26 años, madre de 2 hijos, el menor de 3 meses)

“...es un método al cual uno requiere cuando necesita un empleo, va y sonríe o... o... es la presentación más que nada de las personas... es como que si a uno le faltara un ojo... me imagino algo así que es muy importante...” (17 años, madre de menor de 5 meses)

Las mujeres relatan que tener problemas bucales puede implicar discriminación social. Le dan gran importancia ya que afecta el modo en que la ven y aceptan otras personas. Si bien se utiliza el término vanidad, pareciera estar más asociado a preocupación por sí misma, la seguridad en sí misma y la necesidad de cuidarse.

“...es súper importante porque si a uno la miran, y si uno tiene los dientes feos... o llenos de caries... o sin dientes como así como... este país es muy racista, entonces... uno tiene que cuidarse mucho los dientes...” (32 años, madre de 2 hijos, el menor de 6 meses)

“...algo así como de...presencia...como de...eh...como algo de vanidad, porque no voy a estar hablando al lado de alguien y hable así y le hable con todo... porque es incómodo...es incómodo po... entonces a mí no me gustaría sentarme al lado de alguien y que la persona se corra pa’ allá porque tengo la boca hedionda...” (17 años, madre de menor de 8 meses)

c. Nociones de la relación embarazo y salud bucal

Las mujeres relatan consistentemente que durante el embarazo ocurre descalcificación de sus dientes provocando su pérdida, producto de los requerimientos de calcio del feto, así como también durante la lactancia.

“...en el caso de las embarazadas, la descalcificación es porque la guagua le está absorbiendo el calcio. Y si uno no toma leche, absorbe el calcio de los huesos de uno. Entonces, yo creo que debido a eso es que los dientes se debilitan...” (36 años, madre de 3 hijos, el menor de 12 meses)

“...como uno traspasa todo al niño... lo... los nutrientes, no sé... De repente a lo mejor... si tuviera algún problema en el diente... se podría caer más fácil... Es como... lo que dicen. Igual que dicen que uno al dar pecho pierde mucho... se descalcifica mucho... y también puede perder... mi mamá tuvo ocho hijos...Y ella perdió hartos... A una amiga sí le pasó... ahora recién... Tiene el segundo bebé y tiene mi edad... No de hecho tiene como un año y medio... y se le cayó ese diente...” (23 años, madre de hijo de 14 meses)

“...en el mismo dentista te dicen que tanto dar pecho y si uno no se alimenta bien se te pueden dañar... o algo, o caer los dientes... que la guagua te quita todo... las vitaminas algo así...” (16 años, madre de hijo de 11 meses)

Las mujeres también relatan que el embarazo causa otros problemas como inflamación y sangrado de las encías, considerándolos como normales.

“...y en el embarazo es súper... es más... propenso a que... a lo de la muela del juicio por ejemplo... a las que no le han salido... que les salgan las muelas del juicio... que se te inflame la encía... que te sangre... es más normal como te digo en el embarazo... por el hecho como te digo de que el bebé empieza a absorber todo lo otro... todos tus nutrientes, todo tu calcio... todo lo de uno...” (26 años, madre de 2 hijos, el menor de 3 meses)

“...con el embarazo, es que ahí me vinieron los problemas... porque ahí me empezó a salir infección en los dientes... o sea a lo mejor... tanta comida...” (21 años, madre de hijo de 19 años)

Las mujeres también tienen nociones de que problemas o tratamientos que ocurren durante el embarazo pueden afectar los dientes de sus hijos.

“...Porque como tomé remedios... Porque él salió con los dientes como negritos... Entonces me dijeron que a lo mejor por eso él había salido con los dientes como así. Era como puro paracetamol... cuando me enfermaba... me pasaba resfría en el embarazo...Sí, eso parece que fue... un antibiótico me dijo el...porque fue casi al principio del embarazo...” (22 años, madre de hijo de 12 meses)

d. Fuentes de información para la salud bucal

Las madres vienen con un ideario en salud bucal adquirido mayormente a través de la experiencia personal. Las fuentes de origen de los conocimientos sobre el cuidado de la salud bucal propia y de su hijo son múltiples, principalmente se menciona a la familia (padres, abuelas, tías); equipo de salud de establecimientos públicos (matronas, enfermeras, odontólogos y médicos); página web de ChileCrece y cuaderno de control de salud infantil; conversaciones con otros usuarios en las salas de espera de los centros de salud; e internet.

Los mensajes de educación para la salud bucal de sus hijos se refieren fundamentalmente a higiene bucal y son recibidos en distintos formatos: verbales, durante los controles de salud, consultas de las madres, experiencia familiar; material escrito ; formato electrónico a través de internet.

“...yo las sabía de antes...” (32 años, madre de 2 hijos, el menor de 6 meses)

“...cuando era más chica, mi papá siempre me decía... que tenía que lavarme los dientes después de cada comida...”, “...como cualquier persona yo... me gusta ver varios documentales de todo... que de repente son cosas que uno debe saber...” (17 años, madre de menor de 5 meses)

“...Lo de la gasa me lo enseñaron la matrona. Y lo del cepillo que le digo yo que en el dedo, preguntando en la farmacia... porque todavía no llevaba a mi primer hijo al dentista... todavía, cuando recién le aparecieron los dientes... Y... ahí preguntando me dijeron que había un cepillo pa', yo empecé a limpiarlo...” (26 años, madre de 2 hijos, el menor de 4 meses)

“...Si pu y que incluso aquí en el carné sale también, que hay que lavarle los dientes de los... cuando le empiezan a salir que hay que lavárselos... hay que comprarle un cepillo... porque igual se le juntan mugre...” (16 años, madre de menor de 11 meses)

“...Sí, su pediatra de los seis meses... ya me dijo que empezara de a poquito, empezara a limpiándole la legua, la encía, todo eso...” (21 años, madre de menor de 19 meses)

“...Lavándole... ya le vamos a comprar los cepillos de bebé... pero son los de gomita, esos cepillos de gomita pa' lavarle las encías todo eso... porque... lo vi en internet... jaja...” (17 años, madre de menor de 8 meses)

e. Experiencias y nociones de cuidados y necesidades de salud bucal en sus hijos

En los relatos aparece como beneficioso para sus hijos e hijas reducir el consumo de azúcar.

“...ya sé que no debo ya tanto consentirlas con los dulces... que hay cosas que pueden comer más sanas como la fruta... que las... bueno, de hecho sí la leche por ejemplo hasta más grandes yo no se la doy con azúcar... a ti te dicen que dos cucharadas de azúcar... que cuatro de leche o saborizante... no, yo no le doy con azúcar...” (26 años, madre de dos hijos, el menor de 3 meses)

Los relatos de las mujeres denotan una actitud positiva hacia la higiene bucal. Se observa la instalación de prácticas de higiene bucal desde que erupcionan los dientes temporales, y también la noción de que los cuidados se inician, incluso, antes de la erupción del primer diente, desde el primer día de vida. Sin embargo también se menciona que el cepillado de

dientes se inicia, más tardíamente, en el jardín infantil, siendo reconocido este como importante en la instalación del hábito de cepillado.

“...porque apenas ellos empiezan a comer uno les tiene que hacer el hábito de lavarse los dientes... ya le tengo sus cositas para limpiarle sus dientes...” (17 años, madre de menor de 5 meses)

“...como todavía no tiene dientes... lo que dicen que hay que limpiar con el... más en la lengüita... que hay que limpiarle los restos de leche... Igual hay unos... cuando ya le empiezan a salir los dientes hay unos cepillitos... bien chiquititos que uno se los pone en el dedo y le limpia, que yo lo hice con mi hijo mayor... Estoy esperando a que le salgan los dientes sí...” (26 años, madre de 2 hijos, el menor de 4 meses)

“... bueno que el cuidado dental... de hecho se empieza desde el primer mes, del primer día de vida... porque se les acumula leche...” (26 años, madre de 2 hijos, el menor de 3 meses)

“...No, nada. Cuando entró al jardín, ahí como tenía que llevar cepillo de dientes, y ahí empezó la costumbre de que tenía que lavar los dientes...” (36 años, madre de 3 hijos, el menor de 12 meses)

Algunas mujeres, en sus relatos, dejan de manifiesto que a pesar de tener la información respecto a los cuidados y hábitos saludables, valoran más las creencias y experiencias personales. Esto se traduce en la no incorporación de dichas conductas saludables, como por ejemplo no lavarle los dientes a su hijo de 11 meses por considerarlo chico o simplemente no creer en el daño potencial del chupete, debido a la experiencia con el hijo mayor.

“...O sea, yo no se los cuido... o sea yo me mantengo así como le digo... con leche... la comida, pero igual dicen ahí en el poli que le tengo que lavar los dientes pu, y yo digo: cómo le voy a lavar los dientes si... si es tan chico...debe ser importante, por algo lo dicen, pero lo encuentro tan chico...” (16 años, madre de hijo de 11 meses)

“...comprarle un cepiillo... o quitarle el chupete no más po... pero yo... por eso le digo yo.. que yo a mis hijo grande yo le quité el chupete yo casi a los tres años.. pos grande.. y tienen los dientes normal.. si va en las personas de uno no más como le cuida los dientes a los niños...” (41 años, madre de 3 hijos, el menor de 2 meses)

En los relatos de las mujeres, aparecen creencias que justifican dar dulces a sus hijos e hijas, a pesar de conocer los riesgos de esa conducta. Una de ellas, que aparece con fuerza, es que es normal que los niños y niñas tengan caries en sus dientes temporales y que darle dulces es parte del normal desarrollo del gusto de los niños y niñas. Otra idea que aparece y que justifica dar dulce a sus hijos es que es una forma de expresar cariño, consintiéndolos, ya que saben que a ellos les gusta.

“...Los dulces... Yo igual le doy dulces, pero eso yo creo que no hay que darle, porque aunque sea guagüita igual se le pican po, si son dientes de leche nomás...” (16 años, madre de hijo de 11 meses)

“Es que es normal en los niños que tengan caries, porque... empiezan a descubrir lo que es el sabor... el, lo dulce, lo salado... entonces... eh, sí... bueno yo igual soy bien consentidora con la... con la primera... que le siempre... bueno, mi mamá me reta porque por ejemplo cuando estaba trabajando yo llegaba con dulces, con gomitas... chocolate... con papas fritas... entonces me dice: tú no comías dulces por qué le das tanto a la niña... entonces ya sé que por ejemplo con ella ya no lo voy a tratar de hacer tanto... porque con la primera ya... a los cuatro años ya tenía caries... pero es normal que a los cuatro años tengan... no tantas a lo mejor, pero sí que tengan caries porque empiezan... a como te digo a descubrir que les gusta esto... lo que les gusta y lo que no pu...” (26 años, madre de 2 hijos, el menor de 3 meses)

En los relatos se observa que la mujer asume el rol principal en el cuidado de la salud bucal de toda su familia, el padre también comparte el rol, especialmente en la compra de los insumos para el cepillado. La mujer utiliza el modelaje para la instalación del hábito de cepillado en los niños y niñas, pero también aparece que se realiza desde el "deber ser" y no desde lo afectivo o relacional, lo que se reconoce que puede generar rechazo.

“...Entonces yo eso haaago poh, y cuando ahí le empezaron a salir sus dientes yo igual le compré un cepillo para que empezara como a...entonces yo cuando me lavo los dientes se lo paso a él y empieza también como a imitarme...” (24 años, madre de hijo de 15 meses)

“...Por eso aquí yo hincho a todos... ¿te lavaste los dientes? ¿te lavaste los dientes? ¿te lavaste los dientes?...De hecho la Isidora yo creo que me debe odiar por eso...” (32 años, madre de 2 hijos, el menor de 6 meses)

“...ya le vamos a comprar los cepillos de bebé ahora con el Francisco... No, todavía... pero son los de gomita, esos cepillos de gomita pa’ lavarle las encías todo eso” (17 años, madre de menor de 8 meses)

f. Experiencias de educación para la salud bucal en centro de salud

En los relatos de las mujeres aparece el componente de salud bucal cuando se refieren a su relación con otros profesionales, como en los controles de salud maternal e infantil, y con el centro de salud en general. Destaca el componente de salud del sistema de protección social ChileCrece, considerandolo importante y claro el lenguaje que utiliza el equipo de salud para explicar a las madres.

“...En control sano, para ir instruyendo todos los meses a las mamás lo que deben ir haciendo, porque cada vez... cada mes ellos van avanzando más y van descubriendo cosas nuevas y también uno tiene que ir con ellos... aprendiendo...” (17 años, madre de hijo de 5 meses)

“...bueno la mayoría de la gente con la que yo me he atendido es como bien clara... en explicar las cosas... Y explica... como que dice... o sea son como palabras tan lógicas que yo creo que cualquiera las entiende...” (32 años, madre de 2 hijos, el menor de 6 meses)

El control infantil constituye una instancia de acompañamiento durante el crecimiento y desarrollo del niño o niña transfiriendo conocimientos. Se valora la información sobre los cuidados de la salud bucal, pero son considerados insuficientes para realizarlos en el hogar.

“...Bueno, a los niños los atiende la enfermera... y ella en realidad en cada control le revisa igual la boca... los dientes... y me pregunta si le hago algún tipo de aseo....no es que te enseñen... no te dicen cómo...Te dicen que hay que hacerlo...” (23 años, madre de hijo de 14 meses)

La mujer se siente parte del ChileCrece al participar de talleres educativos durante el embarazo y con el hijo. El componente educativo durante el control de embarazo es importante, se valora y destaca sobre los cuidados u otras intervenciones recibidas durante el control. No obstante no todas las mujeres asisten a los talleres y en general estos no tienen componente de salud bucal.

“...mi primer hijo me entregaron hartos... una carpeta con toda la información... del... de los cero a tres meses... de los tres a seis, así todos los procesos, y traía harta información más que nada acerca de todo. Y de mi hija ahora la segunda... unos panfletos chiquititos, pero igual harta información... Pero no mucho sobre la salud bucal... eran más sobre los cuidados generales de la guaguüita...” (26 años, madre de 2 hijos, el menor de 4 meses)

“...no tuve talleres de dentista... fui a dos talleres relacionados al bebé, pero de dentista no tuve nunca talleres...me entregaban folletos... Un libro en el que van diciendo la semana... y lo que va diciendo... libritos sobre la lactancia... qué hacer cuando la guagua está así... cosas así... siempre entregaban esas cosas...” (16 años, madre de hijo de 16 meses)

“...También... bueno en el otro consultorio sí. Me hicieron un taller... donde me enseñaban cosas... del amamantamiento... el apego... todas esas cosas del... de él. Pero en el dentista... eso más que nada... Que ahí salían hartas cosas del embarazo... Pero eso lo leí cuando estaba... cuando estaba embarazada solamente...” (22 años, madre de hijo de 12 meses)

g. Experiencias de educación para la salud bucal, durante el GES “Salud oral integral de la embarazada” en su último embarazo

Las mujeres describen el componente educativo durante la atención odontológica de la GES Salud oral integral de la embarazada, destacando la entrega de información sobre el consumo de lácteos, azúcares y sobre la instrucción de higiene bucal, principalmente el cepillado dental.

“...así como explicarla como una asesoría en los dientes...” (17 años, madre de hijo de 5 meses)

“...es lo que te dicen cepillado de dientes y esas cosas bien básicas, pero más allá... no...” (26 años, madre de 2 hijos, el menor de 2 meses)

“...Nada... como a lavarme los dientes... como te digo... y... que me dijieron que fuera mensualmente... que no comer mucho cosas de dulces... porque eso produce carie... todas esas cosas, pero nada más... En los talleres no, en el dentista sí... Como le digo lavarme los dientes bien... me mostraban... ya, mira los dientes se lavan así, así... y tienes que ocupar el cepillo aquí y el hilo dental... Eso me enseñaban... pero del niño no...” (21 años, madre de hijo de 16 meses)

“...me enseñó qué cepillo tenía que usar... porque uno llega y compra cualquiera nomás... por el color...” (32 años, madre de 2 hijos, el menor de 6 meses)

“...me informaron que... claro... cuando uno está embarazada y después está amamantando se debi... baja la cantidad de calcio, porque la consume la guagüita... Entonces que los dientes tienden a debilitarse... y hay que tener cuidado con eso... tener harta higiene... decía... tomar harta leche... para que... tener harto calcio...” (26 años, madre de 2 hijos, el menor de 4 meses)

“...Explican lo que uno tiene, cómo mejorar pa' que no vuelvan a salir las caries... y ahí... poniendo atención... gracias a Dios he estado bien... Pero ellos (los alumnos) explican bien...” (26 años, madre de 2 hijos, el menor de 4 meses)

“...me dijo que era importante tomar leche y cuidármelos bastante. Pero a eso quiso llegar que era como lo más importante, porque el resto así como de aprender a lavárselos o a limpiárselos... no...” (17 años, madre de hijo de 5 meses)

Una de las mujeres entrevistadas hizo referencia a la indicación del dentista respecto al cuidado de la salud bucal de su hijo, durante el embarazo.

“...La dentista. Cuando estaba embarazada ella me decía recuerde que cuando nazca su bebé tiene que limpiarle las encías...” (36 años, madre de 3 hijos, el menor de 12 meses)

Las mujeres entrevistadas relatan que la educación para la salud bucal se realiza durante la atención odontológica, por el o la odontóloga y en algunos casos por alumnos de odontología. Se mencionan algunas herramientas o material educativo utilizados, como macromodelos e impresos informativos. La metodología usada es educación cara a cara y se usa la demostración.

“...me explicó... Me mostró unos dientes así, y me hizo cómo había que lavarlos... después cómo había que enjuagarlos...” (20 años, madre de hijo de 18 meses)

“...cuando estuve embarazada de la Victoria sí me entregaron material informativo, pero me acuerdo que esa vez me entregaron algo que ellos ya me habían explicado... (32 años, madre de 2 hijos, el menor de 6 meses)

“...después me enseñaron que tenía que pasarme el hilo dental y todo... Y ellos mismos pu... yo me acuerdo que yo lo compré... y se lo llevé y ella me enseñó...” (32 años, madre de 2 hijos, el menor de 6 meses)

Las mujeres reciben insumos de higiene bucal (pasta, cepillo, seda y colutorio), aunque algunas indican que tuvieron que comprarlos. Los elementos son entregados por la auxiliar o el o la dentista y generalmente la entrega va acompañada de alguna indicación de uso. Sin embargo, las mujeres relatan que no siempre entendieron esas indicaciones.

“...la auxiliar es la que entrega los implementos...” (26 años, madre de 2 hijos, el menor de 4 meses)

“...Me regalaron unos cepillos... pasta de dientes... y un... es como esos con los que se enjuagan la boca, pero profesional... son diferentes porque son como amargos... no picantes, amargos...” (16 años, madre de hijo de 11 meses)

“...me entregaron una pasta de dientes, un hilo dental...Para tener una mejor higiene bucal....a medida que uno va la revisan..., enseña, explica cómo se hace y de ahí le pasan el cepillo, el hilo dental, el enjuague bucal...y no sé, algo que me dijeron que tenía que ponerme antes del enjuague bucal...” (24 años, madre de hijo de 15 meses)

“...tuve que comprar todos los elementos el cepillo, la pasta, el hilo...” (32 años, madre de 2 hijos, el menor de 6 meses)

3. Valoración de la educación para la salud bucal recibida durante la atención odontológica de la GES para embarazadas

Para algunas mujeres la atención odontológica durante el embarazo constituyó acceder a la primera atención odontológica en toda su vida. Las mujeres perciben la GES Salud oral integral de la embarazada como una intervención verdaderamente integral, ya que sienten haber recibido todas las prestaciones que se requería y la información necesaria para cuidar su salud bucal. Por lo tanto la valoran, se sienten privilegiadas de acceder a este programa y lo aprovechan.

“...Cuando me atendí del embarazo... fue como la primera vez que iba al dentista...” (23 años, madre de hijo de 14 meses)

“...En el primer embarazo explicaron lo mismo, lo mismo, que... se pueden debilitar los dientes... y que... como era el primer embarazo, ahí podían hacer más cosas si tenía alguna... alguna carie la iban a tapar... si tenía algún problema ellos lo arreglaban porque como que Fonasa cubría el primer embarazo todo lo que tiene que ver con... salud dental... También me explicaron el que hay que cepillarse... y la higiene... y esas cosas...” (26 años, madre de 2 hijos, el menor de 4 meses)

“...es bueno, bueno... Pero... en realidad yo nunca he ido tanto al dentista... entonces fue como normal... Me hacían limpieza... me tapaban la... si tenía carie... me tapaban las caries... o... nada, eso me decían... tiene que venir tal... como cada tres meses era más o menos... no era seguido...Me hacían limpieza bucal... los dientes... me enseñaban a lavarme los dientes... me regalaban cepillo de dientes... hilo dental... pasta de dientes me regalaban... todas esas cosas... Igual uno tiene que aprovechar esas cosas sí...” (21 años, madre de hijo de 16 meses)

“...me arreglaron casi todas las muelas.. eeee... me pusieron protise.. que a mi se me quebró una muela... un diente... y me las arreglaron todas... por eso le digo que no tengo nada que hablar.. nada mal del consultorio.. nada.. porque yooo... en el momento que iba .. me... me arreglaban todas las cosas que yo necesitaba...” (41 años, madre de 3 hijos, el menor de 2 meses)

“...Me hicieron limpiamiento... Y me dijo que cualquier cosa que doliera... todas esas cosas... me iban a pagar el... el... por ejemplo como hasta los seis meses que tenía una... como una garantía pa' ir al consultorio... a clínicas... te los pagaban ellos... por si te pasaba algo a ti o a tu muela, cosas así...” (18 años, madre de hijo de 13 meses)

Las mujeres entrevistadas valoran de forma positiva la atención odontológica recibida durante su embarazo, dado el riesgo de caries y riesgo de pérdida de dientes que perciben durante la condición de embarazo.

“...La verdad es que yo sabía que los beneficios de una embarazada... son el dentista... el dentista, la leche, los talleres yo creo... Siempre la primordialidad de la embarazada es el dentista... porque dicen que se empiezan a caer los dientes... se descalcifica más rápido... entonces...Por el calcio que uno les entrega a las guaguas... Entonces las guaguas consumen todo eso y ahí es cuando uno tiene que tomar leche... esas cosas así, porque si no, sino uno se va descalcificando los dientes... se van rompiendo y se caen...” (21 años, madre de hijo de 16 años)

Valoran la atención por lo que significa para ellas la estética, su autoimagen, estima y felicidad. También se valora el acceso a la atención de manera gratuita.

“...Es algo muy bueno porque... uno como mujer... perder algún diente... o... tener sus dientes dañados, yo creo que uno como mujer no se sentiría muy... muy bien con uno misma. Entonces encuentro que está súper bien...” (17 años, madre de hijo de 5 meses)

“...ella me hizo la que tenía que hacerme, de hecho me hizo una tapadura que yo estaba feliz, porque tenía una carie acá al medio...” (32 años, madre de 2 hijos, el menor de 6 meses)

“...yo pienso que está bien que te deriven de ahí de este, porque no todos tienen como pa' pagar eh... clínicas privadas pa' verse sus dientes... y no te cobran nada pu... ni bonos, ni dos mil pesos, ni mil, es todo gratis...” (18 años, madre de hijo de 13 meses)

Las mujeres valoran positivamente que se les enseñe a cepillar sus dientes y se modele con mímica o con el uso de macromodelos. Se valora el embarazo como una oportunidad para aprender a cuidar la salud bucal, siendo central el aprender a realizar un correcto cepillado dental.

“...yo creo que fue importante, porque igual... muchas veces uno no sabe cómo cepillarse los dientes... y yo creo que ahí igual te enseñan, no sé pu a cepillarte... y te muestran... y te hacen como la mímica para que uno después la pueda repetir...” (20 años, madre de hijo de 18 meses)

“...uno normalmente dice, ah, yo me los cepillo bien... pero es mentira pu... todos nos cepillamos mal los dientes... Cuando le enseñan a uno cómo se cepillan los dientes uno dice, chuta jamás en mi vida los había cepillado así...” (32 años, madre de 2 hijos, el menor de 6 meses)

“...cuidarse mucho los dientes... Entonces en qué le enseñan a uno en el dentista. Es súper importante...” (32 años, madre de 2 hijos, el menor de 6 meses)

Algunas mujeres valoran la educación para la salud bucal ya que tienen la expectativa de lograr una mejor condición de salud bucal en sus hijos que la propia, el acceder a información sobre los cuidados bucales, específicamente sobre higiene. Esperan que la información sea una oportunidad para hacer la diferencia en la salud bucal de sus hijos. La mujer confía en que si ella aprende a cuidar su salud bucal, podrá cuidar la de sus hijos.

“...yo por mi niñez y mi adolescencia como que no tuve mucha información acerca de mantener... la higiene del... bucal. Entonces... no, no, no quiero cometer lo mismo con mis hijos tampoco... Entonces trato de que... que cualquier duda que tengo, yo lo llevo al consultorio, y aprovecho también porque... es un beneficio gratis... así que lo llevo siempre...” (26 años, madre de 2 hijos, el menor de 4 meses)

“...aprendí... Primero partí por cuidar mi salud bucal, y de, con eso mismo aprendí a cuidar la de mis hijos... Pero igual uno siempre está aprendiendo, y gracias a la información que me han dado, sobre todo con el hijo... mi hijo mayor... he aprendido harto...” (26 años, madre de 2 hijos, el menor de 4 meses)

No obstante de la gran importancia que las mujeres le dan a la información o a la educación para lograr y mantener la salud bucal, aparece la idea de que esta no es suficiente, y que es necesaria la decisión y actitud personal para lograrlo. Es decir la salud bucal es responsabilidad de cada uno. En ello se observa la expectativa de que cada persona pueda evitar las enfermedades bucales y sea capaz de mantenerse sano.

“...Si al fin y al cabo, nosotros nacemos con nuestros dientes buenos... sin ningún tipo de enfermedades... somos nosotros los que... ya de acuerdo al tiempo que vamos creciendo, somos nosotros los que vamos teniendo cuidado con nuestro cuerpo. Nuestros papás claro se encargan de decirnos... pero yo creo que, independientemente de lo bien que te puedan enseñar... ya después va en uno si uno lo quiere seguir haciendo o no...” (17 años, madre de hijo de 5 meses)

VII DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

La mujer se siente satisfecha, privilegiada y valora el acceso gratuito a la GES, Salud oral integral de la embarazada en Atención Primaria de Salud (APS) y percibe un alto riesgo de caries y riesgo de pérdida de dientes producto de la condición de embarazo. El componente de educación para la salud bucal está presente en la atención odontológica de la GES “Salud oral integral de la embarazada”, y se centra fundamentalmente en la enseñanza del cepillado dental, por parte del odontólogo, a través de la demostración. El equipo de salud también entrega educación para la salud bucal, durante el control de embarazo y control infantil, la que se centra en la higiene bucal en los niños y niñas. La mujer valora positivamente el rol del odontólogo, del equipo de salud maternal e infantil, del Chile Crece y también de la familia en la educación para la salud bucal; sin embargo, la considera insuficiente para replicar los cuidados en su hogar. La mujer asume el rol principal en el cuidado de la salud bucal de toda su familia y confía en que si ella aprende a cuidar su salud bucal, podrá cuidar la salud bucal de sus hijos. La educación para salud bucal de la mujer, que ha recibido la GES Salud oral integral de la embarazada, pareciera no lograr modificar creencias ni actitudes que impacten en la intención para la adopción de conductas que promuevan su salud bucal y la de su familia.

Este estudio exploratorio recoge experiencias y percepciones, sobre aspectos relacionados con la educación para la salud bucal, desde la perspectiva de un grupo de mujeres inscritas en un centro de salud familiar que recibieron la garantía de salud oral integral, de un amplio rango de edad, en su mayoría madres por primera vez y en menor número mujeres multíparas que pudieron haber recibido atención odontológica durante los embarazos anteriores, mujeres que según la edad del hijo o hija menor se encontraban enfrentadas, en

su mayoría, a la etapa de erupción dentaria, pertenecientes mayoritariamente a familias extendidas, lo que sumado al rigor metodológico de esta investigación cualitativa, representan variantes discursivas que enriquecieron el análisis del fenómeno en estudio.

A través de los discursos de las mujeres, emergen las ideas que nos pone en el contexto de mujeres que valoran la salud, la que asocian a bienestar y calidad de vida y que también valoran la salud bucal, la que asocian a seguridad, buena imagen y presentación personal, de gran importancia en las relaciones sociales y laborales. Pero también nos pone en el contexto de mujeres que asocian el embarazo a consecuencias negativas sobre sus dientes y encías, incluso también sobre los dientes de sus hijos.

1. Experiencias de educación para la salud bucal

Las mujeres relatan, en alguna medida, educación para la salud bucal otorgada por otros profesionales del equipo de salud distintos al odontólogo, en controles de salud maternal e infantil. Este componente educativo, centrado principalmente en la higiene bucal del niño o niña, incluso antes de la erupción dentaria, es entregado fundamentalmente por la matrona y la enfermera, se valora, pero es reconocido por las mujeres como insuficiente para replicar los cuidados de salud bucal en su hogar. En este contexto, se sabe que la efectividad de intervenciones cara a cara puede relacionarse con la comunicación eficaz o con otros factores asociados con las técnicas usadas para los cambios de comportamiento(29,30,33), pero también puede relacionarse con los objetivos, del profesional, durante el control de salud. En Chile, se decide incorporar al equipo de salud en el cuidado de la salud bucal considerándolo, al igual que en estudios internacionales, necesarios e indistintamente capaces de hacerlo(29,32). Para ello, se propone, en el modelo de intervención de

promoción de salud y prevención de enfermedades bucales, 1) Promover el cuidado de la salud bucal desde la gestación y 2) Promover la incorporación del componente de salud bucal en la supervisión infantil(2), para lo cual se han puesto a disposición, del equipo de salud de APS de la red, las “Pautas de evaluación bucodentaria”(53) y el curso gestionado on line “Aprendiendo a cuidar la salud bucal” que refuerza su aplicación. Es decir, lo reportado por las mujeres entrevistadas da cuenta de que el equipo de salud (excluido el odontólogo) está entregando componente educativo para la salud bucal, sin embargo, pudiera ser aún insuficiente. Esto coincide con lo reportado el año 2010 en una tesis de pregrado, para optar al título de cirujano dentista, que mostró desconocimiento de las pautas bucodentarias por parte del equipo de salud y un bajo nivel de registro de aplicación(54) y en el 2014 se reportó un nivel de conocimiento insuficiente sobre salud bucal entre el equipo de salud familiar en la Región de Valparaíso(55). Estudios internacionales han explorado la percepción de los profesionales y muestran que pese a su bajo nivel de conocimientos en cuidados de salud bucal, tienen una actitud positiva y la voluntad para obtener más información, y que participar en programas de educación en salud bucal les da más confianza y herramientas para promover la salud bucal y ayudar a prevenir enfermedades bucales en su práctica habitual(56–58). En el año 2014 el Ministerio de Salud publicó la norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en APS, incorporando el componente de salud bucal, por primera vez, como parte de la atención integral que otorga el equipo de salud infantil(59), pero se desconocen aún las percepciones y actitudes del equipo de salud frente a la aplicación de esta norma en Chile.

Las madres se sienten parte y acompañadas en el proceso de gestación y de crianza por Chile Crece Contigo (Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial), además, lo reconocen como una fuente de educación para la salud de variados recursos y mensajes claros. Este resultado se asemeja a lo reportado en la evaluación cualitativa del Ministerio de Salud y

Tremauyun 2007, donde el control del niño sano aparece como la mejor oportunidad para entregar información y educar en salud bucal(7). Las mujeres reconocen el componente de educación para la salud bucal en el cuaderno del control infantil y en la página Web, pero no lo reconocen como parte de los talleres de educación grupal de Chile Crece. Este hallazgo pudiera relacionarse al encontrado en el estudio cualitativo sobre la implementación del Taller Grupal de Competencias Parentales Nadie es Perfecto realizado el 2013, reportado en el informe “Chile Crece Contigo: el Desafío de la Protección Social a la Infancia” que observó un efecto positivo en los asistentes, quienes destacaron la importancia de compartir experiencias entre pares y el hecho de ser apoyados por la red que se forma (60), pero aún no se ha evaluado su efectividad, no obstante fueron diseñados considerando la revisión de intervenciones basadas en evidencia(61). Al revisar la web de Chile Crece Contigo <http://www.crececontigo.gob.cl> se observa que efectivamente existen contenidos de salud bucal para cada etapa, desde la gestación a 4 y más años, está presente en el Cuaderno de Salud Infantil y en la Agenda de Control Prenatal pero no se considera el componente de salud bucal en los talleres de educación individual ni grupal. Recién ahora, en el catálogo de prestaciones 2016, se ha incorporado una actividad asociada a la salud bucal, como intervención educativa de apoyo a la crianza de 0 a 12 meses, para la promoción temprana del desarrollo motor y lenguaje en el primer año de vida, incorporando contenidos de malos hábitos bucales (chupete, mordida, mamadera), higiene bucal y consistencia en la alimentación(62), por lo tanto, era de esperar que no estuviera incorporado este componente en la experiencia de las mujeres.

El componente de educación para la salud bucal está presente en la atención odontológica otorgada en la garantía explícita “salud oral integral de la embarazada” de estas mujeres y se refiere a temáticas de alimentación e higiene, fundamentalmente sobre el cepillado dental. Esto coincide con el registro de estadísticas médicas (REM) a nivel nacional, publicadas por

el Departamento de estadísticas e indicadores en salud (DEIS) del Ministerio de Salud, donde se observa, en el año 2015, el registro de al menos una educación individual, con instrucción de técnica de cepillado, por cada mujer embarazada que ingresó a atención odontológica (GES)(63). En el mismo reporte REM también se informan otras actividades educativas realizadas por el odontólogo, como la consejería breve en tabaco, estimando una cobertura del 40% de las embarazadas ingresadas y educación grupal aproximadamente al 25% de ellas (con el supuesto de intervenciones únicas y actividades grupales para 8 a 10 embarazadas cada una), sin embargo, estas actividades no aparecen en el discurso de las mujeres entrevistadas en este estudio. Al comparar los hallazgos en los relatos de las mujeres con los contenidos y/o recomendaciones en los documentos emanados desde el Ministerio de Salud, se puede observar respecto a la Guía clínica de atención odontológica integral de la embarazada del 2008(14) que: se cumple con recomendar el cepillado y también, en algunos casos, el uso de seda dental con una técnica o forma de realizar definido, no obstante no aparece en los relatos su frecuencia y uso pasta fluorada; se cumple con recomendar el consumo de leche ya que en los relatos aparece que se valora esta indicación por parte del odontólogo, pero no aparecen en los relatos recomendar restringir los momentos de consumo de alimentos con contenido azucarado y la ingesta de bebidas carbonatadas, ni fomentar el consumo de agua potable. En la guía del 2008 también se recomienda al odontólogo educar sobre la Caries Temprana de la Infancia, contenido que no aparece en los relatos de las mujeres, así como tampoco contenidos respecto al consumo de tabaco. Los contenidos educativos, de la “Orientación para la educación en salud bucal de la embarazada” del 2013(15), no aparecen en los relatos respecto a la educación entregada por el odontólogo, a excepción de la enseñanza del cepillado dental y uso de la seda dental. Esto se puede explicar dado el poco tiempo de implementación desde su edición al momento de entrevistar a las mujeres en este estudio.

La metodología usada para la educación para la salud bucal, durante la atención de la GES “Salud oral integral de la embarazada”, es la intervención individual cara a cara, la que como se discutió anteriormente puede ser eficaz, dependiendo de la comunicación y técnicas usadas, pero puede ser insuficiente por su baja frecuencia, cercana a uno, según el registro REM antes señalado, cuando se compara con lo reportado en un ensayo clínico realizado en Irán que demuestra efectividad en modificación de creencias y prácticas hasta dos meses después de una intervención, con una frecuencia de seis actividades educativas por mujer, durante el embarazo(64) y más aún considerando reportes de estudios que muestran que aproximadamente el 30-60% de la información sanitaria y el 50% de las recomendaciones de salud se olvida dentro del transcurso de la primera hora(65).

Las mujeres refieren que la enseñanza del cepillado dental se realiza usando la demostración, con mímica o con macromodelos, lo que puede ser beneficioso, si consideramos que los adultos se motivan si ven que la técnica les puede reportar beneficios tangible y a corto plazo(15); no obstante, las mujeres entrevistadas valoran la enseñanza del cepillado de dientes por el odontólogo y relatan que aprenden el modo de cepillarse, pero no es posible interpretar este resultado respecto a su posible motivación o intención a realizarla. Es probable que en la enseñanza del cepillado, a pesar de ser una intervención cara a cara y con material de apoyo adecuado, no se usen técnicas motivacionales o de coaching, que pueden ser más efectivas para empoderar y motivar al cambio de conducta como lo muestran diversos estudios y revisiones sistemáticas(30,35), o los modelos de comunicación utilizados no consideran las actitudes, creencias y las preferencias de las mujeres, lo que puede permitir un proceso de negociación con un mayor acuerdo y comprensión entre el profesional y la paciente(66). Lo concreto es que las mujeres entrevistadas valoran el rol del odontólogo en la educación para la salud bucal, lo perciben como importante, a diferencia de lo reportado en la evaluación cualitativa del Ministerio de

Salud y Tremayun 2007 que mostró que el rol del odontólogo se percibe fundamentalmente en el ámbito de las actividades recuperativas más que en las educativas(7).

Cada uno de los insumos, pasta, cepillo, seda y colutorio, garantizados, tiene su recomendación, basada en la evidencia científica(67) y cada uno puede relacionarse a contenidos educativos para la salud bucal, que son clave para conocer la relación salud bucal y embarazo, y conocer los factores de riesgo y protectores para la salud bucal del hijo o hija por nacer. Si bien estos contenidos se desarrollan, en la orientación técnica para la educación de la embarazada, para ser entregadas en dos sesiones educativas grupales(15), también pueden ser entregados en intervenciones educativas individuales durante las atenciones. Solo una de las mujeres entrevistadas hizo referencia a la indicación del dentista respecto al cuidado de la salud bucal de su hijo y no se mencionan otros contenidos distintos al cepillado dental y consumo de lácteos durante el embarazo. En este sentido los insumos de higiene bucal (pasta, cepillo, seda y colutorio), también pudiesen motivar a realizar la higiene, haciendo más concreto el beneficio, pero lamentablemente los relatos de las mujeres indican que podría no ser aprovechada esta oportunidad, ya que ellas los recibieron fuera del contexto educativo, más aún, no todas las mujeres los reciben y cuando lo hacen no siempre entienden cómo usarlos.

Otras experiencias relacionadas con la educación para la salud bucal, que emerge de los relatos de las mujeres provienen de la experiencia personal en su centro de salud y comunidad, y fundamentalmente de experiencias al interior de cada familia, donde madres, padres, abuelas y tías tienen un importante rol. En este sentido se justifica mirar la paridad de las mujeres entrevistadas, en su mayoría primigestas y los tipos de familias, las que en su mayoría son extendidas a 3 o 4 generaciones, siendo así muy probable que sus integrantes se interrelacionen en torno a los cuidados, de la mujer, durante el embarazo y luego en torno

a los cuidados del niño o niña recién nacido y durante los siguientes años de vida. Por lo tanto, saberes, creencias y prácticas de salud bucal pueden ser compartidas fácilmente entre generaciones. Los resultados de este estudio muestran que algunas mujeres reconocen que a pesar de conocer cómo cuidar la salud bucal, valoran más las creencias y experiencias personales, constituyéndose éstas en una barrera para la adopción de conductas saludables. Esto hace pensar, considerando la clasificación de Nutbeam de alfabetización en salud(37), que los relatos no permiten que se puedan interpretar, como producto de la alfabetización para la salud bucal “comunicativa o interactiva” y menos aún de una alfabetización “crítica” de las mujeres. Las mujeres entrevistadas tienen un buen nivel de alfabetización general considerando su nivel de escolaridad, en su mayoría de nivel técnico profesional, lo que debería relacionarse con menor riesgo de enfermedades bucales y mejor autopercepción de salud(44), no obstante de ello, sus relatos muestran que valoran más sus creencias y experiencias, no utilizan su conocimiento práctico para el cambio de conducta ni sus habilidades cognitivas y sociales más avanzadas para ejercer un mayor control sobre su salud bucal y sobre la salud bucal de su hijo o hija y familia. Esto queda de manifiesto en relatos ambivalentes sobre su conducta respecto al cuidado de salud bucal de sus hijos, ya que aparece, por un lado el modelaje en la instalación del hábito de cepillado de su hijo o hija, pero por otro, aparece la sobre exigencia y la formación de hábitos desde el “deber ser” y no desde la demostración de cuidado y cariño. En tanto se relata como expresión de regalonéo o cariño el dar dulces a los niños, a pesar de reconocerlo como una acción de riesgo para su salud bucal, pareciera ser que satisfacer el deseo del hijo tiene más valor que el daño en dientes temporales. Este resultado es semejante a lo reportado en la evaluación cualitativa del Ministerio de Salud y Tremauyun 2007 que mostró un alto conocimiento entre los padres y apoderados de párvulos sobre las medidas de prevención y cuidado de la dentadura, sin embargo, la práctica de estas medidas era deficitaria(7) y también se relaciona con los resultados de estudios que muestran que el aumento de conocimientos no

se traduce automáticamente en cambios de conducta y presentan modelos de creencias en salud que intentan explicar y comprender los factores que influyen en que las personas se niegen o no a llevar a cabo conductas preventivas(68–73).

2. Valoración de la educación para la salud bucal

Los resultados de este estudio muestran claramente que es la mujer quien asume el rol principal en el cuidado la salud bucal de toda su familia. La neurociencia indica que la maternidad transforma el cerebro de una mujer estructural y funcionalmente, lo que determina la conducta maternal, en el que intervienen las hormonas del embarazo, activadas por el parto y robustecidos por el contacto físico directo por el hijo(74), sumado a diversas razones sociales y culturales hacen que la mujer asuma este rol. Es probable que sea esta una razón por la que las mujeres entrevistadas valoran el embarazo como una oportunidad para aprender a cuidar su salud bucal, con la expectativa de lograr una mejor condición de salud bucal en sus hijos que la propia, al acceder a información sobre los cuidados bucales, específicamente sobre el cepillado dental. La mujer confía en que si ella aprende a cuidar su salud bucal, podrá cuidar la salud bucal de sus hijos. Esta idea, ampliamente respaldada por la evidencia, muestra que la salud bucal de los hijos se relaciona con la salud bucal de su madre, especialmente desde el punto de vista de la colonización bacteriana temprana, hábitos y factores genético(75–80); y también con la aspiración de estas mujeres a ser eficaces en el cuidado de la salud de sus hijos, fundada en las expectativas de madres que anhelan mejores condiciones para sus hijos y con la idea de que depende de ellas que se pueda prevenir las enfermedades bucales. Este resultado es muy distinto al reportado en la evaluación cualitativa del Ministerio de Salud y Tremauyun 2007 que mostró que la salud bucal aparece como importante en la salud general de los niños y niñas sólo cuando se

detecta algún grado de daño y el rol principal del cuidado de los dientes era de la educadora de párvulos y no de la familia(7).

No obstante la alta valoración que las mujeres le dan a la información o a la educación que reciben durante la Garantía Explícita de Salud Oral Integral de la embarazada, aparece la idea de que esta no es suficiente, y que es necesaria la decisión y actitud personal para lograr aplicarlos, apareciendo la idea de corresponsabilidad, que la salud bucal es responsabilidad de cada uno y de todos. En ello se observa la expectativa de que cada persona pueda evitar las enfermedades bucales y sea capaz de mantenerse sano.

Las mujeres perciben la Garantía Explícita en Salud oral integral de la embarazada como una intervención integral y se sienten satisfechas por haber recibido todas las prestaciones y la información necesaria para recuperar y cuidar su salud bucal. La valoran, se sienten privilegiadas de acceder de forma gratuita y la aprovechan. En los relatos surge la idea de que esta alta valoración se debe, también, a la percepción de alto riesgo de caries y riesgo de pérdida de dientes producto de la condición de embarazo. Si bien variaciones hormonales, de la saliva, de microorganismos y de la dieta, entre otros, constituyen factores que pueden incidir en el desarrollo de enfermedades bucales durante el embarazo (afectando al tejido dentario, al tejido de soporte y sostén del diente y a la mucosa bucal entre otros), así como también, la mala salud bucal puede repercutir en los resultados del embarazo(81), los relatos muestran consistentemente ideas erróneas respecto a los mecanismos que intervienen en el fenómeno. Abordar esto puede ser importante ya que, si bien los cambios de conducta no dependen solo de los conocimientos, el comprender los verdaderos mecanismos y factores que actúan en la relación embarazo y salud bucal puede contribuir, como un factor más de alfabetización en salud bucal, a estimular la adopción de las conductas saludables, derribando mitos o barreras. En este contexto, al igual como lo propone Choi & ahn, diseñar e involucrar a las madres en intervenciones de educación para

la salud bucal basados en la exploración de percepción de beneficios, barreras y autoeficacia, presentan mejores resultados(69). No es lo mismo creer que los dientes sí o sí se descalcificarán, durante el embarazo por las necesidades del feto y, por lo tanto, no se puede evitar (desesperanza aprendida), o creer que durante el embarazo se puede producir un desequilibrio en el medio bucal, producto tanto de los cambios hormonales como de sus propias conductas y que además, ella misma puede ser capaz de controlarlo (autoeficacia).

Las mujeres valoran la atención por lo que significa para ellas la estética, su autoimagen, estima y felicidad. Llama la atención que para algunas mujeres, esta atención constituyó la primera atención odontológica en toda su vida, en tanto para todas, y tal vez también por primera vez en la vida de estas mujeres, la salud bucal es muy relevante. El embarazo parece ser una etapa de reformulación y de volver a empezar, una oportunidad que hay que aprovechar y la atención de salud bucal se entiende en ese contexto, se aprovecha y valora.

3. Recomendaciones para mejorar el componente de educación para la salud bucal de la mujer que recibe la GES “Salud oral integral de la embarazada”

La interpretación de los resultados del fenómeno en estudio, permite hacer recomendaciones, de acuerdo a las expectativas y necesidades de las mujeres, con el propósito de mejorar el componente de educación para la salud bucal y contribuir al objetivo de la GES “Salud oral integral de la embarazada”, cual es: mantener en óptimas condiciones la salud bucal de la mujer, favoreciendo un embarazo saludable y un mejor entorno para el desarrollo y crecimiento del niño o niña al nacer, previniendo enfermedades bucales a temprana edad.

a. En relación al modelo de intervención de promoción de salud y prevención de enfermedades bucales, en el marco del modelo de atención integral familiar y comunitario

Continuar reforzando la integración del componente de salud bucal en el modelo de atención integral familiar y comunitario y del odontólogo en el equipo de salud familiar.

Continuar con la GES “Salud oral integral de la embarazada” con componente de educación para la salud bucal y propiciar su integración a la cartera de prestaciones del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial Chile Crece Contigo, para “promover el cuidado de la salud bucal desde la gestación”.

Continuar con la integración de contenidos de salud bucal en la cartera de prestaciones del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial Chile Crece Contigo para “promover la incorporación del componente de salud bucal a la supervisión de salud infantil”.

Incorporar al modelo de intervención de promoción de salud y prevención de enfermedades bucales un tercer ámbito de acción, que se desarrolle a nivel de comunidad con su participación, propiciando estrategias de prevención de enfermedades bucales en adultos y adultos mayores.

b. En relación al equipo de salud

Continuar con la capacitación, del equipo de salud, en salud bucal a través del curso online “Aprendiendo a cuidar la salud bucal” u otros, propiciando la transferencia de conocimientos de forma bidireccional entre el odontólogo y los otros integrantes del equipo de salud familiar.

Reforzar las competencias del equipo de salud familiar para realizar educación para la salud, con el objetivo de aplicar los contenidos educativos para la salud bucal, a través de técnicas

de comunicación efectiva, adecuándolas al nivel de alfabetización en salud bucal de cada mujer. Idealmente incluir a todos los profesionales y técnicos del equipo, además de matronas, enfermeras y odontólogos.

c. En relación a la complejidad y niveles de Intervención

Reformular la educación para la salud bucal de la mujer embarazada como una intervención compleja que incluya actividades educativas en el nivel individual, nivel grupal y el nivel familiar y/o comunitario.

En cada nivel pueden intervenir distintos profesionales y técnicos del equipo de salud, integrando el componente de educación para la salud bucal a las acciones de salud propias de la Atención Primaria, idealmente al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial Chile Crece Contigo.

d. En relación a los contenidos

Enfatizar contenidos educativos que se relacionen con las percepciones de la mujer respecto a la susceptibilidad y severidad del daño y/o a las expectativas y valoración de la amenaza que constituye el embarazo para su salud bucal, para el resultado del embarazo y para la salud bucal de su hijo o hija.

Especialmente contenidos relacionados a:

- Efecto de los cambios hormonales y conductuales, durante el embarazo, sobre esmalte y encías.
- Formación dentaria durante el embarazo.

- Enfermedad periodontal y riesgo de parto prematuro.
- Salud bucal de la madre y factores de riesgo de caries en la infancia.

e. En relación al componente de educación en la GES “Salud oral integral de la embarazada propiamente tal”

Se sugiere considerar el modelo de creencias en salud y autoeficacia, en el marco de la teoría cognitiva social, para el rediseño del componente de educación para la salud bucal de la GES “Salud oral integral de la embarazada” a nivel grupal e individual, dada la presencia de los ámbitos de este modelo en el discurso de las mujeres.

A nivel grupal se sugiere que las sesiones educativas grupales propuestas en la Orientación técnica para la educación en salud bucal de la embarazada del 2013 sean parte de la cartera de prestaciones de Chile Crece Contigo.

Se sugiere, a nivel individual, una secuencia de 5, o al menos 3 intervenciones breves, cara a cara, incluidas en las sesiones de atención odontológica integral de la GES.

En las 3 o 5 intervenciones breves, se recomienda incluir:

- Exploración de las percepciones individuales de la mujer, respecto a sus expectativas (susceptibilidad percibida) y valoración (severidad percibida) sobre la relación del embarazo y su salud bucal.
- Exploración de las probabilidades de acción, considerando sus experiencias, presencia de factores modificadores y la percepción de beneficios, barreras y autoeficacia.

- Trabajar en torno a las claves para la acción, orientadas a promover y mantener creencias favorables o positivas sobre salud bucal, considerando las influencias interpersonales y situacionales.

Se deben realizar refuerzos periódicos de las intervenciones de promoción de la salud para generar cambios en las conductas de salud bucal sostenibles en el tiempo.

Estas recomendaciones pueden ser consideradas por los tomadores de decisión, por quienes diseñan las políticas, así como también por los equipos directivos y equipos de salud de establecimientos de Atención Primaria públicos o privados que otorguen atención de salud a la mujer durante su embarazo.

4. Limitaciones del estudio y sugerencias de investigaciones futuras

Este estudio presenta las limitaciones propias de la metodología cualitativa. Se procuró resguardar su validez interna a través del rigor metodológico, en tanto los resultados no son extrapolables a todas las mujeres que han accedido a la GES Salud oral integral de la embarazada.

Este estudio abre una ventana de investigación bastante amplia, emergiendo otras preguntas de investigación a responder con la misma base de datos, como por ejemplo explorar sobre los conocimientos, mitos y creencias de la mujer respecto de las medidas y prácticas preventivas, complementar este estudio con estudios cuantitativos como por ejemplo la evaluación del grado de alfabetización en salud bucal o con investigación acción considerando el modelo de creencias en salud y autoeficacia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bull World Health Organ. 2005 Sep;83(9):644.
2. Departamento de Salud Bucal. Orientaciones para el logro de las metas de salud bucal. ENS 2011-2020. Para Secretarías Regional Ministerial. Ministerio de Salud; 2013.
3. Gamonal J, Mendoza C, Espinoza I, Muñoz A, Urzúa I, Aranda W, et al. Clinical attachment loss in Chilean adult population: First Chilean National Dental Examination Survey. J Periodontol. 2010 Oct;81(10):1403–10.
4. Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago, Chile: Gobierno de Chile; 2011.
5. Ministerio de Salud de Chile. Guía de práctica clínica “Salud oral integral de la embarazada.” 2013.
6. Ministerio de Salud. Estudio de preferencias sociales para la definición de Garantías Explícitas en Salud [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2008. Available from: http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/IF_ESTUDIO_PREFERENCIAS_SOCIALES_GES_2009.pdf
7. Ministerio de Salud de Chile, Tremauyun. Evaluación cualitativa. Necesidades, creencias y prácticas de padres y apoderados de pre-escolares respecto de la salud bucal de sus hijos. Informe final. 2007.
8. Ministerio de Salud de Chile. Documento técnico III. Guía para analizar equidad en el acceso y los resultados de los programas y su relación con los determinantes sociales de la salud [Internet]. 2009. Available from: http://www.superacionpobreza.cl/wp-content/uploads/2014/03/guia_para_analizar.pdf
9. Organización Panamericana de la Salud. Documento de orientación regional sobre los determinantes sociales de la salud en la región de las Américas [Internet]. 2012. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/6067>
10. Ministerio de Salud de Chile, Nodo de Salud Bucal. Integración del enfoque de Determinantes Sociales y Equidad en los programas de Salud del Ministerio de Salud de Chile. 2009.
11. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a equipos de salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. DIVAP. MINSAL. OPS.; 2013.

12. Nowak AJ, Quiñonez RB. Visionaries or dreamers? The story of infant oral health. *Pediatr Dent*. 2011 Apr;33(2):144–52.
13. Meyer K, Geurtsen W, Günay H. An early oral health care program starting during pregnancy: results of a prospective clinical long-term study. *Clin Oral Investig*. 2010 Jun;14(3):257–64.
14. Ministerio de Salud de Chile. Guía clínica. Atención odontológica de la embarazada. 2008.
15. Ministerio de Salud de Chile. Orientación técnica para la educación en salud bucal de la embarazada. 2013.
16. Ministerio de Salud de Chile. Norma de uso de fluoruros en la prevención odontológica. 2008.
17. Baehni PC. Translating science into action--prevention of periodontal disease at patient level. *Periodontol 2000*. 2012 Oct;60(1):162–72.
18. Touger-Decker R. Diet, cardiovascular disease and oral health: promoting health and reducing risk. *J Am Dent Assoc* 1939. 2010 Feb;141(2):167–70.
19. Organización Mundial de la Salud. Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Conferencia mundial sobre los determinantes sociales de la salud. 2011.
20. Costa SM, Martins CC, Bonfim M de LC, Zina LG, Paiva SM, Pordeus IA, et al. A Systematic Review of Socioeconomic Indicators and Dental Caries in Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2012 Oct;9(10):3540–74.
21. Schwendicke F, Dörfer CE, Schlattmann P, Page LF, Thomson WM, Paris S. Socioeconomic Inequality and Caries A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Dent Res*. 2015 Jan 1;94(1):10–8.
22. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. *J Dent*. 2012 Nov;40(11):873–85.
23. Castilho ARF de, Mialhe FL, Barbosa T de S, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2013 Apr;89(2):116–23.
24. Mossey PA, Petersen PE. Budapest Declaration. *J Dent Res*. 2014 Jul;93(7 Suppl):120S

– 121S.

25. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. In Ottawa; Canadá; 1986.
26. Universidad Nacional del Nordeste. Glosario de promoción de la salud. Selección de textos de Glosario de términos de la OMS 1998.
27. Zhu L-X, Ho S-C, Wong TKS. Effectiveness of health education programs on exercise behavior among patients with heart disease: a systematic review and meta-analysis. *J Evid-Based Med*. 2013 Nov;6(4):265–301.
28. Kahana S, Drotar D, Frazier T. Meta-analysis of psychological interventions to promote adherence to treatment in pediatric chronic health conditions. *J Pediatr Psychol*. 2008 Jul;33(6):590–611.
29. Noordman J, van der Weijden T, van Dulmen S. Communication-related behavior change techniques used in face-to-face lifestyle interventions in primary care: A systematic review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2012 Nov;89(2):227–44.
30. Kivelä K, Elo S, Kyngäs H, Kääriäinen M. The effects of health coaching on adult patients with chronic diseases: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2014 Aug 1;
31. Niemeier BS, Hektner JM, Enger KB. Parent participation in weight-related health interventions for children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med*. 2012 Jul;55(1):3–13.
32. Sohn W, Ismail AI, Tellez M. Efficacy of educational interventions targeting primary care providers' practice behaviors: an overview of published systematic reviews. *J Public Health Dent*. 2004;64(3):164–72.
33. Weening-Verbree L, Huisman-de Waal G, van Dusseldorp L, van Achterberg T, Schoonhoven L. Oral health care in older people in long term care facilities: a systematic review of implementation strategies. *Int J Nurs Stud*. 2013 Apr;50(4):569–82.
34. Renz A, Ide M, Newton T, Robinson PG, Smith D. Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(2):CD005097.
35. Gao X, Lo ECM, Kot SCC, Chan KCW. Motivational interviewing in improving oral health: a systematic review of randomized controlled trials. *J Periodontol*. 2014 Mar;85(3):426–37.
36. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. *Health Promot Int*. 1998 Jan 1;13(4):349–64.

37. Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promot Int.* 2000 Sep 1;15(3):183–4.
38. Baker DW. The Meaning and the Measure of Health Literacy. *J Gen Intern Med.* 2006 Aug;21(8):878–83.
39. Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Fam Pract.* 2012;13:49.
40. Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med.* 2004 Dec;19(12):1228–39.
41. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav.* 2007 Oct;31 Suppl 1:S19–26.
42. Clement S, Ibrahim S, Crichton N, Wolf M, Rowlands G. Complex interventions to improve the health of people with limited literacy: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2009 Jun;75(3):340–51.
43. Pignone M, DeWalt DA, Sheridan S, Berkman N, Lohr KN. Interventions to Improve Health Outcomes for Patients with Low Literacy. *J Gen Intern Med.* 2005 Feb 1;20(2):185–92.
44. Guo Y, Logan HL, Dodd VJ, Muller KE, Marks JG, Riley JL. Health literacy: a pathway to better oral health. *Am J Public Health.* 2014 Jul;104(7):e85–91.
45. Gironde M, Der-Martirosian C, Messadi D, Holtzman J, Atchison K. A brief 20-item dental/medical health literacy screen (REALMD-20). *J Public Health Dent.* 2013;73(1):50–5.
46. Lee J, Stucky B, Rozier G, Lee S-Y, Zeldin LP. Oral Health Literacy Assessment: development of an oral health literacy instrument for Spanish speakers. *J Public Health Dent.* 2013;73(1):1–8.
47. Jones K, Parker E, Mills H, Brennan D, Jamieson LM. Development and psychometric validation of a Health Literacy in Dentistry scale (HeLD). *Community Dent Health.* 2014 Mar;31(1):37–43.
48. Ulin PR, Robinson E, Tolley EE. *Qualitative Methods in Public Health: A Field Guide for Applied Research.* First. Jossey-Bass; 2004.
49. Ulin P, Robinson E, Tolley E. *Investigación aplicada en salud pública: Métodos cualitativos.* Washington, D.C: OPS,,: Family Health Internacional; 2006. (Publicación Científica y Técnica No. 614).

50. Avilán Rovira JM. Investigación cualitativa en salud pública. *Gac Médica Caracas*. 2005 Jul;113(3):301–3.
51. Parada L M, Bobenrieth M. Metodología cualitativa de investigación científica. In: *Cómo investigar con éxito en ciencias de la salud*. EASP; 2013. p. 340–405.
52. Pérez Serrano G. “Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes” [Internet]. Available from: http://psicologiaysociologia.files.wordpress.com/2013/03/gloria-perez-serrano_-cap-1-2.pdf
53. Ministerio de Salud. Pautas de evaluación bucodentarias. 2007.
54. Concha M, Abarca I. Evaluación de condiciones para la implementación de la entrega del componente odontológico en el control de salud del niño en cuatro centros de Atención Primaria del Maule, durante el 2010. 2010.
55. Pizarro C, Valenzuela D. Nivel de conocimiento en salud oral del equipo de salud en centros de atención primaria de la Región de Valparaíso. *Rev Chil Salud Pública*. 2014;18(1):87–94.
56. Johnson M, George A, Dahlen H, Ajwani S, Bhole S, Blinkhorn A, et al. The midwifery initiated oral health-dental service protocol: an intervention to improve oral health outcomes for pregnant women. *BMC Oral Health*. 2015;15:2.
57. Heilbrunn-Lang AY, de Silva AM, Lang G, George A, Ridge A, Johnson M, et al. Midwives’ perspectives of their ability to promote the oral health of pregnant women in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:110.
58. Jablonski R, Mertz E, Featherstone JDB, Fulmer T. Maintaining oral health across the life span. *Nurse Pract*. 2014 Jun 15;39(6):39–48.
59. Ministerio de Salud de Chile. Norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. 2014.
60. Bedregal P, Torres A, Carvallo C. Chile Crece Contigo: el Desafío de la Protección Social a la Infancia. [Internet]. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - Chile Área de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad; 2014. Available from: http://www.cl.undp.org/content/dam/chile/docs/pobreza/undp_cl_pobreza_cap5_chile_cre ce.pdf
61. Moraga C, Moreno G. Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la promoción de la salud mental en familias con niños de 0 a 6 años, revisión sistemática de la literatura. [Internet]. Medwave Estudios; 2007. Available from:

http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/06/Informe_Final_PROMOCION_Salud_Mental_Maestro_2007.pdf

62. Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Catálogo de prestaciones 2016. Chile Crece Contigo [Internet]. 2016. Available from: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2016/05/catalogo-prestaciones_2016-Vfinal.pdf

63. DEIS, Ministerio de Salud de Chile. Reporte:Otras actividades de Odontología general, por Región y Servicio de salud, SNS 2015 (Datos preliminares).

64. Bahri N, Tohidinik HR, Bahri N, Iliati HR, Moshki M, Darabi F. Educational intervention to improve oral health beliefs and behaviors during pregnancy: a randomized-controlled trial. *J Egypt Public Health Assoc.* 2015 Jun;90(2):41–5.

65. Wilder RS, Bray KS. Improving periodontal outcomes: merging clinical and behavioral science. *Periodontol 2000.* 2016 Jun;71(1):65–81.

66. Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico-paciente: habilidades basadas en la evidencia. *Rev Médica Chile* [Internet]. 2010 Aug 12 [cited 2016 Oct 9];183(8). Available from: <http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/629>

67. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica AUGE: Salud Oral Integral de la Embarazada. 2013.

68. Garbero I, Delgado AM, Cárdenas B de, Laura I. Salud oral en Embarazadas: Conocimientos y Actitudes. *Acta Odontológica Venez.* 2005 May;43(2):135–40.

69. Choi HS, Ahn HY. Effects of mothers involved in dental health program for their children. *J Korean Acad Nurs.* 2012 Dec;42(7):1050–61.

70. Marrero Fente A, López Cruz E, Castells Sayas Bazán S, Ribacoba Novoa E. Diagnóstico educativo en salud bucal para gestantes. *Rev Arch Méd Camagüey.* 2004 Feb;8(1):104–14.

71. Cartes-Velasquez R, Mardones S, Paredes C. Conocimientos y estado de salud bucal en madres beneficiarias del sistema Chile Crece Contigo. *Rev Chil Salud Pública.* 2009;13(3):136–42.

72. Mier Y, María I, García Rodríguez M, Reytor Saavedra E, Barrios N, Ester L. Conocimiento sobre salud buco-dental de las embarazadas. Consultorio La California. 2012. *Gac Médica Espirituana.* 2013 Apr;15(1):20–9.

73. Rojas Parada I. Conocimientos, actitudes, prácticas y estado de salud oral de

gestantes del sector rural que pertenecen al CESFAM de San Javier durante los meses de octubre y noviembre de 2010. [Talca]: Universidad de Talca; 2010.

74. Brizendine L. El cerebro femenino. 3^o Edición. 2008.
75. Ingemansson Hultquist A, Lingström P, Bågesund M. Risk factors for early colonization of mutans streptococci – a multiple logistic regression analysis in Swedish 1-year-olds. *BMC Oral Health*. 2014;14:147.
76. Kishi M, Abe A, Kishi K, Ohara-Nemoto Y, Kimura S, Yonemitsu M. Relationship of quantitative salivary levels of *Streptococcus mutans* and *S. sobrinus* in mothers to caries status and colonization of mutans streptococci in plaque in their 2.5-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009 Jun;37(3):241–9.
77. Yu LX, Tao Y, Qiu RM, Zhou Y, Zhi QH, Lin HC. Genetic polymorphisms of the sortase A gene and social-behavioural factors associated with caries in children: a case-control study. *BMC Oral Health*. 2015;15:54.
78. Opal S, Garg S, Jain J, Walia I. Genetic factors affecting dental caries risk. *Aust Dent J*. 2015 Mar;60(1):2–11.
79. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *The Lancet*. 2007 Jan;369(9555):51–9.
80. Leong PM, Gussy MG, Barrow S-YL, de Silva-Sanigorski A, Waters E. A systematic review of risk factors during first year of life for early childhood caries. *Int J Paediatr Dent Br Paedodontic Soc Int Assoc Dent Child*. 2013 Jul;23(4):235–50.
81. Rodríguez Chala HE, López Santana M. El embarazo: Su relación con la salud bucal. *Rev Cuba Estomatol*. 2003 Aug;40(2):0–0.

ANEXOS

Anexo 1: Guión temático para entrevista semiestructurada a mujeres en estudio.

PAUTA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Aspectos generales (preguntar al finalizar la entrevista; junto con la entrega del CI y petición de firma)

- Edad
- Numero de hijos
- Edad del hijo menor
- Actividad luego de puerperio (en general)
- Educación formal
- Nivel de ingresos
- Tipo de familia
- Seguro de Salud (nivel)

Entrada

- Referir temas generales respecto de si y su vida (familia, guagua, etc.)

Representaciones sociales de salud/ salud bucal

- Nociones de salud generales
- Nociones de salud bucal: imaginario sano/enfermo; principales patologías y a quiénes afectan; aspectos naturalizados (desdentamiento; pérdida de dientes por embarazo, otras); percepciones sobre constructo de "salud bucal" y salud del diente.
- Ideas sobre factores protectores y de riesgo/conductas ídem.
- Fuentes de información en salud bucal.
- Historia de su relación con salud bucal en la vida.
- Nociones de cuidado y necesidades de salud bucal en sus hijos / para sus hijos.
- Agentes socializadores para sus hijos.
- Su embarazo y los dientes (asociaciones generales existentes?, explorar si es una relación artificiosa?): pesquisar vínculos entre alimentación y salud bucal; percepción de salud bucal mas allá de los dientes?.
- Qué conoce y sabe sobre relación embarazo dientes o salud bucal (creencias, prácticas), desde sus mujeres referenciales. Cambios en el tiempo y atribuciones del cambio.

Relación con centros de salud

- Percepciones sobre centro de salud generales.
- Percepciones sobre centro de salud en atención bucal.
- Definir componentes de lo bucal dentro del Centro de salud, conocidos o reconocidos por la entrevistada.
- Experiencias en detalle.
- Expectativas de atención y educación respecto al centro de salud.

En torno a programas odontológicos / GES embarazada

- Rol del centro de salud (experimentado y deseado) en relación con salud bucal durante su embarazo.
- Instancias de relación con el centro de salud durante su embarazo. Quién la controló, cómo fue la experiencia, en qué consistió en detalle esta relación.
- Enfatizar si existió o no coordinación de instancias para atender (particularmente relevante Chile Crece y atención dental).
- Experiencia de educación en el centro de salud en torno a salud bucal. Contenidos, lenguaje, emisor. Lo ganado?, lo implementado?, condiciones locales para su implementación (favorables y desfavorables).
- Repercusiones de la educación en contexto de GES para la crianza de sus hijos. Identificar diferencias en experiencias con y sin GES dentro de misma entrevistada (otros hijos; no GES pero atención de embarazada).

GES en general

- Conocimiento sobre Ges en general. Imaginarios y percepciones generales y de su funcionamiento a través de experiencias concretas (cualquier centro de salud).
- Conocimiento sobre existencia y funcionamiento GES de embarazada y su abordaje en el centro de salud. La importancia de por qué un GES para la embarazada, la conoce?
- Funcionamiento de la garantía: tiempos, cobertura, derivaciones oportunas, altas, componente educativo, entrega de insumos, otros aspectos.
- Explorar si existe una distinción emic sobre componente educativo, los materiales usados, las ideas transferidas, las metodologías utilizadas y los objetivos del mismo.
- Explorar nociones de pertinencia o no de los mensajes de salud bucal en ese contexto.
- Su eventual tratamiento cómo ha continuado a partir del alta?. Observar si existen continuidades percibidas, o no.

Anexo 2: Sistema de categorías y subcategorías de análisis para el componente educación para la salud bucal

Categorías	Subcategorías
Representaciones sociales de salud y salud bucal	Nociones de salud
	Nociones de salud bucal
	Nociones de la relación embarazo y salud bucal
	Fuentes de información
	Nociones de cuidado y necesidades de salud bucal en sus hijos
	Barreras y facilitadores del cuidado de salud bucal
Relación con el centro de salud	Educación para la salud bucal en centro de salud
Relación con la garantía explícita en salud	Experiencia de educación para la salud bucal en GES
	Valoración de la educación para la salud bucal
	Expectativas

Anexo 3: Consentimiento informado para usuarias de GES que aceptan participar de la investigación.

1/2



Departamento de Odontología Conservadora



Consentimiento Informado Para Participación en Proyecto de Investigación

Título del Proyecto: "Exploración Cualitativa de la Intervención en Salud Bucal del GES en Embarazadas"

Investigador Responsable: Dra. Paola Carvajal Pavez

Nombre de la Participante:

Antes de tomar la decisión de participar en la investigación, lea cuidadosamente este formulario de consentimiento y discuta cualquier inquietud que usted tenga con el investigador.

Antecedentes Generales:

Usted ha sido invitado a participar en un Proyecto de Investigación bajo la supervisión de la Dra. Paola Carvajal Pavez de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. El propósito de esta investigación es conocer la experiencia que tienen las madres que asistieron al programa GES de embarazadas y su percepción de la salud bucal en relación a la salud bucal de sus hijos, en tres comunas de Santiago. Usted ha sido seleccionada al azar por estar dentro de ellas.

Su participación incluye:

Que se le realice individualmente una entrevista en profundidad que explorará sobre su experiencia en el Programa GES de embarazadas en su Centro de Salud Familiar, que tendrá una duración aproximada de 45 minutos, y será grabada. La entrevista será realizada en el lugar de su conveniencia.

Ventajas de participar en el estudio:

A todas las madres participantes del estudio se les hará entrega de un kit de elementos necesarios para su higiene bucal (cepillo, pasta y seda dental para ellas y lo indicado a la edad de su hijo o hija) y participarán de una actividad educativa sobre cómo reconocer los signos tempranos de la enfermedad para mantener una buena salud bucal de ella y su grupo familiar, además conocerán los alcances del estudio.

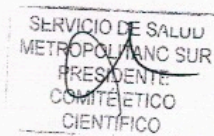
Desventajas de participar en el estudio:

Sólo destinar el tiempo necesario para realizar la entrevista.

Las entrevistas son estrictamente confidenciales. No se entregará información de aquellas realizadas durante la investigación a otras personas o instituciones sin su previa autorización. A su entrevista se le asignará un código numérico. Esto prevendrá que la persona que trabaje con su entrevista conozca la identidad del participante. Una vez procesadas las entrevistas, las grabaciones se eliminarán.

La participación es voluntaria y Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento y sus datos serán eliminados a partir de ese momento. Sin embargo, una vez analizados los resultados derivados de la investigación no podrán ser eliminados de aquellos trabajos científicos derivados de este estudio y que ya estén publicados.

Versión del 01 de Octubre 2014,
Dpto. de Odontología Conservadora/Olivos N°943,
Independencia: 29781839/Casilla 1903



02 DIC 2014

La Universidad tomará medidas para proteger la confidencialidad de sus registros, su identidad no será divulgada en ninguna publicación que resulte de este estudio.

Este proyecto de investigación no está destinado a dar un diagnóstico ni tratamiento de aquellos problemas en dientes o encías, ya que no se hará un examen clínico. La participación en este proyecto de investigación no debe reemplazar las visitas de rutina a su dentista.

Usted será informado de cualquier hallazgo derivado de su participación en la investigación y se le aconsejará lo apropiado para mantener su salud bucal.

En caso de alguna dificultad, el teléfono de contacto del investigador responsable Paola Carvajal es 29781839, donde Ud. puede llamar en horario de oficina.

Desde ya le agradecemos su participación.

Declaro:

Que he leído este formulario de aprobación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo que me darán copia de este documento. Consiento para participar en esta investigación.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación alguna puedo revocar el consentimiento que ahora presto para participar en el presente Proyecto de Investigación, y que frente a cualquier duda puedo además consultar con el Presidente del Comité de Ética de la Facultad de Odontología, Dra. María Angélica Torres, en el fono: 29781702, en horario de oficina.

Si usted tiene cualquier pregunta acerca del proceso de obtención del Consentimiento Informado o sus derechos como sujeto de estudio, entonces Ud. puede contactar, en cualquier momento, a la Presidenta del Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur: Q.F. Sra. Verónica Rivera Sciaraffia, dirección: Avenida Santa Rosa Nº 3453, comuna San Miguel, Santiago, Chile, Teléfono: 56-2-2576-3850, Celular Institucional: 56-9-58582831, correo electrónico: veronica.rivera@redsalud.gob.cl

Nombre de la Participante:

Firma.....

Fecha.....

Nombre de la Investigador que toma el CI:

Firma.....

Fecha.....



Nombre del Investigador Principal:

Firma.....

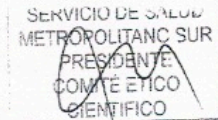
Fecha..... 22.01.2013

Nombre del Director del Establecimiento o su representante:

Firma.....


Fecha.....

Versión del 01 de Octubre 2014, □
Dpto. de Odontología Conservadora/Olivos N°943,
Independencia: 29781839/Casilla 1903



02 DIC 2014

Ed 08/11/2013


FACULTAD DE ODONTOLOGÍA | COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
UNIVERSIDAD DE CHILE

ACTA DE APROBACION DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Dra. MA.Torres Pdte./ Dra. C.Lefimil Secr/ Dr. E.Rodriguez/ Srta. K.Lagos/ Dra. X.Lee / Dra. B.Urzúa

ACTA N°: 2013/27

1. Acta De Aprobación De Protocolo De Estudio N° 2013/33
2. Miembros del Comité Ético-Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile participantes en la aprobación del Proyecto:

Dra. M^a Angélica Torres V. Presidente CEC	Dra. Claudia Lefimil Secretaria CEC	Dr. Eduardo Rodriguez Y. Miembro permanente del CEC
Dra. Blanca Urzúa Miembro permanente del CEC	Dra. Ximena Lee Miembro permanente del CEC	Srta. Karin Lagos Miembro permanente del CEC
3. Fecha de Aprobación: 06/11/2013
4. Título completo del proyecto: "Exploración cualitativa de la intervención en salud bucal del GES en embarazadas", **Versión oficial única 2013**, Concurso de Proyectos FONIS.
5. Investigador responsable: **Paola Lorena Carvajal Pavez.** Académico del Departamento de Odontología Conservadora de la Facultad de Odontología, U de Chile.
6. Institución: Facultad de Odontología U. de Chile – FONIS.
7. Documentación Revisada y Aprobada:
 - Proyecto "Exploración cualitativa de la intervención en salud bucal del GES en embarazadas", **Versión oficial única 2013**, Concurso de Proyectos FONIS.
 - Consentimiento Informado (CI) **versión 6 de Noviembre del 2013** del proyecto "Exploración cualitativa de la intervención en salud bucal del GES en embarazadas", **Versión oficial única 2013**, Concurso de Proyectos FONIS.
 - Currículo del investigador responsable Dra. Paola Lorena Carvajal Pavez.

- Nómina de los co-investigadores y colaboradores directos de la investigación: Johanna Contreras Balbontín (IA), Patricia Hernández Ríos (Col), Claudia Carvajal Pavez (Col), Constanza Kuzmanic Coddou (Col) y Héctor Oyarce Acevedo (Col).
- Carta de aceptación de las autoridades administrativas a saber: Director del Centro de Salud Familiar Santa Teresa, Comuna de San Joaquín, Santiago.

7.- Carácter de la población:

Estudio cualitativo con el propósito de explorar, comprender y describir las experiencias y componentes adquiridos de la participación de las embarazadas en las intervenciones de salud bucal del GES. Es una muestra de 25 mujeres mayores de 18 años, elegidas por conveniencia, que hayan asistido al programa GES de embarazadas en el Centro de Salud Familiar Santa Teresa, Comuna de San Joaquín, Santiago.

8.- Fundamentación de la aprobación

Durante el embarazo las mujeres tienen garantizado el acceso a atención odontológica integral (GES) y se les otorgan prestaciones de promoción, prevención y rehabilitación, en nivel primario y secundario, si lo requieren. El objetivo es recuperar la salud bucal de las mujeres embarazadas, así como educarlas sobre la importancia del cuidado de la salud bucal y de los condicionantes que inician sus patologías, con el fin último de que eso se traspase hacia sus hijos(as), esperando tener población más sana en las nuevas generaciones, disminuyendo la alta prevalencia de patología bucal que existe actualmente en nuestra población.

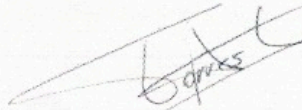
Pese a que las garantías en atención odontológica integral a embarazadas llevan varios años implementadas, no se ha explorado aún el efecto que ha tenido esta intervención en las ahora madres, en relación con su percepción de la importancia de la salud bucal y de su rol como proveedora de salud hacia sus hijos(as). Por esto, este estudio cualitativo propone entrevistar a 25 mujeres adultas que hayan asistido al programa GES de embarazadas, para explorar como el componente preventivo en salud bucal está incorporado a su vida y de qué manera lo transmiten a sus hijos. Esto será de utilidad para conocer como están recibiendo las mujeres la intervención y proponer mejoras en el enfoque del programa, para reforzar el propósito final que es disminuir la prevalencia de las enfermedades bucales y tener madres empoderadas en la participación de la salud de sus hijos(as).

La investigación así planteada en este protocolo, se enmarca en los principios de respeto a los derechos humanos y garantiza su respeto en todos los procedimientos, metodologías y procesos de investigación declarados. El formulario de consentimiento informado cumple con los requisitos exigidos. La Dra. Paola Carvajal ha garantizado la confidencialidad de los datos de investigación y se ha definido con claridad la cadena de custodia de la información obtenida y las restricciones para su uso por terceros.

Ed 08/11/2013

En consecuencia, el Comité Ético Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, Aprueba por unanimidad de sus miembros, el estudio "Exploración cualitativa de la intervención en salud bucal del GES en embarazadas", **Versión oficial única 2013**, Concurso de Proyectos FONIS, y el CI del mismo, versión del 06/11/2013, bajo la conducción de la **Dra. Paola Carvajal Pavez**, Académico del Departamento de Odontología Conservadora de la Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Una vez finalizado el estudio el comité deberá ser informado de los resultados del estudio mediante carta formal. Este Comité se reserva el derecho de monitorear este proyecto si lo considera necesario y el investigador deberá, bajo mutuo acuerdo, presentar los antecedentes solicitados.



Dra. María Angélica Torres V.
Presidente CEC-FOUCH.



C/C.
Investigador Principal.
Secretaría C.E.C.

Anexo 5: Aprobación comité de ética y científico de Servicio de Salud Metropolitano Occidente.



Carta N° 005/2015

REF: Exploración cualitativa de la intervención en salud bucal del GES en embarazadas

Santiago 26 de enero de 2015

Dra. Paola Lorena Carvajal Pavez
Investigador principal
Facultad de Odontología, Universidad de Chile

De nuestra consideración:

NOMBRE DEL ESTUDIO: Exploración cualitativa de la intervención en salud bucal del GES en embarazadas.

PATROCINADOR: Beca CONICYT

Por intermedio de la presente acusamos recibo de solicitud de evaluación del estudio de referencia

Este comité ha evaluado el mencionado estudio concluyendo:

- ❖ El diseño del estudio es adecuado para demostrar la hipótesis planteada y sus objetivos.
- ❖ Que proveerá de conocimientos atingentes a la realidad epidemiológica de Chile.
- ❖ Que no existen riesgos asociados a la ejecución del estudio.
- ❖ Que los miembros del Comité no presentan conflictos de interés al no tener ninguna relación con el investigador ni con la entidad que patrocina la beca.
- ❖ Que el Consentimiento Informado garantiza voluntariedad y confidencialidad.


Por lo anteriormente expuesto este Comité decide:

APROBAR EL ESTUDIO PROPUESTO

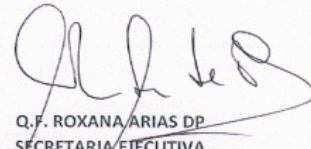
En sesión extraordinaria del 26 de enero de 2015 y con la asistencia de los siguientes miembros:

Dra. Teresa Alarcón O.	Vicepresidenta CEIC
Q.F. Roxana Arias DP	Secretaría ejecutiva CEIC

Sin otro particular y quedando a su entera disposición,



COMITE
DE ETICA
CIENTIFICA VICE - PRESIDENTA
COMITE DE ETICA DE LA INVESTIGACIÓN
CIENTÍFICA
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE



Q.F. ROXANA ARIAS DP
SECRETARIA EJECUTIVA
COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN
CIENTÍFICA
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE



COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Q.F.VRS/cml

MEMO N°: 625/2014

MAT.: Aprobación final de Protocolo que indica.

Santiago, 16 de diciembre de 2014

DRA. PAOLA CARVAJAL PAVEZ
INVESTIGADORA PRINCIPAL
PROYECTO: "Exploración cualitativa de la intervención en salud bucal del GES en embarazadas."
DEPTO. ODONTOLOGIA CONSERVADORA
UNIVERSIDAD DE CHILE
PRESENTE

Informamos a Ud. que el Comité Ético Científico (CEC) del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), en sesiones del 04/11/2014 y 02/12/2014, ha tomado conocimiento y evaluado los siguientes antecedentes del PROYECTO: "Exploración cualitativa de la intervención en salud bucal del GES en embarazadas.", mediante carta fechada 03/10/2014 y recepcionada por este CEC el 28/10/2014:

- I. Antecedentes revisados y evaluados por el C.E.C. S.S.M.S., en sesiones del 04/11/2014 y 02/12/2014: (Se adjunta asistencia)
 1. Carta fechada 03/10/2014, dirigida a la Pdta. CEC SSMS, firmada por la Investigadora Principal, Dra. Paola Carvajal Pavéz, Profesora Asistente Depto. Odontología Conservadora.
 2. Copia de correo donde se informa a Investigadora Principal la adjudicación de este proyecto, por parte de FONIS.
 3. Certificado, fechado 08/07/2014, firmado por la Investigadora Principal, con la nómina de los estudios de investigación, en los que está participando como Investigador Principal o Co-investigador.
 4. Carta Compromiso Institución Asociada, fechada 01/09/2013, firmada por D. Sandra Oller Muguertegui, Directora CESFAM Santa Teresa de los Andes, Corporación Municipal de Desarrollo Social San Joaquín, Centro de Salud, donde se obtendrán las nóminas de participantes.
 5. Protocolo del Proyecto de Investigación: "Exploración cualitativa de la intervención en salud bucal del GES en embarazadas", que fue aprobado por FONIS Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud.
 6. Acta de Aprobación de Protocolo de Investigación N° 06, Ed 14/10/2014, firmada por Dra. María Angélica Torres V., Presidente del Comité Ético Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Acta de Aprobación de Enmienda a Protocolo de Estudio N° 2014/20.
 7. Acta de Aprobación de Protocolo de Investigación N° 2013/27, Ed 08/11/2013, firmada por Dra. María Angélica Torres V., Presidente CEC-FOUCH, Comité Ético Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Acta de Aprobación de Protocolo de Estudio N° 2013/33.
 8. Consentimiento Informado para Participación en Proyecto de Investigación, Versión del 14 de octubre del 2014, Depto. de Odontología Conservadora/Olivos N°943. (discursos) (03 copias)
 9. Consentimiento Informado para Participación en Proyecto de Investigación, Versión del 14 de octubre del 2014, Depto. de Odontología Conservadora/Olivos N°943. (entrevistas) (03 copias)
 10. Nómina de Investigadores, firmada por la Investigadora Principal, Dra. Paola Carvajal Pavéz

14. Curriculum vitae de Co-investigador, Dra. Claudia Carvajal Pavéz.
15. Curriculum vitae de Co-investigador, Antropóloga, D. Valentina Fajreldin Chuaqui.
16. Curriculum vitae de Co-investigador, Dr. Héctor Oyarce Acevedo.
17. Certificado, fechado 30/07/2014, firmado por la Investigadora Principal, que acredita los aportes que dejará este proyecto para las beneficiarias y odontólogos participantes.

II. Mediante Memorándum N° 538, fechado 24/11/2014, se solicitó al Investigador solucionar observaciones al Consentimiento Informado.

III. Con fecha 26/11/2014, se recepciona Consentimiento Informado corregido.

IV. Por lo anterior, el Comité Ético Científico (CEC), del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), con fecha **02/12/2014**, determinan que **el Estudio no presenta reparos Éticos y lo aprueban**; por lo que se **remiten firmados, timbrados y fechados**:

- Consentimiento Informado para Participación en Proyecto de Investigación, Versión del 14 de octubre del 2014, Depto. de Odontología Conservadora/Olivos N°943. (discursos)
- Consentimiento Informado para Participación en Proyecto de Investigación, Versión del 14 de octubre del 2014, Depto. de Odontología Conservadora/Olivos N°943. (entrevistas)

V. **La aprobación de este Estudio** se fundamenta en el conocimiento y cumplimiento de lo siguiente:

- Norma Técnica N°57 "Regulación de la ejecución de ensayos clínicos que utilizan productos farmacéuticos en seres humanos", del Ministerio de Salud, 2001.
- Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos.
- La Ley N° 19.628 legisla sobre "Protección de la vida privada en lo concerniente a datos personales"
- La Ley N° 20.120 regula la "Investigación científica en el ser humano, su genoma y prohíbe la clonación humana". (Oficio N°114 del 22/11/10, tomado Razón por Contraloría General De La República el 02/11/11).
- Reglamento de la Ley 20.120, aprobado por oficio N° 114, del 22/11/2010, de la Presidencia de la República, tomando Razón por la contraloría General de la República, el 02/11/2011.
- La Ley 20.584, que regula "los Derechos y Deberes que tienen las personas, en relación con acciones vinculadas a su atención en salud", desde una perspectiva de la ética pública, aplicando el código de buenas prácticas.
- Circular N° A15/15 del 18/04/2013 del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, de Emisión de Consentimiento de Personas Participantes de una Investigación Científica.
- Declaración de Helsinki
- Valor Científico y social.

VI. **Se adjuntan los siguientes documentos:**

- Asistencia de la Reunión del Comité Ético Científico SSMS.
- Memo N° 60 del 20 de abril de 2010, referente a Informe de Reportes Adversos.
- Informe de marzo 2012, referente al Consentimiento Informado en la aplicación de pruebas Farmacogénicas, en Protocolos Médicos aplicado a paciente del Servicio de Salud Metropolitano Sur.
- Declaración de Cumplimiento de las Buenas Prácticas Clínicas, Versión 2.0, actualizada el 21/10/14, en Sesión del CEC del SSSUR.
- **DOCUMENTOS ORDINARIOS**, difundidos por la DIRECCION del SSMS, referente a Lineamientos emanados por el Comité Ético Científico, relevantes para el desarrollo de la investigación científica:

- **Ordinario N° 1932** del 14 de diciembre de 2012, referente a Ley de Investigación Científica en Seres Humanos.
- **Ordinario N° 643** del 26 de abril de 2013, en el que se solicita dar máxima difusión a Circular de emisión de Consentimiento de personas participantes de una investigación científica.
- **Ordinario N° 1286** del 29 de agosto de 2013, que difunde Memorandum N° 218 e Informativo N° 001 del 26/08/13, referente a organización administrativa del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur.
- **Ordinario N° 1454** del 30 de septiembre de 2013, que difunde Resolución Exenta N° 739 del 08/08/2013, que aprueba Norma General Administrativa N° 26, sobre implementación de pliego informativo de conductas ilícitas establecidas en el Art. 161-A del Código Penal.

Solicitamos a Ud. comunicar a este Comité:

1. El inicio de la ejecución del estudio.
2. Estado de avance y los eventos observados asociados y no asociados con el estudio.
3. Rechazo de participación de los sujetos
4. Número de sujetos enrolados
5. Cualquier antecedente importante que se observe durante la ejecución de la investigación.
6. Finalizado el estudio, remitir informe final.

Saludan atentamente,

SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO SUR
PRESIDENTE
COMITÉ ÉTICO
C.I.C.
Q.F. VERONICA RIVERA SCIARAFFIA
PRESIDENTA
COMITE ETICO CIENTIFICO
S.S.M.S.

DR. HECTOR JORQUERA VERGARA
VICE-PRESIDENTA
COMITE ETICO CIENTIFICO
S.S.M.S.

C./c.:

- **Directora CESFAM Santa Teresa de los Andes**, D. Sandra Oller Muguertegui
- **Director Corporación Municipal de Desarrollo Social San Joaquín**
- **Jefe Depto. Técnico en Salud SSMS**
- Archivo Memos CEC SSMS.
- Archivo Protocolo indicado.