



International journal of interdisciplinary dentistry

ISSN: 2452-5588

ISSN: 2452-5596

Sociedad de Periodoncia de Chile Implantología
Rehabilitación Odontopediatría Ortodoncia

Humeres-Flores, Paulina; Guzmán-Orellana, Daniela; Madrid-
Canales, Carla; Fredes-Ziliani, Amanda; Mustakis-Truffello, Alexandra
Cuidado de la salud oral en la primera infancia: La perspectiva de sus madres-un estudio cualitativo
International journal of interdisciplinary dentistry, vol. 13, núm. 2, 2020, pp. 62-66
Sociedad de Periodoncia de Chile Implantología Rehabilitación Odontopediatría Ortodoncia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=610064353005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UDEM  redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

TRABAJO INVESTIGACIÓN



Cuidado de la salud oral en la primera infancia: La perspectiva de sus madres-un estudio cualitativo.

Oral health care in early childhood: mother's perspective-a qualitative research.

Paulina Humeres-Flores^{1*}, Daniela Guzmán-Orellana¹,
Carla Madrid-Canales¹, Amanda Fredes-Ziliani², Alexandra Mustakis-Truffello¹

1. Pontificia Universidad Católica de Chile –
Facultad de Medicina - Escuela de Odontología.
Santiago, Chile.

2. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente:
Centro de Salud Familiar Malaquías Concha – La
Granja. Santiago, Chile.

* Correspondencia Autor: Dra. Paulina Humeres
| Dirección: Av. Vicuña Mackenna 4860, Macul -
campus San Joaquín – Escuela de Odontología.
Santiago, Chile. | E-mail: phumeres@uc.cl |
Teléfono: +569 9825 9323 - +562 2354 8400
Trabajo recibido el 05/02/2020
Aprobado para su publicación el 28/06/2020

RESUMEN

Los determinantes sociales de salud impactan significativamente en la salud oral. El rol de las madres es relevante en la salud de sus hijos. **Objetivo:** Conocer prácticas en salud oral de madres e hijos de 2 a 5 años en sus hogares, sus experiencias, logros y dificultades. **Diseño:** Estudio cualitativo con análisis de entrevistas en profundidad a 20 cuidadoras que asisten a Centros de Salud Familiar de la Región Metropolitana de Santiago. **Resultados:** Las cuidadoras se sienten responsables por la salud oral en sus hijos; padre y niño parecieran asumir roles más pasivos. Valoran la atención odontológica en el CESFAM pero les preocupa qué pasará a largo plazo. La salud oral se relaciona con estética y mejores oportunidades laborales. Valoran los dientes primarios, pero aún más los definitivos, aunque sin creer que estos permanezcan en boca toda la vida. Las cuidadoras manejan correcta información sobre cómo cuidar la salud oral. Esperan evitar experiencias negativas odontológicas en sus hijos. **Conclusión:** Las estrategias clínicas y educativas odontológicas, debieran considerar los contextos sociales de los niños, trabajando colaborativamente junto a sus madres. Es relevante avanzar en cómo los determinantes sociales afectan la salud oral.

PALABRAS CLAVE

Odontología; Determinantes sociales de la salud; Investigación cualitativa; Niño; Preescolar.

Int. J. Inter. Dent Vol. 13(2); 62-66, 2020.

ABSTRACT

Social determinants have a fundamental impact on oral health, which includes oral health care habits. Caregivers can be a key factor to develop them in their children. **Objective:** Understand the oral health care practices of caregivers and children aged 2 to 5 years in their homes, recognizing their experiences, achievements, and difficulties. **Design:** Qualitative study obtained in in-depth interviews with 20 caregivers, attending family health centers in the Santiago Metropolitan Region. **Results:** Caregivers feel responsible for their children's oral health care, while fathers and children seem to have a more passive role than the mother. They value dental care at CESFAM, but they are worried about their future long-term care. Oral health is related to aesthetics and better job opportunities. The primary teeth are essential, but permanent are more relevant; however, they do not believe that they remain in mouth for life. Caregivers handle correct information about oral health care. They hope that their children will not live negative dental experiences. **Conclusion:** The clinical and educational dentistry strategies should consider the children's social environment, and working as a teamwork with caregivers. It is relevant to conduct further studies on how social determinants affect oral health.

KEY WORDS

Oral health; Social determinants of health; Qualitative research; Child; Preschool.

Int. J. Inter. Dent Vol. 13(2); 62-66, 2020.

INTRODUCCIÓN

Las políticas públicas chilenas en salud oral se han dirigido preferentemente a la infancia más vulnerable, a través de acciones preventivas y promocionales^(1, 2, 3). A pesar del esfuerzo, el daño por

caries a los 2 años es mayor en el grupo de nivel socioeconómico bajo, respecto del nivel alto⁽¹⁾.

El Estado ha desarrollado iniciativas para disminuir esta inequidad, como el *Programa de Control con Enfoque de Riesgo Odontológico* – CERO (2019) y el *Programa Sembrando Sonrisas* (2015) dirigidos a este

grupo etario^(3, 4). Además, otorga las Garantías Explícitas de Salud (GES) implementados en el sistema de atención primaria en los Centros de Salud Familiar (CESFAM), entre ellos el de *Salud oral integral para niños y niñas de 6 años* (2005) y *Salud oral integral de la embarazada* (2010). Este último tiene relevancia pues la atención de mujeres en esta etapa permite generar condiciones para que su hijo crezca en un ambiente familiar que proteja y promueva su salud oral⁽⁶⁾. Los GES recomiendan realizar sesiones educativas individuales y grupales, pero no clarifican cómo realizarlas o hacerles seguimiento. La Guía CERO muestra avances en esta línea, pero falta el enfoque centrado en el aprendizaje del niño y su familia⁽⁹⁾.

A pesar de estos esfuerzos, el Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030 señala que la proporción de niños libres de caries en nivel socioeconómico bajo disminuye dramáticamente, de un 79,3% a los 2 años, a 46,1% a los 4 y 22,1% a los 6⁽¹⁾. Una posible explicación es que la caries es una enfermedad multifactorial y crónica, que requiere soluciones multidisciplinarias y promotoras del autocuidado y acompañamiento a largo plazo^(6, 7). El enfoque más actualizado de la enfermedad de caries no sólo considera factores biológicos en su desarrollo, sino también conductuales, sociales y psicológicos, además del impacto de determinantes sociales de salud, como el nivel socioeconómico^(8, 9, 10, 11).

Para avanzar en un mejor control se requiere enfatizar acciones de autocuidado en las guías de atención clínica odontológica. El autocuidado debe fomentarse desde los primeros años de vida y para eso las madres tienen un rol relevante en el desarrollo de los hábitos de sus hijos a través de sus conocimientos y prácticas y de la percepción que ellas tienen de su propia salud oral⁽¹⁰⁾. Este estudio cualitativo se propuso conocer algunos de estos aspectos, como las prácticas de cuidado en la salud oral de las madres y sus hijos en edades de 2 a 5 años al interior de los hogares, de manera de contribuir a la comprensión de sus experiencias, logros y dificultades.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se aplicó una encuesta validada anteriormente⁽¹²⁾ buscando identificar prácticas de cuidado de la salud oral en familias con hijos de 2 a 5 años al interior de sus hogares. Fue respondida por 65 cuidadoras de estos niños, usuarios de dos CESFAM ubicados en Puente Alto pertenecientes

a la Red de Salud UC-Christus (CESFAM Madre Teresa de Calcuta y San Alberto Hurtado) que forman parte del sistema público de salud bajo el modelo de salud comunitaria integral⁽¹³⁾. La comuna de Puente Alto se encuentra al suroriente de la Región Metropolitana de Chile, presenta 27,1% de su población en situación de pobreza desde una perspectiva multidimensional y más del 90% están adscritos en el sistema público de salud^(14, 15). Antes de responder la encuesta, las participantes firmaron un consentimiento informado aprobado por el Comité Ético Científico CEC MED-UC (ID 161024007), en el cual se solicitó explicitar su disposición para participar de entrevistas en profundidad en sus hogares, con la respectiva recolección de información mediante audio y posterior análisis, resguardando la confidencialidad de los datos entregados.

Al finalizar la aplicación de las encuestas, se clasificaron a las familias en tres grupos: 1) Nivel educativo y conductas con alto riesgo de desarrollar enfermedades orales; 2) Nivel educativo y conductas con bajo riesgo de desarrollar enfermedades orales; y 3) "indeterminadas", donde no quedaba claro el posible nivel de riesgo. Esto fue realizado según las respuestas a algunas preguntas que se consideraron como identificadoras de riesgo (tabla 1) en base a la evidencia existente al respecto⁽¹¹⁾. El interés de esta clasificación fue comprender a través de la investigación cualitativa cómo eran las experiencias frente al cuidado de la salud oral de los niños en sus hogares, tanto los considerados potencialmente de alto riesgo como los de bajo riesgo de caries. Luego se verificó cuáles habían autorizado ser entrevistadas y se llegó a un total de 20 cuidadoras. La distribución de las entrevistas respecto al riesgo para desarrollar caries y patologías orales fue equilibrada ya que 8 correspondían a familias de bajo riesgo, 6 a alto riesgo y 6 fueron indeterminadas (tabla 2).

La pauta de las entrevistas en profundidad consideró preguntas abiertas y semiestructuradas relacionadas con temáticas de cuidado en salud oral⁽¹⁶⁾ (tabla 3). Las entrevistas fueron agendadas telefónicamente entre septiembre y noviembre del 2017, 4 meses después de haber aplicado la encuesta. Fueron realizadas por 3 odontólogas no vinculadas a los CESFAM, de manera independiente y en el hogar de cada niño. Cada sesión duró aproximadamente 60 minutos, grabándose los audios para su posterior análisis. Las entrevistadoras fueron capacitadas por una académica con experiencia en métodos cualitativos de la UC. Se realizaron las entrevistas de forma independiente, sin reunirse para

Tabla 1: Preguntas y respuestas identificadoras de riesgo.

Identificador de riesgo	Alto riesgo	Bajo Riesgo
Nivel de escolaridad	Enseñanza básica Incompleta o Completa	Técnico profesional o Universitaria
Ingreso mensual del grupo familiar	Bajo \$500 mil pesos	Sobre \$800 mil pesos
¿Cómo se previene la caries dental?	Solo visitando al dentista	Con cepillado, visitando al dentista y usando seda dental
¿Por qué se produce la caries dental?	Infecciones, enfermedades y/o herencia	Cepillado deficiente, mala alimentación, exceso de azúcares
¿Usted tiene cepillo dental?	No	Sí
¿Usted se cepilla los dientes?	No, una vez por día	Sí, 2 a 3 veces por día
¿Le han informado cómo cuidar los dientes de los niños?	No	Sí
¿Cuándo se debe comenzar a lavar los dientes los niños?	Desde que sale el primer diente; cuando están todos los dientes en boca; cuando salgan los definitivos	Desde el nacimiento
¿Es importante cepillar los dientes de leche?	No	Sí
¿Por qué es importante cepillar los dientes de leche?	Por estética	Por función, higiene y salud general

Tabla 2: Identificación de entrevistas analizadas y no analizadas según nivel de riesgo.

Nivel de riesgo	Nº de encuestas	Entrevistas no analizadas	Entrevistas analizadas	Identificación de entrevistas
Alto	6	2	4	M1, M2, M3, M4
Bajo	8	2	6	M5, M6, M8, M9, M11, M12
Indeterminado	6	4	2	M7, M10
Total	20	8	12	

M: Madre

compartir sus hallazgos durante sus visitas a las casas.

Finalizada esta etapa, se elaboró una matriz para etiquetar los hallazgos, clasificándolos en dos criterios centrales: prácticas de autocuidado y determinantes sociales de la salud. Los que no eran atribuibles en estos criterios, se clasificaron en "otros"^(8, 16) (tabla 4). El análisis temático fue realizado de acuerdo a la propuesta sociológica de Schütz, que plantea que las personas interpretan su mundo cotidiano

otorgándole un significado subjetivo a esta experiencia⁽¹⁷⁾. Este proceso fue realizado por las 5 integrantes del equipo, primero de forma individual y luego en conjunto, llegando a un consenso en su interpretación. El análisis se saturó con 12 de las 20 entrevistas realizadas.

RESULTADOS

Las familias de las entrevistadas estaban compuestas por madre y padre, y en su mayoría constituidas por 4 a 5 miembros, con al menos un hijo menor de 5 años. El 60% de los hogares tenían ingresos entre 300.000 a 800.000 pesos mensuales y el nivel educacional de las madres mayoritariamente era enseñanza media completa o técnica profesional. Las madres se declararon en su mayoría como trabajadoras independientes, dueñas de casa o desempleadas.

Los resultados encontrados transversalmente en las entrevistas luego del análisis temático fueron los siguientes:

1. El cuidado de la salud oral de los niños es una función asumida principalmente por las madres.

Las madres se perciben como protagonistas del cuidado de la salud oral de sus hijos. Se consideran las responsables en esta tarea y las actividades de higiene oral de sus hijos son su deber.

"Igual es un problema mío porque ella tiene que ir con los dientes lavados, pero ella no quiere, es una resignación mía" (Madre 1).

"Entonces por eso yo soy la pesada (...) me decía a mí misma que no me iba a quedar dormida tranquila sin saber que no tenía bien lavados los dientes o las encías. Cuando se quedan dormidos y no se lavan los dientes, pa' mí es un tema, es un tema que me queda dando vuelta" (Madre 6).

2. El aspecto estético de la salud oral es valorado socialmente.

La estética dental es un elemento importante para evaluar la calidad de la salud oral, ya que al tenerla creen lograr mayores oportunidades laborales y fortalecimiento del autoestima.

"(...) Es como una carta de presentación tus dientes, a veces la gente no puede comunicar lo que quiere porque le da vergüenza abrir la boca o reírse o comunicar (...) " (Madre 9).

"Es importante para sentirse bien, para tener una buena autoestima, para sonreír tranquilo" (Madre 12).

"Podí quedarte sin pega en el mundo laboral por eso, por tener malos dientes (...). Tengo una prima joven, súper joven y tiende a hacer eso también (no mostrar los dientes), yo creo que le avergüenza" (Madre 3).

3. Las madres reconocen la oportunidad de ser atendidas en el CESFAM.

Las madres valoran ser atendidas en el GES de las embarazadas a través del CESFAM pero perciben que finalizado el beneficio quedan sin apoyo en atención odontológica; evalúan positivamente al equipo de salud por entregar información sobre el cuidado de la salud oral.

"(Obtengo la información) principalmente del dentista, la dentista siempre me decía que use enjuague bucal, que use seda (...) sí me han explicado lo que me están haciendo, nos mostraban, con una boca ahí, qué cantidad de pasta tenemos que usar y todo. (...) Ahora con el embarazo (en el consultorio me ha ido) súper bien, pero por ejemplo cuando tengo urgencia, tengo que ir temprano en la mañana" (Madre 2).

"Y a mí en el consultorio solamente me atendieron cuando estaba embarazada (...), tuve a mi hija antes de lo que tenía que nacer y ya no me podían terminar el tratamiento porque ya no estaba embarazada (...), por eso ya no quiero ir al consultorio" (Madre 11).

4. El jardín infantil es reconocido como colaborador en temas de salud oral.

Si bien reconocen la labor educativa de los odontólogos del CESFAM, destacan a los jardines infantiles como lugares de mayor participación a la hora de recibir información y apoyo en el cuidado de la salud oral de sus hijos.

"Le revisan más los dientes en el colegio que en el consultorio" (Madre 2).

"Cuando a mi hija chica la mandaron a un programa de la JUNAEB parece que era, y ahí le enseñan a lavarse los dientes, entonces uno va adquiriendo esos hábitos" (Madre 5).

5. La experiencia negativa de las madres motiva el cuidado de salud oral de sus hijos.

En los relatos se destaca su mala experiencia en cuanto al cuidado personal de su salud oral. Se percibe un deseo que sus hijos no pasen por lo mismo, por lo que demuestran interés en la promoción de hábitos y en que reciban la atención odontológica a las que ellas no tuvieron acceso.

"Pa' ser sincera yo, a mí nunca me enseñaron los hábitos para

Tabla 3: Pauta de preguntas de entrevistas en profundidad.

Categorías	Preguntas / Afirmaciones
Creencias	1. ¿Cree o siente que los dientes de leche tienen alguna importancia?
	2. Cree verdadera o falsas estas afirmaciones (¿por qué cree?, ¿recuerda dónde lo escuchó o quien se lo dijo?):
	2.1 Con cada embarazo se pierde un diente
	2.2 Son más importantes los dientes definitivos que los de leche
	2.3 Los dulces son los únicos que producen caries
	2.4 Si los dientes no duelen no es necesario asistir al dentista
Hábitos	2.5 Si no tengo caries, no tengo que asistir al dentista
	2.6 Es mejor no lavarse los dientes cuando sangran las encías
	1. ¿Cree o siente que la forma como uno se lava los dientes es importante? ¿Por qué?
	2. ¿Qué es lo que más le cuesta de lavarle los dientes a su hijo?
Conocimientos	3. ¿Cuál es el primer sentimiento que se le viene a la mente cuando tiene que lavarle los dientes a sus hijos?
	4. ¿El cepillado es un momento grato o desagradable? ¿Por qué?
	1. ¿Dónde adquirió los conocimientos que tiene sobre hábitos y beneficios de lavarse los dientes?

Tabla 4: Matriz para clasificar los hallazgos de entrevista en profundidad.

Categorías	Clasificaciones
Autocuidado	1. Creencias sobre factores de riesgo y cuidado de la salud oral
	2. Actitudes de las madres frente al cuidado de la salud oral de sus hijos/as
	3. Actitudes de las madres frente al cuidado de su propia salud oral
	4. Presencia de redes de apoyo para el cuidado de la salud de los hijos/as
Determinantes sociales / estilos de vida	1. Acceso a alimentos ricos en azúcares
	2. Presencia del padre en el cuidado de la salud oral de los hijos/as
	3. Rol del CESFAM en el cuidado de la salud oral
	4. Hábitos de higiene oral y alimenticios del niño/a
	5. Fuentes de información sobre cuidado de la salud oral
Otros	1. Valoración social de la salud
	2. Dificultad para asumir el autocuidado de la salud oral

lavarme los dientes, por eso yo, yo reconozco que tengo mala dentadura (...). Yo siempre he dicho, quiero que ellas tengan la dentadura que yo no tuve. Por eso yo siempre de chica, lavándole los dientes” (Madre 7).

“Mi hija de, la que tiene 13 (...), todos sus dientes de leche impecables. O sea, como que para mí fue un logro, porque en mi caso no fue igual po (...). Me daba vergüenza (...). Entonces, en ese sentido, yo con mi hija he sido súper, de muy chiquitita, el cuidado dental, controles dentales” (Madre 8).

6. Las madres demuestran conocimiento adecuado sobre temas relacionados con el cuidado de la salud oral.

Las madres saben la importancia del cepillado en el cuidado de dientes y encías de sus hijos y que deben reforzar hábitos como el cepillado nocturno, alimentación baja en azúcar y controles odontológicos periódicos para tener una adecuada salud.

“(…) Si uno tiene un buen cepillado evita justamente que se lastimen las encías, si tiene un mal cepillo también se lastiman las encías, o sea tiene que tener un buen elemento y una buena técnica para cepillarse” (Madre 6).

“Yo creo que la alimentación es más importante, o sea es que los dulces son azúcar, y de eso se alimentan los bichitos de nuestra boca, eso es lo que aprendí en el taller, entonces yo he bajado mucho la ingesta de dulces de mis hijos y además, que siempre antes de acostarse o de que tomen leche, que tiene azúcar natural, lavarse los dientes” (Madre 9).

En cuanto a los dientes primarios, consideran importante crear hábitos en esta etapa, pero los dientes permanentes son los que tendrían mayor relevancia dada la importancia social atribuida a estas piezas y su duración en boca. A pesar de lo anterior, cabe destacar que la mayoría no cree posible mantener sus dientes hasta la vejez.

“Los definitivos siempre se cuidan más sobre todo cuando (los niños) se caen, éste siempre se caía, menos mal que eran de leche, si fuera el definitivo, chuta, cambia la cosa” (Madre 5).

“No (durarán) hasta que me muera, pero sí más, lo normal yo creo (...). Lo normal, hasta más abuelita, no sé si duren hasta siempre pero que me duren hasta que se pueda no más” (Madre 2).

“Yo creo que no voy a llegar con todos mis dientes a la vejez. (...) Y por el caso personal de gente de mi edad, cercana a los 40 (años), que empiezan a perder piezas dentarias” (Madre 8).

Por otra parte, dentro de los cuidados perinatales, la mayoría destacó la mantención de una buena higiene durante el embarazo como principal factor protector de salud oral.

“El problema puede ser con el poco cuidado bucal, porque, por lo menos yo he tenido dos embarazos, y no se me ha caído ninguno (diente). Antiguamente se escuchaba más que se perdían los dientes la mujer, pero por qué no sé” (Madre 3).

“Eeh, cuando en el primer embarazo, sí, así, como que era como “aaah, te va caer un diente” como que a uno le dicen como que uno va a perder un diente, pero al final, en ese sentido, cuidándose harto, de los cepillados... harto...” (Madre 8).

Existen otros hallazgos relevantes: el padre aparece como “colaborador” y no co-responsable en la realización de las prácticas de cuidado de la salud oral de los hijos. Si la madre delega la función de realizar estas prácticas, busca apoyo en otras mujeres de su entorno.

“La niña (hija) mayor me ayuda a veces (con el cepillado) (...), yo sé que la niña mayor se los va a lavar bien. (-¿Y por qué el papá no?). No (rie), porque él se los va a lavar a la rápida” (Madre 7).

“Sí po; el papá (ayuda con el cepillado), pero porque yo le he creado el hábito (a mi hijo) de lavarse los dientes. Cuando yo no estoy, (...) los niños (mayores) le lavan los dientes (a los menores). (-Y si usted está en la casa, ¿usted es la que le lava los dientes?). Sí, porque así yo me quedo tranquila” (Madre 6).

Además, en los relatos no señalan estrategias que busquen promover la autonomía en sus hijos en cuanto a prácticas de autocuidado, o al menos no explícitamente. El niño pareciera tener un rol más bien pasivo.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran un rol preponderante de las madres en el desarrollo de hábitos en sus hijos, lo que refuerza otras investigaciones que también apuntan a ese fuerte sentido de responsabilidad⁽¹⁸⁾. Otros investigadores identificaron a la madre y parientes mujeres como las principales encargadas de actividades relacionadas con los hábitos de los hijos preescolares, no solo los relacionados con la salud, sino también en aspectos domésticos y disciplinarios⁽¹⁹⁾.

Algunas publicaciones sugieren que acciones educativas en Atención Primaria debieran focalizarse en las madres, aprovechando su preocupación por reforzar hábitos en la primera infancia⁽¹⁸⁾. Si bien el enfoque es acertado, es importante considerar que ellas también ejercen otras múltiples tareas y responsabilidades. Las prácticas educativas en

salud enfatizan la información, instruyendo o aconsejando, mediante relaciones más verticales con las madres, a pesar que estudios señalan que es más adecuado mantener relaciones horizontales entre profesional y usuaria, basadas en la confianza⁽²⁰⁾. El equipo investigador comparte que el énfasis debiera estar en el empoderamiento de las madres en la toma de decisiones para que la información entregada se transforme en conducta, donde ellas puedan definir los problemas que enfrentan y cuáles son las mejores estrategias para abordarlos⁽²⁰⁾.

Los padres no emergieron espontáneamente en los relatos como co-responsables en las prácticas de cuidado de la salud de sus hijos. Sería interesante que futuras investigaciones profundicen en este tema. La Organización Panamericana de la Salud señala que se debe disminuir la asimetría entre hombres y mujeres en su contribución a la formación de hábitos dentro del contexto familiar⁽²¹⁾.

Los niños tampoco aparecieron como protagonistas, a pesar de que las entrevistas tenían por objetivo conocer las prácticas del cuidado de su salud oral. No se observaron estrategias concretas para fomentar la autonomía de los hijos y fortalecer su autocuidado a mediano y largo plazo. El equipo investigador sugiere que futuras investigaciones estudien si la aparente pasividad del niño podría ser un factor que explique las dificultades que más tarde se observan en el autocuidado de la población adulta frente a enfermedades crónicas relacionadas con hábitos saludables.

Al no involucrar a los niños activamente se pierde un espacio valioso de aprendizaje hacia la autonomía, aprovechando las características propias del desarrollo en esta etapa. A los 2-3 años surge la capacidad de recibir ayuda de los demás, donde los padres pueden fortalecer un aprendizaje colaborativo entre ellos y el niño, por ejemplo, para realizar el cepillado dental. Por su parte, entre los 3 y 5 años aparece el sentimiento de fracaso en el aprendizaje comportamental. Por lo tanto, el proceso de lograr la destreza en el cepillado podría requerir de apoyo y estímulo positivo del adulto para enfrentar la frustración con las dificultades propias de adquirir una adecuada habilidad⁽²²⁾.

Otro aspecto a destacar es que las mujeres entrevistadas no relacionaron el embarazo con pérdida de dientes. Este resultado es interesante porque el equipo investigador consideraba que esta creencia sería uno de los hallazgos en las entrevistas, como está reportado en estudios previos en el área⁽²³⁾. Una explicación para este resultado podría ser la existencia en Chile del GES de las embarazadas⁽⁶⁾, donde las mujeres acceden a información actualizada. Esto refuerza que la priorización en este grupo se orienta en dirección adecuada, considerando además el rol que las madres tendrán en el traspaso de esta información y conductas hacia sus hijos.

En cuanto al nivel de preocupación que requieren los dientes primarios y definitivos, el cuidado desde los primeros años fue valorado por las cuidadoras, pero la que adquiere relevancia finalmente es la dentición definitiva. Queremos destacar el hecho que consideran que esta dentición “definitiva” no tenga el carácter de permanente y por lo tanto no sea “para siempre”. Se sugiere considerar este aspecto en futuras indagaciones sobre creencias y en acciones educativas, para potenciar el concepto que los dientes pueden permanecer efectivamente en la cavidad oral, siempre que exista un adecuado cuidado independiente de la edad. De esta forma se favorece un buen manejo de enfermedades crónicas y no sólo el tratamiento de sus signos en las piezas dentarias⁽⁶⁾.

Como se especificó anteriormente en los resultados de las encuestas, se identificaron familias con prácticas riesgosas para la salud oral y/o creencias inadecuadas. Se esperaba que las entrevistas confirmaran estos hallazgos, sin embargo, a pesar de que las entrevistadas provenían de familias con distinto riesgo, los resultados fueron transversales a todos los grupos. Sería interesante que futuros estudios profundicen en estos hallazgos, analizando de qué forma el contexto social y sus diversos componentes realmente juegan un rol en el nivel de salud oral de los niños. Se requiere profundizar en la relación entre determinantes sociales de la salud y la progresión de la caries^(7, 24).

Tanto las madres como su entorno familiar relacionan una adecuada salud oral con el aspecto estético, el que favorece el acceso a más oportunidades en la sociedad. Algunos estudios mencionan que la calidad de vida relacionada a la salud bucal está vinculada al desarrollo de actividades básicas (alimentación o comunicación) y la estética. Sin embargo, cuando está afectada se refleja en baja autoestima, tristeza y preocupación⁽²⁵⁾.

Para finalizar, es importante destacar que investigaciones de tipo cualitativas entregan información relevante para elaborar estrategias de atención clínica y programas preventivos y promocionales con nuevos enfoques. Las entrevistas en profundidad recogen la realidad que viven esas familias, fortalezas y dificultades que tienen para cuidar la salud oral de sus miembros. Se debe avanzar en una mirada más biopsicosocial de la odontología, considerando que las patologías más prevalentes son

de carácter crónico y en consecuencia, requieren de un autocuidado responsable por parte de cada persona y fortalecer sus redes de apoyo, no sólo en la infancia, sino a través de todo el ciclo vital.

En cuanto a los métodos, cabe mencionar que las entrevistadoras no compartieron entre sí la información encontrada durante el trabajo de campo. Esto limitó profundizar algunos hallazgos interesantes surgidos en las entrevistas. Sería interesante que futuras investigaciones puedan abordar estos temas desde distintas perspectivas, mediante la incorporación de indicadores clínicos que evidencien la condición de salud oral de estas familias. Lo anterior podría ayudar a entender la posible asociación existente entre determinantes sociales y salud oral.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las madres que compartieron su experiencia, a las direcciones de los respectivos CESFAM, odontólogos y equipos de salud que facilitaron la realización de esta investigación; a la doctora Leonor Palomer, profesora Rayén Condeza y los alumnos Megan Rojas y Diego Román por sus valiosos aportes.

RELEVANCIA CLÍNICA DE LA INVESTIGACIÓN

Hace décadas que Chile desarrolla programas de prevención y atención odontológica enfocadas en la infancia. Sin embargo, los indicadores señalan que más del 70% de los niños de 6 años presenta daño por caries. El Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030 plantea un modelo de atención centrado en el usuario y para eso debe considerar los determinantes sociales de la salud en el diseño de guías clínicas. Entre sus elementos están los hábitos de cuidado de la salud oral en los hogares. Este estudio entrega información valiosa para esta vinculación entre la Atención Primaria y el contexto familiar.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

La investigación es fruto del financiamiento de concurso interno Proyectos ODO realizado por la Escuela de Odontología de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés.

Bibliografía

- Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública; 2017 [consultado 18/05/2019]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-P%C3%BAblica-20_12_2017.pdf
- Ministerio de Salud. Guía Clínica Auge salud oral integral para niños y niñas de 6 años. 3rd ed. Santiago: MINSAL; 2013 [consultado 11/05/2019]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminisal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Salud-Oral-Integral-ni%C3%B1os-y-ni%C3%B1as-6-a%C3%B1os.pdf>
- Ministerio de Salud. Orientación técnico administrativa para la población en control con enfoque de riesgo odontológico. Chile: MINSAL; 2019 [consultado 29/05/2019]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/Orientacion-Tecnica-Programa-CERO-2019.pdf>
- Ministerio de Salud. Orientaciones técnico administrativas para la ejecución del programa Sembrando Sonrisas. Chile: MINSAL; 2019 [consultado 29/05/2019]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-Programa-Sembrando-Sonrisas-2019.pdf>
- Ministerio de Salud. Guía clínica Auge Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública; 2013 [consultado 11/05/2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/955578f79a24ef2ae04001011f01678a.pdf>
- Edelstein BL, Man NG. chronic disease management strategies of early childhood caries: Support from the medical and dental literature. *Pediatr Dent*. 2015;37(3):281-7.
- Fejerskov O, Escobar M, Jossing E, Baelum V. A functional natural dentition for all and for life? The oral healthcare system needs revision. *J Oral Rehabil*. 2013;40(9):707-22.
- Kidd E. The implications of the new paradigm of dental caries. *J Dent*. 2011;39:S3-8.
- Newton JT, Bower EJ. The social determinants of oral health: new approaches to conceptualizing and researching complex causal networks. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(1):25-34.
- Paula JS, Leite IC, Almeida AB, Ambrosano GM, Pereira AC, Mialhe FL. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10(1):6.
- Pitts NB, Zero DT, Marsh PD, Ekstrand K, Weintraub JA, Ramos-Gomez F, et al. Dental caries. *Nat Rev Dis Prim*. 2017 May 25;3:17030.
- Martignon S, Bautista-Mendoza G, González-Carrera MC, Lafaurie-Villamil GI, Morales V, Santamaría S. Instrumentos para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral para padres/cuidadores de niños menores. *Rev Salud Pública*. 2008;10(2):308-14.
- Püschel K, Téllez A, Montero J, Brunner A, Peñaloza B, Rojas MP, et al. Hacia un nuevo modelo de atención primaria en salud: evaluación del proyecto de salud familiar Ancora UC. *Estud Públicos [edición electrónica]*. 2013 [citado 13/08/2019]; (130):23-52. Disponible en: https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20160304/20160304100314/rev130_KPuschel-y-otros.pdf.
- Ministerio de Desarrollo Social. Casen 2015: Estimaciones de la pobreza por ingresos y multidimensional en comunas con representatividad. Chile: Ministerio de Desarrollo Social; 2016 [consultado 23/05/2019]. Disponible en: <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmlID=87071&prmlTIPO=DOCUMENTOCOMISION>
- Corporación Municipal de Puente Alto. Plan de Salud 2019. Puente Alto, Chile: 2019 [consultado 23/05/2019]. Disponible en: <http://www.cmpuentealto.cl/documentos/PlandeSalud2019.pdf>
- Bhayade S, Mittal R, Chandak S, Bhondey A. Assessment of social, demographic determinants and oral hygiene practices in relation to dental caries among the children attending Anganwadis of Hingna, Nagpur. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2016;34(2):124.
- Núñez M. Una aproximación desde la sociología fenomenológica de Alfred Schütz a las transformaciones de la experiencia de la alteridad en las sociedades contemporáneas. *Rev Mex Sociol*. 2012;27:49-67.
- Vásquez P, Ramírez V, Aravena N. Creencias y prácticas de salud bucal de padres de párvulos: estudio cualitativo. *Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehab Oral*. 2015;8(3):217-22.
- Junta Nacional de Jardines Infantiles. Resultados Encuesta Nacional de Primera Infancia ENPI 2010. Chile: JUNJI, UNICEF, UNESCO; 2010 [consultado 19/07/2019]. Disponible en: https://web.oas.org/childhood/ES/Lists/Temas%20%20Proyecto%20%20Actividad%20%20Otros%20Documentos/Attachments/67/12%20Informe_ENPI_Editado_Mayo_2010.pdf
- Lucchini C, Márquez F, Rivera MS. Yo quiero amamantar a mi hijo: Develando la experiencia de mujeres que enfrentaron dificultades en su proceso de lactancia. *Rev chil pediatr*. 2017;88(5):622-628.
- Organización Panamericana de Salud. Política de igualdad de género. OPS; 2009 [consultado 12/07/2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS-politica-de-igualdad-de-genero.pdf?ua=1>
- Bordignon N. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Rev Lasallista Investig [edición electrónica]*. 2005 [citado 13 agosto 2019]; 2(2):50-63. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>.
- Fuentes R, Oporto G, Alarcón A, Bustos L, Prieto R, Rico H. Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo. *Av Odontostomatol*. 2009;25(3):147-54.
- Hadad NL, Del Castillo CE. Determinantes sociales de salud y caries dental. *Odontol pediatr*. 2011;10(1):13-21.
- Díaz-Cárdenas S, Tirado-Amador L, Tamayo-Cabeza G. Impacto de la sonrisa sobre calidad de vida relacionada con salud bucal en adultos. *Rev Clin Periodoncia, Implantol y Rehab Oral*. 2018;11(2):78-83.