

Influencia de los factores socioculturales en la salud bucal de mujeres en edad fértil de la comunidad rural de Mala

Carlos Campodónico Reátegui^{1*}; Mariela Ruthsana Romero Velarde^{2*} y María Angélica Alvarez Páucar^{3*}

¹ Departamento Académico de Estomatología Biosocial

^{2,3} Departamento Académico de Estomatología Pediatría

* Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú
E-mail: ccampodonicor@unmsm.edu.pe

It influences of the sociocultural factors in the buccal health of women in fertile age of the rural community of Mala

Resumen

El propósito de este estudio fue el de determinar el grado de influencia que ejercen los factores socioculturales en la salud bucal de las Mujeres en Edad Fértil (MEF) de la comunidad rural de Mala en el año 2004. Para este estudio se tomó un grupo muestral de 40 MEF (15 a 49 años de edad), que fueron seleccionadas cuidadosamente según los criterios establecidos para la presente investigación. A estas mujeres se les realizó una encuesta de tipo estructurada de acuerdo con las variables de estudio y luego pasaron por un examen dental para corroborar el estado de salud bucal y se tomó el Índice CPOD de cada una. Se obtuvo una fuerte influencia del factor número de hijos encontrándose 9 diferencias significativas seguido de otros factores, de los cuales destacan: edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación y violencia contra la mujer todos ellos con igual número de diferencias significativas.

Se concluye que los factores socioculturales tienen una gran influencia sobre el estado de salud bucal de las mujeres en edad fértil de la comunidad de Mala siendo el factor de mayor influencia el número de hijos.

Palabras clave: Factores socioculturales, salud bucal, mujeres, violencia.

Abstract

The purpose of this study is to determinate the influence of the sociocultural factors in the oral health of Women in Fertile Age (WFA) in Mala's rural community on 2004. For this study we take a research group of 40 WFA of Mala community (from 15 to 49 years old) who were selected according to the selection criterion established for the present study. To these women we practice a structure survey according to the research variable and then we practice a dental examination to corroborate the oral health state we also take DMFT index of every one. We found a strong influence of the Number of children's factor with 9 significative differences following the factors age, instruction degree, civil state, work and violence against women all of them with same significative differences.

In fact, the sociocultural factors have a great influence in the oral health state of women in fertile age of Mala's rural community being the number of children's, the factor with more influence.

Key words: Sociocultural factors, oral health, women, violence.

Introducción

Desde tiempos antiguos se ha establecido que es más fácil prevenir las enfermedades que curarlas, sin embargo es necesario para ello conocer a cabalidad los factores de riesgo y los factores etiológicos que promueven el desarrollo de las enfermedades más prevalentes¹.

Para la presente investigación se tomó como definición de salud al "estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo y no solamente a la ausencia de afecciones o enfer-

medades". Como se sabe, en Salud Pública, este fonograma de salud, está vinculado a la calidad de vida, que sigue permaneciendo desde 1946² en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS)² y bajo este punto de vista, es aplicable a todas las ciencias de la salud incluyendo a la Odontología. Diversos estudios señalan a los factores sociales y dentro de ellos, se considera sólo al aspecto sociocultural, como un factor muy relevante que determina el estado de salud bucal de la población^{3,4}. Asimismo se definió a los factores socioculturales

como " aquel grupo relacionado con el estado cultural en el que se encuentran los individuos promedio de una sociedad o grupo social "⁵.

Hoy en día, la mujer cumple un papel importante en el cuidado de la salud, entendiéndose que su condición de mujer es central, no sólo en el desarrollo humano y de las sociedades, sino también en la responsabilidad y los riesgos del proceso reproductivo en lo biológico y lo social⁶. Entonces se podría desprender la siguiente premisa, que el grupo poblacional de

Mujeres en Edad Fértil (MEF), es clave en la prevención de las enfermedades y en el desarrollo humano, siendo responsables de su propia salud, la de su familia y de su entorno.

Muchas investigaciones realizadas sobre salud bucal revelaron, que las madres son las primeras fuentes de bacterias cariogénicas para los bebés, pudiendo ser consideradas responsables por la contaminación e infección de los hijos, todo esto sumado a hábitos perjudiciales influenciados por el medio ambiente y un medio bucal favorable, se puede convertir en una ventana de infectividad temprana a las infecciones bucales, ésta adquisición temprana de bacterias se debe al contacto directo por la saliva transmitida por hábitos inadecuados como: Besos en la boca, probar los alimentos con la misma cuchara y llevarlos a la boca del bebé.⁷⁻⁹ Por ello Assis⁸ (2003) concluye que es necesario evitar la "ventana de infección" pues así se interrumpe un ciclo vicioso, lo que favorece a los niños y promueve la salud bucal de las madres y en general de la mujer. Melgar⁷ (2000) señala que los estilos de vida de las madres pueden afectar la salud oral de sus hijos. De manera que, Assis⁸ (2003) sugiere un embarazo planeado en el que la futura madre tenga asistencia odontológica antes de quedar embarazada.

Como se observa, no sólo los factores biológicos influyen sobre la salud bucal de las Mujeres en Edad Fértil (MEF), además se adicionan otros factores socioculturales determinados por el medio ambiente en el que viven como: Costumbres, creencias religiosas, sistema político, valores, tradiciones, educación, entre otros, que son de gran influencia para la salud bucal.

En el Perú, las MEF son un grupo identificable y de prioridad para algunas especialidades médicas, constituyen el 25% de la población total y el 49% de la población femenina, con niveles considerables de la violencia contra la mujer por parte de la pareja según lo observado en la Encuesta Nacional Demográfica de Salud (ENDES 2000)¹⁰ y el Análisis de la Situación de Salud del Perú (ASIS 2001)¹¹, problemas que podrían evitarse mediante los programas de promoción y prevención de la salud, incluyendo la salud bucal⁴.

El Objetivo de esta investigación fue determinar los factores socioculturales y su influencia sobre la salud bucal de la mujer en edad fértil realizado

en el 2004 en la comunidad de Mala, Lima - Perú.

Materiales y Métodos

Este estudio fue de tipo transversal, descriptivo. La población estuvo conformada por las Mujeres de 15 a 49 años de edad en Edad Fértil (MEF) del sector rural de San Pedro de Mala.

La muestra estuvo conformada por 40 MEF del sector San Pedro de Mala, seleccionados con los siguientes criterios:

- Mujeres que tengan 15 a 49 años de edad, con un tiempo de residencia en la localidad no menor a cinco años y que acepten ser examinadas y entrevistadas por los investigadores.
- Las entrevistadas no deben contar con deficiencias físicas, mentales y psicomotrices que dificulten el adecuado desarrollo de la recolección de datos.

La recolección de datos fue realizada por los investigadores responsables del trabajo previa calibración de los mismos y el apoyo de los servicios de odontología, obstetricia y enfermería del Centro de Salud de Mala. Las entrevistas y los exámenes dentales se realizaron previo consentimiento de la mujer y en los casos de menores de edad, además se solicitó la autorización del padre, madre o tutor.

Las entrevistas fueron realizadas en las zonas cercanas al establecimiento de salud, donde se les hizo entrega de una contraseña para la posterior realización de los exámenes dentales, ésta revisión dental fue ejecutada en el servicio de odontología del Centro de Salud de Mala, utilizando el instrumental básico de diagnóstico (espejo, pinza y explorador).

Se confeccionó una ficha para registrar los datos recolectados por el estudio, esta ficha tiene dos partes: La primera parte es la entrevista de tipo estructurada que contó con preguntas cuidadosamente elaboradas según las variables del estudio (Variable Sociocultural: Edad, estado civil, ocupación, material de vivienda, violencia, etc.; Variable Salud Bucal: Consumo de alimentos cariogénicos, medios de higiene, frecuencia de cepillado, asistencia odontológica, etc.). La segunda parte fue el examen dental para lo cual se confeccionó un odontograma, además se registró el uso de prótesis y el número de piezas cariadas, per-

didadas y obturadas con lo cual luego se procedió a confeccionar el Índice CPOD de cada caso.

Para realizar el análisis y procesamiento de los datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 12, se efectuaron las medidas de tendencia central y la elaboración de sus respectivas tablas, además se utilizó el análisis de Chi cuadrado y Correlación de Pearson, para verificar el grado de significancia de las variables.

Resultados

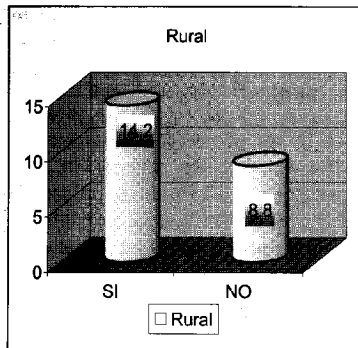
Los resultados registran un índice CPOD de 11.7, siendo el más bajo CPOD= 0 y el más alto de CPOD de 27. (p: 0.01)

Se debe agregar que, la salud bucal de las MEF maleñas no sólo se basó en el Índice CPOD, sino también registró las siguientes variables bucales: Dieta (consumo de azúcares extrínsecos y bebidas refrigerantes), higiene bucal (utensilios de higiene, elementos de higiene No convencional y periodicidad del cepillado), visitas al odontólogo (asistencia y periodicidad de visitas) y uso de prótesis. Mientras como variables socioculturales se utilizó: N° de hijos, edad, procedencia del individuo, procedencia de los padres, grado de instrucción, estado civil, ocupación, tipo de trabajo, material de vivienda, servicios básicos, hábitos sociales, violencia, etc.

En la presente investigación se encontró, que de todos los factores socioculturales estudiados, aquellos que tuvieron una gran influencia en la salud bucal de las MEF (de acuerdo al orden creciente de influencias) fueron: Violencia ejercida contra la mujer y ejecutor de la violencia, servicios básicos, ocupación, grado de instrucción, estado civil, edad y n° de hijos, como veremos a continuación:

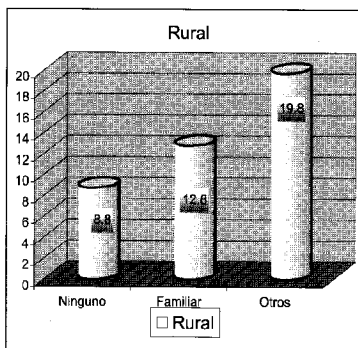
Violencia contra la mujer: En general el 50% de MEF han sido víctimas⁵ de violencia, el 100% de MEF violentadas (MEFv) presentó deterioro de su salud bucal CPOD=14.2 vs. MEF no violentadas (MEFno v) presentando un CPOD= 8.7 (Gráfico 1); en relación a las MEFv se obtuvo: Alta tendencia en el consumo de azúcares extrínsecos 60%, uso básico de cepillo y pasta dental para la higiene diaria 55%, mientras que sólo el 30% usa utensilios de higiene bucal adecuados (cepillo, pasta e hilo dental) y su frecuencia de cepillado fue de 3v/d con el 45%.

Gráfico 1. Índice CPOD vs. Violencia contra la mujer



Ejecutor de la violencia: De las MEFv sometidas a violencia por un familiar, fueron el 80%, con un CPOD= 13, mientras que las MEFv violentadas por un desconocido fueron el 20%, con un CPOD= 19.75, siendo alto en ambos (Gráfico 2); las poblaciones de MEFv y MEFno v. no usan los 03 utensilios de higiene dental, siendo ligeramente mayor en aquellas MEFv por un familiar con un 55%, además de cepillarse adecuadamente (3v/d) con el 56.3%, mientras que, las MEFno v. mayoritariamente no se cepillan adecuadamente.

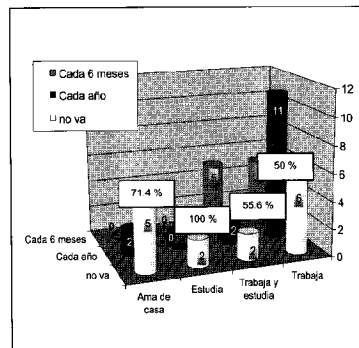
Gráfico 2. Índice CPOD vs. Ejecutor de la violencia



Servicios Básicos: Se consideró en este rubro los siguientes subgrupos: luz, agua, desagüe y teléfono, de ellos la mayoría de la población presenta 2 servicios básicos agua y luz; las MEF que cuentan con 2 y 3 servicios consumen regularmente azúcares extrínsecos, mientras las que tienen los 4 servicios básicos consumen pocos azúcares extrínsecos similar consumo con las MEF que cuentan con 1 servicio básico (100%). Las mujeres que cuentan con los 4 servicios básicos acuden al odontólogo por alguna molestia oral además las MEF que tienen más de un servicio básico acuden al odontólogo en su mayoría por lo menos alguna vez al año.

Ocupación: Todos los subgrupos MEF (trabajan, trabajan y estudian, sólo estudian y amas de casa) tienen alto consumo de azúcares extrínsecos; sólo el grupo de las estudiantes cumplen con las medidas de higiene bucal de 3v/d con un 100%, mientras todos los subgrupos tienen como promedio de higiene 2v/d; las amas de casa y las estudiantes no visitan frecuentemente al odontólogo siendo las mujeres que trabajan y estudian las que sí lo hacen (Gráfico 3).

Gráfico 3. N° de MEF que Visitan al Odontólogo vs. Ocupación



Grado de Instrucción: En general, ninguna reportó tener primaria incompleta, la mayoría de las MEF tiene secundaria completa con el 42.5%; las MEF ubicadas en todos los niveles de grado de instrucción reportaron consumo de azúcares extrínsecos alto en más del 50%. A mayor grado de instrucción (desde educación técnica, el mayor grado encontrado) mayor frecuencia de visitas al odontólogo por lo menos alguna vez al año, mientras que aquellas que recibieron sólo primaria completa (100%) refirieron que no van. A menor grado de instrucción mayor uso de medios de higiene no convencional (jabón, detergente, lejía) como se observó en las mujeres con sólo primaria completa (100%).

Estado Civil: La mayoría de las MEF solteras son convivientes siendo éstas las que más descuidan su salud bucal: No acuden al odontólogo 53.3%, automedicación 80%, uso inadecuado de los utensilios de higiene oral 86.67% a esto se suma una insuficiente frecuencia de higiene de 2v/d (80%), además del consumo frecuente de dieta cariogénica: Azúcares extrínsecos sólidos (80%), bebidas refrigerantes azucaradas (73.3%) y el no uso de prótesis dental (80%). Mientras la mayoría de las mujeres casadas utilizan prótesis (54.5%).

Edad: La mayoría poblacional de MEF son menores de 20 años, 22.5% y le siguen mujeres de 21-25, 26-30 y 31-35 años con igual valor de 20%; a más edad (31-35 años) mayor CPOD= 18 y a menor edad (menores de 20 años) menor CPOD= 6.6 (Gráfico 4). A mayor edad (mayores de 35 años) mejor uso de los medios de higiene (86%) y son portadores de prótesis mayoritariamente; las MEF que visitan frecuentemente al odontólogo son de 21-25 años (62.5%) a diferencia de las que sólo se automedican siendo las menores de 20 años (100%), 26-30 años y 31-35 años reportaron el mayor uso de elementos de higiene no convencional (jabón, detergente, lejía).

Gráfico 4. Índice CPOD vs. Edad

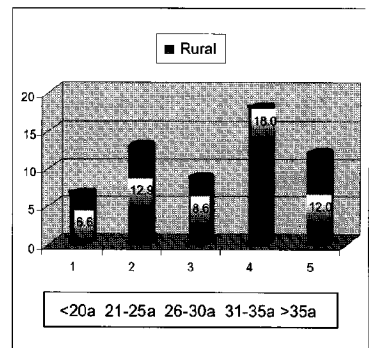
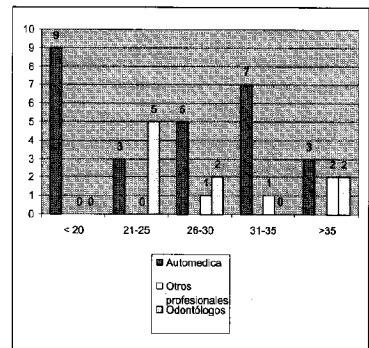


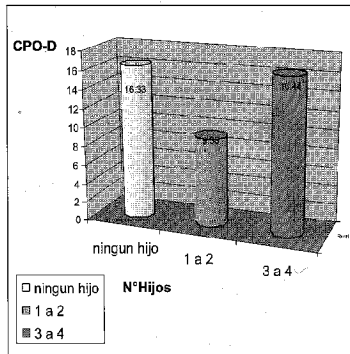
Gráfico 5. N° de MEF que Asisten al Odontólogo vs. Edad



Número de Hijos: Los subgrupos estudiados fueron: ninguno, 1-2 y 3-4 hijos. En general las MEF tienen como promedio entre 1-2 hijos. Mientras que todas presentaron alto CPOD, las que no tienen hijos mostraron un CPOD= 16.3, los de 1-2 hijos un CPOD= 9.4 y los de 3-4 hijos un CPOD= 16.4 (Gráfico 6); el consumo de bebidas refrigerantes fue alto entre MEF sin hijos y con 1-2 hijos; la mayoría de mujeres con hijos se automedican

mientras el 100% de las mujeres sin hijos acuden al odontólogo; las MEF con 1-2 hijos no se higienizan bien ni acuden frecuentemente al dentista. Las mujeres que no tienen hijos (100%) utilizan los 3 medios de higiene (uso de cepillo, pasta e hilo dental) y acuden periódicamente al dentista, además reportaron haber usado medios de higiene no convencional (uso de jabón, detergentes, lejía).

Gráfico 6. Índice CPOD vs. N° de Hijos



Discusión

Los estudios hechos por Cabrera³, Aldereguía¹² y Pérez¹³ demostraron que no sólo los factores biológicos intervienen en la etiopatogenia de las enfermedades bucales, sino que con ellos interactúan los factores sociales, en particular el sociocultural, que determina el estado de salud bucal de la población.

Considerando que los diversos estudios sobre el particular revelan que las madres son las principales fuentes de infección de bacterias para sus niños, también lo son la presencia de los hábitos perjudiciales influenciados por el medio ambiente.^{1,7-9}

En el presente estudio, se encontró que de todos los factores socioculturales estudiados, aquellos que tuvieron una considerable influencia sobre la salud bucal de las MEF (Mujeres en Edad Fértil) de Mala fueron: N° de hijos, edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, servicios básicos, material de vivienda, violencia contra la mujer y ejecutor de la violencia.

Se sabe que en el Perú, el 2do y 4to motivo de consulta de la población MEF es la asistencia odontológica que representan el 12.9% del total¹⁴, por lo que se puede deducir que las mujeres son agentes esenciales para el desarrollo del proceso salud-enfermedad, como interventora de conductas saludables de sus hijos y de su

grupo familiar⁶. Dentro de los factores evaluados para el presente estudio en el rubro salud bucal se consideró a: Higiene, dieta cariogénica, CPOD y uso de prótesis entre otros.

En esta investigación se observó que la variable N° de hijos fue la de mayor significancia con respecto a salud bucal obteniéndose que las MEF de Mala tiene en promedio de 1 a 2 hijos cifra que coincide con el reporte de indicadores básicos del 2003 del Ministerio de Salud- Perú (MINSA)¹⁵, en el que se mencionan que la tasa global de fecundidad para Lima es de 2.1 hijos mientras que se observó una tasa de fecundidad nacional de 2.9 hijos y para el área rural peruana la tasa de fecundidad promedio es de 4.3 hijos, lo que podría inferirse en una mejor utilización de los métodos de planificación familiar por parte de estas mujeres. Además cuando se comparó esta variable con la variable salud Bucal se encontró que el CPOD es alto independientemente que si la mujer tiene o no hijos, sin embargo las mujeres con 3 a 4 hijos presentaron el CPOD más alto de 16.4, coincidiendo con diversos estudios^{16,17} donde señalan a mayor número de hijos mayor CPOD.

Otro dato importante de las mujeres con hijos fue que generalmente se automedican ante una molestia oral, en vez de ir al odontólogo, de lo que se deduciría que a mayor N° de hijos, las mujeres restan importancia a su propia salud bucal, por tener otras preocupaciones como el cuidado de sus hijos; no hay evidencia de estudios peruanos anteriores que respalden esta posición. Al revisar los resultados de las mujeres sin hijos se observó que acuden al odontólogo frente a una molestia oral, así como que conocen y hacen uso de los utensilios de higiene bucal convencional; además se observa que hay un alto consumo de bebidas refrigerantes (yogurt, gaseosas, etc.) esta situación es probable que se deba a la poca responsabilidad que tienen estas mujeres, que al no tener hijos tienen más tiempo para su cuidado personal. Lo novedoso, en el grupo de las mujeres sin hijos, fue el uso de detergentes, jabón de ropa y/o lejía en vez de la tradicional pasta dental. Se cree que el uso de estos productos se debería a una medida extrema de cuidado bucal practicada por este grupo de mujeres por lucir mejor. Teniendo en cuenta, que algo menos del 50% de la población de MEF Mala es inmigrante de la sierra

central, siendo la mitad proveniente de padres oriundos de estas regiones del país; estaríamos frente a un aspecto de transmisión cultural de padres a hijos; situación sin precedentes en estudios anteriores.

Otro factor sociocultural importante fue el grado de instrucción, que representó el 42.5% de la población MEF con secundaria completa y ninguna reportó primaria incompleta o analfabeta, datos que coinciden con el reporte de indicadores básicos 2003 MINSA¹⁵ en el que la población alfabetada de MEF a nivel nacional fue de 84% y va en aumento en relación a estudios anteriores. Al comparar el grado de instrucción con la variable salud bucal se encontró que las MEF ubicadas en todos los niveles de instrucción consumen regularmente azúcares extrínsecos, siendo las que tienen menor grado de instrucción las que consumen mayoritariamente, además se encontró que no van con mucha frecuencia al odontólogo y también hacen uso de los utensilios de higiene bucal no convencional.

Los factores socioculturales de edad y procedencia del individuo también mostraron una influencia sobre la salud bucal.

Un factor sociocultural novedoso e importante encontrado en esta investigación fue el aspecto de la violencia contra la mujer registrado en dos rubros: Violencia contra la mujer y el ejecutante de la violencia, variables que anteriormente no habían sido tomadas en cuenta con respecto a la salud bucal.

La literatura manifiesta que la violencia contra las mujeres tanto del área rural como de la urbana, dificultan el proceso de desarrollo social y económico, por lo que se determinó cinco manifestaciones de violencia: física, emocional, sexual, patrimonial y económica. Para este estudio sólo se tomó en cuenta la violencia física, emocional y sexual.

Según el reporte de indicadores básicos del MINSA¹⁵ se sabe que existe una prevalencia de violencia contra la mujer a nivel nacional del 41.2% dato ligeramente menor a la cifra encontrada en este estudio del 50% de MEF que han sido víctimas de violencia.

Cuando se comparó el factor violencia contra la mujer con la variable salud bucal, se encontró que el 100% de las MEF violentadas presentó un franco deterioro de su salud bucal con un

CPOD de 14.2 en comparación con las MEF no violentadas que presentaron un CPOD de 8.7, dato interesante debido a que se observa que las violentadas y las no violentadas presentan CPOD altos. Otro dato importante fue que el 60% de las violentadas consumen azúcares extrínsecos, que la mayoría conoce las medidas de higiene bucal convencional (55%) pero tienen una frecuencia baja de cepillado dental menor a 3 veces al día, es decir que conociendo las medidas de higiene bucal convencional no las aplican; esto se puede explicar debido a la probable baja autoestima desarrollada en ellas así como al estado de stress permanente que la violencia genera en ellas, lo que las llevaría a un descuido de su salud bucal.

En el rubro ejecutor de violencia, se sabe que para Lima el 39.8% de las mujeres sufrieron violencia por parte de sus parejas o esposos¹⁵, esta cifra es importante por que nos sirve de base para los resultados encontrados en este estudio que revelan que en el 80% de las MEF violentadas de Mala, la violencia fue ejercida por un familiar, mientras que un 20% fue realizada por un desconocido. Cuando se comparó este factor con la variable salud bucal, se encontró que el CPOD de las MEF violentadas por un familiar fue de 13 en comparación con el CPOD de las violentadas por un desconocido que fue de 19.75; además todas las mujeres violentadas y no violentadas no usan adecuadamente los utensilios de higiene bucal convencional pero curiosamente las violentadas por un familiar los usan mejor que las otras (conocen utensilios de higiene bucal 55%, frecuencia de cepillado 3 o más veces al día, 56.3%), tal vez esto se deba a la presión que el familiar ejerce directamente hacia la víctima, a diferencia de la que es ejercida por un desconocido donde la mujer muchas veces se abandona. Por último se observó que las mujeres no violentadas tuvieron una menor frecuencia de cepillado dental que las demás lo cual resulta curioso debido a que ellas no están sometidas al stress de la violencia por lo que existirían otros factores culturales que estarían influenciando esta conducta.

En resumen se puede concluir que los factores socioculturales influyen en la salud bucal de las MEF maleñas y estos factores son importantes para establecer futuros programas de prevención en salud bucal que no sólo beneficien a un grupo poblacional sino que sus

resultados se vean reflejados en toda la población con la transmisión de conocimientos adecuados en salud bucal de madres a hijos lo cual elevaría la calidad de vida de la población peruana.

Conclusiones

Los factores socioculturales son determinantes en la salud bucal de las MEF de la comunidad rural de Mala.

Dentro de los factores socioculturales con mayor número de influencias sobre las variables de salud bucal de las MEF de Mala fue principalmente: N° de hijos con 9 intervenciones, seguimiento de los factores, edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, violencia contra la mujer y ejecutor de violencia todos ellos con igual número de diferencias significativas.

Los factores socioculturales que influenciaron sobre su estado dental (CPOD) fueron: N° de hijos, edad, violencia contra la mujer y tipo de ejecutor de la violencia, mientras las otras variables: Grado de instrucción, estado civil, ocupación influyen principalmente en lo relacionado a su higiene dental, consumo de dieta cariogénica y asistencia odontológica.

Las variables socioculturales: Violencia contra la mujer y ejecutor de la violencia, obtuvieron la más alta prevalencia de caries (CPOD alto) notándose además, su influencia sobre las otras variables de salud bucal.

Agradecimientos

El equipo de investigación agradece las facilidades del caso para la ejecución del presente trabajo al regidor de la Comunidad de San Pedro de Mala y profesor de la Maestría de Odontomatología en Salud Pública al Dr. Fermín Ávila Quispe y a los directivos del Centro de Salud de Mala.

Referencias

1. Duque de Estrada R. Johann, Rodríguez C. Amado. Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. *Rev Cubana Estomatol* 2001; 38 (2)
2. Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH). Programa de especialización en Gerencia de Servicios de Salud. Salud Pública. Lima: IDREH, 2003. pp. 11-15.
3. Cabrera V. Marlene, Acevedo N. Ana, Novoa P. Silvio. La educación sanitaria estomatológica, un problema social de las ciencias médicas. *Correo Científico*

Médico de Holguín 2000; 4(1).

4. Rodríguez Ch. Hilda, López S. Melvis. El embarazo. Su relación con la salud bucal. *Rev Cubana Estomatol* 2003; 40(2).
5. Salvat Editores. MDS Books, Mediasat Group. Madrid (ES). Enciclopedia Salvat: Impreso por Printer Colombiana. Colombia; 2004. Vol 18 pp.14369.
6. Corporación Municipal Gabriel González Videla de La Serena. Programa Trienal de Salud Municipal. La Serena, Chile; 2001-2003.
7. Melgar H. Rosa Ana. Factor de contaminación temprana en el Infante. *Revista Gaceta Odontológica Perú* 2000; Vol II (3). p. 11-14.
8. Assis Christianne. Caries dental en niños. *Bibliomed Holdings LLC*. 2003.
9. Walter R. de F. Luiz, Ferelle A, Issao M. Odontología para el bebe. 1ra ed. Sao Paulo: Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica C.A. (AMOLCA) p.113- 116; 2000.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI del Perú. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2000. p. XXV-XXVII.
11. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Oficina General de Epidemiología (OGE). Análisis de la Situación de Salud del Perú 2001. 1ra ed. Lima: 2002. p. 17-30; 52-57.
12. Aldereguía Henríquez J. Problemas sociales de la ciencia y la tecnología. La Habana: Editorial Félix Varela; 1994.
13. Pérez O. Sayde, Gutiérrez S. María del Pilar, Soto C. Luis, Vallejos S. Ana y Casanova R. Juan. Caries dental en primeros molares permanentes y factores socioeconómicos en escolares de Campeche, México. *Rev Cubana Estomatol* 2002; 39 (3).
14. Otero M. Jaime, Otero I Jaime. La paradoja de la Odontología. *Odontología Ejercicio profesional* 2004; 5 (10): <http://www.odontomarketing.com/> (10.10.2004)
15. Ministerio de Salud del Perú (MINSA) -OPS. Indicadores Básicos 2003- Situación de Salud en el Perú. Lima. 2003.
16. Futures Group International. The Maternal Health Study. Índice de Esfuerzo de Programa Materno Infantil Perú (MNPI) 2000 : <http://www.futuresgroup.com>
17. Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP) y Estudio para la defensa de los derechos de la Mujer (DEMUS). Mujeres del mundo: Leyes que afectan sus vidas reproductivas. Nueva York. 2000. p.83-90.