



Universidad del Desarrollo
Odontología

**LA DECISIÓN DE MADRES Y/O PADRES DE CEPILLAR LOS DIENTES DE SUS HIJOS
Y/O HIJAS PREESCOLARES. ESTUDIO CUALITATIVO.**

POR: TATIANA CONTRERAS SILVA.

Tesina presentada a la Facultad de Odontología de la Universidad del
Desarrollo para optar al Postítulo de Especialidad en Odontopediatría

PROFESOR GUÍA:

Sr. PATRICIO OLIVA MELLA

**MARZO, 2021
CONCEPCIÓN**

© Se autoriza la reproducción de esta obra en modalidad acceso abierto para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

A las mujeres de mi vida: mi hija Olivia, mi Madre y mi abuela Consuelo...

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Boris, mi compañero y gran amor, por su apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida.

A mi madre, por transmitirme su amor y vocación de trabajar con y para las personas, además de apoyarme incondicionalmente en todo lo que me propongo.

A mi familia, por su gran ayuda durante todo este proceso académico.

A la Dra María Isabel Rozas, por su constante preocupación y cariño.

Al Profesor Patricio Oliva, por mostrarme el camino en esta área de la investigación.

A las madres que participaron en este estudio, por su colaboración y tiempo que me entregaron.

Y por último, a todas las niñas, garantizarles que el futuro será feminista o no será.

RESUMEN

Introducción: La asistencia y/o supervisión del cepillado dental, con pasta dental fluorada, dos veces en el día, es uno de los mensajes clave en las pautas para la prevención de la caries de infancia temprana. Sin embargo, el conocimiento de estos mensajes por sí solo rara vez conduce a un cambio de comportamiento sostenido en los individuos. Se necesita más investigación para describir y apoyar los comportamientos de los padres/madres con respecto al cepillado efectivo en el entorno del hogar, donde estos comportamientos comienzan y se mantienen **Objetivo:** Describir cuáles son los motivos de padres y/o madres para cepillar o no cepillar los dientes de sus hijas y/o hijos preescolares. **Materiales y Métodos:** Se utilizó una metodología cualitativa. Se realizó una entrevista semi-estructurada a madres voluntarias que cumplieron con los criterios de inclusión. Se realizó un análisis discursivo semántico estructural y cruces axiales. **Resultados:** Las madres son conscientes de la importancia del cepillado dental desde una edad temprana, pero presentan dificultades para su realización, asociadas principalmente a la falta de tiempo por su horario laboral y a cambios en la dinámica familiar. **Conclusión:** La presente investigación es un antecedente de la importancia de observar la realidad de cada individuo y su entorno biosicosocial, y utilizar esta información para implementar estrategias de educación en salud bucal que sean pertinentes a las necesidades de cada niño/a y sus familias, principalmente de los padres y madres.

CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.1 MARCO REFERENCIAL.	4
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	13
CAPÍTULO II. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.	16
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	17
2.3 VARIABLES: DEFICINIÓN CONCEPTUAL.	17
2.4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	19
2.5 INSTRUMENTO: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.	19
2.6 CUADRO LÓGICO:	20
2.7 UNIVERSO:	25
2.8 MUESTREO Y MUESTRA:	25
2.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	26
2.11 RECOLECCIÓN DE DATOS:.....	26
3.1 PROTOCOLO ANALÍTICO.....	28
3.1.1 PREGUNTA 1.....	28
3.1.2 PREGUNTA 2.....	31
3.1.4 PREGUNTA 4.....	35
3.1.7 PREGUNTA 7.....	40
3.1.8 PREGUNTA 8.....	42
3.1.9 PREGUNTA 9.....	44
3.1.11 PREGUNTA 11.....	48
3.1.12 PREGUNTA 12.....	50
3.1.13 PREGUNTA 13.....	51
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN.....	54
CAPÍTULO V. CONCLUSIÓN.....	70
LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y SUGERENCIAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES.	71
BIBLIOGRAFÍA.	73
ANEXO I.....	79

ANEXO II 81

ANEXO III 82

INTRODUCCIÓN

La salud oral es considerada actualmente una parte fundamental en el concepto general de salud. El Global Burden of Disease Study 2017, estimó que las enfermedades bucodentales afectaron al menos a 3.500 millones de personas en todo el mundo, siendo la caries dental la más frecuente de todas las afecciones evaluadas (IHME, 2018). A nivel mundial, se estima que 2.300 millones de personas sufren de caries en los dientes permanentes, y 530 millones de niñas y niños en dientes primarios (OMS, 2019). De esta manera la caries dental constituye una de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) más prevalentes entre los niños de todo el mundo (OMS, 2019).

No lejano a esta realidad, nuestro país presenta una gran prevalencia de patologías orales, donde la caries dental y la enfermedad periodontal son los principales problemas de salud oral (MINSAL, 2020). La caries dental se inicia desde los primeros años de vida y presentan un importante incremento con la edad (Sheiham et al. 2005). Datos nacionales publicados, muestran que los niños y niñas de 2 años tienen una prevalencia de caries de alrededor de un 17%, y una de un 50% a los 4 años (MINSAL, 2010); los datos para la población de niños y niñas de 6 años muestran una prevalencia de un 70% (MINSAL, 2007). En relación con la prevalencia de gingivitis, en niños y niñas es de un 32,6% a los 2 años, aumentando con la edad (MINSAL, 2017).

Se considera que los determinantes sociales son muy fuertes en la expresión de la caries dental (MINSAL, 2007) (MINSAL, 2010). Las presiones sociales y económicas, a menudo influyen en los comportamientos y prácticas de salud de los niños/as y sus familias, particularmente de los principales cuidadores, lo que conducen generalmente a una pobre salud bucal (OMS, 2019). Es debido a esto, que las políticas públicas actuales proponen un gran énfasis en la prevención, dirigida principalmente a la población infanto juvenil, como herramienta fundamental para la salud oral.

En los primeros años de vida, los comportamientos de salud bucal de los padres, incluyendo sus prácticas de higiene oral y de alimentación, se han informado como factores de riesgo clave para la caries de infancia temprana (CIT), ya que habitualmente los niños/as siguen este comportamiento (Rai et al. 2018). El cepillado dental con pasta dental fluorada, por parte de los padres/madres a sus hijos/as, es uno de los mensajes clave en las pautas para la prevención de la caries dental (de Jong- Lenters et al. 2019). Sin embargo, se ha reconocido cada vez más que el conocimiento de estos mensajes por sí solo rara vez conduce a un cambio de comportamiento sostenido en los individuos (Duijster et al. 2015). Cualitativamente se ha evidenciado que el cepillado dental tiende a ser recordado, más que monitorizado por los padres, siendo fácilmente dejado de lado por cansancio, estímulos externos o distracciones (Gill et al. 2011). Existe relativamente poca investigación que explore la influencia de los atributos

psicosociales de las madres y padres en el comportamiento de salud bucal de sus hijos e hijas (Trubey et al. 2014).

El objetivo de este estudio es describir, mediante una investigación de tipo cualitativa, cuáles son los motivos de los padres y/o madres para cepillar o no cepillar los dientes de sus hijas y/o hijos preescolares, profundizando en su percepción sobre la higiene oral de los menores, las dificultades y motivaciones que presentan en su realización, además de indagar en cómo influye su entorno familiar y social en la toma de decisiones.

CAPÍTULO I. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.

1.1 Marco Referencial.

Salud y determinantes sociales.

El concepto de salud ha evolucionado constantemente con el pasar del tiempo. Por ejemplo, si nos remontamos a los primeros años, la salud se relacionaba con el concepto de sobrevivencia y de como la humanidad se agrupaba con el único fin de lograr sobrevivir. Con la llegada de la religión, la percepción de salud evoluciona y se transforma en la idea de salvación y sanación, siendo entendida como el estado de ausencia de pecado y presentando la necesidad de una figura divina para recuperar la salud. En la revolución industrial el concepto de salud radicaba en poseer las condiciones óptimas para la realización del trabajo, y así es como constantemente el concepto de salud se ha ido modificando en los años, principalmente a expensas del contexto social de la época (Hernández, 1995). En la actualidad, salud se define como « un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 1946). Dicha definición entró en vigor el 7 de abril de 1948, la cual no ha sido modificada desde entonces.

En 1974, Marc Lalonde, abogado y político que desempeñaba el cargo de Ministro de Salud Pública de Canadá, encargó un estudio a un grupo de epidemiólogos para que investigaran las grandes causas de muerte y enfermedad de los canadienses. Lalonde identificó y describió los determinantes

de la salud, siendo éstos los factores que condicionan la salud de una persona (Herrero, 2016). En ese entonces se describieron cuatro determinantes que son la Biología Humana, el Medio Ambiente, los Estilos de Vida y los Sistemas Sanitarios (Lalonde, 1981).

Los determinantes sociales de la salud dicen relación con las distintas posibilidades que tienen las personas de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud. Esas desigualdades se observan en las condiciones de vida de la primera infancia, la escolarización, la naturaleza del empleo y las condiciones de trabajo, además de las características físicas del medio en que vive la población. El carácter de esos entornos, las condiciones físicas, el apoyo psicosocial y los esquemas de conducta varían para cada grupo, haciéndolos más o menos vulnerables a la enfermedad (OMS, 2009).

Respecto a lo señalado anteriormente, la realidad nacional evidencia un complejo diagnóstico: las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) representan el grueso de la carga en salud para el país, encontrándose fuertemente asociadas con hábitos que suelen adquirirse tempranamente en la infancia o en la adolescencia y que se asocian a una compleja red de determinantes procedentes del entorno familiar y social (MINSAL, 2009).

La salud oral no está exenta de la realidad anteriormente planteada y debe considerarse esencial para el bienestar general de la salud, ya que sus funciones representan la esencia de nuestra humanidad; una buena salud oral nos permite hablar, sonreír, suspirar, besar, oler, probar, sentir, masticar y tragar, además de

permitirnos expresar nuestros sentimientos y emociones a través de las expresiones faciales (California Dental Association, 2018).

Antecedentes de salud bucal en Chile.

En Chile la salud bucal es una prioridad, siendo reconocida como parte integral del bienestar general de las personas, familias y comunidades. Las enfermedades bucales son las enfermedades crónicas más comunes, constituyendo un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, impacto negativo en la salud bucal y sistémica de la población y por el alto costo de su tratamiento (MINSAL, 2017). La política nacional de salud bucal ha puesto énfasis en la promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales, entendiendo que las principales patologías orales son enfermedades crónicas no transmisibles que se manifiestan desde temprana edad (MINSAL, 2017). El Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020, definió como uno de sus objetivos “prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en los menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables” (Estrategia Nacional en Salud, 2011). La principal estrategia para alcanzar este objetivo es el fortalecimiento del “Modelo de Intervención de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades Bucles en párvulos y escolares”, adoptando de esta manera las nuevas tendencias enfocadas en una mirada preventiva más que curativa (MINSAL, 2017). Este modelo recoge los principios que sustentan el

“Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario”, el enfoque de equidad y de los determinantes sociales (MINSAL, 2012).

El Modelo de Intervención de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales tiene dos ámbitos de acción que confluye en la ejecución de actividades en el territorio, desarrolladas articuladamente por el equipo de salud, educativo y la comunidad. Este “encuentro en el territorio” permite compartir saberes y metodologías educativas, para instalar prácticas saludables en los niños/as y sus familias (MINSAL, 2017).

Según estudios nacionales disponibles, a los 2 años la prevalencia de caries es de un 17,5%, de un 49,6% a los 4 años y de un 70,4% a los 6 años (MINSAL, 2010) (MINSAL, 2007). La prevalencia de caries a los 12 años es de un 62,5%, aumentando con la edad hasta llegar a un 99,4% en adultos de 65 a 74 años (Soto et al.2007) (Badenier et al.2007).

Caries dental.

La caries dental es una enfermedad dinámica, multifactorial, mediada por biofilm e impulsada por el azúcar, que produce el desequilibrio de la desmineralización y la remineralización de los tejidos duros del diente; está determinada por factores biológicos, conductuales y psicosociales vinculados al entorno de un individuo (Pitts et al. 2019). En edad preescolar, se conoce como Caries de Infancia Temprana (CIT), la cual se define como la presencia de una o más caries (lesiones no cavitadas o cavitadas), perdidos (debido a caries) o superficies

obturadas, en cualquier diente primario de un niño menor de seis años (Pitts et al. 2019).

De acuerdo con la Asociación Internacional de Odontología Pediátrica (IAPD) la CIT es una enfermedad mundial muy prevalente que tiene un gran impacto en la calidad de vida de los padres y sus hijos/as, con altos costos para la sociedad (IAPD, 2020). Los enfoques para reducir su prevalencia pueden estructurarse en tres fases: la prevención primaria, que incluye mejorar la alfabetización de la salud oral de los padres / cuidadores y trabajadores de la salud, limitar el consumo de azúcar y bebidas en los niños, y fomentar la exposición diaria a los fluoruros y el cepillado dental; la prevención secundaria, que consiste en el control efectivo de las lesiones iniciales antes de la cavitación, que pueden incluir aplicaciones más frecuentes de barniz de fluoruro al 5% y la aplicación de sellantes en fosas y fisuras en los molares susceptibles; y la prevención terciaria, que incluye el tratamiento de lesiones cavitadas y para preservar los dientes (Pitts et al. 2019).

El manejo del proceso de la enfermedad debe comenzar en el primer año de vida del niño/a, fomentando la atención prenatal de salud bucal de la madre (IAPD, 2020). La Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) recomienda la higiene bucal desde la erupción del primer diente primario; el cepillado dental debe ser realizado por una madre o un padre dos veces al día con pasta dental de una concentración mínima de 1.000 ppm de fluoruro (AAPD, 2016) (MINSAL,

2015). Se sugiere que el cepillado dental debe ser asistido o repasado hasta los 8 o 10 años del niño/a (ALOP, 2015).

Según el Manual de Implementación de la OMS “Ending Childhood Dental Caries”, el cepillado dental dos veces al día con una pasta dental fluorada es la medida preventiva más efectiva para la CIT (OMS, 2019). Son múltiples los estudios que respaldan que lo único que tiene evidencia fuerte en la odontología pediátrica es el cepillado dental supervisado, diario y con pasta dental fluorada, al contrario de los tratamientos restauradores, que cuentan con muy bajo nivel de evidencia y un enfoque incierto (Mejárez et al. 2015). También se ha observado que el cepillado dental dos veces al día es más efectivo que realizarlo con menos frecuencia, ya que mantiene el fluoruro adecuado alrededor de los dientes durante una mayor proporción del día (Marinho et al. 2003). Existe evidencia de alta certeza de que la pasta de dientes que contiene 1.000 a 1.250 ppm de fluoruro es más efectiva que la pasta de dientes sin fluoruro (Walsh et al. 2019).

Influencia de los padres y madres en la higiene oral de los niños y niñas.

La adopción de hábitos saludables duraderos en la infancia comienza en el hogar con los padres, madres y/o cuidadores, quienes cumplen un rol fundamental en la formación de comportamientos de salud oral en los niños/as (OMS, 2019). Éstos son responsables de establecer buenos comportamientos de salud bucal en sus hijos/as, incluyendo supervisar el cepillado dental y establecer una relación positiva con los profesionales odontológicos; un cepillado dental

supervisado se asoció con menor experiencia de CIT (Hooley et al. 2012). Por lo tanto, brindar educación sobre salud bucal a los cuidadores, es un enfoque justificados para la prevención de la caries de infancia temprana (Moynihan et al. 2019). No obstante, se ha observado que los esfuerzos para mejorar la higiene bucal de los niños y niñas, no deben centrarse únicamente en la provisión de conocimientos, sino que deberían centrarse en los determinantes subyacentes al cepillado dental dos veces al día, e incorporar componentes de intervenciones dirigidas a la crianza de los hijos/as y al comportamiento familiar más amplio (de Jong- Linters et al. 2019).

Se ha encontrado que los factores socioambientales relacionados con la familia, incluido el funcionamiento familiar, la rutina doméstica, y otros cuidadores en el hogar, afectan la probabilidad de que un padre o madre cepille regularmente los dientes de sus hijos/as (Berzinski et al. 2019). Asimismo, se ha demostrado que las tensiones psicosociales parentales, contribuyen en el desarrollo de la caries de infancia temprana (Seow, 2018).

Los factores psicosociales incluyen elementos cognitivos, como el conocimiento, creencias, actitudes y percepciones de los padres sobre la salud oral, así como fuerzas sociales más amplias, como la estructura familiar, los comportamientos familiares, las habilidades de afrontamiento, el apoyo social y las prácticas culturales, los cuales pueden influir en el riesgo de padecer CIT a través de diversos comportamientos, como por ejemplo promover un cepillado dental regular (Finlayson et al. 2019). Además, estudios encontraron que el estrés

crónico de los padres y madres está asociado con la experiencia de caries infantil, ya que puede tener efectos adversos en la capacidad de los cuidadores de adoptar conductas preventivas para la salud bucal de sus hijos/as. Asimismo, otras investigaciones observaron que los cuidadores de comunidades desfavorecidas tienen menor autoeficacia y sentido de coherencia, características que también influyen en el cuidado de la salud oral de los menores. Por otra parte, madres con recursos económicos limitados o capital social relativo, tienen más probabilidades de renunciar a visitas dentales preventivas y a tener hijos/as con mayores necesidades dentales insatisfechas que las familias más favorecidas (Seow, 2018).

Una investigación de tipo cualitativa cuyo objetivo fue desarrollar una comprensión profunda de los problemas que enfrentan los padres y madres (de áreas socioeconómicamente desfavorecidas) cuando intentan cepillar los dientes de sus hijos/as pequeños en casa, encontró que la mayoría conocía, y a menudo mencionaba sin preguntar, la norma de cepillado de dientes "dos veces al día", lo que sugiere que este mensaje tradicional de salud oral era bien entendido entre este grupo; sin embargo, el comportamiento de los padres y madres parecía estar relacionado con su percepción de la frecuencia con la que otros padres cepillaban los dientes de sus hijos/as, lo que comúnmente se conoce como una "norma descriptiva", en lugar de la "norma prescriptiva"; además muchos padres estaban motivados para cepillar los dientes de sus hijos/as por factores estéticos a corto plazo y no por factores a largo plazo como la reducción del riesgo de caries

dental; también descubrió que rutinas diarias muy inestables dificultan establecer un hábito de cepillado de dientes dos veces al día para los niños/as (Trubey et al. 2014). Otro estudio cualitativo evidenció que los padres/madres perciben que han establecido el cepillado dental como un comportamiento rutinario importante en la vida familiar, pero que la naturaleza de su participación es menos que óptima debido a las dificultades para manejar el comportamiento de los niños/as pequeños; parece que las dificultades se deben, no a la falta de conocimientos, sino a las habilidades interpersonales para manejar el comportamiento de los niños/as a medida que se desarrollan, y las influencias ambientales dentro de las circunstancias en que viven las familias (Marshmann et al. 2016). Finlayson y colaboradores, investigaron cualitativamente las influencias multinivel (infantil, familiar y comunitaria) en las prácticas de higiene bucal para niños/as pequeños en un programa odontológico; los resultados del estudio entregaron que la etapa de desarrollo del niño se percibió como una barrera para el cepillado dental; además se observó que la prevención de caries es el motivador principal para las prácticas frecuentes de higiene, sin embargo, muchas madres no estaban seguras de cuándo los niños/as podrían cepillarse los dientes sin la ayuda de ellas; el conocimiento y actitudes de las madres sobre la higiene bucal, además de las habilidades de afrontamiento que adoptaban frente al comportamiento de los niños/as, fueron influencias positivas para realizar el cepillado dental de sus hijos/as en el hogar (Finlayson et al. 2019). Berzinski (2019) identificó las barreras para el cepillado de dientes regular en los niños/as pequeños, concluyó que el

conocimiento de la salud oral de los padres/madres y el uso de rutinas, se identificaron como los predictores más importantes de la frecuencia del cepillado de dientes a los menores, mientras que el comportamiento infantil resistente y la organización del hogar fueron los predictores más destacados de la dificultad percibida por los padres o madres para el cepillado regular de los dientes de sus hijos/as (Berzinski et al. 2019).

Se ha demostrado que la investigación cualitativa es particularmente útil para 'dar voz' a grupos de personas que a menudo se pasan por alto en la investigación cuantitativa más convencional y brinda la oportunidad de obtener una comprensión profunda de los puntos de vista, el comportamiento y los procesos de toma de decisiones de las personas desde su propia perspectiva (Trubey et al. 2014). Aún existen relativamente pocos estudios que exploren la influencia de los factores psicosociales de los padres en el comportamiento de salud bucal de los menores (Trubey et al. 2014).

Se necesita más investigación para describir y apoyar los comportamientos de los padres con respecto al cepillado dental efectivo en el entorno del hogar, donde estos comportamientos comienzan y se mantienen (Martin et al. 2019).

1.2 Descripción del problema.

El año 2018, Rai y colaboradores realizaron una revisión sistemática, en la cual sintetizó la literatura disponible e identificó los factores de riesgo distales y proximales a nivel de los padres y madres, asociados con el desarrollo de la

caries de infancia temprana (CIT) en países en desarrollo; los factores distales como la ocupación, los ingresos, la educación, la clase social y el acceso a la atención están muy asociados con la CIT, sin embargo, la mayoría de las intervenciones preventivas están dirigidas a factores proximales, que incluyen principalmente el conocimiento de la salud bucal, las actitudes y comportamientos de los padres/madres, y otros factores psicosociales (Rai et al. 2018).

En Chile, el Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020 definió como uno de sus objetivos “prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en los menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables” estableciendo como meta al año 2020, lograr que el 40% de los niños y niñas de 6 años esté libre de caries y disminuir a 1,9 el número de dientes con daño por caries en los jóvenes de 12 años que asisten a establecimientos educacionales municipalizados (Estrategia Nacional en Salud, 2011). La principal estrategia para alcanzar estas metas es el fortalecimiento del Modelo de Intervención de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades Bucales en párvulos y escolares (MINSAL, 2017). Este modelo se ha centrado en los determinantes sociales de la salud más proximales, específicamente a nivel de estilos de vida; ésta parece una decisión razonable, debido a las dificultades que existen para modificar los determinantes más distales, sin embargo, se han priorizado estrategias como la educación en salud y la fluoración (Cartes- Velasquez, 2020).

Este último autor, menciona que si bien la inclusión de jardines infantiles y la participación de los padres y madres en el cuidado de la salud bucal de los preescolares aparecen como un factor positivo, después de varios años no existe evidencia publicada con respecto al impacto que esto ha tenido, el cual puede ser escaso, si se han seguido usando estrategias tradicionales de educación en salud bucal, centradas principalmente en el conocimiento y la prescripción de hábitos. Estudios cualitativos mostraron que existe un alto conocimiento entre los padres/madres y apoderados de las medidas de prevención y cuidado de los dientes de sus hijos y/o hijas, sin embargo, la práctica de estas medidas es débil (MINSAL y Tremauyun. 2007); así como también señalaron que el equipo de salud entrega educación para la salud bucal a la mujer durante el control de embarazo y control infantil, la que se centra en la higiene bucal de los niños y niñas, pero las mujeres la consideran insuficiente para replicar los cuidados en su hogar (Carvajal et al. 2016).

Esto sugiere la importancia de indagar sobre los factores que influyen en las decisiones de los padres y/o madres para cepillar o no cepillar los dientes de sus hijos/as, con el objetivo de brindar educaciones que sean más efectivas. Muchas veces las odontólogas y odontólogos se enfocan en educar y entregar los conocimientos necesarios a las madres y padres para que éstos implementen prácticas de higiene oral en sus hijas/os. Sin embargo, si los profesionales odontológicos profundizan e indagan en las motivaciones y problemas que las madres y padres tienen en relación con el cepillado dental de los menores, se

podría educar en base a las necesidades de cada familia, logrando cambios conductuales más efectivos. A pesar de que las políticas nacionales deben estar dirigidas a las poblaciones más vulnerables, para combatir con la inequidad que existe en salud, surge la idea de saber qué sucede con la población más privilegiada económicamente, en donde muchas veces sus atenciones odontológicas son de libre elección.

Debido a esto, el presente estudio se realizará en la ciudad de Iquique, capital de la Primera Región de Tarapacá, en donde la prevalencia de caries a los 6 años de edad es de un 54%, similar a la prevalencia que existe a nivel nacional (MINSAL, 2017).

La **pregunta de investigación** es: ¿Cuáles son los motivos de las madres y/o padres para cepillar o no cepillar los dientes de sus hijos/as preescolares en el hogar, de la ciudad de Iquique, Región de Tarapacá, el año 2020?

CAPÍTULO II. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.

2.1 Objetivo general.

Describir los motivos de las madres y/o padres para cepillar o no cepillar los dientes de sus hijas o hijos preescolares en el hogar, Iquique 2020.

2.2 Objetivos específicos.

- 1.- Describir la percepción de las madres y/o padres sobre la higiene oral de sus hijas o hijos preescolares, Iquique 2020.
- 2.- Describir las dificultades que presentan madres y/o padres para cepillar los dientes de sus hijas o hijos preescolares, Iquique 2020.
- 3.- Describir las motivaciones de madres y/o padres para cepillar los dientes de sus hijas o hijos preescolares, Iquique 2020.
- 4.- Conocer la influencia del entorno social sobre la decisión de madres y/o padres de cepillar o no cepillar los dientes de sus hijas o hijos preescolares, Iquique 2020.

2.3 Variables: Defición Conceptual.

1.- Percepción de las madres y/o padres sobre la higiene oral de sus hijas o hijos preescolares: Información percibida o comprendida por madres y/o padres que se describirá mediante los indicadores de conocimiento sobre la higiene oral en preescolares, importancia percibida en relación al cepillado dental en preescolares, su rol en el cepillado dental de sus hijas o hijos preescolares relacionado con la asistencia de la higiene oral y su apreciación en cuanto a su comportamiento en relación al cepillado dental de sus hijas o hijos preescolares.

2.- Dificultades que presentan las madres y/o padres en relación al cepillado dental de sus hijas o hijos preescolares: Situaciones, circunstancias

o problemas que enfrentan madres y/o padres en relación al cepillado dental de sus hijas o hijos preescolares, que se describirá en relación al comportamiento de la niña o niño durante el cepillado dental, a las habilidades de la niña o niño que los padres o madres perciben que sus hijas o hijos presentan para el cepillado dental, a la falta de tiempo como obstáculo en el cepillado dental de sus hijas o hijos preescolares y a los cambios de rutina que se viven diariamente o semanalmente que podrían dificultar el cepillado dental de sus hijas o hijos preescolares.

3.- Motivaciones de las madres y/o padres para cepillar los dientes de sus hijas o hijos preescolares: Motivos que impulsen a madres y/o padres a realizar el cepillado dental de sus hijas o hijos preescolares, que se describirán en relación a la percepción de la higiene oral sobre la salud bucal de los preescolares y en relación a la influencia de su entorno familiar más directo.

4.- Influencia del entorno social sobre la decisión de madres y/o padres de cepillar o no cepillar los dientes de sus hijas o hijos preescolares: Actores sociales que inciden en la decisión de madres y/o padres de cepillar o no cepillar los diente de sus hijas o hijos, que se describirán en relación a la percepción de los padres y/o madres sobre la influencia de los profesionales de la salud y de la educación formal (educadores) de sus hijas o hijos preescolares. Además, en

este ítem se agregan las redes sociales (RRSS) provenientes de Internet (Facebook, Instagram, Youtube, WhatsApp, etc.).

2.4 Diseño de investigación.

La presente investigación corresponde a un estudio cualitativo, con enfoque fenomenológico. En este enfoque, el centro está en el fenómeno, es decir, en la experiencia vivida. Se entiende que no existe una realidad única sino que los individuos la configuran y la realidad los configura a ellos. Por lo tanto la realidad es subjetiva, incluido el investigador. El interés está puesto en comprender el significado de los fenómenos a través de la interpretación de las percepciones que generan en las personas. El investigador debe escuchar los discursos profundos de las personas, llegando a los significados en ellos contenidos (Parada, LM & Bobenrieth M, 2013).

2.5 Instrumento: Entrevista semiestructurada.

Es un tipo de entrevista que se rige por una estructura derivada de los objetivos planteados, estructura denominada “pauta de entrevista”, y de los descubrimientos que nacen en el ejercicio de ella. Posee preguntas estructuradas bajo criterio de los objetivos específicos, preguntas que resultan pertinentes a la investigación y preguntas que surgen en el momento (Oliva, 2012).

Nos permite indagar en temas emergentes y profundizar en caso de necesitar aclaraciones de un fenómeno (Vasquez et al. 2015). La entrevista semiestructurada posibilita recoger la información mediante el registro del

discurso de una manera dinámica, facilitando el diálogo, y permitiendo la adaptabilidad del instrumento; este tipo de instrumento favorece la serendipia, y en la presente investigación se pondrá especial énfasis en los hallazgos que construyan el relato que explicita el fenómeno estudiado (Oliva, 2012).

En el presente estudio, las preguntas de la entrevista se realizarán en base a los objetivos específicos planteados, que se muestran en el siguiente cuadro lógico.

2.6 Cuadro lógico:

Objetivos Específicos	Variable	Indicador	Pregunta
Describir la percepción de madres y/o padres sobre la higiene oral de sus hijos o hijas preescolares.	Percepción de las madres y/o padres sobre la higiene oral de sus hijas o hijos preescolares.	Conocimientos sobre higiene oral en preescolares.	1.-¿Qué sabe Ud, acerca del cepillado dental en los niños y niñas preescolares?
		Importancia percibida en relación al cepillado	2.-¿Cuál es su percepción del cepillado dental en los niños y

		dental en preescolares.	niñas preescolares?
		Asistencia durante el cepillado dental en preescolares.	3.-¿Cuál es su rol durante el cepillado dental de su hija o hijo?
		Apreciación en relación a su comportamiento.	4.- ¿Qué tan satisfecha/o se siente Ud con el cepillado de dientes de su hijo o hija?
Describir las dificultades que presentan madres y/o padres para cepillar los dientes de sus	Dificultades que presentan madres y/o padres para cepillar los dientes de sus hijas o hijos preescolares.	En relación al comportamiento del niño o niña.	5.-¿El comportamiento de su hija o hijo, es un factor que influye en su decisión de cepillar los dientes de su

hijas o hijos preescolares.			hija o hijo? Cuénteme.
		Habilidades del niño o niña.	6.-¿Cree Ud que su hija o hijo podría cepillarse los dientes sola o solo? ¿Por qué?
		Falta de Tiempo	7.-¿El tiempo es un factor a considerar en el cepillado de dientes de su hija o hijo? Cuénteme.
		Cambios en la rutina	8.-¿ La rutina es un factor a considerar en el cepillado de

			dientes de su hija o hijo?
Describir las motivaciones de madres y/o padres para cepillar los dientes de sus hijas o hijos preescolares	Motivación de madres y/o padres para cepillar los dientes de sus hijas o hijos preescolares.	En relación a la salud bucal del niño/a.	9.-¿ Por qué cree ud que el cepillado de dientes es importante para la salud bucal de su hija o hijo? Cuénteme.
		En relación a su entorno familiar.	10.-¿ Cómo percibe Ud. que influye su entorno familiar en su decisión de cepillar los dientes de su hija o hijo?

<p>Conocer la influencia del entorno social sobre la decisión de madres y/o padres de cepillar o no cepillar los dientes de sus hijas o hijos preescolares.</p>	<p>Influencia del entorno social sobre la decisión de madres y/o padres de cepillar o no cepillar los dientes de sus hijas o hijos preescolares</p>	<p>Influencia de los profesionales de la salud.</p>	<p>11.-¿ Cómo percibe Ud que influyen los profesionales de la salud en la decisión de cepillar los dientes de su hija o hijo?</p>
		<p>Influencia de la educación formal.</p>	<p>12.-¿Cómo percibe Ud que influyen la educación formal en su decisión de cepillar los dientes de su hija o hijo?</p>

		Influencia de las redes sociales.	13. ¿ Cómo percibe Ud que influyen las redes sociales en su decisión de cepillar los dientes de su hija o hijo?
--	--	-----------------------------------	---

2.7 Universo:

El universo corresponde a madres y/o padres de preescolares, pertenecientes a establecimientos educacionales privados, de la ciudad de Iquique, región de Tarapacá, el año 2020.

2.8 Muestreo y Muestra:

El tipo de muestreo utilizado en este estudio es por conveniencia, ya que permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador (Otzen & Manterola, 2017).

La muestra corresponde a madres y/o padres de preescolares que se encuentren en el nivel de pre-kinder, de establecimientos educacionales privados, de la

ciudad de Iquique, región de Tarapacá, el año 2020, y que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

2.9 Criterios de Inclusión:

En el presente estudio se incluirán las madres y/o padres de preescolares (entre 4 y 5 años), cuyos hijos se encuentren cursando pre-kinder en establecimientos educacionales privados o particulares, para que la muestra presente características similares en relación a su estrato socioeconómico, educacional y cultural.

2.10 Criterios de Exclusión:

En el presente estudio se excluirán las madres y/o padres que sean odontólogos o técnicos en odontología (asistentes dentales). También se excluirán las madres o padres que presenten alguna discapacidad intelectual o física leve, moderada o severa y aquellos padres o madres de niños/as preescolares que presenten alguna discapacidad intelectual o física leve, moderada o severa.

Además serán excluidos del estudio todos los padres o madres que no firmen el consentimiento informado.

2.11 Recolección de datos:

La información se recolectará mediante una entrevista semiestructurada (presentada en el cuadro lógico anterior), que se realizará en forma virtual a través de video- conferencia, utilizando la aplicación Zoom, debido a las

restricciones sociales derivadas de la pandemia por COVID 19. Se estima que cada entrevista durará máximo 40 minutos, para evitar el cansancio de la entrevistadora y entrevistad/o. Las entrevistas serán grabadas y la información obtenida se transcribirá textualmente, para luego ser analizada mediante la técnica de análisis discursivo semántico estructural, que identifica conceptos fundamentales presentes en las respuestas de los entrevistados/as, los cuales se organizan y estructuran de una manera sistemática y lógica, permitiendo la configuración de estructuras lingüísticas más complejas. El análisis semántico estructural consta de códigos de base y calificativos, que van develando información latente en el discurso de los entrevistados mediante totalidades, que cobran sentido en la medida en que se relacionan con otros códigos, lo que permite no sólo la construcción de interpretaciones textuales, sino que también de categorías que poseen un nivel de abstracción mayor, generando conceptos globales sobre la temática tratada (Oliva, 2012). A cada participante se le solicitará su consentimiento para ser grabados/as, luego de ser informados de los objetivos de la investigación, la metodología a utilizar y el análisis posterior, que será utilizado para fines académicos. Se mantendrá la confidencialidad de los participantes, es decir, los videos y entrevistas transcritas no serán expuestos en el presente estudio.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

Como se muestra en el cuadro 2.6, la entrevista constó de 13 preguntas, las cuales derivaron de los objetivos específicos planteados. La entrevista fue sometida a evaluación, que en este caso correspondió al tutor metodológico del presente estudio.

La invitación (Anexo I) se extendió a padres y madres que cumplieran con los criterios de inclusión, de los cuales aceptaron 12 madres que firmaron el consentimiento informado (Anexo II) para ser grabadas y utilizar las transcripciones con fines académicos. Se procedió a realizar las entrevistas, alcanzando el punto de saturación en la onceava entrevistada, luego de ello no se recolectaron nuevos antecedentes.

Las entrevistas transcritas textualmente se sometieron al análisis, en donde primero se codificaron los conceptos, en códigos base y opuestos, que generaron totalidades, las cuales permitieron la elaboración del Protocolo Analítico. Luego, con algunos de estos códigos se realizó el Cruce Axial (Anexo III) por cada pregunta, que fue incorporado en el protocolo antes mencionado. Finalmente se incorporaron citas de las entrevistadas, para ejemplificar algunas respuestas.

3.1 Protocolo analítico.

3.1.1 Pregunta 1.

¿Qué sabe Ud. acerca del cepillado dental en las niñas y niños preescolares?

Las madres relatan que la higiene oral debe comenzar desde que son bebés. Manifiestan que se debe iniciar previo a la erupción dentaria, con la limpieza de la encía, utilizando dedales o cepillos de goma. Luego de la erupción dentaria, se debe utilizar el cepillo dental.

Con respecto al uso de dentífrico, existe contradicción entre iniciar el cepillado solamente con agua o con pasta dental, por las diversas indicaciones entregadas por odontólogos, por ejemplo “... me habían dicho antes, que en los niños no se ocupa la pasta, que el cepillado es lo más importante, pero hace poco tiempo una dentista me dijo que no, que había que usar pasta con una cantidad específica de ppm de flúor...” (entrevista nº 9) o “...hay dentistas que dicen que no es necesario usar pasta, que solo el cepillado de dientes es necesario, con el cepillo y agua, pero hay algunas pastas que tu vas al mercado que dicen que son especiales para niños...” (entrevistada nº 10). Sin embargo, a los cuatro o cinco años de edad, el uso de pasta dental no es cuestionable. En relación al tipo de pasta dental, reconocen el uso de una pasta dental con fluoruro, pero sin detallar la concentración mínima recomendada. Sin embargo, la selección de la pasta dental, se da principalmente por una de tipo infantil (con dibujos animados de interés del hijo o hija) y de marca comercial conocida o de preferencia, más que por la importancia del fluoruro como componente fundamental en la prevención de la caries. Con respecto al tipo de cepillo dental, reconocen que se debe usar un cepillo “especial” que sea de acuerdo con la edad del niño. Las selecciones se ven reflejadas por ejemplo, en las siguientes citas: “... es un cepillo especial,

no puede ser cualquier cepillo, también la pasta no puede ser cualquier pasta de dientes... yo sé que tiene que tener una cantidad de flúor indicada... ¿cuál? No me acuerdo...” (entrevistada nº 1) o *“... una que tiene cierto grado de no se qué, 0, 0009...con flúor y qué se yo... pero la verdad es que trato de buscar como las marcas más conocidas... las más dulces...”* (entrevistada nº 2).

En relación a la frecuencia y oportunidad del cepillado dental, indican que debe ser después de cada comida (desayuno, almuerzo, cena), es decir, mínimo tres veces al día. Sin embargo, se considera más importante el cepillado dental de la mañana y el de antes de acostarse. Además, reconocen que la higiene oral debe ser supervisada por un adulto, pero desconocen hasta que edad debiera ser asistida. Por último, algunas informan sobre la cantidad de pasta dental a utilizar (del tamaño de una arveja).

Resultado cruce axial.

No obstante la evidencia científica, existe una confusión evidente de las madres sobre las recomendaciones actuales del uso de pasta dental con una concentración mínima de 1000 ppm de fluoruro, en el inicio del cepillado dental de los preescolares . Se observa que su selección, se basa principalmente, en la marca comercial de preferencia, que se utiliza comúnmente en el hogar, más que por la presencia de fluoruro en su composición y su importancia en la prevención de la caries dental.

3.1.2 Pregunta 2.

¿Cuál es su percepción del cepillado dental en las niñas/os preescolares?

El cepillado dental en preescolares, se percibe como fundamental para la mantención de una buena salud bucal. Las madres consideraron que es importante incorporar la higiene oral como un hábito dentro de la rutina diaria y conscientizar a los niños y niñas en la importancia de éste, por ejemplo “... *que sea para un cuidado de dientes, que ellos tengan una rutina, vayan formando el hábito de lavarse los dientes y también tener una buena higiene bucal...*” (entrevistada nº10). Por otro lado, perciben que cumple un rol primordial en el ámbito social, ya que permite generar una buena impresión en los demás, por ejemplo “...*es la base, es tu cara, los dientes al final lo dicen todo. Tu abres la boca y lo primero que se te ve son los dientes, entonces si los dientes están feos, churra, ya empezai con una mala impresión...*” (entrevistada nº2).

En cambio, perciben que una mala salud bucal en esta etapa podría tener un impacto negativo en la dentición definitiva, por ejemplo “...*pucha yo creo que es super importante... porque si uno no cuida los dientes de leche... va afectando los dientes definitivos...*” (entrevistada nº1). Otras madres manifestaron que generalmente los otros padres y/o madres no se preocupaban de cuidar la dentición de sus hijos e hijas, por saber que los dientes son temporales; la presencia de caries dental en preescolares, se percibe como un signo de descuido por parte de los padres y/o madres en el cuidado de la salud general de los menores, por ejemplo “...*como mamá, no mandaría a mi hijo con el*

pantalón cochino a clases, entonces por supuesto no tendría a mi hija con una caries...como de cuidar a tu hijo...de lo que come, de lo que se viste, pero también de su higiene dental, encuentro que es algo importante...” (entrevistada n°5). Además, las madres reconocen que la enseñanza del cepillado dental debe comenzar en una etapa temprana, ya que mientras más pequeño se adquiere un hábito, existe mayor posibilidad que se mantenga hasta la adultez, por ejemplo “... *creo que es más importante en esta etapa porque se va generando un hábito de aquí para la vida completa....*” (entrevistada n°9). También consideraron importante educar a los niños/as sobre mantener una dieta saludable, libre de bebidas gaseosas y azúcares.

Las madres perciben que la pandemia por COVID 19, ha influenciado negativamente en las visitas odontológicas, ya que a pesar de que exista la motivación, prefieren no asistir. Por lo tanto, en este contexto, una de las madres manifestó que el cepillado dental debe ser realizado con mayor énfasis, por el riesgo que significa ir a una consulta odontológica, por ejemplo “... *en la pandemia le he dado harto énfasis, porque no quiero tampoco sacarlos a un dentista...*” (entrevistada n°7).

Las madres percibieron que la importancia sobre la higiene oral en esta etapa ha evolucionado en el tiempo, ya que refieren que generaciones anteriores no consideraban relevante la salud bucal en la infancia, al contrario de lo que sucede en la actualidad, por ejemplo “...*es como básico... los papás de antes eran más relajados con el tema del cepillado o no sé...*” (entrevistada n° 2).

Resultado cruce axial.

Las madres reconocen otorgarle una significancia social a la salud bucal de los preescolares. Por un lado, se considera que una buena salud bucal genera una buena impresión en las demás personas, y a su vez, es percibida como un signo de preocupación parental, es decir, permite calificar el grado de preocupación que tienen los padres y/o madres en el cuidado general de sus hijos o hijas.

3.1.3 Pregunta 3.

¿Cuál es su rol durante el cepillado dental de su hijo o hija?

Las madres revelan que en general supervisan el cepillado dental de sus hijos /hijas, pero que a su vez le otorgan autonomía en la realización de éste hábito, por ejemplo “ *... le gusta hacer todo solo... para no quitarle esa autonomía, se los cepilla, pero yo siempre le digo que yo tengo que terminar de cepillarle los dientes...*” (entrevistada nº 3) o “*...antes la cepillaba yo, ahora ella... la idea es promover la autonomía e independencia de los niños pero con una supervisión...*” (entrevistada nº 10). Reconocen su rol fundamental en la transmisión de hábitos de higiene oral, considerando que deben participar activamente en la enseñanza del cepillado dental de sus hijos/hijas.

Por otro lado, las madres admitieron que “supervisaban” pero no asistían el cepillado dental durante el día, controlando la higiene oral de los menores de forma visual, por ejemplo “ *en el día para serte sincera no... les digo ya vayan a*

lavarse los dientes...pero no estoy atrás de ellos mirándolos" (entrevistada nº 7) o "*...ya no es tanto control...no estoy encima de ella revisando los dientes, porque la verdad es que ella misma llega y me dice mamá ¿cómo quedé? ¿quedé bonita?...*" (entrevistada nº 2) o "*... sí, sí...yo le reviso bien la boquita y yo veo que ella se ha limpiado bien, de hecho yo igual refuerzo cuando puedo...*" (entrevistada nº 9)

Sin embargo, reconocen que el cepillado dental nocturno (antes de dormir) es el más importante del día, el cual debe ser siempre asistido, ya que consideran que acostarse sin cepillarse los dientes, tiene directa relación con la presencia de caries dental, por ejemplo "*...el repaso se lo hago en la noche...cuando se viste (en el día) se va a lavar los dientes, y después de almuerzo va sola, ahí no la persigo, solo la reviso en la noche la verdad...*" (entrevistada nº5) o "*...el de la noche es más riguroso y después de eso ya no toman ni jugo, ni leche, ni nada... por el mismo tema de las caries, la dentadura y todo...*" (entrevistada nº 12).

Sin embargo, algunas entrevistadas asumen que durante el contexto de pandemia, se han "relajado" con el cepillado dental de sus hijas y/o hijos, disminuyendo su frecuencia y oportunidad, por ejemplo "*... en toda la cuestión de la cuarentena como que de repente ha estado dejado... nos hemos relajado un poco...*" (entrevistada nº 3). Se percibe que insistir en la realización de éste, podría generar un estrés adicional en los menores.

Con respecto a esta pregunta, se destaca que algunas de las madres entrevistadas, relataron que el cepillado dental no debe ser asistido ni recordado,

ya que cuando se enseña adecuadamente, los niños/ niñas lo realizan de manera automática y con la técnica correcta, por ejemplo “... *ya no soy yo la que está todos los días limpiándole los dientes... ella va a lavarse los dientes y lo hace sola... lo hace como yo ya le enseñé, o sea como que a esta edad ella ya lo inculcó bien...*” (entrevistada nº 9).

Resultado cruce axial.

La asistencia del cepillado dental de los preescolares es fundamental para lograr una higiene oral efectiva, pero a su vez, es importante la enseñanza de éste para fomentar la autonomía e independencia de los menores, lo que facilita la incorporación del cepillado dental como un hábito.

3.1.4 Pregunta 4

¿Qué tan satisfecha se siente Ud con el cepillado de dientes de su hijo o hija?

La percepción de satisfacción de las madres sobre su propia actitud y comportamiento con relación al cepillado dental de sus hijos/hijas, aumenta con la apreciación positiva por parte de ellas en relación al comportamiento de los menores en la realización de esta actividad, ya que revelaría una suficiente transmisión de hábitos de higiene oral, por ejemplo “... *yo creo que bien (satisfecha)...desde siempre le inculcamos el tema del cepillado dental... mi percepción es que lo entiende bien también...*” (entrevistada nº 4) o “...*me siento bastante satisfecha, porque cuando no me sentía muy satisfecha, lo volvíamos a*

revisar y le volvía a enseñar bien, y le explicaba como tenía que lavarse bien, entonces yo he visto que lo ha ido mejorando...” (entrevistada nº 9).

Además, algunas madres refirieron que el grado de satisfacción es influenciado por la validación de un odontopediatra u odontólogo/a general durante las visitas, por ejemplo *“...me siento tranquila... mi hijo va de chiquitito al dentista y nunca le han encontrado nada...”* (entrevistada nº 1). En cambio, aquellas madres que nunca han controlado a sus hijos/hijas presentan un grado de satisfacción menor. Por otra parte, las madres que percibieron insatisfacción en relación a su rol durante el cepillado dental de sus hijos/hijas, revelan cierta “culpabilidad”, ya que consideran que la carga laboral tiene una influencia negativa en el cepillado dental de los menores, por dedicarle menos tiempo a esta actividad, por ejemplo *“... me gustaría que fuera más, pero como hay momentos que yo no estoy (por el trabajo) y está a cargo la abuela... a ella como que le olvida un poco...”* (entrevistada nº 8). Esta insatisfacción aumenta cuando se percibe que los preescolares no han logrado incorporar el hábito de higiene oral dentro de su rutina diaria, es decir, hacerlo de forma consciente, por ejemplo *“...no tanto la verdad, preferiría que naciera de él también un poco...que él lo tuviera metido en su cabeza...”* (entrevistada nº 11) o *“...quizás le pondría un 6... no logro todavía tener el 100%, para decir oye sabi sí, está consciente de sus dientes... de su cepillado...de repente a ella se le olvida...”* (entrevistada nº 2).

Resultado de cruce axial.

El nivel de satisfacción de las madres, con relación a su actitud y comportamiento ante el cepillado dental de sus hijos o hijas, aumenta si la higiene oral es evaluada por un especialista, es decir, un odontopediatra u odontólogo/a general. La visita odontológica de los preescolares permite una apreciación objetiva del comportamiento de los padres/ madres sobre el cepillado dental de los menores.

3.1.5 Pregunta 5

¿El comportamiento de su hijo o hija es un factor que influye en su decisión en relación a su cepillado dental? Cuénteme.

El comportamiento de los preescolares, es considerado por las entrevistadas como un factor que influye en su decisión de cepillar los dientes de sus hijos o hijas. Se revela que el mal comportamiento durante esta actividad, influye negativamente en esta decisión, ya que dificulta o impide la asistencia del cepillado dental de los menores . Las madres perciben que al inicio, los menores consideran como “tortura” el cepillado dental, pero cuando alcanzan los 4 o 5 años de edad, aumenta la madurez y con esto la cooperación, por ejemplo “...*de verdad una tortura para él, y al final para mi era como una batalla tratar de lavarle los dientes...al final, como que una también nunca le cepillaba tan bien los dientes porque me cerraba la boca, lloraba, se tiraba al suelo...pero de hace unos meses que ya coopera...*” (entrevista n^o1)

El mal comportamiento de los menores, además, influye en la motivación que tienen las madres de asistir el cepillado dental, ya que en muchas ocasiones se

sientes agotadas para insistir, por ejemplo “...a veces sí (*infuye*), cuando ya teni esos días que ya no querí más guerra...” (entrevistada nº 2). Asimismo, cuando los niños/as están muy cansados durante la noche, las madres prefieren no despertarlos para esta actividad, por ejemplo “...si está durmiendo, no la despierto para lavarse los dientes, o sea nunca tan estructurada..” (entrevistada nº 5).

Se describen algunas medidas para manejar este comportamiento, siendo una de ellas la negociación o ayudarlos a entender la importancia del cepillado dental en el cuidado de su dentición, aplicando palabras simples que ellos puedan entender; otras simplemente los obligan, por ejemplo “...es que lo obligo igual, porque nunca quiere...no es algo que lo tenga tan metido...” (entrevistada nº11).

Por otra parte, las madres percibieron que cuando los niños/as incorporan tempranamente el hábito de higiene oral, esto influye positivamente en su comportamiento, facilitando la asistencia o supervisión realizada por los padres o madres, por ejemplo “...es un hábito que lo tiene super presente... lo toman la verdad como un momento más agradable que desagradable, les gusta...” (entrevistada nº 12).

Resultado cruce axial.

Se observa que el mal comportamiento de los niños o niñas preescolares podría influir de forma negativa en la decisión de las madres de cepillar los dientes de sus hijos o hijas. Sin embargo, las madres tienden a manejar este comportamiento errático para poder realizar la higiene oral de los menores,

existiendo la motivación de “negociar” con ellos. En los casos que no existe esta motivación, las madres no insisten en el cepillado dental de sus hijos o hijas, omitiendo esta actividad de la rutina. Por otro lado, cuando los menores tienen un buen comportamiento, las madres no deben insistir, ya que la higiene oral es un hábito incorporado en la rutina diaria de los menores.

3.1.6 Pregunta 6

¿Cree Ud que su hijo/a podría cepillarse los dientes solo (sin supervisión o asistencia)? ¿Por qué?

En general, las madres consideraron que los preescolares no presentan la habilidad y motricidad suficiente para realizar correctamente su cepillado dental, motivo por el cual debe ser asistido o supervisado, por ejemplo *“...o sea, de poder hacerlo, puede hacerlo... y de hecho para ser chiquitito, yo siento que lo hace bastante bien, pero no con lo minucioso que puede ser un adulto al momento de cepillarle los dientes...”* (entrevistada nº 3).

Por otro lado, una vez más plantean la importancia de fomentar la independencia y autonomía del niño/a. Se considera que la enseñanza de higiene oral en etapas tempranas, permite concientizar a los menores sobre la importancia del cepillado dental en su salud bucal, lo que facilita su aprendizaje. Sin embargo nace la inquietud de no tener los conocimientos suficientes para evaluar si están realizando el cepillado dental de forma correcta o no, por ejemplo *“... yo creo que*

también hay un tema que los adultos tampoco eehh manejamos muy bien la técnica... no te sabría decir si está excelentemente bien...” (entrevistada nº 10)

Por otra parte, las madres entrevistadas creen que la habilidad de sus hijos/as para efectuar su cepillado dental por sí solos, depende de la madurez del niño/a, considerando que las niñas son más maduras e independientes que los niños. En estos casos, las madres consideraron que no era necesario supervisar y/ o asistir el cepillado dental, por ejemplo “...si...estamos en ese camino... porque tiene la motricidad para hacerlo bien, tiene el hábito, como el sentido común de que tiene que lavarse los dientes, entonces lo hace y lo hace bien...quizás le falta madurez como para ya dejarlo solito...” (entrevistada nº 4).

Resultado de cruce axial.

La habilidad de los menores percibida como suficiente por las madres, es un motivo para no asistir y/o supervisar el cepillado dental de sus hijos o hijas, ya que los consideran capaces de efectuar de manera correcta su higiene oral. Por otra parte, cuando la habilidad se percibe como insuficiente, el conocimiento y motivación de las madres son clave para sentir confianza durante la asistencia y/o supervisión del cepillado dental de los preescolares.

3.1.7 Pregunta 7

¿El tiempo es un factor a considerar en el cepillado de dientes de su hijo o hija? Cuénteme.

Las madres consideran que tener poco tiempo es un factor que influye en su decisión de cepillar los dientes de sus hijos/hijas. El horario laboral disminuye el tiempo que se debe dedicar a esta actividad, por ejemplo *“...si, o sea en las mañanas por ejemplo siempre es rápido... cuando uno trabaja todo es más apurado...”* (entrevistada nº 11). En algunas ocasiones, por la mañana cuando deben salir rápidamente del hogar, los niños/niñas asisten al jardín infantil o colegio sin cepillarse los dientes, por ejemplo *“...si influye, por ejemplo en la mañana cuando tenían que irse al jardín, muchas veces no se iban con los dientes lavados...no me alcanzaba el tiempo...”* (entrevistada nº 7).

Por otra parte, las madres que manifestaron que el tiempo no es un factor de influencia, reconocieron que sí influye en su rol de supervisar o asistir el cepillado dental de los menores, por ejemplo *“...no, siempre se cepilla, lo que si temprano no la acompaño...si estamos muy apuradas yo voy hacerle la leche y no la acompaño... lo hace rápido, no se demora, y se le puede decir apurate, apurate...”* (entrevistada nº 5). Asimismo, las madres que creen que sus hijos o hijas tienen la capacidad de realizar su higiene oral de forma autónoma, no percibieron el factor tiempo como un problema, por ejemplo *“...no, porque la verdad es que ahí es donde yo ahorro tiempo... por ejemplo yo le digo ... y ella fíum!... ella se va como una bala al baño...”* (entrevistada nº 2)

Resultado cruce axial.

La falta de tiempo se percibe como una influencia negativa en el cepillado dental de los preescolares, afectando su asistencia y/o supervisión. No obstante, la

apreciación sobre la autonomía de los menores cambia esta percepción, lo que también interfiere en una higiene oral efectiva.

3.1.8 Pregunta 8

¿ La rutina es un factor a considerar en el cepillado de dientes de su hijo o hija?

Las madres consideran el cepillado dental de los preescolares como un hábito de higiene, que se encuentra incorporado en la rutina diaria de las familias. Se detalla que el cepillado dental va generalmente acompañado de otros hábitos de higiene, como el lavado de manos, higiene corporal, en la mañana al levantarse y en la noche al acostarse, por ejemplo *“...nosotros generalmente tenemos rutinas muy marcadas, si bien se alteran un poco el fin de semana... pero hay cosas de higiene o de alimentación que tampoco se tranzan, sin ser cuadrada que digamos, es una rutina que tienen súper incorporadas estas niñitas, entonces la verdad sí...influye de manera positiva en todo al final...”* (entrevistada nº12). Se percibe además, que los cambios de rutina, en un día normal o fin de semana, es un factor que sí tiene influencia en su decisión de cepillar los dientes de sus hijos/hijas, afectando su frecuencia y oportunidad, por ejemplo *“...mmm bueno hay fines de semana, que a lo mejor no se los cepillo en la mañana porque nos quedamos acostados en la casa o estamos jugando...”* (entrevistada nº 1).

En un día “normal”, el cepillado dental es un hábito que se realiza siempre, sobre todo en rutinas estructuradas, sin embargo, cuando existen cambios en la rutina habitual, la “rigidez” de efectuar el cepillado dental es menor, por ejemplo *“...o sea por ejemplo si estamos en un almuerzo familiar, en una casa equis...y nos quedamos hasta tarde noche, ya el niño no se cepilla los dientes en la tarde... No es que ande con el cepillo en la cartera...”* (entrevistada nº 4). Sin embargo, las madres revelan que el cepillado dental nocturno se intenta realizar siempre, a pesar de los cambios de rutina. No así con el cepillado después de almorzar, con el cual se tiene bastante flexibilidad.

Por otro lado, se percibe que en el contexto actual se ve afectada la dinámica familiar habitual, y por ende el cepillado dental. Creen que se debe ser más flexible con los hábitos de higiene oral, en relación a su frecuencia y oportunidad, considerando que debe existir menor disciplina en la rutina diaria, por ejemplo *“...siempre tenemos una rutina como bien estructurada, generalmente come, se baña, cepillado de dientes y a la cama... ahora (en cuarentena) trato de mantenerse, no tan estricta, ni tan temprano, pero si...”* (entrevistada nº 8).

Resultado cruce axial.

La rutina es un factor que tiene influencia en la higiene oral de los menores. Se observa que familias que tienen una rutina diaria estructurada, incorporan el cepillado dental como un hábito que se realiza de forma automática. Por otra parte, en familias sin una rutina establecida, la higiene oral de los niños y niñas se ve afectada.

3.1.9 Pregunta 9

¿Por qué cree ud que el cepillado de dientes es importante para la salud bucal de su hijo o hija? Cuénteme.

Las madres consideran que el cepillado dental es importante para la salud bucal de los preescolares porque perciben que la caries dental es muy prevalente en esta etapa. Creen que la mantención de una buena higiene oral, durante todo el ciclo vital, permite un buen estado de salud bucal durante la adolescencia y la adultez. Por lo tanto, la formación de hábitos de higiene oral y de una dieta no cariogénica desde edades tempranas, se considera relevante para mantener una buena salud bucal, por ejemplo *“...porque siento que es fácil con los niños, por las cosas que comen y porque un cepillado mal hecho le puede generar una caries o una inflamación en la encía, y para que darle un dolor o una cosa que es super evitable, entonces como que siento que hay que ser responsable...”* (entrevistada nº 5). Además, se percibe que presentar una buena salud bucal en etapa preescolar, permite evitar una experiencia traumática en sus primeras visitas odontológicas, por ejemplo *“...yo creo que si uno le cuida los dientes a los niños cuando son pequeños... después cuando grandes no van a tener consecuencias, porque uno cuando era niño o nuestros papás yo creo que nunca iban al dentista, o uno iba una vez cada cuántos años, y uno tiene caries...”* (entrevistada nº1) o *“...para evitarse que tengan que estar yendo al dentista y que pasen malos ratos...”* (entrevistada nº 7) o *“... no quiero caries, no quiero*

traumas... al final después si tu no parti del principio que les revisen sus dientes, después es un trauma...” (entrevistada nº2).

Por otro lado, un deficiente cepillado dental podría relacionarse con un mayor riesgo de presentar inflamación de las encías, halitosis y otras infecciones que a podrían tener repercusiones negativas en la futura dentición permanente de los menores, por ejemplo “...*para la prevención de enfermedades, para el cuidado de los dientes de más adelante, prevenir el problema de las encías, prevenir las caries... el tema del haliento, tener dientes sanos y mantener una buena salud po...*” (entrevistada nº 10).

Asimismo, una mala salud bucal, podría generar problemas de autoestima y tener efectos en la salud mental a largo plazo, por ejemplo “...*una infección en una muela igual es peligrosa...se le van a caer los dientes a temprana edad, va a tener una mala salud bucal...el tema psicológico o el tema físico de la apariencia...*” (entrevistada nº1)

Las madres consideran a la salud bucal como parte importante de la salud general de sus hijos o hijas, por ejemplo “... *porque creo es parte de la salud de todo el cuerpo... la boca es algo más que requiere cuidado también...*” (entrevistada nº 12) o “... yo soy de la idea de así como su salud, no sé toda su salud se la voy a cuidar... con sus dientes igual...” (entrevistada nº 2).

Las madres revelan experiencias negativas en relación a su salud bucal, percibiendo como responsable principal a la familia, lo que las motiva a no repetir el mismo comportamiento con sus hijos o hijas, por ejemplo “...*para mi fue un*

tema los dientes (de pequeña) y en la vida... como que me hubiera gustado una mamá más insistente que hubiera estado como pendiente de mi, entonces siento que es algo importante...” (entrevistada nº5)

Resultado cruce axial.

Una buena salud bucal de los preescolares tiene una significancia no sólo a nivel “oral”, sino que también a nivel psicosocial, ya que se considera relevante en el autoestima de los menores como también en su sociabilización con el entorno.

3.1.10 Pregunta 10

¿Cómo percibe Ud. que influye su entorno familiar en su decisión de cepillar los dientes de su hijo o hija?

Las madres perciben que la familia si tiene influencia en su decisión de cepillar los dientes de sus hijos o hijas. Algunas familias extendidas, revelan la importancia de los abuelos/abuelas en la mantención del cepillado dental de los preescolares en el hogar, sobre todo cuando ellas están en el trabajo, por ejemplo *“...los abuelos cumplen un rol fundamental y la verdad es que son súper respetuosos con nuestras rutinas y nuestras decisiones...”* (entrevistada nº 8). Sin embargo, otra gran parte de las entrevistadas consideraron que muchas veces los abuelos y abuelas no se hacen cargo de esta tarea.

Por otra parte, se percibe que niños/as imitan patrones de conducta saludables, sobre todo de las madres y de sus hermanos o hermanas mayores, por ejemplo *“...es fundamental, eso es ehh yo creo que ellos imitan, y si ellos no ven que uno*

tiene la rutina de aseo bucal adecuada, ellos no lo van aprender, no lo van a copiar...” (entrevistada nº6).

En relación al padre, se considera fundamental su apoyo, pero se percibe que cumple un rol más pasivo en esta actividad, siendo responsabilidad mayoritariamente de la madre, por ejemplo “...la verdad es que todos como que tenemos la misma idea, el mismo pensamiento... el papá de repente es un poco más relajado en ese sentido...yo creo que también influye que él no esté una semana acá (por trabajo)...” (entrevistada nº3) o “...el M (el padre)...estamos almorzando y le dice “hija los dientes”, es compartido...pero es super ocasional porque la verdad es que M llega tarde y cuando llega las niñitas ya están acostadas...” (entrevistada nº 2).

Otras, consideran que la familia no tiene influencia, ni positiva ni negativa, sino que la decisión de cepillar los dientes a sus hijos/hijas, nace desde su propia motivación y responsabilidad, por ejemplo “...no para nada, no lo motivan mucho, (abuelos)...no es un tema que se discuta ni nada... es mi pega, ya hay que lavarse los dientes o como ya vamos a bañarnos , lávate la cara, como que yo soy la que insisto en eso...” (entrevistada nº 11)

Resultado cruce axial

El horario laboral de las madres interfiere en la asistencia o supervisión del cepillado dental de los preescolares en el hogar. Sin embargo, en familias extendidas, donde se comparte generalmente la vivienda con los abuelos o abuelas, la presencia de éstos permite la mantención de la higiene oral de los

menores en ausencia de ellas, siempre y cuando se sientan comprometidos con la salud oral de sus nietos o nietas.

3.1.11 Pregunta 11

¿ Cómo percibe Ud que influyen los profesionales de la salud en la decisión de cepillar los dientes de su hijo o hija?

Las madres, en general, perciben que los profesionales de la salud no influyen en su decisión de cepillar los dientes de sus hijos o hijas. Informan que todos los niños/as han asistido a sus controles con pediatra, y no con otros profesionales, exceptuando algunos que han asistido a controles odontológicos.

En relación a los pediatras, las madres consideran que no tienen un rol importante en la prevención de la caries dental, refiriendo que pocas veces o nunca han examinado la boca de sus hijos o hijas, y que algunos simplemente les han comentado que deberían visitar al odontólogo/a. Asimismo, las madres plantean la duda sobre si es parte de su área observar o referirse a la salud oral de los menores, por ejemplo *“...profesionales de la salud... la verdad es que no he tenido como contacto con otros... pero con el pediatra que es como lo más cercano...pero claro yo creo que no le dio mucha importancia...tampoco sé si es su rol...”* (entrevistada nº 12)

Algunas de las entrevistadas perciben que los profesionales de la salud (no odontológicos) que trabajan en el sistema privado, generalmente no se refieren a la salud oral de los menores , en contraste con los del sistema público, a los

cuales consideran más comprometidos con esta área, derivando oportunamente al odontólogo/a.

Por otra parte, algunas de las madres cuyos hijos o hijas han visitado a odontopediatra u odontólogo general, perciben que influyen positivamente en su decisión de cepillar los dientes de los preescolares; consideran que los odontólogos deben promover y educar hábitos de higiene oral y dieta, y fomentar un rol más activo de los padres y madres en la salud oral de sus hijos o hijas. Además, perciben que influyen positivamente en el comportamiento de los menores frente al cepillado dental.

Sin embargo, la mayoría de las participantes percibe que la adquisición de sus conocimientos sobre salud oral, y específicamente sobre la higiene oral de los menores, se debe principalmente a su motivación en la búsqueda de información, y no a la entregada por los profesionales de la salud, la cual se percibe en general, como insuficiente, por ejemplo *“...Mmm siento que no influyen, porque finalmente fue una decisión mía, que yo opté, pero sigo mucho los consejos de su dentista...el pediatra como que no me habla mucho de eso... en realidad nada, pero creo que todo ha sido como una decisión mía...”* (entrevistada nº 1) o *“...yo los llevaba (tiene mellizos) al pediatra y nunca me dijo...yo le comenté (a odontopediatra) qué cepillo de dientes podría ser adhoc... que me explicara, y me explicó qué cepillo de dientes, pero nunca me explicó como era el cepillado, cómo debía hacerlo...”* (entrevistada nº7)

Resultado cruce axial.

Cuando las madres no tienen los conocimientos suficientes sobre la importancia de una higiene oral temprana en sus hijos o hijas, los pediatras podrían cumplir un rol fundamental en la prevención de la caries dental. A su vez, si ambos están desinformados, la salud oral de los preescolares podría verse afectada. Por lo tanto, para que los niños y niñas presenten una buena salud bucal y buena salud en general, se requiere una retroalimentación positiva entre las madres y padres y los pediatras, es decir trabajar en equipo por el bienestar de los menores.

3.1.12 Pregunta 12

¿Cómo percibe Ud que influye la educación formal en su decisión de cepillar los dientes de su hijo o hija?

En general, las madres perciben que la educación preescolar influye positivamente en la adquisición temprana de hábitos de higiene oral por parte de los menores, fomentando por sobre todo su autonomía. Consideran que las educadoras son fundamentales en la promoción de rutinas de autocuidado, como lavarse las manos y cepillarse los dientes, por ejemplo, *“... super positivamente yo creo... siempre desde el medio menor que le piden su vasito, el cepillo... ahora incluso en las clases online les repiten hartas veces...”* (entrevistada n°9). Sin embargo, consideran que no influyen directamente en su decisión de cepillar los dientes de sus hijos o hijas, pero si de forma indirecta a través de ellos, por ejemplo *“... yo creo que influyen más en los niños que en los papás... yo creo*

que los mismos niños son los que educan un poco a los papás... a no ser que sea como en los jardines públicos que se hacen talleres..." (entrevistada nº 12).

Por otra parte, una vez más perciben que existe una diferencia entre establecimientos públicos y privados, donde éstos últimos tendrían un rol más pasivo.

Otra parte de las entrevistadas, consideraron que la información entregada por las educadoras fue insuficiente y que no tiene ninguna influencia en su decisión; por ejemplo, "*...no siento que hayan influido, en mi influyó el tema de yo saber la importancia que tenía la dentadura...*" (entrevistada nº 3).

Resultado cruce axial.

Para mantener una buena higiene oral de los preescolares en el hogar, es primordial educar a las madres, ya que son las responsables de supervisar y/o asistir el cepillado dental de sus hijos o hijas. Asimismo, los establecimientos escolares, tienen un papel clave en la enseñanza de hábitos saludables, entre los cuales se encuentra la higiene oral. Por lo tanto, la educación de los menores y de las madres sobre salud oral, a través de la educación formal (preescolar), podría ser fundamental en la realización de este hábito en el hogar.

3.1.13 Pregunta 13

¿Cómo percibe Ud que influyen las redes sociales (internet) en su decisión de cepillar los dientes de su hijo o hija?

Las madres perciben que las redes sociales no tienen influencia en su decisión de cepillar los dientes de sus hijos o hijas. Se considera que la información entregada por estos medios es novedosa, pero insuficiente y poco confiable, y que la salud bucal no es un tópico de prioridad en las redes sociales; por ejemplo, *“...pucha la verdad es que las redes sociales no son muy confiables con las informaciones, porque no se puede salir que las pastas de dientes tienen no se que ingrediente, y si tu creí en eso...la verdad es que siempre es mejor ampararse bajo una base que es confiable...”* (entrevistada nº10)

Sin embargo, admiten que no existe la motivación suficiente para buscar información sobre higiene oral a través de este medio, por ejemplo *“...no, jamás veo información respecto de o que se hable de, y yo tengo facebook, instagram, pero no... de hecho ni siquiera se me había ocurrido...”* (entrevistada nº 3)

Por otro lado, algunas de las entrevistadas consideran que podría ser útil para educar a los menores, más que para ellas obtener información.

Las madres perciben como método más confiable, buscar información a través del entorno social, principalmente, de otros padres o madres con los cuales comparten.

Resultado cruce axial.

Las madres consideran que las redes sociales podrían ser una herramienta útil para educar y motivar a sus hijos o hijas preescolares a cepillarse los dientes. Sin embargo, reconocen no utilizarlas para esa finalidad, por no tener la motivación suficiente de buscar información, ya que las consideran poco confiable. Por lo

tanto, debe existir tanto la motivación de las madres, como de los odontopediatras u odontólogos, para que sea considerado como un medio de educación fidedigno.

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN

El presente estudio contribuye a la literatura actual, con antecedentes que permiten describir cualitativamente cuáles son los motivos de las madres para cepillar o no cepillar los dientes de sus hijas o hijos preescolares, a través de la exploración de su percepción sobre la higiene oral en preescolares, las dificultades y motivaciones que enfrentan para su ejecución, e indagar cómo influye su entorno familiar y social en la decisión de realizar esta importante tarea. Al parecer, esta es la primera investigación realizada en la ciudad de Iquique que explora en profundidad los factores que podrían influir en la decisión de los padres o madres de cepillar los dientes de sus hijos/as preescolares, independiente de sus condiciones de vida favorables. La muestra del presente estudio, a pesar de haber extendido la invitación a padres y madres, fue de doce madres, todas con estudios superiores, por lo tanto, el nivel educacional de las entrevistadas y su estado socioeconómico debiera ser un predictor positivo de las prácticas de salud oral con sus hijos/as (Casthilo et al. 2013). Asimismo, Chen y colaboradores, a través de una encuesta a 8446 familias en Wuhan, concluyeron que los hijos/as de padres y madres mejor educados tienden a realizar mejores prácticas de higiene bucal; la formación académica de la madre podría desempeñar un papel más importante que la del padre en el desarrollo de los conocimientos y comportamientos de salud bucal de la familia (Chen et al. 2020).

En el estudio actual, se observó que las participantes presentaron suficiente conocimiento; la mayoría informó saber que el cepillado dental se inicia desde la erupción dentaria y que su frecuencia debía ser dos o tres veces en el día. Sin embargo, algunas de ellas presentaron ciertas dudas o confusiones; por ejemplo, muchas admitieron iniciar el cepillado de dientes de sus hijos o hijas sólo con agua debido a las diversas indicaciones entregadas por odontólogos/as. Recomendaciones actuales de la Asociación Americana de Odontología Pediátrica indican que se debe iniciar el cepillado desde la erupción del primer diente primario con pasta dental fluorada de una concentración mínima de 1000 ppm de fluoruro (AAPD, 2016). En Chile, la guías clínicas odontológicas actuales publicadas por el Ministerio de Salud, siguen esta misma directriz, por lo que no debiera existir información contradictoria entre los profesionales odontológicos. Además, todas las entrevistadas reconocieron usar pasta dental fluorada en la actualidad, pero algunas afirmaron no conocer la concentración mínima recomendada de fluoruro, ni tampoco la importancia de éste en la prevención de la caries dental. Resultados similares se observaron en un estudio cualitativo reciente, donde las madres indias entrevistadas, sabían sobre la importancia del cepillado dental dos veces al día para la prevención de la caries, pero no conocían la relevancia de la pasta dental fluorada y de cómo seleccionar un cepillo dental para sus hijos (Suprabha et al. 2021). Otro estudio evaluó el nivel de conocimiento en salud oral de 285 madres israelitas de niños entre uno y cuatro años de edad, pertenecientes a jardines infantiles privados, y observó que

la mayoría de ellas era consciente de la importancia del cepillado dental dos veces al día, pero el 72,29% no conocía la concentración correcta de fluoruro de la pasta dental; una de las conclusiones fue que a pesar de tener más de 12 años de educación, el conocimiento de las madres sobre la salud bucal de sus hijos o hijas era incompleto (Dagon et al. 2019). Las brechas de conocimiento observadas en el presente estudio, podrían ser motivo de una nula, ineficaz o confusa educación sobre salud bucal por parte de profesionales odontológicos y no odontológicos. Duijster el año 2015, observó que algunos padres de los Países Bajos, estaban inseguros con su conocimiento en salud oral, debido a la complejidad de algunos consejos entregados por odontólogos y otros profesionales de la salud, que muchas veces entraban en conflicto entre ellos (Duijster et al. 2015). Existe claridad de que las estrategias tradicionales en salud oral tienen un impacto escaso y efímero (Stein et al. 2018); un estudio exploratorio controlado, evidenció que la entrega de información mediante una educación oral tradicional, tuvo menores resultados sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud bucal de los padres/madres/cuidadores, en comparación al uso de entrevistas motivacionales (Naidu et al. 2015). A su vez, una reciente revisión sistemática y meta-análisis, observó que los enfoques preventivos basados en la entrevista motivacional fueron efectivos en la prevención de la caries de infancia temprana (Colvara et al. 2021).

En el comercio existen diversos tipos de cepillos y pastas dentales con distintas características que también podrían generar dudas en los padres y madres. Ésto

concuerta con la literatura, donde se encontró que una gran cantidad de respuestas inseguras, pueden deberse al etiquetado de los productos y la comercialización de pastas dentales sin fluoruro, con mensajes que afirman que son “seguras para los bebés” (Avenetti et al. 2020). Por otra parte, el año 2015 (en Chile) se publicó una resolución que modificó la “Norma de Uso de Fluoruros en la Prevención Odontológica”, dentro de la cual se entregaron especificaciones de rotulado para las pastas dentales con menos de 1000 ppm de fluoruro, recomendando la eliminación de descripciones como “pasta infantil” o “pasta para menores de 6 años” (MIINSAL, 2015). A pesar de estas modificaciones, aún podemos encontrar en farmacias y supermercados pastas dentales con aquellas descripciones, lo que podría generar aún más confusiones de los padres y madres en el momento de su adquisición, y perjudicar su uso de manera adecuada.

Con respecto a la percepción de las madres en relación a su propia actitud y comportamiento durante el cepillado dental de sus hijas o hijos, hubo una respuesta positiva en la mayoría de las participantes. Si las niñas/os tenían un buen comportamiento, las madres se sentían altamente satisfechas. Esta autopercepción tiene sentido, ya que se ha observado que los niños y niñas siguen el comportamiento de salud oral de madres y padres (Sun et al. 2017), convirtiéndose en los principales responsables de transmitir hábitos de higiene oral efectivos en sus hijos/as. Sin embargo, este resultado difiere con otro estudio cualitativo, en el cual la satisfacción de los padres y madres, en relación a la

frecuencia con la que cepillaban los dientes de sus hijos o hijas, era altamente influenciada por la percepción que tenían del comportamiento de otros padres y madres (Trubey et al. 2014).

En relación a las dificultades que perciben las madres entrevistadas para asistir el cepillado dental de sus hijos o hijas, se encuentra el comportamiento resistente de los menores, lo que muchas veces influye en su motivación para insistir en esta tarea. Algunas de las técnicas mencionadas por las participantes para enfrentar este comportamiento, fueron la negociación o simplemente realizarlo a la “fuerza”. Este resultado coincide con lo observado por Berzinski, donde el comportamiento resistente de los niños y niñas preescolares frente a la supervisión y/o asistencia del cepillado dental por parte de sus padres y madres, fue uno de los predictoros más desfavorables para una higiene oral regular (Berzinski et al 2019). En un estudio cualitativo, padres y madres de áreas desfavorecidas del Reino Unido admitieron que una de las mayores dificultades para cepillar los dientes de sus hijos e hijas, era la falta de habilidades parentales para manejar el comportamiento de los niños y niñas cuando no querían cepillarse los dientes; algunos de ellos continuaron con el cepillado “ a la fuerza” y otros usaron técnicas para distraerlos, como canciones, recompensas o “sobornos”; sin embargo, otros admitieron la “derrota” y adoptaron un rol pasivo en la higiene oral de sus hijos e hijas (Marshmann et al. 2016). Se podría inferir que la importancia percibida por las madres entrevistadas sobre la higiene oral de los preescolares y los efectos en su salud bucal debiera ser suficiente para

asistir el cepillado dental de sus hijas/os. Sin embargo, las odontólogas/os generales y particularmente odontopediatras, debieran otorgar estrategias adicionales para que las madres y padres puedan eludir esta dificultad.

Algunas de las madres del presente estudio, perciben que sus conocimientos sobre la higiene oral no son suficientes para realizar esta tarea de manera correcta en sus hijos/as. Esta inseguridad, podría influenciar negativamente en su decisión de cepillar los dientes de los menores. Suprabha y colaboradores, encontraron que la mayoría de los padres y madres que carecían de autoeficacia manifestaron que, a pesar de tener el conocimiento y la motivación, no pudieron realizar una adecuada higiene bucal en sus hijos e hijas; los autores sugieren un trabajo interdisciplinario, entre profesionales odontológicos y pediatras, para superar las dificultades percibidas por los padres y madres, y aumentar su autoeficacia (Suprabha et al.2021). Se ha evidenciado que la autoeficacia de los padres y madres es un predictor positivo para realizar la higiene bucal de sus hijos e hijas, o hacer que ellos se cepillen adecuadamente (Smith et al. 2020).

Sobre la habilidad de los niños y niñas para cepillar sus dientes sin supervisión o asistencia, la mayoría de las madres creen que no tienen la motricidad suficiente, sin embargo, otras perciben que si el hábito se incorpora tempranamente, a la edad de 4 o 5 años, los preescolares ya son más cooperadores y conscientes de la importancia del cepillado dental, por lo que le otorgan casi total responsabilidad a los menores en la realización de esta tarea. Ésto coincide con un estudio

cualitativo, en el cual los padres y madres admitieron que, con la edad, los niños y niñas se consideraron más autónomos y más responsables de su propia salud dental, lo que resultó en una menor participación y control por parte de ellos (Duijster et al. 2015). Por lo tanto, la percepción de los padres y madres sobre la autonomía del niño/a, podría ser una limitante en la asistencia y/o supervisión del cepillado dental, sumada a la desinformación sobre hasta que edad debiera cumplirse esta tarea.

Los problemas percibidos por las madres para realizar el cepillado dental de sus hijos o hijas podrían ir en desmedro de la salud bucal de los menores. Un estudio prospectivo concluyó que el cepillado dental menos de dos veces al día y las dificultades de los padres y madres en las prácticas de higiene oral durante los primeros años de los preescolares, fueron determinantes significativos de la prevalencia de caries a la edad de 5 años (Boustedt et al. 2020).

Por otra parte, las madres perciben que la falta de tiempo y los cambios de rutina, son factores que dificultan la higiene oral de sus hijos o hijas, admitiendo que el cepillado dental matutino es el más afectado. Esto coincide con lo encontrado por Berzinski y colaboradores, donde la falta de tiempo en la mañana fue uno de los obstáculos para realizar la higiene oral de los menores (Berzinski et al. 2020). Por otro lado, perciben que su horario laboral influye negativamente en la asistencia del cepillado dental de sus hijos o hijas. Un estudio cualitativo realizado en Francia observó que la mayoría de los padres y madres manifestaron tener

poco tiempo, sobre todo las madres trabajadoras, quienes no pudieron lograr una supervisión adecuada del cepillado de los menores (Taormina et al. 2020). Con respecto a la rutina, literatura cualitativa ha observado que la estabilidad del día a día dentro del hogar, parece ser un factor importante para determinar si los padres y madres podían o no, iniciar y mantener un "hábito" de higiene bucal en sus hijos e hijas, lo que coincide con nuestros resultados (Trubey et al. 2014; Trubey et al. 2015; Taormina et al 2020; Marshmann; 2016). Por otra parte, cuando existen cambios en la rutina, los fines de semana, por ejemplo, las madres entrevistadas admiten ser más flexibles con el cepillado dental de los menores.

Uno de los hallazgos principales fue observar cómo el contexto sanitario mundial, influye directamente en el rol de las madres y las rutinas establecidas dentro del hogar, lo que tiene repercusiones negativas en la práctica de higiene oral de los niños y niñas. Es importante resaltar que la comuna de Iquique tuvo un período extenso de cuarentena (superior a 4 meses), donde la mayoría de las madres mantuvieron su carga laboral a través de teletrabajo, sumado a las labores domésticas y el cuidado de los niños y niñas, dificultando la frecuencia del cepillado dental de los menores en el hogar. Esta observación coincide con un estudio que analizó los posibles efectos de los períodos de cuarentena por COVID 19 en el comportamiento de salud bucal de familias holandesas; éste encontró que la gran mayoría de los padres y madres no cepillaban los dientes de sus hijas y/o hijos por la mañana , y hacían que se alimentaran y bebieran

bebidas azucaradas con más frecuencia. El efecto negativo en las normas de los padres y madres, se asoció al trabajo y estrés al cual estaban sometidos y a una necesidad de complacer a los niños y niñas en este contexto, siendo menos estrictos (Verlinden et al. 2020).

Por otro lado, monitoreos nacionales realizados durante la pandemia, demostraron que un 55,8% de las mujeres encuestadas indicó que su estado de ánimo ha empeorado, un 26,5% ha sentido sensación de depresión y un 34% ha presentado síntomas de ansiedad (MOVID-19, 2020). Éstos datos, podrían extrapolarse a las madres del presente estudio y asociarse con sus cambios de comportamiento en relación a la higiene oral de los menores, basándonos en un artículo reciente que menciona la asociación de la depresión y la ansiedad en las madres, con un mayor riesgo de CIT en sus hijas/os (Seow, 2018).

Las motivaciones de las madres para cepillar los dientes de sus hijos/s, son principalmente la mantención de una buena salud bucal de los menores. Además, consideran que una mala salud bucal podría tener repercusiones en su bienestar psicosocial, ya que perciben que podría afectar su autoestima y su relación con el entorno, por *“generar una mala impresión en los demás”*. Este resultado es similar a lo encontrado por Vásquez y colaboradores, donde participaron madres de párvulos de la comuna de Lo Prado (Chile) de nivel socio económico medio- bajo, que a opinión de los autores, reflejaron los patrones predominantes de la sociedad chilena, en donde la presentación personal es un

valor que influye en la formación de la autoestima y en el desarrollo de relaciones interpersonales positivas en el futuro (Vásquez et al.2015). Por otra parte, las experiencias previas de las madres (episodios de dolor, experiencias odontológicas traumáticas, etc), son consideradas una motivación para cepillar los dientes de sus hijos o hijas, con el objetivo de que no repitan las mismas vivencias. Éstas experiencias han provocado decisiones contradictorias entre las entrevistadas, ya que a pesar de tener conocimientos suficientes sobre salud oral, gran parte de ellas manifestaron en forma espontánea que nunca han visitado a un odontopediatra u odontólogo general, para controlar la salud bucal de sus hijos/as por desconocimiento o evitar situaciones de temor.

En general, las motivaciones de las madres de este estudio, difieren con estudios similares que observaron que los padres y madres estaban más fuertemente motivados para cepillar los dientes de sus hijos/as por factores cosméticos o higiénicos a corto plazo (Trubey et al. 2014; Trubey et al. 2015), y no por motivos a largo plazo como en el estudio actual. Ambos estudios realizados por Trubey y colaboradores, utilizaron como muestra familias socialmente vulnerables, lo que podría explicar las distintas percepciones sobre la higiene oral.

Fisher y Owen, el año 2007, describió un modelo conceptual multinivel, donde se observan cómo influye el individuo, la familia y la comunidad, en la caries dental de los niños y niñas. Siguiendo este modelo, se le preguntó a las madres cómo influían su entorno familiar y social en su toma de decisiones. Con respecto al

entorno familiar y su influencia en la decisión de las madres de cepillar los dientes de sus hijos/as, las entrevistadas percibieron que la familia es fundamental en la transmisión y mantención de la higiene oral de los pequeños. Muchas de las participantes consideraron a las abuelas, por ejemplo, como una red de apoyo importante en la supervisión del cepillado dental de sus hijos o hijas, sobre todo cuando ellas no estaban en el hogar. A su vez, la presencia de hermanos/as mayores también era un predictor positivo para el cepillado dental, ya que los preescolares tienden a imitar sus conductas. Resultados similares obtuvo Finlayson y colaboradores el año 2019, en un estudio cuya finalidad era evaluar un programa de visitas domiciliarias. En éste se observó que los niños/as no solo aprendieron de sus madres, sino que también de sus hermanos mayores que modelaron y ayudaron con el cepillado dental de los menores, lo que sugiere que otros miembros de la familia también influyen en las rutinas de higiene que se implementan en el hogar (Finlayson et al. 2019). Lo mismo encontró el año 2017, donde madres hispanas identificaron a los abuelos y abuelas como miembros clave de la familia, que influyen en gran medida en las prácticas de higiene oral de los menores en el hogar (Finlayson et al. 2019). Sin embargo, el rol de los abuelos y abuelas no siempre es percibido de la misma forma; por ejemplo, en un estudio se observó que gran parte de los padres y madres consideraban a los abuelos/as como una barrera para la supervisión del cepillado dental de los menores (Marshmann et al. 2015)

En cuanto al rol de los padres frente a esta tarea, las madres entrevistadas reconocieron que éstos participaban pasivamente en el cepillado dental de los menores, convirtiéndose en una actividad casi exclusiva de las madres dentro del hogar. Este resultado es compatible con hallazgos encontrados en familias latinas, donde las madres eran las principales responsables de cepillar los dientes de los niños y niñas, supervisar la dieta y buscar atención dental para sus hijos o hijas; mientras que los padres, creían que eran los principales responsables de proporcionar los medios para pagar la atención profesional (Walker et al. 2017). Lo mismo se encontró en un estudio chileno, en el cual los autores observaron que son las mujeres las encargadas de crear, reforzar y supervisar el hábito de higiene bucal de los menores (Vásquez et al. 2015). Esta situación se debe posiblemente, a los constructos sociales que se le asignan al género femenino en todo lo relacionado con el cuidado de la familia, a diferencia de lo que sucede con el género masculino, a quienes se les asigna el rol de ser los principales proveedores económicos dentro del hogar; ésto podría explicar la participación sólo de madres en el presente estudio.

En relación a la influencia del entorno social en la toma de decisiones de las madres, la primera pregunta fue sobre la percepción de los profesionales de la salud, incluyendo odontólogos y no odontólogos. Las madres en general consideraron que los profesionales de la salud no tuvieron influencia en su decisión de cepillar los dientes de sus hijos o hijas. Todas asistieron a control con pediatra (en el sistema privado) y sólo algunas con odontopediatra u odontólogo

general. Se consideró que el rol del pediatra era bastante pasivo en la salud bucal de los menores, percibiendo que los profesionales de la salud pública cumplían un rol más activo en la salud bucal y general de los niños y niñas. Un estudio reciente, examinó los conocimientos sobre CIT de profesionales de salud no odontológicos de un hospital francés; los autores concluyeron que los conocimientos no serían suficientes para poder prevenir la caries dental (Nancy et al.2020). Asimismo, un estudio que evaluó los conocimientos, actitudes y experiencia profesional de pediatras chilenos en relación a la salud oral infantil, concluyó que a pesar de que los encuestados asumen que la salud oral es un aspecto importante de la salud general y que se enfrentan frecuentemente a patologías orales, reconocen que no cuentan con las herramientas, en términos de conocimientos y estrategias de derivación oportuna, para participar de la prevención de ellas (Hope et al.2013). Estos resultados, podrían explicar la escasa o nula participación de los pediatras en la salud bucal de los niños y niñas, percibida por las madres del presente estudio. Por otra parte, en la red pública de salud, la salud bucal es evaluada por los profesionales del equipo de salud infantil en cada control de salud integral (MINSAL, 2020), no así en la red de salud privada. Con respecto a los profesionales de salud odontológicos, algunas de las madres cuyos hijos o hijas visitaron odontopediatra u odontólogo general, ya sea por urgencia o control, percibieron un cambio positivo tanto en ellas como en los menores, en relación a las prácticas de cepillado dental y dieta. Sin embargo, la mayoría de ellas consideraron que no tuvieron influencia en sus

conocimientos o conductas. En un estudio cualitativo, padres y madres de los Países Bajos, informaron que los odontólogos dedicaban poco tiempo a educar sobre prevención de caries; las entrevistadas solicitaban recibir consejos claros, personalizados y prácticos para ayudar a la implementación de buenos comportamientos de salud oral para su hijos/as; también enfatizaron que querían sentirse escuchados y apoyados por la persona que brinda la información de salud, en lugar de sentirse culpados (Duijster et al. 2015). Lo mismo se encontró en un estudio cualitativo realizado en Chile, donde madres señalaron que el equipo de salud entregaba educación para la salud bucal durante el control de embarazo y control infantil, que se centraba principalmente en la higiene bucal de los niños y niñas, pero las mujeres la consideraron insuficiente para replicar los cuidados en su hogar (Carvajal et al, 2016).

En cuando a la influencia de la educación formal, las madres reconocieron la importancia del rol de las educadoras en la adquisición temprana de hábitos de higiene oral, y de hábitos saludables en general, pero consideraron que su influencia en los padres o madres era insuficiente. Sin embargo, se ha estudiado que la asociación entre padres e hijos no es unidireccional sino bidireccional, es decir, los padres crean el entorno de los niños y niñas e influyen directamente en los comportamientos de ellos, pero los menores a su vez, también influyen en los comportamientos parentales (Hooley et al. 2012), por lo tanto, la educación formal podría influir indirectamente en las conductas de la familia. En un estudio cualitativo realizado por el Ministerio de salud y Tremauyun mostró que la salud

bucal aparece como importante en la salud general de los niños y niñas sólo cuando se detecta algún grado de daño y que el rol principal del cuidado de los dientes era de la educadora de párvulos y no de la familia (MINSAL y Tremayun, 2007). Esto discrepa con el presente estudio, ya que las madres a pesar de que perciben la influencia positiva de la educación formal, asumen que la salud bucal de sus hijos o hijas preescolares es su responsabilidad. Una revisión sobre la influencia del entorno familiar en la salud oral de los niños y niñas, observó que, aunque los padres y madres juegan el papel más importante en la salud bucal de sus hijos/as, los maestros/as de escuela también son importantes y deben participar en la educación sobre la salud bucal de los niños; los niños pasan una cantidad considerable de tiempo en la escuela, donde se les puede enseñar buenos hábitos de salud (Castilho et al. 2013).

Finalmente, en relación a las redes sociales, existió un consenso entre las madres entrevistadas percibiendo que no tienen influencia en su decisión de cepillar los dientes de sus hijos o hijas. A pesar de considerarla una herramienta útil para educar a los menores, creen que la información es poco fidedigna. Una reciente revisión, cuyo objetivo fue identificar las recomendaciones que existen en línea (Internet) de diversas asociaciones de odontología pediátrica de América, encontró que hubo desacuerdos sobre el período en el cual se debe iniciar la higiene oral y de cómo debe realizarse; los autores sugirieron que es necesario prestar más atención a los datos que brindan los sitios web de las entidades nacionales representantes de los odontopediatras en los países

americanos, ya que persiste una importante falta de información relacionada con la salud bucal en la primera infancia, afectando a los profesionales de la salud y población en general (Gomes et al. 2020). Los resultados de dicha revisión son un reflejo de las diversas informaciones que se pueden encontrar en internet, y que podrían percibirse como confusas o poco confiables por las madres y/o padres. Por otra parte, se ha evidenciado que las redes sociales han tenido un efecto positivo en los comportamientos de salud (Laranjo et al. 2015). La presente autora, percibe que las madres entrevistadas de este estudio, debieran replantearse el uso de esta tecnología, ya que en el contexto actual, los odontopediatras y odontólogos en general, han utilizado masivamente las redes sociales para educar a la familia y promover hábitos de higiene oral en el hogar.

CAPÍTULO V. CONCLUSIÓN

La presente investigación es un antecedente de la importancia de observar la realidad de cada individuo y su entorno biosicosocial, y utilizar esta información para implementar estrategias de educación en salud bucal que sean pertinentes a las necesidades de cada niño/a y sus familias, principalmente de sus padres o madres. Dentro de estas estrategias educativas, pareciese ser la entrevista motivacional la mejor herramienta para involucrar a los padres y madres en la prevención de la caries de infancia temprana, la cual puede ser utilizada por todos los profesionales sanitarios que estén involucrados con la salud general de los niños/as. Es importante un trabajo transdisciplinario para mantener a las niñas y niños sanos, comprendiendo e internalizando la definición de salud como un “completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 1948).

Por lo tanto se puede concluir que:

- a) Las madres son las principales responsables de promover y educar hábitos de higiene oral en sus hijos/as en el hogar.
- b) Los motivos para no cepillar los dientes de sus hijas/os preescolares en el hogar, tienen relación principalmente con el contexto psicosocial asociado a las madres, tales como su horario y carga laboral, los cambios en la dinámica familiar, y percepción sobre la autonomía del niño/a.

- c) Los motivos de las madres para cepillar los dientes de sus hijas/os preescolares en el hogar, son principalmente la mantención de una buena salud bucal durante todo su ciclo vital, en favor de su bienestar físico y mental, y por ende en su calidad de vida. La familia se considera un factor positivo para la mantención de la higiene bucal de los menores, en el hogar.
- d) El entorno social (profesionales de salud, educación formal y RRSS), no tiene influencia en la decisión de las madres de cepillar los dientes de sus hijos/as en el hogar.

Limitaciones del estudio y sugerencias para futuras investigaciones.

La naturaleza de la entrevistadora (odontóloga general) podría haber influenciado en las respuestas de las participantes, obteniendo resultados más favorables de lo que realmente son. Para evitar esta situación y generar confianza entre la entrevistadora y las madres, se les invitó a expresarse libremente, se conversó con ellas de forma sencilla y no se hizo ningún comentario sobre el comportamiento de las participantes.

Otra limitación corresponde a la muestra utilizada, ya que generalmente los estudios nacionales e internacionales se centran en poblaciones vulnerables, con el objetivo de disminuir la brecha que existe en salud, sin embargo, los estudios cualitativos no buscan extrapolar los datos al resto de la población, sino que profundizar en un grupo específico de personas. Sin embargo, basándonos en la

literatura disponible, podríamos inferir que los padres y madres con diferentes condiciones de vida, perciben similares dificultades en relación a la higiene oral de los menores preescolares, pero difieren en sus motivaciones.

Se sugiere la utilidad de esta entrevista u otras similares, para grupos de madres y padres, apoderados de establecimientos educacionales públicos, en los cuales se implementan los programas de salud oral ministeriales. De esta manera, se podría evaluar indirectamente el rol de los profesionales odontológicos en dichos programas.

La caries es una enfermedad multifactorial, mediada por biofilm y azúcar dependiente, por lo que se sugiere realizar próximas investigaciones que impliquen la percepción sobre la dieta en la salud oral de los menores, lo que podría tener repercusiones positivas en otras enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad infantil.

Se sugiere sumar nuevos estudios que permitan vislumbrar lo que ocurre dentro del hogar, cuando las madres y/o padres tienen el conocimiento, la actitud y la intención de cepillar los dientes de sus hijos/as, pero que por diversas circunstancias no pueden realizarlo.

BIBLIOGRAFÍA.

Asociación Latinoamericana de Odontología Pediátrica (ALOP).(2015). Guía de salud bucal infantil para pediatras. Pg. 1 – 10

Avenetti D, Lee Avenetti, D., Lee, H. H., Pugach, O., Rosales, G., Sandoval, A., & Martin, M. (2020). Tooth Brushing Behaviors and Fluoridated Toothpaste Use Among Children Younger Than Three Years Old in Chicago. *Journal of dentistry for children (Chicago, Ill.)*, 87(1), 31–38.

Badenier O, Cueto A, Moya R, Acevedo R, Barraza J. Estudio de prevalencia de las enfermedades bucodentales y necesidades de tratamiento en la V región. Proyecto FONIS; 2007.

Berzinski, M., Morawska, A., Mitchell, A. E., & Baker, S. (2020). Parenting and child behaviour as predictors of toothbrushing difficulties in young children. *International journal of paediatric dentistry*, 30(1), 75–84. <https://doi.org/10.1111/ipd.12570>

Boustedt, K., Dahlgren, J., Twetman, S., & Roswall, J. (2020). Tooth brushing habits and prevalence of early childhood caries: a prospective cohort study. *European archives of paediatric dentistry : official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*, 21(1), 155–159. <https://doi.org/10.1007/s40368-019-00463-3>

Carvajal, C., Carvajal, P., & Mendoza, C. (2016). Percepciones sobre la educación para la salud bucal, de mujeres que reciben atención odontológica integral para embarazadas RM 2014-2015. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.

California Dental Association. (2018). Disponible en https://www.cda.org/Portals/0/pdfs/fact_sheets/oral_health_spanish.pdf.

Castilho, A. R., Mialhe, F. L., Barbosa, T., & Puppim-Rontani, R. M. (2013). Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *Jornal de pediatria*, 89(2), 116–123. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2013.03.014>

Chen, L., Hong, J., Xiong, D., Zhang, L., Li, Y., Huang, S., & Hua, F. (2020). Are parents' education levels associated with either their oral health knowledge or their children's oral health behaviors? A survey of 8446 families in Wuhan. *BMC oral health*, 20(1), 203. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01186-4>

Colvara, B. C., Faustino-Silva, D. D., Meyer, E., Hugo, F. N., Celeste, R. K., & Hilgert, J. B. (2021). Motivational interviewing for preventing early childhood caries: A systematic review and meta-analysis. *Community dentistry and oral epidemiology*, 49(1), 10–16. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12578>

Dagon, N., Ratson, T., Peretz, B., & Blumer, S. (2019). Maternal Knowledge of Oral Health of Children Aged 1-4 Years. *The Journal of clinical pediatric dentistry*, 43(2), 116–120. <https://doi.org/10.17796/1053-4625-43.2.8>

de Jong-Lenters, M., L'Hoir, M., Polak, E., & Duijster, D. (2019). Promoting parenting strategies to improve tooth brushing in children: design of a non-randomised cluster-controlled trial. *BMC oral health*, 19(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0902-6>

Duijster, D., De Jong- Lenters, M., Verrips, E., & Van Loveren, C. (2015). Establishing oral health promoting behaviours in children - parents' views on barriers, facilitators and professional support: a qualitative study. *BMC Oral health*, 10(15), 157.

Finlayson, T. L., Beltran, N. Y., & Becerra, K. (2019). Psychosocial factors and oral health practices of preschool-aged children: a qualitative study with Hispanic mothers. *Ethnicity & health*, 24(1), 94–112. <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1315366>

Finlayson, T. L., Cabudol, M., Liu, J. X., Garza, J. R., Gansky, S. A., & Ramos-Gomez, F. (2019). A qualitative study of the multi-level influences on oral hygiene practices for young children in an Early Head Start program. *BMC oral health*, 19(1), 166. <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0857-7>

Gomes Silva Cerqueira, A., Baraúna Magno, M., Barja-Fidalgo, F., Vicente-Gomila, J., Cople Maia, L., & Fonseca-Gonçalves, A. (2020). Recommendations from paediatric dentistry associations of the Americas on breastfeeding and sugar consumption and oral hygiene in infants for the prevention of dental caries: A bibliometric review. *International journal of paediatric dentistry*, 10.1111/ipd.12754. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/ipd.12754>

Gill, P., Stewart, K., Chetcuti, D., & Chestnutt, I. G. (2011). Children's understanding of and motivations for toothbrushing: a qualitative study. *International journal of dental hygiene*, 9(1), 79–86. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2010.00442.x>

Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago, Chile: Gobierno de Chile; 2011.

Hernández Conesa, J. (1995). Historia de la Enfermería. Un Análisis Histórico de los Cuidados de Enfermería. Madrid: Mc-GRAW-HILL INTERAMERICANA.

Herrero,Jaén, Sara. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud.

Hooley, M., Skouteris, H., Boganin, C., Satur, J., & Kilpatrick, N. (2012). Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. *Journal of dentistry*, 40(11), 873–885. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2012.07.013>

Hope, B., Zaror, C., Vergara, C., Díaz , J., & Bustos, L. (2013). Conocimientos y actitudes de los pediatras chilenos sobre salud oral. *International Journal of Odontostomatology*, 7(245-51)

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Seattle, WA: IHME, 2018.

IAPD Foundational Articles and Consensus Recommendations: Management of Early Childhood Caries, 2020. http://www.iapdworld.org/02_-management-of-early-childhood-caries

Laranjo, L., Arguel, A., Neves, A. L., Gallagher, A. M., Kaplan, R., Mortimer, N., Mendes, G. A., & Lau, A. Y. (2015). The influence of social networking sites on health behavior change: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 22(1), 243–256. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2014-002841>

Lalonde. (1981). A New Perspective on the Health of Canadians. Minister of Supply and Services , Canada.

Ministerio de Salud de Chile (MINSAL).(2020). Orientación técnico administrativa población en control con enfoque de riesgo odontológico, Programa Cero. Disponible en <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/Orientacion-Tecnica-Programa-CERO-2019.pdf>.

Ministerio de Salud de Chile. (2010). Diagnóstico nacional de salud bucal de los niños y niñas de 2 y 4 años que participan en la educación parvularia. chile 2007-2010. Disponible en <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-bucal/informacion-al-profesional-salud-bucal/investigaciones-en-salud-bucal/>.

Ministerio de Salud de Chile. (2017). Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030. Santiago, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud de Chile. (2016). Orientaciones técnicas para realizar el cepillado de dientes de niños y niñas que asisten a establecimientos de educación parvularia. Santiago, Ministerio de salud, Gobierno de Chile. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/12/07.12.2016_OT-CEPILLADO-DE-DIENTES-FINAL_DIGITAL.pdf

Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 [Internet]. Santiago, Chile: MINSAL; 2009 [citado el 11 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl>

Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2012. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

Ministerio de Salud de Chile., Soto L., Tapia R, y col. Diagnóstico nacional de salud bucal de los niños de 6 años. Chile. 2007.

Ministerio de Salud de Chile, Tremauyun. Evaluación cualitativa. Necesidades, creencias y prácticas de padres y apoderados de pre-escolares respecto de la salud bucal de sus hijos. Informe final. 2007.

Ministerio de salud (2015). REXA 784/2015 Chile. Disponible en https://odontopediatria.cl/wp-content/uploads/2015/08/nueva_norma_pastas_dentales.pdf

Mejàre IA, Klingberg G, Mowafi FK, Stecksén-Blicks C, Twetman SHA, Tranæus SH (2015) A Systematic Map of Systematic Reviews in Pediatric Dentistry—What Do We Really Know?. PLoS ONE 10(2): e0117537.

Marinho, V. C., Higgins, J. P., Sheiham, A., & Logan, S. (2003). Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, (1), CD002278. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002278>

Moynihan, P., Tanner, L. M., Holmes, R. D., Hillier-Brown, F., Mashayekhi, A., Kelly, S., & Craig, D. (2019). Systematic Review of Evidence Pertaining to Factors

That Modify Risk of Early Childhood Caries. *JDR clinical and translational research*, 4(3), 202–216. <https://doi.org/10.1177/2380084418824262>

Martin, M., Rosales, G., Sandoval, A., Lee, H., Pugach, O., Avenetti, D., Alvarez, G., & Diaz, A. (2019). What really happens in the home: a comparison of parent-reported and observed tooth brushing behaviors for young children. *BMC oral health*, 19(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0725-5>

Monitoreo nacional de síntomas y practicas COVID- 19 en Chile (MOVID-19). (2020). Universidad de Chile, Colegio Médico de Chile y Universidad Diego Portales.

Nancy, J., Barsby, T., Theillaud, M., Barbey-Massin, C., & Thébaud, N. B. (2020). Early childhood caries prevention: non-dental health professionals' viewpoint. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 29(15), 884–890. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.15.884>

Naidu, R., Nunn, J., & Irwin, J. D. (2015). The effect of motivational interviewing on oral healthcare knowledge, attitudes and behaviour of parents and caregivers of preschool children: an exploratory cluster randomised controlled study. *BMC oral health*, 15, 101. <https://doi.org/10.1186/s12903-015-0068-9>

Organización Mundial de la Salud (OMS) Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Buenos Aires, Argentina: OMS; 2009.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). Ending Childhood Dental Caries. Implementation Manual.

Oliva, P., (2012). Introducción a la Investigación Biomédica, España: Bubok Publishing S.L.

Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. (2016). *Pediatric dentistry*, 38(6), 52–54.

Parada, LM., & Bobenrieth, M. (2013). Metodología cualitativa de investigación científica. In: *Cómo investigar con éxito en ciencias de la salud*. EASP. p. 340–405.

Pitts N, Báez R, Díaz-Guallory C. (2019). Caries de la primera infancia: Declaración de Bangkok de la IAPD. *Int J Paediatr Dent* 2019; 29: 384-6.

Rai, N. K., & Tiwari, T. (2018). Parental Factors Influencing the Development of Early Childhood Caries in Developing Nations: A Systematic Review. *Frontiers in public health*, 6, 64. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00064>

Seow W. K. (2018). Early Childhood Caries. *Pediatric clinics of North America*, 65(5), 941–954. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.05.004>

Suprabha, B. S., D'Souza, V., Shenoy, R., Karuna, Y. M., Nayak, A. P., & Rao, A. (2021). Early childhood caries and parents' challenges in implementing oral hygiene practices: a qualitative study. *International journal of paediatric dentistry*, 31(1), 106–114. <https://doi.org/10.1111/ipd.12696>

Stein, C., Santos, N., Hilgert, J. B., & Hugo, F. N. (2018). Effectiveness of oral health education on oral hygiene and dental caries in schoolchildren: Systematic review and meta-analysis. *Community dentistry and oral epidemiology*, 46(1), 30–37. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12325>

Sun, H. B., Zhang, W., & Zhou, X. B. (2017). Risk Factors associated with Early Childhood Caries. *The Chinese journal of dental research : the official journal of the Scientific Section of the Chinese Stomatological Association (CSA)*, 20(2), 97–104. <https://doi.org/10.3290/j.cjdr.a38274>

Soto L, Tapia R, Jara G, Rodríguez G, Urbina T. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los 4 Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000-2010. Santiago, Chile: Universidad Mayor; 2007.

Sheiham A. (2005). Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 644.

Trubey, R. J., Moore, S. C., & Chestnutt, I. G. (2014). Parents' reasons for brushing or not brushing their child's teeth: a qualitative study. *International journal of paediatric dentistry*, 24(2), 104–112. <https://doi.org/10.1111/ipd.12034>

Trubey, R. J., Moore, S. C., & Chestnutt, I. G. (2015). The association between parents' perceived social norms for toothbrushing and the frequency with which they report brushing their child's teeth. *Community dental health*, 32(2), 98–103.

Taormina, M., Montal, S., Maitre, Y., Tramini, P., & Moulis, E. (2020). Perception of Dental Caries and Parental Difficulties in Implementing Oral Hygiene for Children Aged Less Than 6 Years: A Qualitative Study. *Dentistry journal*, 8(3), 62. <https://doi.org/10.3390/dj8030062>

Vasquez, P., Ramirez, V., & Aravena, N. (2015). Beliefs and practices of oral health in parents of pre-school children: A qualitative study. *Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral*, 8 (3).

Walsh, T., Worthington, H. V., Glenny, A. M., Marinho, V. C., & Jeroncic, A. (2019). Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD007868. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007868.pub3>

ANEXO I
Invitación a participar en el estudio

Estimado/a (nombre), junto con saludar, y agradeciendo su tiempo, quisiera realizarle una invitación. Mi nombre es Tatiana Contreras Silva, odontóloga egresada de la Universidad de Valparaíso y alumna del Posgrado de Odontopediatría UDD. Actualmente me encuentro realizando una Tesis sobre **“LA DECISIÓN DE LAS MADRES Y/O PADRES DE CEPILLAR LOS DIENTES DE SUS HIJOS O HIJAS PREESCOLARES. ESTUDIO CUALITATIVO”**, cuyo objetivo es describir los motivos para cepillar o no cepillar los dientes de los menores.

Es de tipo cualitativo, y para recopilar los datos, debo entrevistar a padres o madres de preescolares, que se encuentren cursando prekinder en un establecimiento educacional privado (jardin infantil o colegio). La entrevista es confidencial y realizada por un medio virtual, dada la emergencia sanitaria.

Quisiera extenderle la invitación a participar de la entrevista, para que nos relate libremente sus experiencias sobre este tema.

Desde ya, agradezco su tiempo y consideración.

Se despide atentamente,

Tatiana Contreras Silva.

ANEXO II

Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo.....

RUT.....,ac

cepto voluntariamente participar del trabajo de investigación **“LA DECISIÓN DE LAS MADRES Y/O PADRES DE CEPILLAR LOS DIENTES DE SUS HIJOS O HIJAS PREESCOLARES. ESTUDIO CUALITATIVO”**, realizado por la alumna Tatiana Contreras Silva del Postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Desarrollo, sede Concepción.

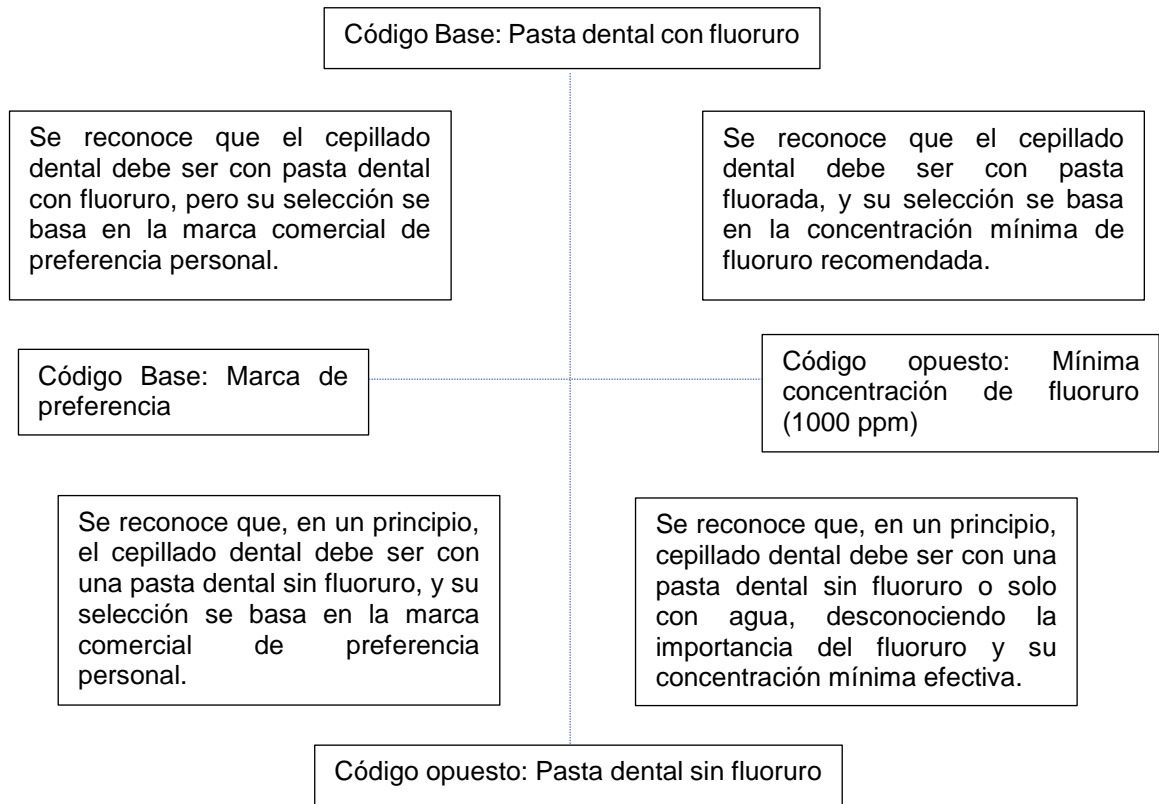
He recibido información necesaria sobre la investigación y la metodología, comprendo su desarrollo, su finalidad y beneficios que aportará a la comunidad. Por lo tanto, autorizo a los investigadores a utilizar la información reunida para su posterior análisis de forma confidencial.

Firma.....

Fecha.....

ANEXO III

Ejemplo de cruce axial



Resultado cruce axial.

No obstante la evidencia científica, existe una confusión evidente de las madres sobre las recomendaciones actuales del uso de pasta dental con una concentración mínima de 1000 ppm de fluoruro, en el inicio del cepillado dental de los preescolares. Se observa que su selección, se basa principalmente, en la marca comercial de preferencia, que se utiliza comúnmente en el hogar, más que por la presencia de fluoruro en su composición y su importancia en la prevención de la caries dental.