

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA, HáBITOS DE HIGIENE Y SALUD BUCAL

en mujeres chilenas
e inmigrantes haitianas

*Comparative study on quality of life, hygiene habits and oral health
in chilean and haitian immigrant women*

POR

MARIANA **RAMIREZ-PLACENCIA**¹

KEVIN **VILLEGAS RETAMAL**¹

¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Odontología.
Universidad Pedro de Valdivia, Chillán Chile.

Autor de correspondencia: Kevin Villegas. Panamericana norte
3651.

kevin.villegas@upv.cl

Resumen

El fenómeno de las migraciones en el mundo es uno de los más antiguos en la historia y hoy en día cobra una importancia cada vez mayor. Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental y transeccional en una muestra poblacional tipo bola de nieve en 60 mujeres, 30 chilenas y 30 inmigrantes haitianas en edades comprendidas entre 20 y 30 años de la comuna de Chillán-Chile quienes cumplieron con los criterios de inclusión, para comparar la calidad de vida, hábitos de higiene y salud bucal. Los análisis fueron realizados a través del software SPSS resultando que el COPD fue menor en las mujeres chilenas (9,4%), cuando se comparó con las mujeres haitianas (11,3%), siendo indicativo que las mujeres inmigrantes haitianas presentan peor salud bucal. La calidad de vida en las mujeres chilenas no es mayor que la calidad de vida en mujeres inmigrantes haitianas. A pesar de su mala condición de salud bucal ninguno de los dos grupos percibe gran influencia en su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE (DeCS): Inmigración, calidad de vida, salud bucal, inmigrante, chilenas, haitianas

Abstract

The phenomenon of migration in the world is one of the oldest in history and today it is becoming increasingly important. A quantitative, non-experimental and transectional study was conducted in a snowball population sample in 60 women, 30 Chileans and 30 Haitian immigrants between 20 and 30 years of age in the commune of Chillán-Chile who met the criteria of inclusion, to compare quality of life, hygiene habits and oral health. The analyses were carried out through the SPSS software, resulting a COPD in Chilean women being lower index (9.4%) than Haitian women (11.3%), indicating that Haitian immigrant women have worse oral health. The quality of life in Chilean women is no greater than the quality of life in Haitian immigrant women. Despite their poor oral health condition, neither group perceives great influence on their quality of life.

KEY WORDS (MeSH): Immigration, quality of life, oral health, immigrant, Chilean, Haitian

Introducción

Las migraciones constituyen un proceso creciente, fenómeno que se acompaña de un impacto en la comunidad en general y en particular en aspectos epidemiológicos en salud, especialmente en el ámbito de salud materno infantil^{1,2}. Es así como en Chile el incremento de la inmigración haitiana, en especial de las mujeres en edad fértil que durante el embarazo constituyen un grupo de alto riesgo de salud bucal, hará que el número de atenciones y con ello el gasto sanitario se vea aumentado considerablemente. Los movimientos migratorios están influidos por factores económicos, laborales, búsqueda de bienestar social, mejores condiciones de educación y salud, desplazamientos por violencia, terrorismo e inseguridad y mejores perspectivas de desarrollo profesional^{3,4}.

La salud bucal es uno de los aspectos de la salud general que afecta más a los inmigrantes^{5,6}. Estudios realizados en países desarrollados sobre la salud bucal de sus inmigrantes demuestran que ésta es inferior al comparar con la de los ciudadanos nativos, también que los inmigrantes hacen menor uso de los servicios dentales, poniendo en riesgo su calidad de vida⁷⁻¹¹. La salud bucal es importante en la calidad de vida del individuo, sobre todo en su componente psicológico¹.

La calidad de vida relacionada con salud bucal es un concepto relativamente nuevo que considera la autopercepción del individuo acerca de su salud y un componente a ser considerado en el examen clínico odontológico¹².

En los inmigrantes los niveles de enfermedad bucal son significativamente mayores, atribuibles a una inadecuada valoración de la salud bucal, poco conocimiento sobre salud bucal, a la existencia de mitos y prejuicios que pueden obstaculizar la percepción del problema, a un rechazo latente del sistema hacia los grupos que mantienen su sentido étnico (en los espacios de encuentro y en la trasmisión de sus costumbres cotidianas)¹³. La salud bucal afecta la calidad de vida de los individuos en términos de dolor, malestar, limitación y minusvalía social y funcional, encontrándose que un 37% de la población mayor de 15 años ha declarado que su salud bucal afecta su calidad de vida siempre o casi siempre¹⁴⁻¹⁷.

El acelerado crecimiento de la inmigración en Chile, hace apremiante su integración a la sociedad chilena mediante la implementación de políticas adecuadas en las áreas sociales, económicas, educativas y de salud; dentro de esta última, la salud bucal es una temática relevante. Por lo que, el objetivo del presente estudio fue comparar la calidad de vida, hábitos de higiene y salud bucal en mujeres chilenas e inmigrantes haitianas en edades comprendidas entre 20 y 30 años en la comuna de Chillán-Chile, durante el año 2019. Establecer la condición de salud bucal y hábitos de higiene en la población femenina inmigrante haitiana al compararla con la población femenina chilena, para determinar su impacto en la calidad de vida de esta población.

Metodología

Se implementó un estudio cuantitativo, no experimental y transeccional en mujeres chilenas e inmigrantes haitianas entre 20 y 30 años de edad de la comuna de Chillán-Chile. Se realizó un muestreo tipo bola de nieve en esta población obteniendo un tamaño de muestra de 60 mujeres en total, de las cuales 30 correspondieron a mujeres chilenas y 30 a mujeres inmigrantes haitianas, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión. La muestra fue de tipo no probabilística dado que la selección no estuvo sujeta a la probabilidad¹⁸⁻²².

Los criterios de inclusión fueron que tanto las mujeres inmigrantes haitianas y las chilenas estuvieran entre 20 y 30 años de edad y pertenecieran a la comuna de Chillán-Chile. Los criterios de exclusión se aplicaron a aquellas mujeres que se negaron a firmar el consentimiento informado, aquellas pacientes que no estuvieron dispuestas a colaborar con la investigación y aquellas que por su condición de salud, se encontraban impedidas de recibir un examen oral adecuado.

Instrumentos de recolección de información

La variable calidad de vida, se midió por medio de la encuesta OHIP-49, que abarca siete dimensiones (limitación funcional, dolor físico, disconfort psicológica, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y en desventaja) (TABLA 1), organizadas en orden jerárquico según aumenta su complejidad: las tres primeras miden los efectos aparentemente primordiales, mientras que las preguntas de las dimensiones: inhabilidad social e incapacidad, están más relacionadas con los efectos en las actividades de la vida diaria y los roles sociales.

Consta de 49 preguntas cuyas respuestas se registran en una escala tipo Likert (0: nunca, 1: casi nunca, 2: algunas veces, 3: frecuentemente, 4: casi siempre)²³⁻²⁸.

TABLA 1. Ítems según dimensiones instrumento OHIP-49.

Dimensión	No. Ítem
Limitación funcional	1,2,3,4,5,6,7,8,9
Dolor físico	10,11,12,13,14,15,16,17,18
Disconfort psicológica	19,20,21,22,23
Incapacidad física	24,25,26,27,28,29,30,31,32
Incapacidad psicológica	33,34,35,36,37,38
Incapacidad social	39,40,41,42,43
En desventaja	44,45,46,47,48,49

Slade GD.³⁵

Para calcular el puntaje general de OHIP-49 de cada sujeto, los puntajes obtenidos de las 49 respuestas fueron sumadas, produciendo un puntaje general entre 0 y 196 de tal manera que, a mayor puntuación, es más alto el nivel de impacto en la salud oral y calidad de vida y por lo tanto, menor es la satisfacción del individuo, los puntajes se clasificaron en bajo, moderado o alto impacto según el puntaje obtenido (TABLA 2)²⁹⁻³⁴.

TABLA 2. Ítems según puntaje obtenido instrumento OHIP-49.

Puntaje de corte	Categoría
0 – 18	Bajo
19 – 37	Moderado
Más de 38	Alto

Preciado 2012³⁶

En cuanto a la variable salud bucal, fue medida por medio del gráfico Odonograma que se utilizó para el registro de los hallazgos en la cavidad bucal. Este tipo de gráfico posee nomenclatura básica para registrar los datos sobre las anomalías y patologías de los dientes, se utiliza en las diferentes unidades productoras de servicios odontológicos, pudiendo ser utilizado en aspectos clínicos, legales, forenses, estadísticos, de investigación o docencia³⁷⁻⁴⁰.

Para determinar la historia de caries se utilizó el índice COPD propuesto por Klein y Palmer para los dientes permanentes^{41,42}. El valor individual de los índices COPD corresponde a la suma de los dientes cariados, obturados, perdidos o con indicación de extracción. El valor del grupo corresponde al promedio de los valores individuales de los integrantes del grupo. El criterio de clasificación del índice CPOD según la Organización Mundial de la Salud es: muy bajo (0,0 a 1,1), bajo (1,2 a 2,6), moderado (2,7 a 4,4), alto (4,5 a 6,5), muy alto (mayor a 6,6)⁴².

La variable hábitos de higiene se midió con el índice de placa desarrollado por Løe y Silness, que evalúa la presencia y cantidad de placa dentobacteriana en el área gingival, determinando riesgos en cada individuo. La ausencia o presencia de placa se diagnostica en forma visual o deslizando una sonda con punta a través de la superficie dentaria en la entrada del surco gingival. En esta evaluación se pueden incluir todos los dientes o seleccionar seis dientes, posteriormente se asigna un puntaje a cada una de las cuatro zonas gingivales de cada diente, que se corresponden a la superficie vestibular, lingual, mesial y distal.

El puntaje tiene un rango entre 0 y 3, de acuerdo con los siguientes criterios⁴³:

- 0: Ausencia de placa en el área gingival
- 1: Película de placa adherida al margen libre gingival y las zonas adyacentes del diente. La placa sólo es detectable con la sonda o con alguna sustancia relevante.
- 2: Acumulación moderada de depósitos blandos dentro del surco gingival o sobre el diente y el margen gingival que se puede detectar a simple vista.
- 3: Abundante presencia de placa dentro del surco gingival y/o margen gingival y sobre la superficie del diente.

Antes de realizar cualquier acción, se presentó a cada uno de las participantes un consentimiento informado donde se explicó la investigación, dejando en conocimiento que no se realizaría ningún tratamiento odontológico, no obstante, se les informo el estado de su salud dental si el paciente lo solicitaba, para la derivación necesaria.

Realizado los exámenes clínicos a las pacientes y completadas las encuestas, se recolectaron los datos estadísticos que fueron analizados en el software estadístico SPSS® (*Statistical Package for the Science*), posteriormente se utilizó el sistema informático Microsoft Excel® que derivó los resultados en tablas para el análisis, discusión y conclusiones.

Se utilizó estadística descriptiva, donde principalmente se emplean porcentajes, frecuencias, tablas cruzadas o de contingencia y diferentes gráficos.

En el análisis inferencial fueron medidas tendencias por medio de la prueba T de Student, la cual permitió establecer si la diferencia entre dos medias (del grupo de mujeres haitianas y chilenas) es o no estadísticamente significativa^{44,45}. Se desarrollaron una serie de asociaciones estadísticas, trabajadas a través de tablas de contingencia, evaluando el nivel de asociación por medio de la prueba Chi-cuadrado, planteando el hecho de si existe asociación entre las variables o son independientes^{45,46}.

Resultados

La FIGURA 1 muestra que el 48,33% percibe una mala calidad de vida (categoría alto), un 35% percibió una calidad de vida moderada (categoría medio) y solo un 16,67% considera que su calidad de vida es buena (categoría bajo).

En cuanto a la diferencia según nacionalidad, la FIGURA 2 representa la calidad de vida, donde el nivel “alto” tiene connotación negativa, indicando un alto impacto y menor satisfacción; al comparar la categoría “alto” se observa que el 53,3% corresponde a mujeres haitianas quienes presentan menor calidad de vida al comparar con 43,4% de las chilenas; en categoría “medio” las mujeres haitianas presentan mayor calidad de vida con un 26,7% en relación a las chilenas que presentan un 43,3%; y a categoría “bajo” correspondiente a

FIGURA 1. Calidad de vida.

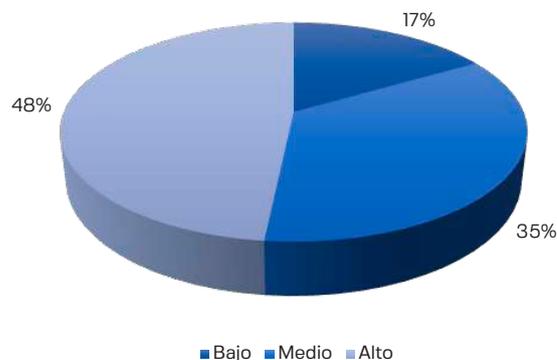
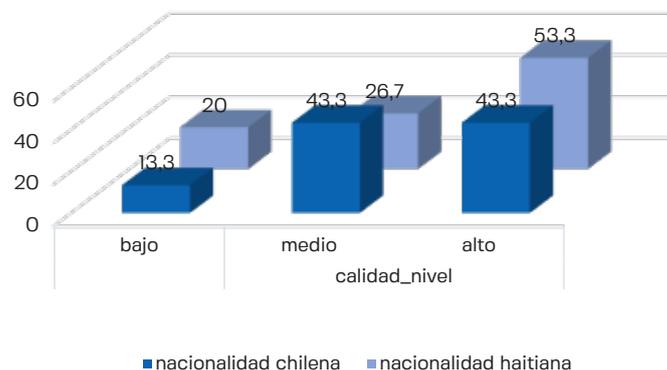


FIGURA 2. Nivel de calidad de vida según nacionalidad.



una mayor calidad de vida, las mujeres haitianas están por sobre las mujeres chilenas con un 20% y un 13,3% respectivamente.

Al aplicar el Chi-cuadrado a esta diferencia se obtuvo un valor $\geq 0,387$, indicando que la calidad de vida en las mujeres chilenas no es mayor que en mujeres inmigrantes haitianas entre 20-30 años.

La FIGURA 3 muestra que el 50% presenta una salud bucal en categoría moderada, el 41,7% de las mujeres está en categoría bajo y solo un 8,3% en categoría muy bajo.

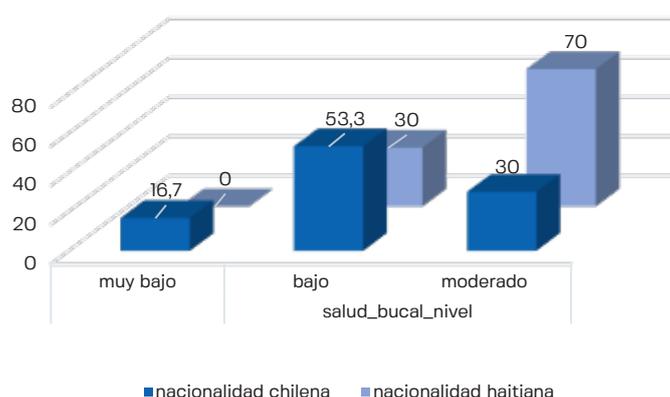
FIGURA 3. Salud bucal grupal.



En relación a nivel de salud bucal según nacionalidad, la FIGURA 4 muestra que ninguna de las mujeres presenta nivel “alto”, por lo ninguna se encuentra en el nivel ideal. Pero en el nivel “moderado” las mujeres haitianas (70%) se ubican por encima de las mujeres chilenas (30%), indicando que las mujeres haitianas presentan salud bucal menos mala en este nivel. Al analizar el nivel “bajo” y “muy bajo” las mujeres chilenas son las que se ubican sobre las mujeres haitianas mostrando dominancia de las mujeres chilenas.

Al aplicar Chi-cuadrado se obtuvo un valor $\leq 0,003$, indicativo que la salud bucal en mujeres chilenas es mejor que en mujeres inmigrantes haitianas de entre 20 y 30 años.

FIGURA 4. Nivel de salud bucal según nacionalidad.



En la TABLA 3 se observa que las mujeres haitianas presentan un mayor índice COPD, siendo esto indicador de una peor salud bucal que las mujeres chilenas en términos descriptivos de la media.

TABLA 3. Comparación de grupos según índice COPD.

Grupos	Media	t-Student Sig.
Chilenas	9,4	0,2
Haitianas	11,3	

En la FIGURA 5 se muestra que del total de mujeres encuestadas, el 81,7% presenta un nivel de higiene en categoría “malo”, el 15% un nivel de higiene en categoría “regular” y solo un 3,3% en categoría “óptimo”.

La FIGURA 6 muestra que los hábitos de higiene en la categoría “malo”, las mujeres haitianas con 93,3%, las mujeres chilenas un 70%. En cuanto a la categoría “regular” las mujeres chilenas con 26,7% se ubican por sobre las mujeres haitianas (3,3%). Y en la categoría “óptimo” no se aprecia diferencias porcentuales entre los grupos.

FIGURA 5. Índice de placa grupal.

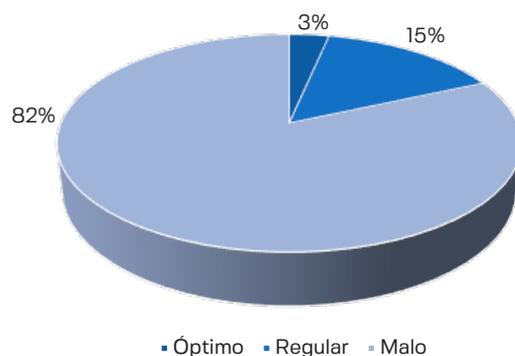
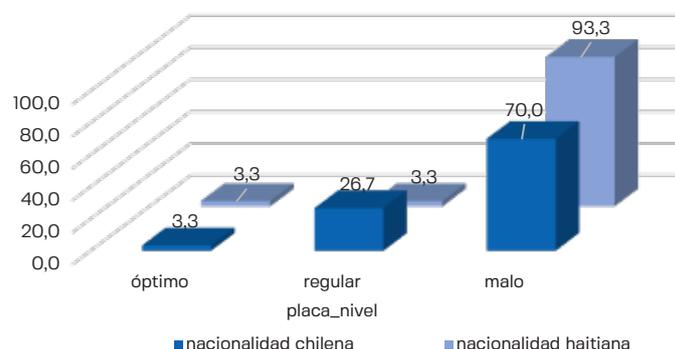


FIGURA 6. Nivel de índice de placa según nacionalidad.



En los hábitos de higiene se obtuvo un Chi-cuadrado $\leq 0,040$, indicativo que los hábitos de higiene bucal en mujeres chilenas son mejores que en mujeres inmigrantes haitianas entre 20–30 años.

De acuerdo a la V de Cramer (0,328) existe una fuerza de asociación baja pasando a moderada entre los hábitos de higiene y nacionalidad.

Discusión

Los resultados de la encuesta de salud bucal indican que son las mujeres inmigrantes haitianas quienes presentan mejor salud bucal ya que hay un mayor número de ellas en categoría “moderado” (70%); estos resultados se diferencian de investigaciones realizadas en otros países como Perú y Argentina que han encontrado que la salud bucal de los inmigrantes es peor que la de la población nativa, al presentar peor higiene bucal por la precaria condición en la que se instala la población inmigrante. Sin embargo, en el caso del análisis del índice COPD son las mujeres chilenas quienes presentan un menor porcentaje (9,4%) que las mujeres haitianas (11,3%), siendo este resultado indicador de que son las últimas quienes presentan peor salud bucal. Este resultado pudiera deberse a que las mujeres chilenas poseen mayor oportunidad de optar a un servicio odontológico, logrando la restauración y posterior conservación de los dientes afectados ya sea por caries o por trauma;

situación que se presenta difícil en la población inmigrante, ocasionando la pérdida de los dientes afectados, sin posibilidad de restaurarlos por dificultades económicas o simplemente culturales⁴⁷⁻⁵².

Al analizar la variable calidad de vida no se encontraron diferencias significativas entre un grupo y otro sobre la percepción de calidad de vida en relación con la salud bucal; las mujeres inmigrantes haitianas presentan mejor o mayor calidad de vida en comparación de las mujeres chilenas en la categoría de “bajo”, es el grupo de mujeres chilenas quienes sienten que el número de piezas dentarias perdidas o la mal posición de estas, afecta en mayormente la percepción de su calidad de vida. Este resultado concuerda con distintos estudios que señalan que los principales factores que influyen en la calidad de vida del individuo con relación a su salud bucal son las caries no tratadas y consecuente pérdida del diente, dientes en mal posición que interfieran con la estética bucal, aumento de volumen y cambio de color en las encías y la consecuente movilidad dentaria; sin embargo, la ausencia de pieza dentaria en el grupo de mujeres estudiadas no es un factor de importancia en la calidad de vida^{53,54}.

Los resultados de esta investigación muestran que el grupo de mujeres chilenas son las que presentaron mejor hábito de higiene que se reflejó en el índice de placa. Este resultado coincide con las investigaciones realizadas por Anaise y Crespillo⁵⁴, quienes argumentan que los inmigrantes residentes poseen un déficit en la higiene dental, debido a alteraciones en sus hábitos alimentarios producto de costumbres adquiridas del lugar que residen o simplemente a un cepillado deficiente.

Las diferencias presentadas en cada una de las variables analizadas se pueden asociar con múltiples factores, como el que los inmigrantes dan prioridad a los problemas relacionados directamente con el proceso de ambientación que implica el desarraigo de su país de origen, restándole importancia al cuidado de la salud bucal⁵³.

Los resultados de este estudio tornan imprescindible, implementar políticas, acciones de atención y promoción odontológica enfocadas en la población inmigrante en Chile.

Referencias

1. Cabieses B, Bernales M, McIntyre A. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Programa de Estudios Sociales en Salud, Universidad del Desarrollo, ISBN versión digital: 978-956-374-001-1. 2017. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000200278
2. Bellolio A, Errázuriz H. Migraciones en Chile. Oportunidad ignorada. 1a Edición, Santiago de Chile 2014. Ediciones L y D.
3. Rojas N, Koechlin J (eds). Migración Haitiana hacia el Sur Andino. 1a edición. Madrid. Centro de Ética y Reflexión Social, Servicio Jesuita a Migrantes de Chile/Centro Fernando Vives, U. Alberto Hurtado de Chile/U. Antonio Ruiz de Montoya de Perú. 2017.

4. Tijoux M, Córdova M. Racismo en Chile: colonialismo, nacionalismo, capitalismo. *Polis, Revista Latinoamericana* 2015; 14(42): 7-13. Disponible en: <https://journals.openedition.org/polis/11226>
5. Vásquez R. Impacto de las migraciones en Chile: Nuevos retos para el pediatra. ¿Estamos preparados? *Rev Chil Pediatr.* 2009; 80(2): 161-167 Disponible en: scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000200009
6. Rojas N, Amode N, Vásquez J. Racismo y matrices de “inclusión” de la migración haitiana en Chile. *Polis, Revista Latinoamericana* 2015; 14(42): 217-245. Disponible en: scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682015000300011
7. Departamento de Extranjería y Migración, Chile (2016). Estadísticas de Migración.
8. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre desarrollo humano 2016.
9. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Haití lucha contra el SIDA y la tuberculosis. 2017
10. United States Agency for International Development (USAID). Haiti National Anemia Profile.
11. Morales I, Urzúa J. Calidad de vida en relación a salud bucal e indicadores de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. Santiago, Chile: Universidad de Chile - Facultad de Odontología; 2009.
12. Irwin, A., Scali, E. De la Salud: Aprender de las experiencias anteriores. Documento de Información Para La Comisión Sobre Determinantes Sociales de La Salud. Organización Mundial de La Salud; 2005, 1-72. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2018.v20n1/3-9/>
13. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: 2008.
14. Bravo G. Las migraciones internacionales y la seguridad multidimensional en tiempos de la globalización. *Diálogo andino revista de historia, geografía y cultura andina*, Universidad de Tarapacá Chile; 2015, 48 :139-149. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-26812015000300013
15. Checa JC, Montserrat M. La integración social de los hijos de inmigrantes africanos, europeos del este y latinoamericanos: un estudio de caso en España. *Universitas Psychologica*; 2015, 14:475 https://www.researchgate.net/publication/285628162_La_integracion_social_de_los_hijos_de_inmigrantes_africanos_europeos_del_este_y_latinoamericanos_un_estudio_de_caso_en_Espana
16. Favell A. “Integrations Nations: The Nation-State and Research on Immigrants in Western Europe”. End Brochmann, Grete (Ed) “The Multicultural Challenge Comparative Social Research 22. Oxford. JAI/Elsevier; 2003, 13-42. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323943465_Migration_and_the_Infrastructural_Politics_of_Urban_Arrival
17. García R. Un estado de la cuestión de las teorías de las migraciones. *Revista Historia Contemporánea*; 2003, 26: 359-361. de la Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=185514>
18. Gómez C. La integración de los inmigrantes: conceptualización y análisis. Puntos de vista, Cuadernos del Observatorio de las Migraciones y de la Convivencia Intercultural de la Ciudad de Madrid, No. 3. 2005. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:tgg3zlnmUKAJ:www.intermigra.info/archivos/revista/ CUADERNO1CONVIVENCIA.pdf+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=ve>
19. Granados S. Línea de vida de un inmigrante latinoamericano desde la decisión hasta la transformación en la ciudad de Santiago de Chile. *Revista Geográfica de América Central*, Universidad Nacional de Costa Rica, 2011; 2.
20. Guiraudon V. Integration Contracts for Inmigrants: Common Trends and Differences in the European Experience. Analysis of the Real Instituto Elcano. 2008. Disponible en: <https://libros-revistas-derecho.vlex.es/vid/debates-linguisticos-integracion-inmigrantes-593608486>

21. Rojas N, Silva C, Amode N, Vásquez J, Orrego C. Migración Haitiana en Chile, boletín informativo N°1. Departamento de extranjería y migración. Migraciones Chile. 2015. Disponible en: www.yumpu.com/es/document/view/55920661/boletin-informativo.
22. Rojas N, Silva, C. La migración en Chile: Breve reporte y caracterización. Informe OBIMID, Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España. 2016. Disponible en: www.comillas.edu/images/OBIMID/boletines_e_informes/informe_julio_agosto_2016.pdf.
23. Rojas N, Amode N, Vasquez, J. Racismo y matrices de "inclusión" de la migración haitiana en Chile: elementos conceptuales y contextuales para la discusión. Santiago. Polis, Revista latinoamericana 2015, 14(42). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682015000300011&lng=es&nrm=iso. ISSN 0718-6568. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682015000300011>.
24. Silva, C. ¿Cómo viven los inmigrantes irregulares sus procesos de integración en Chile? Revista de trabajo social. 2006. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4287615>
25. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization September 2005, 83. Disponible en: www.who.int/bulletin/volumes/83/9/editorial30905html/en
26. Badenier O, Moya R, Cueto A et al. Prevalencia de las Enfermedades Bucodentales y necesidades de tratamiento en la V Región. Proyecto FONIS 2007. Disponible en: <http://repositorio.conicyt.cl/handle/10533/200603>
27. Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Epidemiología. II Encuesta de calidad de vida y salud. Chile 2006.
28. Franco AM, Ochoa E, Martínez E. Reflexiones para la construcción de política pública con impacto en el componente bucal de la salud. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia 2009. Disponible en: revistas.ustabuca.edu.co/index.php/USTASALUD_ODONTOLOGIA/article/view/1142
29. MINSAL. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007.
30. Slade G, Spencer J, Roberts-Thomson KF. Australia's Dental Generations (NSAOH): The National Survey of Adult Oral Health., Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government. 2007. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4293708
31. Chen CC, Chiou SJ, Ting CC, Lin YC, Hsu CC, Chen FL, Lee CH, Chen T, Chang CS, Lin YY, Huang HL. Immigrant-native differences in caries-related knowledge, attitude, and oral health behaviors: a cross-sectional study in Taiwan. 2014. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/271593843_Evaluating_the_Effect_of_a_Community-Based_Lay_Health_Advisor_Training_Curriculum_to_Address_Immigrant_Children%27s_Caries_Disparities
32. Courtis, C. Y Pacecca, M. I. Migración y trabajo precario: ¿un par desarticulable? Revista electrónica: E-misférica. Fronteras. Imaginaciones híbridas /Geografías fracturadas, vol. 3-2. 2006. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237734134_Acciones_y_Reacciones_Patrones_de_la_discriminacion_hacia_los_bolivianos_en_Argentina
33. Badenier O, Moya R, Cueto A. Prevalencia de las Enfermedades Bucodentales y necesidades de tratamiento en la V Región. Proyecto FONIS 2007. Disponible en: www.medfinis.cl/img/manuales/infeccionesmaxilofaciales.pdf
34. Mora O, Chamblas I, Peña I. Orientación acerca del proceso de investigación: exposición de sus principales etapas. Concepción: Universidad de Concepción; 2004.
35. Hernández, Fernández y Baptista. Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill. México. 2001.
36. Bradley, J., Thorlund, K., Schünemann, H., Xie, F., Hassan, M., Montori, V., & Guyatt, G. Improving the interpretation of quality of life evidence in meta-analyses: The application of minimal important difference units. Health and Quality of Life Outcomes, 2010. Disponible en: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-8-116>

37. Garbin C, Saliba N, Zina L. El consentimiento informado en la clínica odontológica. *Acta odontológica venezolana*; 2007, 45:3743. Disponible en: ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652007000100007
38. Slade GD. The oral health impact profile. En: Slade GD, ed. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina, Dental Ecology; 1997. Disponible en: www.researchgate.net/publication/286688296_Oral_Health_Impact_Profile
39. Rojas R, Camus M. Estudio Epidemiológico de las Caries Según Índice c.e.o.d y C.O.P.D. en Preescolares y Escolares de la Comuna de Río Hurtado, IV Región. *Revista Dental de Chile*. 2001 Septiembre; 92. Disponible en: www.researchgate.net/publication/323701320_Revista_Odontologia_Activa_OACTIVA
40. Legido B, Casas A. Educación y motivación para el control de placa mecánico. En Sanz M, editor. *1er Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental*. Madrid: Ergón, 2003:277-310. Disponible en: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000200006
41. Wayne W. Daniel. *Bioestadística base para el análisis de las ciencias de la salud*. 4ª ed. México, Limusa Wiley. 2002.
42. Lopez R, Baelum V. Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). *BMC Oral Health*. 2006; 6: 11. Disponible en: scielosp.org/article/rsap/2017.v19n2/145-152/es
43. Preciado A, Del Río J, Suárez-García MJ, Montero J, Lynch CD, Castillo-Oyagüe R. Differences in impact of patient and prosthetic characteristics on oral health-related quality of life among implant-retained overdenture wearers. *J Dent*, 2012, 40(10):857-865. Disponible en: europepmc.org/article/MED/27688364
44. Dowson B. *Bioestadística Médica*. 4ta ed. Manual Moderno; 2005.
45. Kuo HC, Chen JH, Wu JH, Chou TM, Yang YH. Application of the Oral Health Impact Profile (OHIP) among Taiwanese elderly. *Qual Life Res*; 20: 1707-13. 2011.
46. Grimson A, Paz S E. *Migrantes bolivianos en Argentina y los Estados Unidos*. La Paz: PNUD; 2000. Disponible en: www.worldcat.org/title/migrantes-bolivianos-en-la-argentina-y-los-estados
47. Locker D, Clarke M, Murray H. Oral health status of Canadian-born and immigrant adolescents in North York, Ontario. *Community dent oral epidemiol*. 1998. Disponible en: link.springer.com/article/10.1007/s10903-013-9785-9
48. Maserejian NN, Trachtenberg F, Hayes C, Tavares M. Oral health disparities in children of immigrants: dental caries experience at enrollment and during follow-up in the New England children's amalgam trial. *Public health dent* 2008. Disponible en: connects.catalyst.harvard.edu/Profiles/profile/1234330
49. Zimmerman M, Bornstein R, Martisson Z. An estimation of dental treatment needs in two groups of refugees in Sweden. *Acta Odontol Scand*. 1990. Disponible en: www.europepmc.org/articles/PMC5055656
50. S. Akifusa, Soh I, Hamasaki T, Takata Y, Yohida A, Fukuhara M, et al. Relationship of number of remaining teeth to health-related quality of life in community-dwelling elderly. *Gerodontology*. 2005; 22(2): 91-97.
51. Warren JJ, Watkins CA, Cowen HJ, Hand JS, Levy SM, Kuthy RA. Tooth loss in the very old: 13-15-year incidence among elderly lowans. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002; 30(1): 29-37. Disponible en: www.researchgate.net/publication/283486539_A_community_based_cross_sectional
52. Díaz L, Ferrer S. Modificaciones de los conocimientos y actitudes sobre salud bucal en adolescentes del Reparto Sueño. Santiago de Cuba: Medison 2001;5(2):4-7. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237504043_modificaciones_de_los_conocimientos_y_actitudes_sobre_salud_bucal_en_adolescentes_del_reparto_sueno/citatio
53. Slade GD, Reisine ST. The child oral health impact profile: current status and future directions. *Community Dent Oral Epidemiol* 35:50-53, 2007. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/6222971_The_Child_Oral_Health_Impact_Profile_current_status_and_future_directions