



Universidad Austral de Chile

Escuela Enfermería

# **“NO IMPORTA!!!, SI SON DE LECHE...DESPUÉS LOS CAMBIA”**

Tesis presentada como parte de  
los requisitos para optar al  
grado de Licenciado en  
Enfermería

MARÍA JOSÉ CUITIÑO GARRIDO  
INGRID ALEJANDRA DUHALDE DELGADO  
VALDIVIA-CHILE  
2007

**Profesor Patrocinante:**

Nombre: Fredy Seguel Palma.

Profesión: Enfermero

Grados: Magíster en Salud Pública Mención Salud Ocupacional.

Instituto: Enfermería

Facultad: Medicina

Firma:

**Profesores Informantes:**

1. Nombre: Cecilia Molina Díaz.

Profesión: Enfermera y Matrona.

Grados: Magíster en Enfermería, mención médico quirúrgica.

Instituto: Enfermería

Facultad: Medicina

Firma:

2. Nombre: Yaneth Gonzáles

Profesión: Enfermera

Grados:

Firma:

## INDICE

|                       |             |
|-----------------------|-------------|
| RESUMEN               | Página<br>8 |
| SUMMARY               | 9           |
| 1. INTRODUCCIÓN       | 10          |
| 2. MARCO TEÓRICO      | 12          |
| 3. OBJETIVOS          | 36          |
| 4. MATERIAL Y MÉTODOS | 37          |
| 5. RESULTADOS         | 45          |
| 6. DISCUSIÓN          | 80          |
| 7. CONCLUSIONES       | 87          |
| 8. BIBLIOGRAFÍA       | 90          |
| ANEXO 1               | 94          |
| ANEXO 2               | 95          |

## INDICE DE GRÁFICOS

|  | Página |
|--|--------|
| Gráfico N° 1: Distribución porcentual de madres de niños menores de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, según edad. Valdivia, Chile 2007                        | 36     |
| Gráfico N° 2: Distribución porcentual de niños menores de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, según sexo. Valdivia, Chile 2007                                  | 37     |
| Gráfico N° 3: Distribución porcentual de niños menores de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, según edad. Valdivia, Chile 2007                                  | 38     |
| Gráfico N° 4: Distribución numérica de niños menores de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia según estructura familiar. Valdivia, Chile 2007                      | 39     |
| Gráfico N° 5: Distribución numérica de niños menores de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, según etapa de ciclo vital familiar . Valdivia, Chile 2007          | 40     |
| Gráfico N° 6: Distribución numérica de niños menores de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, según persona a su cuidado. Valdivia, Chile 2007                    | 41     |
| Gráfico N° 7: Distribución porcentual de niños menores de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, según nivel socioeconómico familiar, Valdivia. Chile 2007.        | 42     |
| Gráfico N° 8: Distribución numérica de niños menores de 6 años bajo CNS del Consultorio Externo de Valdivia, según nivel educacional de la madre o cuidadora. Valdivia, Chile 2007 | 43     |
| Gráfico N° 9: Distribución porcentual de niños menores de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, según calidad de su alimentación. Valdivia. Chile 2007.           | 44     |

|  |    |
|--|----|
| Gráfico N° 10: Distribución numérica de niños menores de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, según ocupación de la madre o cuidadora. Valdivia, Chile 2007  | 45 |
| Gráfico N° 11: Distribución numérica de niños menores de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, según saneamiento básico del hogar. Valdivia, Chile 2007   | 46 |
| Gráfico N° 12: Distribución porcentual de niños menores de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, según número de comidas que consume al día. Valdivia, Chile 2007.  | 47 |
| Gráfico N° 13: Distribución porcentual de niños menores de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, según frecuencia de consumo de alimentos fuera del horario. Valdivia, Chile 2007.                                    | 48 |
| Gráfico N° 14: Distribución porcentual de niños menores de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, según consumo de productos cariogénicos. Valdivia, Chile 2007.   | 49 |
| Gráfico N° 15: Distribución porcentual de niños menores de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, según asistencia al CNS. Valdivia, Chile 2007.   | 50 |
| Gráfico N° 16: Distribución numérica de niños menores de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, según nivel de participación de las madres en talleres de salud bucal. Valdivia, Chile 2007.                           | 51 |
| Gráfico N° 17: Distribución numérica de niños menores de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, según búsqueda de información sobre salud bucal por parte de la madre o cuidadora . Valdivia, Chile 2007.              | 52 |
| Gráfico N° 18: Distribución numérica de niños menores de 6 Años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, según entrega de información sobre salud bucal a la madre y/o cuidadora en este establecimiento . Valdivia, Chile 2007 | 53 |
| Gráfico N° 19: Calificación de la información otorgada durante el CNS del niño menor de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Francia. Valdivia, Chile 2007   | 54 |

|   |    |
|---|----|
| Gráfico N° 20: Distribución porcentual de conocimiento de la técnica de cepillado por parte de la madre o cuidadora del niño menor de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007 | 55 |
| Gráfico N° 21: Adquisición de la técnica de cepillado por parte de la madre o cuidadora del niño menor de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Francia. Valdivia, Chile 2007                              | 56 |
| Gráfico N° 22: Percepción de la madre sobre el inicio del aseo bucal en niños menores de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007  | 57 |
| Gráfico N° 23: Distribución porcentual del niño menor de 6 años bajo CNS en Consultorio Externo de Valdivia, según número de veces que se le realiza aseo bucal. Valdivia, Chile 2007.                            | 58 |
| Gráfico N° 24: Distribución porcentual del niño menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, según utilización de pasta dental en el aseo bucal. Valdivia, Chile 2007.                         | 59 |
| Gráfico N° 25: Distribución porcentual del niño menor de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, según tipo de pasta dental que se utiliza en el aseo bucal Valdivia, Chile 2007.                  | 60 |
| Gráfico N° 26: Distribución porcentual del niño menor de 6 años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, según periodicidad diaria de aseo bucal en la Madre o Cuidadora del Niño Valdivia, Chile 2007.    | 61 |
| Gráfico N° 27: Distribución Porcentual Según Presencia de Caries en la Madre o Cuidadora del Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007.                           | 62 |
| Gráfico N° 28: Distribución Porcentual Según Asistencia a Jardín Infantil y/o Sala Cuna en el Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007.                          | 63 |

|   |    |
|---|----|
| Gráfico N° 29: Conocimiento de la Madre Sobre Medidas de Cuidados de Salud Oral en el Jardín y/o Sala Cuna en el Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007                | 64 |
| Gráfico N° 30: Distribución Porcentual Respecto a la Posibilidad de Asistir a un Dentista por Parte de la Madre o Cuidadora el Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007. | 65 |
| Gráfico N° 31: Distribución Porcentual de Traumatismos o Enfermedades Orales en el Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Francia. Valdivia, Chile 2007.  | 66 |
| Gráfico N° 32: Distribución Porcentual de Número de Caries en el Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007  | 67 |
| Gráfico N° 33: Número de Piezas Dentales con Caries en el Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007   | 68 |
| Gráfico N° 34: Distribución Porcentual de Presencia de Sarro en el Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007  | 69 |
| Gráfico N° 35: Distribución Porcentual Según Funcionalidad Familiar en el Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007   | 70 |

## RESUMEN

La salud buco dental es un ámbito importante de la salud general de los individuos. Por lo tanto, una mala salud bucal incidirá negativamente sobre la calidad de vida de las personas.

La carie es una de las enfermedades más extendidas en la especie humana, corresponde a una enfermedad infecciosa de los dientes, en la que se degradan de manera gradual las distintas estructuras como, esmalte, dentina, o pulpa y si no son tratadas a tiempo, darán lugar a la pérdida de la pieza dentaria. La incidencia de éstas, no obstante, ha disminuido en los últimos años en un 50% en la población infantil.

Según los últimos estudios epidemiológicos a nivel nacional (1996-1999), se evidencia un alto porcentaje de deterioro en la salud bucal de la población, mostrando la persistencia de altos índices de caries en la población infantil, con una prevalencia de 84,67% de caries en dientes temporales y definitivos en niños de 6-8 años y 84,34% de caries en dientes definitivos en niños de 12 años. Es así como los profesionales de Enfermería enfrentan un rol importante en la atención del niño sano en cuanto a la prevención de caries y promoción la salud Bucodental, mediante identificación de factores de riesgo y facilitando e incentivando conductas favorables, a través de la educación en salud Bucal al niño y familia.

La Investigación realizada fue de tipo cuantitativa, descriptiva de corte transversal, la cual se orientó a identificar los principales factores cognitivos, ambientales y sociodemográficos que inciden en la formación de caries dentales en niños menores de seis años. Para este propósito se aplicó un instrumento cuantitativo tipo encuesta confeccionado por las autoras de la tesis.

La población escogida corresponde a la totalidad de niños menores de 6 años que se encuentra en Control de Niño Sano (CNS) en el Consultorio Externo de Valdivia la cual es de 2473 niños, población de la cual se seleccionó una muestra de 182 niños.

Los resultados del estudio arrojaron que los principales factores cognitivos, ambientales y socio demográficos que inciden en la formación de caries de la población en estudio son: consumo de productos cariogénicos, calidad de la alimentación, frecuencia de aseo bucal, consumo de alimentos fuera de horario e información sobre salud bucal entregada durante el control de niño san

## SUMMARY

The oral care is a relevant part of General Health of subjects. Therefore, a bad oral care will affect negatively over people life quality.

Tooth decays is one of human most extended illness. It is a tooth infectious disease in which different structures like Enamel, Dentin, and Pulp when not timely treated will give place to a loss of a dental piece. They incidence, however in Child Population have declined by a 50% the last years.

According to national level lasts Epidemiological studies (1996-1999) it make evidence of high percent of population with oral care deterioration, with a relevant of 84.67% for Tooth decays in temporal and definitive tooth in 6 to 8 years children, and a 84.34% for tooth decays in definitive tooth of 12 years children.. This is how Nursing Professionals deal a more important role in tooth decays prevention and oral care promotion for healthy children by risk factors identification and favorable behaviors promotion through family and child oral care education.

The investigation was of quantitative type, descriptive cross, that was oriented to identify the main cognitive, environmental and sociodemographic factors that take place in under 6 years children tooth decays formation. To this purpose a survey type quantitative instrument made by the thesis authors was applied.

The chosen population was all minor to 6 years children from Healthy Children Control (HCC - CNS/Control de Niño Sano in Spanish) in Valdivia External Clinic, and is a 182 children selection of the total 2473 children.

The results of this study showed that main cognitive, environmental and social demographic factors that take place in the studied population, in tooth decays formation are; "Stimulants of Tooth decay" products consumption, Feeding quality, Oral hygiene frequency, out of time feeding and knowledge about oral care delivered during the healthy children control.

## 1. INTRODUCCIÓN

Según los últimos estudios epidemiológicos a nivel nacional (1996-1999), se evidencia un alto porcentaje de deterioro en la salud bucal de la población, mostrando la persistencia de altos índices de caries en la población infantil, con una prevalencia de 84,67% de caries en dientes temporales y definitivos en niños de 6-8 años y 84,34% de caries en dientes definitivos en niños de 12 años. ( MINSAL, n.f. a)

Como se puede apreciar las caries en nuestra población infantil es de alta prevalencia, por esto, desde el 1 de julio del 2005, en nuestro país entraron en vigencia las Garantías Explícitas en Salud (GES), entre las cuales se encuentra: la “Salud oral integral para niños de seis años”, eligiendo esta edad debido a que en este período brota el primer molar permanente y comienza el cambio a la dentición definitiva. Con esta medida se espera erradicar las caries en los dientes temporales y permanentes, extendiéndose la atención hasta el brote de los primeros cuatro molares definitivos alrededor de los 12 años de edad. (MINSAL, n. f. b, 1999)

En nuestro país dentro de las prioridades de salud con enfoque de salud pública, se encuentra la Salud Bucal, que según las políticas del MINSAL se ha orientado a poner énfasis en la Prevención y Promoción de la Salud Bucal de la población. Para poder llevar a cabo esto es imprescindible que la educación sea el principal motivador de cambio de la población y como uno de los objetivos de la GES es “erradicar las caries en los dientes temporales”, dentadura que está presente a partir de los seis meses de edad del niño y por consiguiente prevenir lesiones en la dentadura definitiva. (MINSAL, n. f. a, n. f. b,1999)

Desde el punto de vista del rol asistencial de nuestra profesión, cobra importancia el control de niño sano realizado por la enfermera/o ya que como se ha estandarizado según las normas del MINSAL, somos nosotras/os quienes tenemos un mayor contacto con el niño y la madre durante los primeros seis años de vida, motivo por el cual, somos las responsables de la detección precoz de aquellos factores que inciden en la salud bucal y presencia de caries desde tempranas edades e inclusive previo a la aparición de piezas dentales, mediante un examen bucal minucioso, anamnesis detallada y educación continua a la madre.(Aranguiz, n.f.)

Se considera que la aplicación del Modelo de Déficit de Autocuidado (Orem, Dorotea. 1971) al enfocarse a nivel individual y familiar permitirá una pesquisa en forma temprana de factores de riesgo incidentes en la salud bucal de esta población, permite actuar y derivar en forma oportuna para mejorar la salud dental y bucal de los niños menores de seis años, fomentar hábitos de higiene dental desde tempranas edades, disminuir notoriamente la

aparición precoz de caries y a su vez contribuir en la mejora de la calidad de vida de este grupo etario.

Por último en relación a los antecedentes mencionados surge la inquietud de realizar una investigación enfocada en la salud buco-dental de la población de niños menores de 6 años bajo Control de Niño Sano en el Consultorio Externo de Valdivia ubicado en la XIV Región de Los Ríos, Chile entre los meses Mayo- Octubre 2007.

## 2. MARCO TEÓRICO

Según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS. 2003), las enfermedades bucodentales como las caries<sup>1</sup>, son un problema que afecta a los países en vías desarrollo<sup>2</sup> cada vez con mayor frecuencia, en forma especial a las comunidades más pobres. Siendo también una de las enfermedades buco dentales más frecuentes en países asiáticos y latinoamericanos, la OMS estima que alrededor de 5000 millones de personas en el mundo han padecido de caries dental. Por otra parte, los efectos de las caries en relación a calidad de vida y tratamiento se consideran “costosos”, ya que, se estima que el tratamiento representa entre el 5 y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados. Dentro de los principales componentes y prioridades que establece la OMS, además de abordar factores de riesgo modificables como el consumo de azúcar y hábitos de higiene buco dentales, es también primordial ocuparse de los principales determinantes socioculturales como la pobreza, el bajo nivel de instrucción y la falta de hábito que fomenten la salud bucal (World Health Organization, 2003)

Es necesario tener claro que salud bucal y salud general no deben ser tratadas en forma independiente si no todo lo contrario, debido a que la implicancia de salud bucal significa más que dientes sanos, brillantes, sin caries y con una linda sonrisa. Los expertos han llegado a la conclusión que el estado de la boca puede reflejar el estado de salud general como también influir en él, lo que se traduce en que si se tiene una deficiente salud bucal, sumado a afecciones o enfermedades bucales no tratadas, pueden tener un impacto en la salud, de la cual la mayoría de los individuos no lo relaciona con el estado de salud bucal.

En varios estudios se ha demostrado que existe una conexión entre la salud oral y sistémica, como es el caso de la ASTHO<sup>3</sup> (2002), se llegó a la conclusión que un mal estado favorece la aparición de ciertas enfermedades crónicas como también empeora el estado de éstas, como es el caso en aquellos pacientes que padecen de patologías cardiovasculares

- 
- 1 Es una enfermedad infecciosa multifactorial que daña la estructura de los dientes produciendo erosiones en estos con lo cual provoca dolor en quienes la padecen. A pesar de ser una de las patologías más prevalentes a nivel mundial, mediante una correcta higiene bucal, alimentación y control es posible reducir notablemente el riesgo de padecerlo.
  - 2 Chile se considera un país en vía desarrollo, por que los recursos que obtienen son insuficientes para satisfacer las necesidades básicas de una gran parte de la población, como son los indicadores de analfabetismo, atención médica, atención dental, ingreso per cápita y otros. Lo que lo ubica bajo el promedio de un país en desarrollo.
  - 3 The Association of State and Territorial Health Officials, de los E.E.U.U.
  - 4 Entiéndase por estado deficiente la presencia de caries sin tratamiento.

sumado a un estado deficiente de salud oral<sup>4</sup>, tienen mayor probabilidad de sufrir embolias, endocarditis e infarto. Todo esto se debe a la presencia de bacterias que se encuentran en la boca y mayor incremento cuando hay caries e inclusive aquellas personas que no padecen enfermedades cardiovasculares y que tienen caries, tienen las mismas probabilidades de sufrir alguna de las patologías anteriormente mencionadas (National Institute of Dental and Craniofacial Research, 2005). Por otra parte, en Tailandia (. Dasanayake, 1998) se hizo un estudio en mujeres embarazadas en donde se comprobó que la escasa salud oral en este estado de gravidez está asociada con el bajo peso del recién nacido, por lo cual, esta condición es un factor de riesgo.

Se hace evidente la necesidad de educar sobre salud oral a los padres, sobre todo a la madre desde el embarazo, ya que, es una etapa en la cual la madre se encuentra psicológicamente más receptiva para la adquisición de conocimientos y cambiar aquellas conductas que influirán en el buen desarrollo del niño. Pero al pensar en el acceso a información de salud bucal para poder orientarlos, ésta es escasa, ó simplemente los padres no son conscientes de la necesidad del cuidado bucal de su hijo desde temprana edad. Inclusive muchos padres restan importancia a la dentadura primaria debido a que después viene el recambio por los definitivos, esto sucede porque la mayoría de ellos desconoce la importancia de los “dientes de leche”<sup>5</sup> en la masticación, aprendizaje correcto de la fonación, estética, como también proveen el espacio para los futuros dientes. Es por esta razón que la presencia de caries en la dentadura primaria al no ser tratadas, pueden ocasionar alteraciones en la formación de la dentadura permanente, incidiendo de manera trascendental en la calidad de vida de las personas desde un punto de vista biopsicosocial<sup>6</sup>, ya que, las enfermedades dentales provocan problemas biológicos, económicos, sociales y psicológicos a quienes lo padecen.

En relación con lo anterior es necesario tener claro la erupción de los dientes<sup>7</sup>, para poder prevenir posibles alteraciones que pueden sufrir, aunque también se debe tener presente que este proceso tiene un componente genético, por lo cual, la cronología es sólo referencial.

Los dientes temporales o de leche, se completan hacia los 2 años presentando un total de 20 piezas (2 de cada tipo). Como se puede apreciar en la tabla n°1.

---

5 Denominación que se da a los dientes primarios o temporales.

6 Enfermería al tener una visión holística del ser humano enfoca su salud desde una perspectiva biopsicosocial.

7 Se entiende por erupción de los dientes, al nacimiento de estos como proceso normal del desarrollo humano

**Tabla N° 1. Cronología de la Erupción Temporal**

| <b>Edad Brote</b> | <b>Pieza</b>                     |
|-------------------|----------------------------------|
| <i>5-6 meses</i>  | <i>Incisivo central inferior</i> |
| <i>5-6 meses</i>  | <i>Incisivo lateral inferior</i> |
| <i>7-8 meses</i>  | <i>Incisivo central superior</i> |
| <i>8-9 meses</i>  | <i>Incisivo lateral superior</i> |
| <i>12 meses</i>   | <i>Primer premolar inferior</i>  |
| <i>14 meses</i>   | <i>Primer premolar superior</i>  |
| <i>16 meses</i>   | <i>Canino inferior</i>           |
| <i>18 meses</i>   | <i>Canino superior</i>           |
| <i>20 meses</i>   | <i>Segundo premolar inferior</i> |
| <i>24 meses</i>   | <i>Segundo premolar superior</i> |

Fuente: (Rizodini & Soich, 1999)

A la edad de doce o trece años los niños cuentan con 28 piezas dentarias, permanentes o definitivas como se puede apreciar en la tabla n°2, donde se cambian dientes temporales por definitivos. La dentadura estará completa cuando exista un total de 32 piezas.

Tabla N° 2. **Cronología de la Erupción Definitiva**

| <b>Edad Brote</b> | <b>Pieza</b>   |
|-------------------|--|
| 6-7 años          | <i>Incisivo central inferior.</i>                    |
| 6-7 años          | <i>Primer molar superior.</i>                        |
| 6-7 años          | <i>Primer molar inferior.</i>                        |
| 7-8 años          | <i>Incisivo central superior.</i>                    |
| 7-8 años          | <i>Incisivo lateral inferior.</i>                    |
| 8-9 años          | <i>Incisivo lateral superior.</i>                    |
| 9-10 años         | <i>Canino inferior.</i>                              |
| 10-11 años        | <i>Primer premolar superior.</i>                     |
| 10-12 años        | <i>Segundo premolar superior.</i>                    |
| 10-12 años        | <i>Primer premolar inferior.</i>                     |
| 11-12 años        | <i>Segundo premolar inferior.</i>                    |
| 11-12 años        | <i>Canino superior.</i>                              |
| 11-13 años        | <i>Segundo molar inferior (molar de los 12 años)</i> |
| 12 -13 años       | <i>Segundo molar superior (molar de los 12 años)</i> |
| 17-21 años        | <i>Tercer molar inferior o Muelas del juicio.</i>    |
| 17-21 años        | <i>Tercer molar superior o Muelas del juicio.</i>    |

Fuente: (Rizodini & Soich, 1999)

Al analizar la problemática de salud bucal en Chile, se encuentra ante una situación de alta prevalencia en los distintos grupos etarios de nuestra población. Según el Diagnóstico de Situación de Salud Bucal publicado por el MINSAL, las patologías orales de mayor prevalencia en nuestro país son: Caries Dental, Enfermedades Gingivales<sup>8</sup>, Periodontales<sup>9</sup> y Anomalías Dento Maxilares<sup>10</sup>, (Bascones & Figuero, 2005., Agurto, Díaz & Cádiz n.f.)

<sup>8</sup> Enfermedad Gingival se define como el patrón de signos y síntomas de diferentes enfermedades localizadas en la encía, se caracterizan por presentar placa bacteriana que exacerba la severidad de la lesión, ser reversibles y por tener un posible papel como precursor en la pérdida de inserción alrededor de los dientes.

<sup>9</sup> Infecciones periodontales son un conjunto de enfermedades localizadas en la encía y las estructuras de soporte del diente (ligamento y hueso alveolar), están producidas por ciertas bacterias provenientes de la placa subgingival.

<sup>10</sup> Anomalías Dentomaxilares, se definen como la deformación de los huesos maxilares y mal posición dentaria, pueden manifestarse desde temprana edad y progresar en el tiempo. La causa de su aparición se debe a

abarcando las caries un 85% de la población escolar. (MINSAL, n.f. a)

### **Cuadro N°1. Resultados en los niños de 6 a 8 años**

- Sin historia de caries: 15.33 % de los niños.
- Daño por caries en dentición temporal (ceod): 4.19 piezas. Este se desglosa en 2.25 piezas cariadas, 1.1 piezas con extracciones por caries y 0.84 piezas obturadas.
- Daño por caries en dentición permanente (COPD<sup>11</sup>): 0.93 piezas.

Fuente: Diagnóstico de situación de Salud Bucal, MINSAL, 1996-1999.

### **Cuadro N°2. Resultados en los niños de 12 años**

- Sin historia de caries: 15.66 % de los niños.
- Daño por caries en dentición Permanente (COPD): 3.42 piezas. Este se desglosa en 2.21 piezas cariadas, 0.83 piezas obturadas y 0.19 piezas con extracciones por caries.

Fuente: Diagnóstico de situación de Salud Bucal, MINSAL, 1996-1999.

En relación a la enfermedad periodontal en adolescentes chilenos, se realizó un estudio con una muestra aleatoria de más de 9000 estudiantes de 12 a 21 años de la Región Metropolitana. Como se observa en el Cuadro N° 3, los resultados fueron los siguientes:

---

múltiples factores, como la herencia, malnutrición, enfermedades generales y malos hábitos.

11 Según el nivel de CPOD es la severidad de prevalencia en caries, es decir el riesgo de caries.

0.0 – 0.1= muy bajo

1.2 - 2.6= bajo

2.7 – 4.4= moderado

4.5 – 6.5= alto

Mayor 6.5= muy alto

### **Cuadro N° 3. Enfermedad Periodontal en Adolescentes de Santiago**

- Prevalencia de gingivitis ulceronecrotizante<sup>12</sup>: 6.7%.
- Pérdida de inserción:
  - $\geq 1$  mm: 69.2%
  - $\geq 2$  mm: 16%
  - $\geq 3$  mm: 4.5%

Fuente: Diagnóstico de situación de Salud Bucal, MINSAL, 1996-1999.

En la siguiente tabla (N°3), se observa lo que sucede a nivel regional<sup>13</sup>, el panorama no es auspicioso. En la primera región hay un 3.5% de niños entre 6-8 años libre de caries en comparación con la V Región en donde hay un 26,9% de niños entre 6-8 años libre de caries. Estos datos se deben relacionar con los índices de Ceod y CPOD señalados en la Tabla N° 4.

---

<sup>12</sup> La gingivitis ulceronecrotizante se caracteriza por la presencia de ulceraciones gingivales, con necrosis que ocasionan la destrucción de papilas interdetales y de márgenes gingivales. La destrucción puede aparecer cubierta por un exudado fibrinoso.

<sup>13</sup> Cabe mencionar que en relación a datos estadísticos sobre salud bucal a nivel local, el Servicio Salud Valdivia no tiene datos actualizados, los indicadores que manejan son de estudios realizados por el MINSAL entre los años 1996-1999. Información referida por Dra. Corbalán (encargada de estadística del Servicio de Salud Valdivia), quien menciona que este año se publicará un informe sobre situación de salud bucal a nivel nacional a petición del MINSAL.

Por otro lado, el Consultorio Externo de Valdivia no mantiene datos estadísticos sobre incidencia de caries en la población infantil menor a 6 años atendida en este establecimiento, debido a que incorporaron sólo hace un año la atención buco-dental en esta población.

Tabla N° 3. Niños 6 a 8 y 12 Años, Libres de Caries Según Regiones  
Chile 1996-1997-1999

| REGIÓN       | NIÑOS 6 a 8 AÑOS |       |       | NIÑOS DE 12 AÑOS |       |       |
|--------------|------------------|-------|-------|------------------|-------|-------|
|              | N                | %     | Total | N                | %     | Total |
| I            | 79               | 26.3  | 300   | 26               | 28.9  | 90    |
| II           | 53               | 18.6  | 285   | 9                | 10.0  | 90    |
| III          | 59               | 19.7  | 300   | 26               | 24.8  | 105   |
| IV           | 39               | 13.0  | 300   | 27               | 36.0  | 75    |
| V            | 242              | 26.9  | 900   | 64               | 23.7  | 270   |
| RM           | 36               | 12.6  | 285   | 14               | 10.8  | 130   |
| VI           | 46               | 16.1  | 285   | 8                | 8.9   | 90    |
| VII          | 26               | 9.1   | 285   | 11               | 12.2  | 90    |
| VIII         | 21               | 7.3   | 285   | 5                | 5.6   | 90    |
| IX           | 10               | 3.5   | 285   | 2                | 2.2   | 90    |
| X            | 16               | 5.3   | 300   | 5                | 6.7   | 75    |
| XI           | 11               | 4.1   | 270   | 12               | 11.4  | 105   |
| XII          | 31               | 10.9  | 285   | 9                | 9.8   | 92    |
| <b>TOTAL</b> | 669              | 15.33 | 4385  | 218              | 15.66 | 139   |

Fuente: Diagnóstico de situación de Salud Bucal, MINSAL, 1996-1999.

Tabla N°4. INDICES Ceod y CPOD EN NIÑOS DE 6 a 8 AÑOS SEGÚN REGIONES  
CHILE 1996-1997-1999

| REGIÓN       | 6 a 8 AÑOS  |             | 12 AÑOS     |            |
|--------------|-------------|-------------|-------------|------------|
|              | COPD        | Ceod        | Ceod        | COPD       |
| I            | 0.58        | 3.32        | 2.21        | 0.11       |
| II           | 0.60        | 3.38        | 2.69        | 0.36       |
| III          | 0.49        | 3.10        | 2.19        | 0.15       |
| IV           | 0.77        | 3.89        | 2.47        | 0.19       |
| V            | 0.42        | 2.24        | 1.99        | 0.19       |
| RM           | 1.17        | 4.29        | 3.13        | 0.31       |
| VI           | 1.07        | 4.02        | 4.30        | 0.42       |
| VII          | 1.11        | 4.74        | 3.88        | 0.14       |
| VIII         | 1.11        | 4.80        | 4.52        | 0.30       |
| IX           | 1.20        | 5.98        | 5.14        | 0.30       |
| X            | 1.47        | 5.58        | 4.84        | 0.20       |
| XI           | 1.23        | 5.24        | 4.09        | 0.16       |
| XII          | 0.84        | 3.92        | 3.07        | 0.20       |
| <b>TOTAL</b> | <b>0.93</b> | <b>4.19</b> | <b>3.42</b> | <b>0.2</b> |

Fuente: Diagnóstico de situación de Salud Bucal, MINSAL, 1996-1999.

Como se observa en los Cuadros N° 4 y N° 5, en relación a la situación de los adultos, en personas de 35-44 años y de 65-74 años, de nivel socioeconómico bajo/medio bajo, de 8 comunas de la provincia de Santiago. Los resultados obtenidos en este estudio son los siguientes:( MINSAL, n. f. a)

#### **Cuadro N° 4. Caries dental en adultos de 35 a 44 y de 65 a 74 años**

- El 100% de los individuos de los dos grupos etarios tenía caries dentales.
- Daño por caries en dentición Permanente (COPD):
  - 35 a 44 años: 25.96 piezas. Este se desglosa en 9.47 piezas cariadas, 6.15 piezas obturadas y 10.34 piezas perdidas.
  - 65 a 74 años: 26.02 piezas. Este se desglosa en 8.16 piezas cariadas, 3.58 piezas obturadas y 14.28 piezas perdidas.

Fuente: Diagnóstico de situación de Salud Bucal, MINSAL, 1996-1999.

#### **Cuadro N°5. Enfermedad Periodontal en adultos de 35 a 44 y de 65 a 74 años**

- 35 a 44 años: 98.78% de los sujetos tiene enfermedad periodontal.
- 65 a 74 años: 100% de los sujetos tiene enfermedad periodontal.

Fuente: Diagnóstico de situación de Salud Bucal, MINSAL, 1996-1999.

Entre los factores condicionantes de Patología Oral descritos por el MINSAL, se encuentran:

- 1) **Estilos de Vida:** “Los estilos de vida de las personas tales como los hábitos higiénicos y de alimentación tienen gran impacto en la Salud Bucal de los individuos”.
- 2) **Factores Sociales:** “Tales como nivel de pobreza, educacional, nivel socioeconómico y la extrema ruralidad, también condicionan la Patología Oral”.
- 3) **Servicios de Salud:** “El Estado, ha priorizado los problemas de Salud Bucal debido a su alta prevalencia y la vulnerabilidad que tienen a las medidas de prevención y atención”.

Existe un Plan Nacional de Salud Buco-Dental que incorpora medidas de

prevención masivas, costo-efectivas, como el Programa de Fluorización del Agua Potable con una cobertura del 70.5% de la población total.

En la actualidad no existen los recursos necesarios para controlar la Patología Oral en toda la población, ya que el daño de los adultos es muy severo. Por esto, se ha priorizado la atención de la población menor de 20 años de edad, donde las medidas preventivas tienen su mayor efectividad y el daño bucal logra ser controlado con los recursos existentes. La modalidad de atención odontológica es integral, considerando la educación en medidas de autocuidado, aplicación de métodos de protección específica (según riesgo del paciente) y tratamiento restaurador en caso que exista daño. (MINSAL, n. f. a)

Del mismo modo, en trabajos y publicaciones realizadas en relación a la Salud Oral, se profundiza en los factores de riesgo de caries dentales y en las actividades a desarrollar, para prevenir la aparición y desarrollo de las mismas en edades tempranas. (Rodríguez, n. f.) Entre los Factores de Riesgo para la aparición de caries se observa:

1. **Elevado grado de infección por:** Estreptococos Mutans, constituye el microorganismo más relacionado con la aparición e inicio de las caries; Lactobacilos, relacionados con la progresión de la lesión causada por caries y con la elevada ingestión de carbohidratos.
2. Deficiente resistencia del esmalte del diente al ataque de ácidos que favorecen el proceso de desmineralización y progreso de las caries.
3. **Deficiente capacidad de mineralización:** cuando está afectada la capacidad de incorporación mineral a un diente recién brotado o la capacidad de reincorporación mineral al esmalte desmineralizado, se favorece el proceso de caries.
4. La dieta cariogénica<sup>14</sup> corresponde a uno de los principales factores promotores de caries.
5. La mala higiene bucal permite la acumulación de la placa bacteriana, facilitando el proceso de fermentación y la elevación del riesgo a carie

---

<sup>14</sup> Se define dieta cariogénica a aquella de consistencia blanda, con alto contenido de hidratos de carbono, especialmente azúcares fermentables como la sacarosa, que se deposita con facilidad en las superficies dentarias.

6. **Recesión Gingival:** Las personas que presentan enfermedad periodontal o secuelas de ésta, tienen mayor riesgo de presentar caries.
7. Factores Sociales como el bajo nivel de ingresos, escaso nivel de instrucción, bajo nivel de conocimientos en educación para la salud, inadecuadas políticas de servicio de salud, costumbres dietéticas no saludables, familias numerosas; se asocian a mayor probabilidad de caries.
8. **Bajo peso al nacer:** Estudios realizados con niños mal nutridos fetales desde el nacimiento hasta edades de 6 – 8 años de vida, demuestran la influencia de este factor en la incidencia de caries dentales.
9. La lactancia artificial que desarrolla lesiones cariosas por la presencia en la boca durante períodos de tiempo prolongados en las horas de sueño, un biberón que contiene leche u otros líquidos azucarados.

#### 10. Otros factores:

**Edad:** hay tres grupos de edades en los que existe mayor susceptibilidad a la caries dental:

4 – 8 años, para caries de dentición temporal.

11-18 años, para caries de dentición permanente.

55 – 65 años, para caries de raíz.

**Sexo:** algunos estudios reflejan que las caries afectan mayormente al sexo femenino, con mayor cantidad de dientes obturados y menor cantidad perdidos.

**Exposición al flúor:** la inexistencia de terapias con flúor ya sea sistémica o tópica favorece la aparición de las caries dentales. (Rodríguez, n. f., Vaisman & Martínez, n. f). Como también la Fluorosis dental<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Es una intoxicación por Flúor producida por excesiva ingesta de este durante el desarrollo del esmalte antes de la erupción, la que produce una hipomineralización del esmalte dental por aumento de la porosidad.

El período de mayor riesgo en el que se puede presentar fluorosis, es entre el año y medio y los 3 años de edad. A esta edad los niños no comprenden completamente el acto de cepillarse los dientes y escupir, por lo general el niño se traga la mezcla aumentando la dosis de Flúor diaria para su edad. El exceso de flúor en los dos primeros

Al nacer el niño normalmente, no tiene dientes. Durante esta etapa los dientes comienzan a erupcionar, terminando al final de ésta su erupción completa, por lo tanto, es un buen momento para iniciar la formación de los padres y/o educadores en los aspectos más relevantes relacionados con la salud bucal.

En el grupo etario de 0-4 año, la prevención de caries está dirigida a controlar hábitos nocivos frecuentes como el uso del biberón, el chupete y la succión digital. Del mismo modo enseñarles a consumir una dieta saludable, pobre en azúcares y explicarles que la higiene dental debe comenzar conjuntamente con la erupción de los dientes. Enseñarles a los padres el correcto cepillado dental y permitirle a los niños ya al final de la etapa ejecutar por si solos el cepillado con una frecuencia de cuatro veces al día (después del desayuno, del almuerzo y comida y antes de acostarse). (Rodríguez, n. f.) Entre las indicaciones para éste grupo etario, destacan:

- 1.- Control de placa bacteriana a niños de 2 – 4 años.
- 2.- Educación para la salud a las personas en contacto con los menores y a los niños de 2-4 años, como madres, educadoras de centros infantiles y personas de vías no formal.
- 3.- Aplicación de flúor a los niños de 2 – 4 años.
- 4.- Tratamientos curativos a los afectados. (Rodríguez, n. f.)

Durante la edad escolar (5-12 años) ocurre el recambio dental, junto a un gran desarrollo neuromuscular e intelectual. Aunque los padres tienen todavía una misión fundamental en el cuidado de la salud bucal de sus hijos, el niño presenta una capacidad de comprensión suficiente para entender la información y desarrollar una mayor destreza en los tratamientos preventivos.

El niño en esta etapa debe adquirir una responsabilidad cada vez mayor en cuanto a su higiene dental; para la eliminación de la placa dental es importante que exista un hábito arraigado del cepillado correcto. También es importante la comunicación con los niños y sus

---

años de vida provocará Fluorosis en los dientes definitivos que por lo general salen entre los 6- 7 años de edad.

padres para explicarles los alimentos de una dieta saludable en cuanto al contenido de azúcar, a su consistencia y textura.

En esta etapa las revisiones bucales son obligatorias y deben realizarse cada 6 meses, es muy frecuente la aparición de lesiones cariosas que obligan a restauraciones necesarias, dentro de las indicaciones para este grupo etario, destacan:

- 1.- Control de placa bacteriana.
- 2.- Acciones de promoción de salud.
- 3.- Enjuagatorios bucales de fluoruro de sodio al 0.02% quincenales.
- 4.- Aplicaciones de Flúor dos veces al año.
- 5.- Tratamiento curativo a los afectados. (Rodríguez, n. f.)

La Salud Bucal es reconocida como una de las prioridades de Salud del país y su abordaje requiere aplicar enfoques de Salud Pública basados en diagnósticos epidemiológicos, priorizando grupos de riesgo, con medidas costo-efectivas y de alto impacto, reforzando el trabajo multidisciplinario e intersectorial.

Las Políticas actuales de Salud Bucal definidas por el MINSAL están orientadas a poner énfasis en la Prevención y Promoción de la Salud Bucal de la población, con actividades recuperativas en grupos beneficiarios, en el año 2000 se definió priorizar la atención odontológica de los menores de 20 años con el fin de lograr los Objetivos Sanitarios propuestos para la década. En el año 2003 se realiza una modificación de los registros para posibilitar el análisis estadístico de grupos priorizados, entre ellos el niño de 6 años, y de ese modo planificar e implementar estrategias costo-efectivas basadas en datos reales de la población consultante. (Rodríguez, 2002)

Dentro de los lineamientos estratégicos del Plan de Salud Buco- Dental para el año 2000-2010 se enfatiza la salud como un derecho humano fundamental lo que conlleva a una obligación del Estado para el desarrollo individual y social de la población, es sí como el

nuevo Modelo de Atención de Salud es equitativo, solidario e integral.

Dentro de estas estrategias se destaca la priorización de las acciones promocionales y preventivas, dirigidas principalmente hacia los grupos más susceptibles, con participación activa de la comunidad. Del mismo modo las actividades educativas en Salud Bucal deberán ser integradas a toda la atención, reforzando de esta forma la responsabilidad individual y colectiva del cuidado de la Salud Bucal. Con esto el niño desarrollará actitudes, hábitos y conocimientos saludables desde temprana edad, fomentando su saber a través del proceso de educación continua a lo largo de su crecimiento y desarrollo.

A raíz de las estrategias antes mencionadas, durante el año 2004 se logró recuperar la salud oral del 70% de los niños beneficiarios del Servicio Nacional de Salud (S.N.S.S.), ésto debido también a la unión estratégica del sector Salud con la JUNAEB, quien a través de convenios con las municipalidades y módulos de atención coopera localmente a recuperar y mantener la salud oral de los niños de 6 años. (Rodríguez, 2002)

Desde el punto de vista de Salud Pública, la principal medida preventiva en relación a la aparición de caries dentales es la fluorificación del agua potable, en zonas donde el flúor natural es menor de 0.5 ppm<sup>16</sup>, y es técnicamente factible su implementación y control, desarrollados en conjunto con el Ministerio de Obras Públicas y la Superintendencia de Servicios Sanitarios.

Los objetivos sanitarios odontológicos para el 2010 planteados dentro de los Lineamientos Estratégicos del Plan de Salud Buco Dental son(MINSAL, n. f. c):

- Disminuir caries dentales en población < de 20 años. Se medirá este impacto en la población de 12 años, logrando un índice COPD de 1.9
- Cobertura de atención odontológica en el menor de 20 años: 50%.

A partir desde el 1 de julio del 2005, en nuestro país entraron en vigencia las Garantías Explícitas en Salud (GES) incluidas en el Plan AUGE, entre las cuales se encuentra: La “Salud oral integral para niños de seis años”. Corresponde a una atención odontológica de nivel primario, dirigida a educar, prevenir y tratar precozmente al niño de 6 años, con el objetivo de mantener una buena salud bucal. A los 6 años el niño inicia la dentición mixta, por lo tanto, es necesario un diagnóstico oportuno que permita planificar la conservación de los dientes temporales hasta su exfoliación natural y la aplicación de medidas de prevención específicas

---

16 Partículas por millón.

en dientes definitivos recién erupcionados o la pesquisa precoz de patologías para su recuperación y la entrega de información apropiada para el cuidado de su salud bucal. (MINSAL, 2005)

El acceso al primer control debe realizarse mientras el beneficiario tenga seis años, el alta se otorga una vez erupcionados los 4 molares definitivos. La atención del niño de 6 años considera intervenir precozmente con medidas preventivas de auto cuidado (técnica de higiene bucal, dieta), prevención específica de caries (profilaxis, sellantes, flúor tópico), tratamiento de caries (obturaciones, terapias pulpares, exodoncias, tratamiento de traumatismo dentoalveolar), y seguimiento; todas estas intervenciones serán otorgadas en el primer nivel de atención sanitaria. (MINSAL, 2005 & 1999)

La Federación Dental Internacional (FDI), la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional de Investigación Dental (IADR) presentaron los objetivos y metas en salud oral para el año 2020 . En este documento se plantean nuevos retos globales, como marco de referencia para los planeadores de salud, en los niveles nacional, regional y local. (Ramírez, Martínez & López, n. f.)

Las metas globales en salud bucal que proponen la OMS, la FDI y la IADR, para alcanzar en el año 2020 son:

- Minimizar el impacto de enfermedades de origen oral y craneofacial en la salud y el desarrollo psicosocial, haciendo énfasis en promover la salud oral y reducir la enfermedad oral entre las poblaciones con la mayor carga de tales enfermedades.
- Minimizar el impacto de las manifestaciones orales y craneofaciales de las enfermedades sistémicas en los individuos y en la sociedad; y usar estas manifestaciones para el diagnóstico temprano, la prevención y el manejo efectivo de las enfermedades sistémicas.

Se puede deducir entonces que a nivel internacional hay un reconocimiento de que las enfermedades bucales requieren intervenciones oportunas, a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, incluso mucho más costo-efectivas de lo que significa atender la patología establecida.

La Revista Chilena de Pediatría, en un artículo publicado en el año 2006, “*Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa*”, hace referencia a que en los últimos años se

ha implicado al *Streptococcus Mutans* (SM) como el principal y más virulento microorganismo responsable de la caries dentales; Y, normalmente, no se encuentra en la cavidad oral del recién nacido, sólo se detecta tras el inicio de la erupción de los dientes temporales.(Palomer, 2006)

Por ser la carie una enfermedad infecciosa transmisible, para disminuir o retardar la colonización de la boca de los niños por las bacterias causantes de ella, es importante conocer los mecanismos por los cuales ocurre esta transmisión, esencialmente lo que dice relación con el traspaso de microorganismos desde la saliva de los adultos, en especial de las madres. Según el artículo, la transmisión de microorganismos desde la saliva de la madre al niño, fue sugerida por primera vez en 1975 por Berkowitz y Jordan, quienes usaron el método de tipificación de la mutacina para demostrar que los microorganismos de las muestras tomadas desde la boca de los niños, eran idénticos a los encontrados en la boca de sus madres. En 1985, Berkowitz y colaboradores trabajaron comparando la producción de bacteriocina por SM, aislado de la boca de 20 pares de madres e hijos y concluyeron que la correspondencia de los microorganismos era estadísticamente significativa. (Palomer, 2006)

El mecanismo de contagio entre madre e hijo, se produce cuando ésta comparte los cubiertos con su hijo, usa el mismo cepillo dental, lo besa en la boca o prueba la temperatura de la mamadera con su boca o simplemente, "lava" el chupete de su hijo con su saliva. De esta manera, la madre transmite las bacterias cariogénicas a su hijo. Por lo tanto, se puede deducir que una mujer que tiene hábitos deficientes de cuidado dental, repetirá estos patrones en sus hijos y se crearán las condiciones ideales para el desarrollo de las caries. A su vez, los profesionales de la salud que tienen contacto precoz con las madres embarazadas y mujeres con niños pequeños (médicos obstetras, matronas, enfermeras, etc.), deben estimularlas e insistir en el cuidado de su salud oral como parte del cuidado de su salud y la de sus hijos. (Palomer, 2006)

Los padres deben tomar medidas de prevención que ayuden a mejorar la salud oral de sus hijos y en esto se incluyen las siguientes medidas:

- Comenzar a limpiar diariamente los dientes del niño desde su aparición en la boca, con una gasa o un cepillo adecuado.
- Consultar con el odontopediatra desde el primer año de vida del niño para realizar medidas preventivas y educativas.
- Reducir la ingesta de hidratos de carbono por parte de los niños.

- No dar mamaderas durante la noche a los niños y cepillar sus dientes antes de dormir.
- No contaminar los cubiertos que usa el niño ni su chupete o cepillo dental, con la saliva de los adultos.

En conclusión, los profesionales de la salud que tienen contacto con madres y niños pequeños, tienen una gran responsabilidad en la mantención de la salud oral de sus pacientes. El conocimiento de las medidas de prevención permitirá evitar la formación precoz de caries y mejorar los índices de salud oral de nuestra población infantil”. (Palomer, 2006)

“Holdings Llc. En el año 2000 realizó varias investigaciones que demostraron que ya durante el primer año de vida del bebé, existe la presencia de hábitos inadecuados como, por ejemplo, la ausencia de procedimientos de higiene bucal (68,66%) y el amamantamiento nocturno en el pecho y/o biberón (86,57%). Varios estudios, también, comprobaron que casi el 6% de los bebés poseían una alta frecuencia en el consumo de azúcar; 33% fueron contaminados por las madres a través de la saliva y cerca del 13% presentaron lesiones cariosas ya durante el primer año de vida. Esto refuerza aún más la importancia de la prevención de la salud bucal. La prevención de la enfermedad de caries en bebés se inicia con la educación de los padres. Los padres generalmente no tienen acceso a las informaciones para orientarlos con relación a la salud bucal de sus hijos, excepto a través de las conversaciones con dentistas. Otros, sin embargo, no son conscientes de la necesidad del cuidado temprano de los dientes, pues se ha observado que la mayoría de los niños ni siquiera han sido examinados por un dentista antes de alcanzar la edad escolar, cuando el examen dental es realizado”. (Rodríguez, 2002)

La visita temprana, además de establecer una relación amigable con la introducción de los cuidados de la salud bucal de niños y padres, establece decisiones críticas y fundamentales respecto de los patrones alimenticios, complementación de flúor y programa de higiene bucal”. (Rodríguez, 2002)

”En un estudio realizado por Ríos Díaz, en el año 1996, se evaluaron los hábitos y los elementos empleados en la higiene bucal en 95 niños de 24 a 42 meses de edad que acudieron a consulta pediátrica en tres centros de salud de diciembre de 1995 a enero de 1996. Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de una encuesta a los padres, encontrándose que el 80% de los padres realizaban algún tipo de higiene bucal, al momento del estudio. El hábito de higiene bucal con gasa o pañal se encontró en el 32% de los casos. El 50% de ellos inició el hábito entre los 0 y 6 meses de edad. La edad de término más frecuente (50%) se encontró entre los 5 y 15 meses, el 21% continuó con el hábito hasta el momento del estudio. El 67% de los padres lo hacen 1 vez al día, el 13% dos veces al día y el 20 % tres veces al día. El 77% de los niños presentó el hábito del uso del cepillo dental. El 40% de ellos iniciaron entre los 19 y

24 meses de edad y el 31% entre los 6 y 12 meses. El 50% de los padres lo hacen una vez al día, el 11% tres veces al día y el 1% cuatro veces al día. El uso de pasta dental se encontró en el 66% de los niños. La higiene bucal nocturna se encontró en el 25% de los niños". (Rodríguez, 2002)

Los padres y/o cuidadores al ser los agentes directos que proveen de ayuda y cuidado a los menores son los que tienen la responsabilidad de mantener la salud del niño. Sin embargo, ellos no pueden hacerlo solos, ya que muchas veces tienen falencias de herramientas y conocimientos básicos para enfrentar distintas situaciones de la vida diaria; es así como los profesionales de Enfermería enfrentan un rol importante en la atención del niño sano para prevenir y promover la salud, mediante identificación de factores de riesgo y facilitando e incentivando conductas favorables, a través de la educación en salud.

Como también al sentir la necesidad de conocer las acciones y/o cuidados que deben realizar en beneficio de la salud oral de su hijo, aparece como educadores del equipo de salud, la Enfermera quien mediante su ejercicio responde ante las necesidades que requieren ya sean problemas reales de salud o potenciales siendo la educación una de las principales herramientas utilizadas para otorgar la satisfacción de las necesidades.

Sin embargo, tenemos claro que el profesional de Enfermería es responsable de sí mismo y de la implicancia de sus actos, por algo somos una carrera autónoma, pero no podemos dejar de lado que su principal responsabilidad dentro del ámbito de la salud son los receptores del servicio<sup>17</sup>, en este caso sería el binomio madre-hijo y/o cuidador-niño. Ante lo cual la enfermera debe trabajar con los miembros de la familia, identificando sus objetivos y necesidades para de esta forma poder planificar las acciones a realizar del mejor modo posible para así resolver los problemas pesquisados. Esto es indispensable debido a que si se quiere brindar un óptimo servicio y del mismo modo velar por la integridad de la salud oral del niño, se requerirá saber cuáles son las apreciaciones que tiene el grupo familiar donde se encuentra el niño en relación a aspectos de salud oral.

Es primordial ante esta situación, que el proceso educativo comience a realizarse desde la primera interacción con el binomio madre-hijo e inclusive estudios avalan que la educación en relación a salud oral del niño debe realizarse desde antes que nazca, es decir, durante el embarazo. Siendo primordial la inclusión de la madre a un programa de control bucal en donde se resguarde su estado de salud bucal y al mismo tiempo se le entreguen las herramientas necesarias para poder darle satisfacción a las necesidades que requiere el niño al nacer en relación a los cuidados que debe realizar y mantener para poder brindarle una óptima salud oral.

---

17 Entiéndase por receptores del servicio, a los individuos que la enfermera le presta su servicio de atención ya sea el paciente mismo o su familia.

Esto se debe a que el niño no puede satisfacer en forma individual sus cuidados, según Erikson<sup>18</sup> los niños requieren de la atención de sus padres (Molina, 2003a), el niño menor de 6 años pasa por tres etapas:

### **I Etapa: *Confianza/Desconfianza.***

- Desde 0 a 1 año.
- Depende de la relación de la madre.

### **II Etapa: *Autonomía/Vergüenza y Duda.***

- Desde de 1 a 3 año
- Consciencia de sí como ser independientes de los padres.
- Se basa en el desarrollo cognitivo y músculo motor.
- Deseo de hacer todo por sí mismo.
- Los fracasos y el ridículo al que otros lo someten puede generar duda y vergüenza.
- Las exigencias excesivas también pueden generar dicho sentimiento, o bien un voluntarismo extremo.

### **III Etapa: *Iniciativa/Culpa.***

- De los 3 a los 5-6 años.
- Consiste en el interés por el funcionamiento de las cosas y de los propios esfuerzos para hacerlo.
- Importante el estímulo de la escuela y del grupo de iguales.

---

18 Erik Erikson nació en Alemania en 1902, destacado en el área de la psicología, considerado uno de los más grandes del siglo XX. Una de sus obras más destacada es la “Teoría de la Identidad del Yo” la que subdivide en 8 estadios y en la que cada una de ellos hay diversas tareas que deben ser cumplidas por parte del individuo para su propio desarrollo de identidad personal.

- Las comparaciones desfavorables, los fracasos, contribuyen a la inferioridad.

Al analizar el ciclo según Duvall<sup>19</sup> los padres deben prestar la atención que requiere ya que se encuentran en la tercera etapa que corresponde (Molina, 2003):

#### **IV Etapa: Llegada de los hijos**

- Transición de estructura diada a triada.
- Implica redefinir la relación en término marital y sentimental.
- Aceptación y adaptación al rol de padres
- Vinculación afectiva madre-hijo

En relación con los ciclos mencionados, los padres son los principales gestores de la salud de ellos. Por lo mismo, la enfermera como defensora y guía para los padres de los cuidados que deben mantener, ella debe tratar de asegurar que las familias conozcan la forma mediante la cual pueden satisfacer sus necesidades al informarle de forma adecuada y oportuna sobre todas las opciones y de esta forma hacerlos más participes en la atención del niño cuando sea posible, estimulándolos a cambiar o apoyar las prácticas de atención existentes.

Al realizar un análisis exhaustivo sobre las Teorías y Modelos por los cuales se rige Enfermería, una de las principales teorías que se relaciona con lo anteriormente señalado es la que propone Dorotea Orem<sup>20</sup>, *Teoría General del Autocuidado*, ella define a la enfermería como “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Su teoría se compone de tres teorías relacionadas entre sí. (Carpenito, 1994., Marriner, 1989., Griffit & Christensen, 1986)

- Teoría del autocuidado
- Teoría del déficit de auto cuidado

---

19 Duvall describió 6 etapas secuenciales por las cuales atraviesa una familia ya que considera que los individuos no se establecen en forma aislada de la sociedad y su inserción a ésta, se ve a través de la familia.

20 Dorotea Orem nació en 1909. Estableció un modelo basado en el déficit de autocuidado, abordando este aspecto como una necesidad humana. Dice que dentro de su teoría no influyó ninguna enfermera teórica una más que otra, sino que es el compendio de todas con las que había tenido experiencia y contacto.

- Teoría de los sistemas de Enfermería

La base del modelo de Orem, es la teoría del autocuidado, donde la práctica de actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo se va desarrollando y al mismo tiempo va teniendo noción de aquellas acciones que debe realizar con la finalidad de mantener su salud, prolongar el desarrollo personal y conservar el bienestar. A pesar de ser seres individuales, todas las personas tenemos requisitos de bien común, ya sean condiciones o requisitos de autocuidado **universales**, como son:

- Conservación de una ingestión suficiente de aire, agua y alimentos.
- Suministro de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.
- Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso y entre la soledad y la interacción social.
- Evitar los riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar.
- Promover el funcionamiento y el desarrollo de los seres humanos dentro de grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal

Es necesario también tener en cuenta que debido a las distintas etapas del ciclo vital ante las cuales se ven enfrentados cada individuo, los requisitos son a las condiciones que afectan al **desarrollo**, los que se conocen como requisitos de autocuidado para el desarrollo, como son:

- Soporte y promoción de procesos vitales; embarazo, nacimiento, neonatos, lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta y ancianos.
- Proporcionar cuidados en; deprivación escolar, desadaptación social, pérdida de familia, amigos, posesiones y seguridad, cambio de ambiente, problemas de status, mala salud o condiciones de vida, enfermedad terminal.

Por último, Orem también menciona que los cuidados que un individuo requiere están estrechamente ligados a los requisitos de autocuidado en caso de desviaciones en el **estado de salud**, el que se traduce en:

- Incluir el seguimiento del tratamiento médico y adaptación a la enfermedad o secuelas.

En relación a la segunda teoría que constituye a la teoría de Orem, en ella se desarrolla los motivos por los cuales una persona requiere de la intervención de Enfermería, los beneficios que puede otorgarle la Enfermería y que las acciones se rigen por los problemas de salud o de cuidados sanitarios, el que depende directamente en la satisfacción del cuidado en sí mismo o de aquellos que están bajo su supervisión al verse total o parcialmente incapaces de descubrir los requisitos necesarios que van emergiendo, del punto de vista del individuo. Por lo tanto Déficit de Autocuidado es la falta de capacidad por parte del individuo para realizar aquellas acciones que le garanticen un funcionamiento saludable.

Con la finalidad de determinar las acciones en las que puede participar la Enfermería, Orem diseñó uno de los conceptos más generales, la Teoría de los Sistemas, en donde se define la magnitud del actuar y responsabilidad de la profesión. Aquí se incluyen todos los términos que abarcan las dos teorías ya mencionadas como son:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación

Estos sistemas pueden destinarse a personas en forma individual, para personas que pertenecen a una unidad de cuidados específicos ó para grupos en donde uno de sus miembros requiere el cuidado por parte de estos y son ellos quienes otorgan la demanda de autocuidado terapéutico. En el sistema totalmente compensador, es el profesional de enfermería quien otorga los cuidados que requiere el paciente en toda su magnitud, es decir, esto sucede cuando el paciente se ve imposibilitado de realizar cualquier acto por voluntad propia, no es capaz de razonar ni manipular su cuerpo ante lo cual el enfermero/a es quien brinda la atención y toma decisiones sobre las necesidades que requiere el paciente.( Atkinson, 1996) En el caso del sistema parcialmente compensador el enfermero/a en conjunto con el paciente realizan las acciones de autocuidado, siendo primordial la participación del individuo al encaminarlo hacia la toma de decisiones de su propio autocuidado. El enfermero/a cumple un papel más de apoyo y guía al paciente, al encaminar sus acciones hacia la ejecución de algunas medidas de autocuidado, asistir lo que requiera el paciente y compensar las medidas de limitaciones que tenga. Se requiere que le paciente sea activo en su autocuidado y le permita al enfermero/a el cuidado y la asistencia que le otorga. En el último sistema que señala Orem, se le otorga mayor independencia al individuo, ya que, es él quien gesta las acciones de autocuidado, sin embargo, el enfermero/a es quien debe entregar la información que requiere para realizarlos de manera eficiente y que no le signifique un deterioro en su salud. Ambos, tanto el enfermero/a

como el paciente, son quienes regulan y desarrollan la acción del autocuidado, tras esto el paciente es capaz de realizar acciones de autocuidado y ante lo cual puede o debe desempeñar las actividades necesarias aun cuando no las pueda realizar sin ayuda. También afirma que el enfermero/a puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar por otros, orientar y dirigir, ofrecer apoyo físico y psicológico, proporcionar y mantener un entorno que favorezca el desarrollo personal y enseñar.

A medida que se va estableciendo la finalidad de la teoría de Orem se puede identificar la esencialidad de cuatro elementos en su teoría:

- **Persona;** Es el paciente, aquel que realiza las acciones de autocuidado para poder mantener un estado de salud óptimo, visto como un ser biopsicosocial y con aptitud para aprender y desarrollarse. Si no fuese posible la autosatisfacción quedará al cuidado de otras personas, las que velaran por proporcionarle los cuidados.
- **Entorno;** Se deduce como aquellos factores ambientales, físicos, culturales y sociales que pueden interactuar en la funcionalidad, independencia y desarrollo del individuo ya sean de origen comunitario y/o familiar.
- **Salud;** La OMS la define como; “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Ante esto se desprende la importancia continua de una promoción, prevención, mantenimiento de la salud y el tratamiento de las enfermedades con sus consiguientes consecuencias que podría ocasionar.
- **Enfermería;** Es mediante los cuidados que otorga la enfermera al paciente, deduciéndose de los tres conceptos anteriormente señalados. Está destinada a establecer la forma cómo se proporcionarán los cuidados según los requerimientos de las situaciones personales.  
Según la segunda teoría de Orem, se hace énfasis, en que el autocuidado es una conducta que se aprende y refuerza mediante la realización de acciones que fomenten el bienestar de nuestra salud, mediante la integridad de la estructura humana, funcionamiento y desarrollo. Por lo cual la educación para el autocuidado es indispensable para el desarrollo de postura, conocimientos y habilidades.

En la situación del CNS<sup>21</sup>, es indispensable que la enfermera aplique esta teoría al momento de valorar al binomio madre/cuidador-niño, ya que uno de los objetivos de

---

21 Control de niño Sano

enfermería en atención primaria es el control, seguimiento y fomento de la independencia del usuario. Como se sabe el niño no puede satisfacer por sí mismo sus necesidades, ante lo cual, la madre/cuidador cumple un papel primordial en esto, ella es quien otorga los cuidados y satisface sus necesidades. Al relacionarlo directamente con la salud bucal del niño, es indispensable conocer cuáles son los requerimientos del niño y en qué forma los satisface la madre/cuidador, aquí es donde el enfermero/a cumple un papel de “sistema de apoyo-educativo”, según lo define Orem en su teoría de los sistemas de enfermería. Por lo tanto, es importante destacar que “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”, ante lo cual, nuestro punto de vista se enfatiza esencialmente al conocer la perspectiva del agente de cuidado con implicancia en la salud oral y lo que conlleva al mantener u otorgar los cuidados necesarios de la boca del niño. (Phaneuf, 1993). Esta última está influenciada por la educación, experiencia, concepto de salud, los conocimientos de cuidado y actitud hacia el cuidado, como también el significado que le otorga a sus capacidades y limitaciones, para de esta forma poder actuar la enfermería desde un aspecto más objetivo, ya que si el “cuidador” no está consciente no resultará otorgar el máximo de bienestar al desarrollo de la salud del niño.

### 3. OBJETIVOS

#### **Objetivo General:**

- Identificar los principales factores cognitivos, ambientales y sociodemográficos que inciden en la formación de caries dentales en niños menores de seis años bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia entre mayo- agosto 2007.

#### **Objetivos Específicos:**

- Identificar oportunidades que tiene la madre y/o cuidador de recibir información o educación en relación a salud bucal de su hijo.
- Identificar las medidas de higiene que realiza la madre y/o cuidador para prevenir la formación de caries en el niño.
- Determinar las principales características del tipo y calidad de la alimentación del niño menor de 6 años bajo control en el Consultorio Externo de Valdivia.
- Identificar el perfil biopsicosocial del niño menor de 6 años bajo control en el Consultorio Externo de Valdivia.
- Identificar el perfil sociodemográfico de la madre y/o cuidador y familia del niño menor de 6 años bajo el Control Externo de Valdivia.
- Identificar la presencia de caries y sarro presente en el niño menor de 6 años bajo control de niño sano en el Consultorio Externo de Valdivia, mediante exploración a través de la exploración bucal

## 4. MATERIAL Y MÉTODOS

### 4.1 Tipo De Estudio

El tipo de estudio que se desarrolló en esta investigación es de tipo *cuantitativo, descriptivo y de corte transversal*. Para tal efecto se aplicó una encuesta confeccionada por las autoras de la tesis, dirigida a las madres de niños menores de 6 años que realizan sus Controles de Niño Sano en el Consultorio Externo de Valdivia.

**Descriptivo:** Da a conocer la información que manejan las madres y/o cuidadores sobre la salud Oral de sus niños.

**Transversal:** La investigación se realizó con una muestra tomada de la población total de niños menores de 6 años que asisten a sus controles de salud (CNS) en el Consultorio Externo Valdivia, durante los meses de Mayo-Agosto del 2007.

### 4.2 Población En Estudio

La población que fue sometida a estudio incluyó a todos los niños menores de 6 años de edad, que se encontraban incluidos bajo Control de Niño Sano (CNS) en el Consultorio Externo Valdivia, correspondiendo estos a un total de 2473 niños, entre los meses de Mayo-Agosto del 2007 en la ciudad de Valdivia.

### 4.3 Tamaño de la Muestra

Para establecer el tamaño de la muestra se consideró un intervalo de confianza estándar de 1.96 y una magnitud de error de 7%, (se considera factible este porcentaje tomando en cuenta el tiempo y recursos disponibles para la realización del estudio) resultando una muestra de 182 niños de una población total de 2473.

$$n^* = \frac{Z^2 * S^2}{\epsilon^2}$$

Población infinita.

$n$  = Número de casos en la muestra

$S$  =Cuadrado de la desviación estándar de la población.

$Z^2$  = Cuadrado del intervalo de confianza en las unidades de error estándar

$E^2$  = Cuadrado de la aceptabilidad máxima de error entre la proporción real y la proporción de la muestra (magnitud de error)

$N$  =Población total.

$$n^* = \frac{(1,96)^2 * 0,25}{(0,07)^2} \quad n^* = \frac{0,9604}{0,0049} \quad n^* = 196$$

$$n = \frac{n^*}{1 + \frac{n^*}{N}}$$

Población finita.

$$n = \frac{196}{1 + \frac{196}{2473}} \quad n = \frac{196}{1 + 0,079256} \quad n = \frac{196}{1,079256} \quad n = 181,606588 \approx 182$$

Para seleccionar la muestra de la población en estudio se realizó un Muestreo Aleatorio Simple al azar en el tarjetero. Tomando en cuenta la realización de visitas inefectivas se amplió dicha muestra a un número de 200 personas, elegidas dentro de la misma población y con el mismo método, con la finalidad de abarcar la totalidad de la población calculada para en estudio.

### **Criterios De Exclusión**

- Madres de niños en control en el Consultorio Externo Valdivia que no acepten formar parte del estudio.
- Niños mayores de 6 años
- Niños que no pertenecen al Consultorio Externo de Valdivia

#### 4.4 Método De Recolección De Información

Los datos necesarios para llevar a cabo el estudio fueron obtenidos mediante la aplicación de un Instrumento de tipo cuantitativo durante visitas domiciliarias realizadas a la madre y/o cuidador del niño menor de 6 años bajo Control de Niño Sano en el Consultorio Externo de Valdivia. Es un instrumento tipo encuesta confeccionada por las autoras de la tesis. Está compuesta de 3 ítem, el primero contiene antecedentes personales de la Madre y/o cuidador y del niño, a su vez preguntas cerradas con un total de 31 preguntas, el segundo ítem corresponde a una exploración de la cavidad oral del niño con un total de 2 preguntas y el tercer ítem contiene información relacionada con antecedentes de la familia, incluye el instrumento APGAR Familiar (Smilkstein, 1985), (Percepción de la madre o persona al cuidado del niño, del funcionamiento familiar).

Se contó con el Consentimiento Informado de la persona entrevistada, la que fué respondida por la madre/cuidador del niño y registrada por el encuestador.

#### 4.5 Tiempo De Recolección De Los Datos

Fué de 2 meses, los meses de Junio y Julio del 2007, de acuerdo al Cronograma de Elaboración de la Tesis

#### 4.6 Plan De Tabulación y Presentación De Los Datos

Una vez recolectada la información, se creó una plantilla Excel para procesarla de acuerdo a las variables contenidas en la investigación, de esta manera se confeccionaron los gráficos y tablas para su análisis final, utilizando Epiinfo.

#### 4.7 Definición De Las Variables

| <b>Variab</b> les | <b>Definición Nominal</b>           | <b>Definición Operacional</b> |
|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| • Sexo            | Género al que pertenece el niño(a). | - Femenino.<br>- Masculino.   |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> </ul>                        | <p>Corresponde a la cantidad de años de vida del niño al momento de realizar el estudio.</p>        | <p>-Recién Nacido: Desde 0 - 29 días de vida.<br/> - Lactante: Desde 29 días de vida – 1 año con 11 meses y 29 días.<br/> - Preescolar: Desde 2 años – 5 años con 11 meses y 29 días.<br/> - Escolar: Desde 6 años hasta los 12 años.</p>                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estructura Familiar</li> </ul>         | <p>Características del grupo familiar en relación a sus integrantes.</p>                            | <p>-Familia nuclear biparental.<br/> -Familia extendida.<br/> -Familia nuclear monoparental.<br/> -Familia unipersonal.<br/> -Familia reconstituida con padrastro.<br/> -Familia reconstituida con madrastra.</p>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persona al cuidado del niño</li> </ul> | <p>Individuo que se encuentra atento y realiza acciones para y por el niño.</p>                     | <p>- Madre<br/> - Padre<br/> - Hermana (o)<br/> - Tía (o)<br/> - Abuela (o)<br/> - Otra, ¿quién?</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel Socioeconómico</li> </ul>        | <p>Clasificación según el monto de ingresos de la familia. Según encuesta CASEN, Mideplan 2003.</p> | <p>-Sobre el nivel de pobreza: Aquellas familias de cuatro integrantes que percibe sobre \$160.000 pesos mensuales.<br/> -Pobre: Aquella familia de 4 integrantes que percibe entre \$80.000-\$160.000 pesos mensuales.<br/> -Indigente: Aquella familia que recibe</p> |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   |   | menos de \$80.000 pesos mensuales.   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel Educativo de la madre/cuidador del niño</li> </ul> | Nivel de estudios que posee la madre y/o cuidador del niño.                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Analfabeta: No contempla estudios en ningún grado.</li> <li>-Básica incompleta: No ha completado la enseñanza básica.</li> <li>-Básica completa: Cursó estudios de nivel básico 1° a 8° año básico.</li> <li>-Media incompleta: No ha completado la enseñanza Media.</li> <li>-Media completa: Cursó estudios de nivel medio 1° a 4° año medio y/o 5° año técnico</li> <li>-Técnico Superior: Haber cursado los estudios en un Instituto Técnico profesional.</li> <li>-Universitaria: Haber cursado estudios en Universidad estatal o privada.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Calidad de la alimentación del niño</li> </ul>           | Tipo de alimentación que recibe el niño durante el día, según tabla de alimentos definidos. | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Saludable: más de 5 alimentos seleccionados en la encuesta.</li> <li>-Medianamente saludable: entre 3-5 alimentos seleccionados en la encuesta.</li> <li>-No Saludable: menos de 3 alimentos seleccionados en la encuesta.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Frecuencia de comidas del niño</li> </ul>                | Número de comidas que consume el niño durante el  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1-2.</li> <li>- 3-4.</li> </ul>   |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | día.   | - 5 y más.  |
| • Consumo de alimentos fuera de horario.                 | Ingesta de alimentos fuera de los horarios establecidos dentro del hogar.  | - Si.<br>- A veces.<br>- Nunca.<br>-No sabe                       |
| • Ingesta de productos cariogénicos                      | Consumo de productos con alto contenido de carbohidratos refinados (sacarosa, glucosa, fructosa, maltosa y lactosa) por parte del niño.            | - Si<br>- A veces<br>- Nunca                                      |
| • Adherencia a Control de Niño Sano (CNS)                | Periodicidad con la que asiste a los controles de niño sano del niño, según la calendarización establecida por MINSAL.                             | - Siempre.<br>- Ocasionalmente.                                   |
| • Consejería en salud oral                               | Asistencia a talleres y/o educaciones sobre salud bucal del niño en Consultorio.   | - Si.<br>- No.  |
| • Acceso información sobre salud bucal del niño          | Búsqueda y/o recepción de información sobre cuidados de la dentadura del niño fuera del establecimiento de salud.                                  | - Si: de donde.<br>- No.  |
| • Acceso información salud bucal en CNS                  | Recibe información en relación a cuidados de la dentadura y salud oral del niño durante la realización del Control de Niño Sano en su Consultorio. | - Siempre.<br>- A veces.<br>- Nunca.                              |
| • Conocimiento de técnica de cepillado dental            | Grado de conocimiento que tiene la madre o cuidador del niño en relación a la correcta técnica de cepillado dental.                                | - Sabe.<br>- No sabe.   |
| • Frecuencia de aseo bucal en el niño                    | Número de veces que se le realiza aseo bucal al niño durante el día.   | 1-2 veces al día<br>3-4 veces al día<br>Más de 5 veces<br>Ninguno |
| • Hábitos de aseo bucal en la madre o cuidador del niño. | Práctica diaria de cepillado dental en la madre o cuidador del niño.   | - Si.<br>- A veces.<br>- Nunca.                                   |
| • Presencia caries en madre y/o cuidador                 | Referencia verbal de presencia de caries por parte   | - Si.<br>- No.  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| del niño.   | de la madre y/o cuidador del niño.  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Asistencia a jardín infantil y/o sala cuna</li> </ul>                            | Asistencia del niño, durante un período determinado de tiempo durante el día, a una institución especializada en el cuidado de niños entre los 84 días de edad hasta que ingresen a educación general básica. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí.</li> <li>- No.</li> </ul>                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Educación de técnica de cepillado en jardín infantil y/o sala de cuna</li> </ul> | Conocimiento por parte de la madre y/o cuidador del niño, referente a educación sobre cepillado dental impartida en jardín infantil o sala cuna a la cual acude el niño.                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si.</li> <li>- No.</li> </ul>                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Presencia de caries en el niño</li> </ul>  | Evidencia de caries visibles en el niño al realizar exploración de la cavidad oral por parte del encuestador.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si. ¿Cuántas?</li> <li>- No.</li> </ul>         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Presencia de sarro en el niño</li> </ul>   | Evidencia de sarro en la cavidad oral del niño al realizar exploración por parte del encuestador.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si.</li> <li>- No.</li> </ul>                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Acceso a dentista</li> </ul>   | Posibilidad que tiene la madre y/o cuidador del niño de asistir a control dental con especialista en caso que este lo requiera.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si: ¿Dónde?</li> <li>- No: ¿Por qué?</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Antecedentes de patología bucal</li> </ul>                                       | Episodio (s) de alteración de la salud bucal, de duración variable, que ha sufrido el niño en algún período de su vida.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí.</li> <li>- No.</li> </ul>                   |

- Apgar Familiar: (Smilkstein, 1985)**

Su objetivo es evaluar la percepción de un miembro específico de la familia en relación a: ayuda de la familia frente a un problema, expresiones de afecto y apoyo emocional y el grado de participación familiar en la toma de decisiones. Su uso periódico puede servir para

detectar problemas en la familia, se debe aplicar a mayores de 15 años. Consta de 5 preguntas y a cada una se le asigna un puntaje, en donde: 0 es casi nunca, 1 es a veces y 2 casi siempre. El resultado se obtiene sumando los 5 ítems, los cuales pueden dar como resultado:

8 – 10 puntos: sugiere buena función familiar.

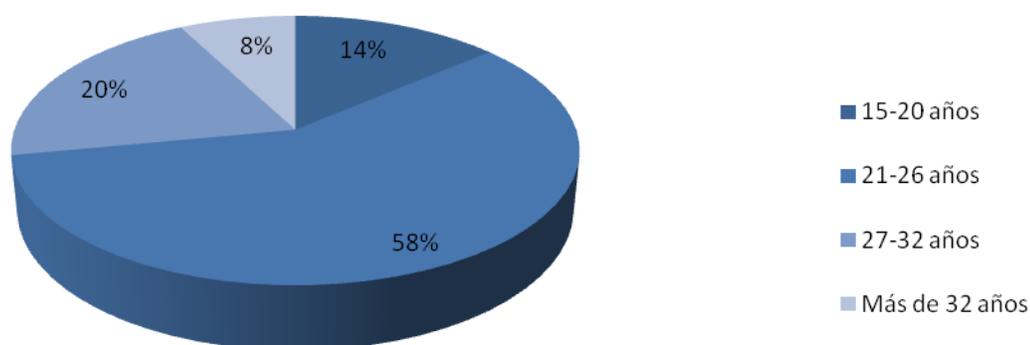
4 – 7 puntos: sugiere disfuncionalidad familiar.

0 – 3 puntos: sugiere disfuncionalidad severa.

## 5. RESULTADOS

**Gráfico N° 1: Distribución Porcentual de Madres de Niños Menores de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, Según Edad.**

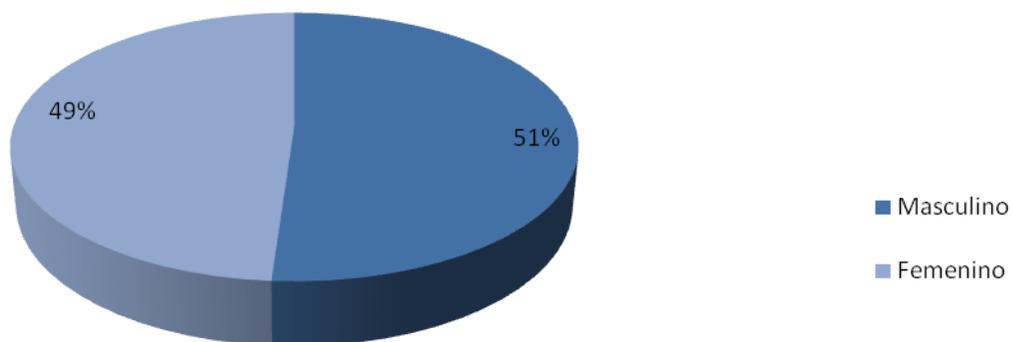
**Valdivia, Chile 2007**



Fuente: Tesis “No importa!!!, si son de leche...después los cambia”. Valdivia, Chile 2007.

Según el gráfico N° 1, el 58% de las madres de niños menores de 6 años incluidas en el estudio tienen de 21-26 años de edad, un 20% de ellas tienen entre 27-32 años, 14% de estas madres corresponden al grupo de 15-20 años. Solo un 8% de madres en estudio tienen más de 32 años de edad.

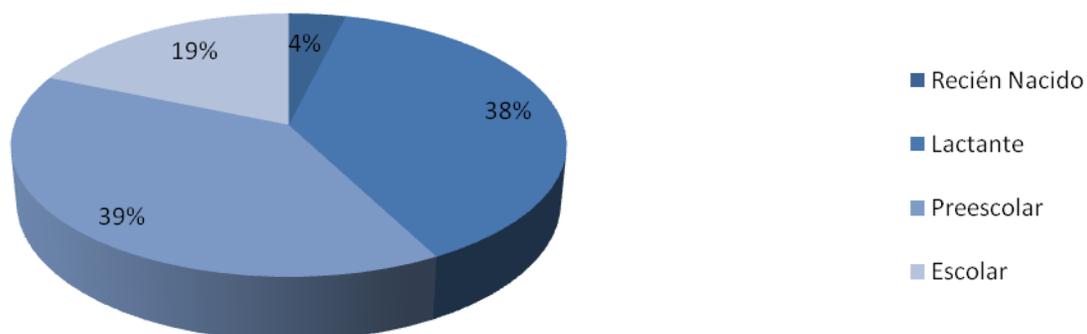
**Gráfico N° 2: Distribución Porcentual de Niños Menores de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, Según Sexo. Valdivia, Chile 2007**



Fuente: Idem.

Como se observa en el gráfico N° 2, entre los niños menores de 6 años no existe diferencia entre el número de hombres y de mujeres que componen este grupo. Del total de la población, un 51% corresponde a sexo Masculino, y un 49% es de sexo Femenino.

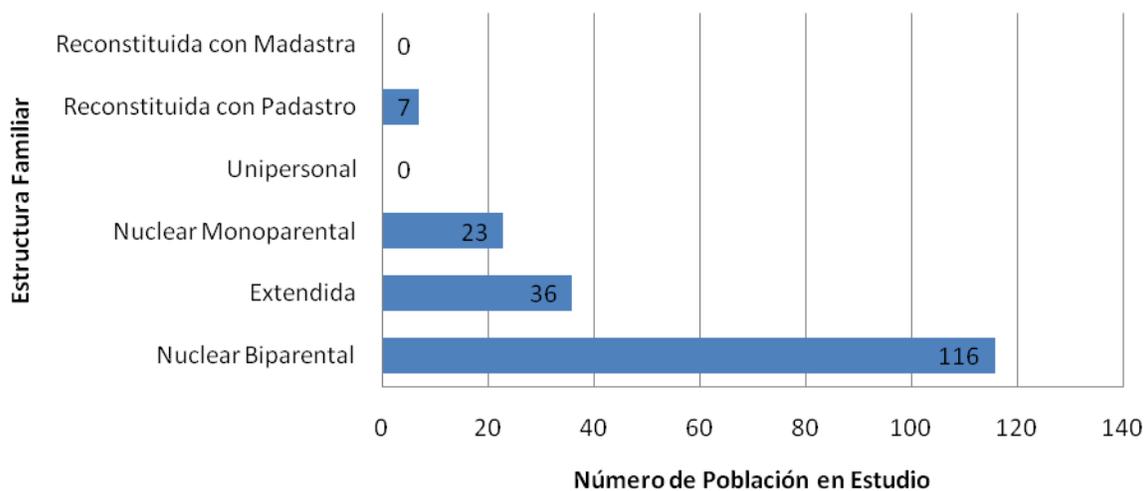
**Gráfico N° 3: Distribución Porcentual de Niños Menores de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, Según Edad. Valdivia, Chile 2007**



Fuente: Idem

Como se aprecia en el gráfico N° 3, el mayor porcentaje de población de niños menores de 6 años son preescolares y lactantes (77%), en menor porcentaje se encuentra aquella población de niños en edad escolar (19%). Solo un 4% de los niños en estudio son recién nacidos.

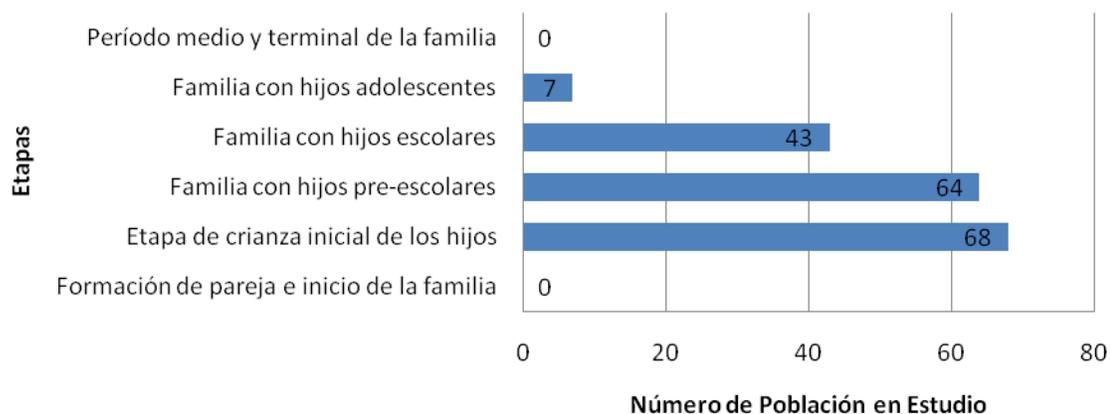
**Gráfico N° 4: Estructura Familiar de Niños Menores de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007**



Fuente: Idem.

Como se observa en el gráfico N° 4, la mayoría de los niños en estudio viven en familias Nucleares Biparentales, 116 casos (63,7%), a continuación se encuentran los niños que viven en familias Extendidas, 36 casos (19,7%), seguidos de aquellos que viven en familias Nucleares Monoparentales, 23 casos (12,6%). Sólo 7 niños (3,8%) viven en familias Reconstituida con Padastro.

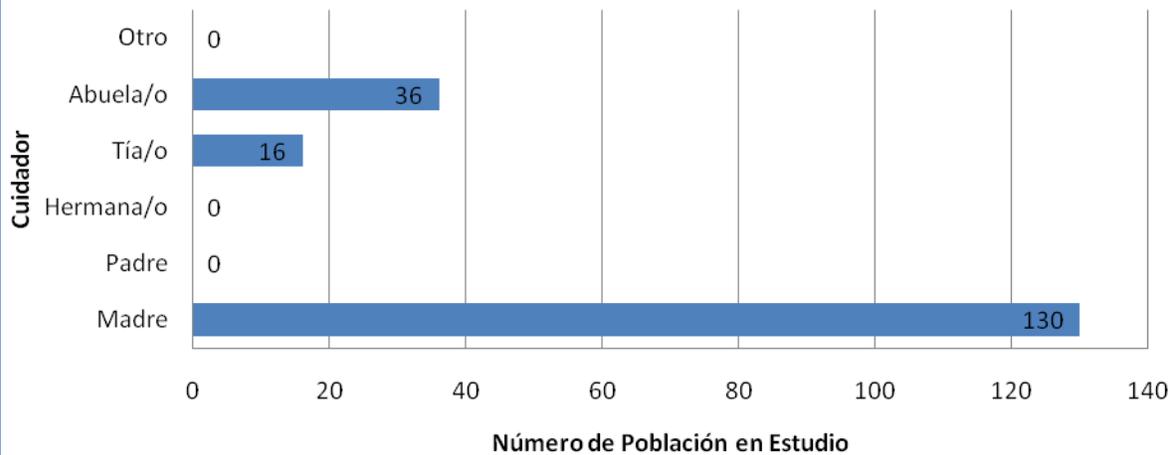
**Gráfico N° 5: Distribución Numérica de Niños Menores de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, Según Etapa del Ciclo Vital. Valdivia, Chile 2007**



Fuente: Idem

Como se observa en el gráfico N° 5, 68 familias (37,3%) de los niños en estudio se encuentran en la etapa del ciclo vital familiar denominada “crianza inicial de los hijos”, seguida de aquellas familias que se encuentran en la etapa de “familia con hijos pre-escolares”, 64 casos (35,1%), a continuación están las familias cuya etapa corresponde a “familia con hijos escolares”, 43 casos (23,6%). Un pequeño número de familias de la población en estudio están en la etapa del ciclo vital familiar de “familia con hijos adolescentes”, 7 casos (3,8%).

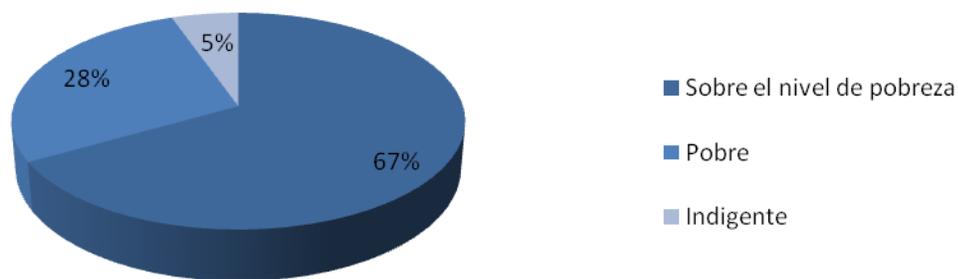
**Gráfico N° 6: Distribución Numérica de Niños Menores de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia., Según Persona a su Cuidado. Valdivia, Chile 2007**



Fuente: Idem

Según gráfico N° 6, como es de esperar, la mayoría de los niños en estudio están al cuidado de la madre, 130 casos (71,4%), una cantidad inferior de niños se encuentran al cuidado de la abuela, 36 casos (19,7%) y un menor número de los niños(as) en estudio están al cuidado de una tía, 16 casos (19,5%).

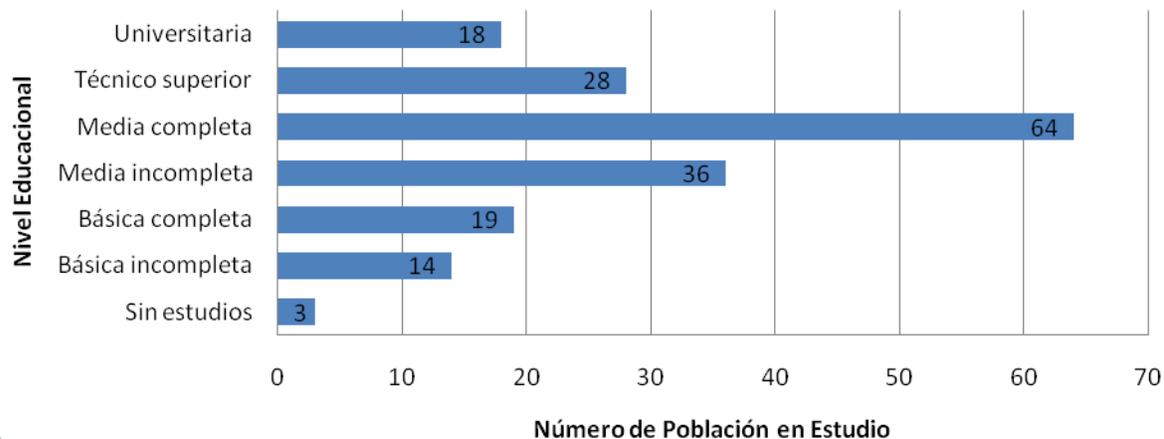
**Gráfico N° 7: Distribución Porcentual de Niños Menores de 6 años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, Según Nivel Socioeconómico Familiar, Valdivia. Chile 2007.**



Fuente: Idem

Según el gráfico N° 7, un 67% de las familias de niños en estudio tienen un Nivel Socioeconómico Familiar Sobre el Nivel de Pobreza, seguido de las familias que tienen un nivel socioeconómico familiar de pobreza (28%). Sólo un 5% de estas familias tienen un nivel socioeconómico familiar de indigencia. Según encuesta CASEN, Mideplan 2003.

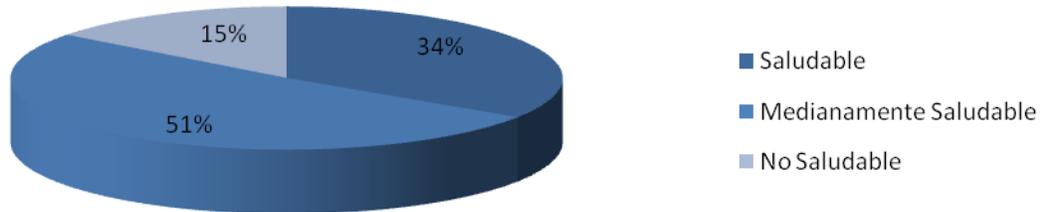
**Gráfico N° 8: Distribución Numérica de Niños Menores de 6 Años Bajo CNS del Consultorio Externo de Valdivia. Según Nivel Educativo de la Madre y/o Cuidadora. Valdivia, Chile 2007**



Fuente: Idem

Como se aprecia en el gráfico, la mayoría de las madres de niños menores de 6 años en estudio, presentan algún grado de escolaridad, 19 de ellas (10,4%) han cursado la enseñanza básica completa, 64 de las madres incluidas en el estudio (35%) ha completado la enseñanza media, 28 de ellas (15,3%) posee estudios de nivel superior y 18 de las madres de los niños en estudio (9,9%) cuentan con estudios universitarios, 18 casos (9,9%). Sólo una minoría de madres no poseen estudios, 3 casos (1,6%).

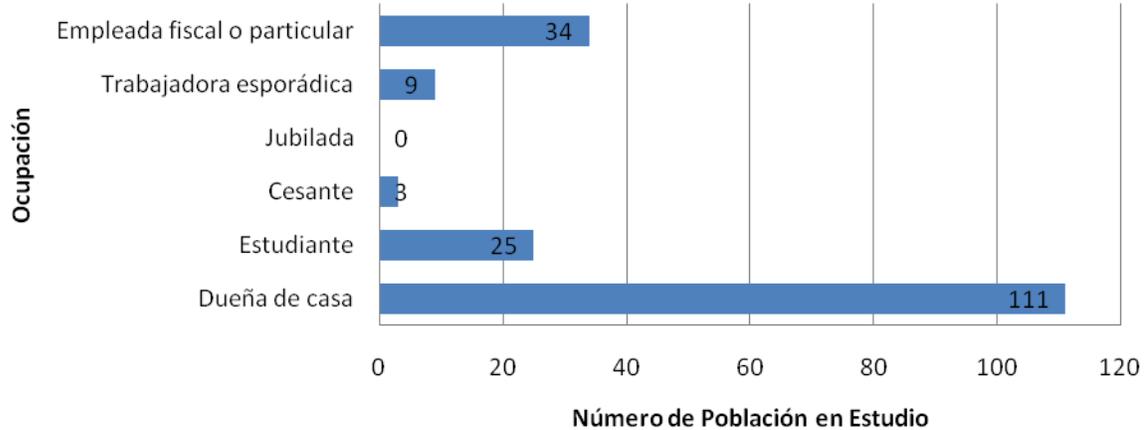
**Gráfico N° 9: Distribución Porcentual de Niños Menores de 6 años Bajo CNS el el Consultorio Externo de Valdivia, según Calidad de su Alimentación. Valdivia. Chile 2007.**



Fuente: Idem.

Del total de la población estudiada, en la mayoría de los niños(a), la calidad de su alimentación es medianamente saludable (51%). Un porcentaje considerable de esta población mantiene una calidad de alimentación saludable (34%) y una baja proporción de esta población tiene una calidad de alimentación no saludable (15%).

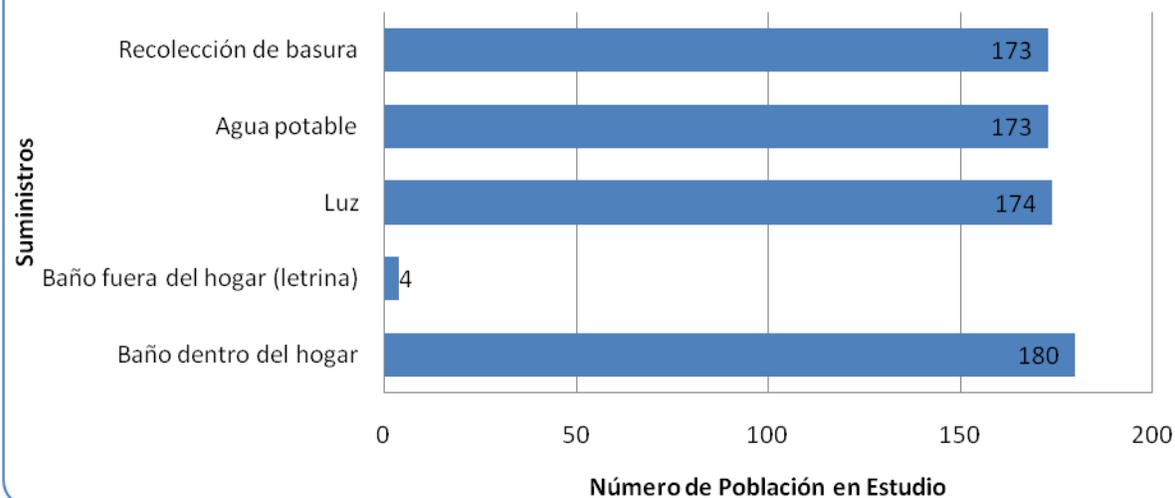
**Gráfico N° 10: Distribución Numérica de Niños Menores de 6 Años Bajo CNS del Consultorio Externo de Valdivia, Según Ocupación de la Madre y/o Cuidadora. Valdivia, Chile 2007**



Fuente: Idem.

La mayoría de las madres de niños(a) menores de 6 años en estudio son dueñas de casa, 111 casos (60,9%), una menor cantidad son empleadas fiscales o particulares, 34 casos (18,6%), seguido de aquellas madres que son estudiantes, 25 casos (17,3%), a continuación se encuentran las madres que son trabajadoras esporádicas, 9 casos (4,9%). Un pequeño número de ellas se encuentran cesantes, 3 casos (1,6%).

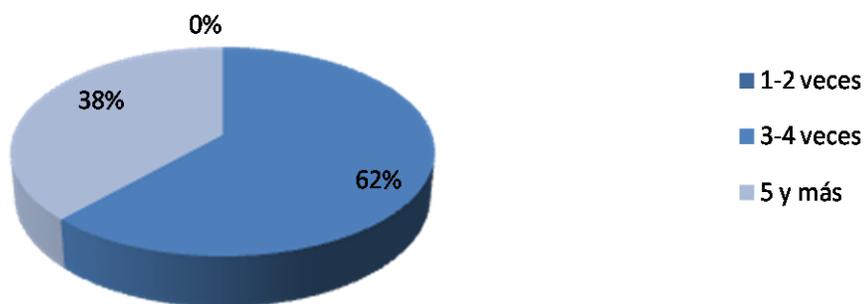
**Gráfico N° 11: Distribución Numérica de Niños Menores de 6 Años Bajo CNS del Consultorio Externo de Valdivia, Según Saneamiento Básico. Valdivia, Chile 2007**



Fuente: Idem

Según el gráfico N° 11 del total de la población en estudio, la mayoría de las viviendas en las cuales residen los niños en estudio poseen saneamiento básico completo, sin embargo existe una cantidad pequeña de familias que no tienen baño dentro del hogar, 4 casos (2,1%).

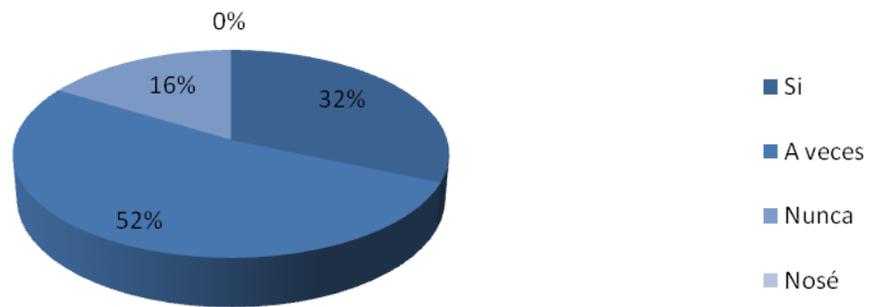
**Gráfico N° 12: Distribución Porcentual de Niños Menores de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, Según Número de Comidas que Consume al Día. Valdivia, Chile 2007.**



Fuente: Idem

Del total de la población estudiada, el mayor porcentaje consume entre 3-4 comidas al día (62%), una proporción menor consume 5 y mas comidas al día (38%), cabe destacar que en su mayoría corresponden a lactantes. Ningún niño resultó consumir entre 1-2 comidas al día (0%).

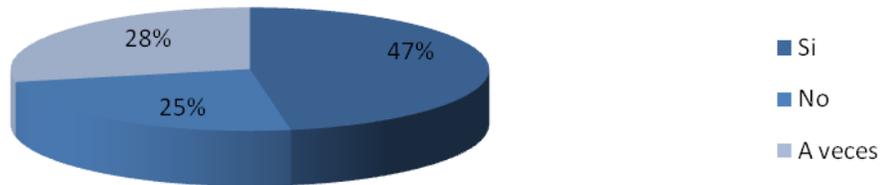
**Gráfico N° 13: Distribución Porcentual de Niños Menores de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, Según Frecuencia de Consumo de Alimentos Fuera del Horario. Valdivia, Chile 2007.**



Fuente: Idem

Según el gráfico N° 13 del total de la población en estudio, la mayoría de los niños consume alimentos fuera de horario (84%). Solo un pequeño porcentaje de niños en estudio no consume alimentos fuera de horario (16%).

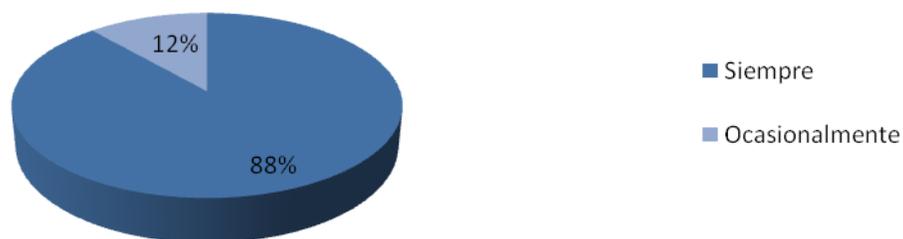
**Gráfico N° 14: Distribución porcentual de Niños Menores de 6 años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, según Consumo de Productos Cariogénicos. Valdivia, Chile 2007.**



Fuente: Idem

Como se observa en el gráfico N° 14, la mayoría de niños en estudio consumen en forma frecuente o casualmente productos cariogénicos durante la semana (76%). Solo un bajo porcentaje de niños en estudio resultó no consumir productos cariogénicos (24%).

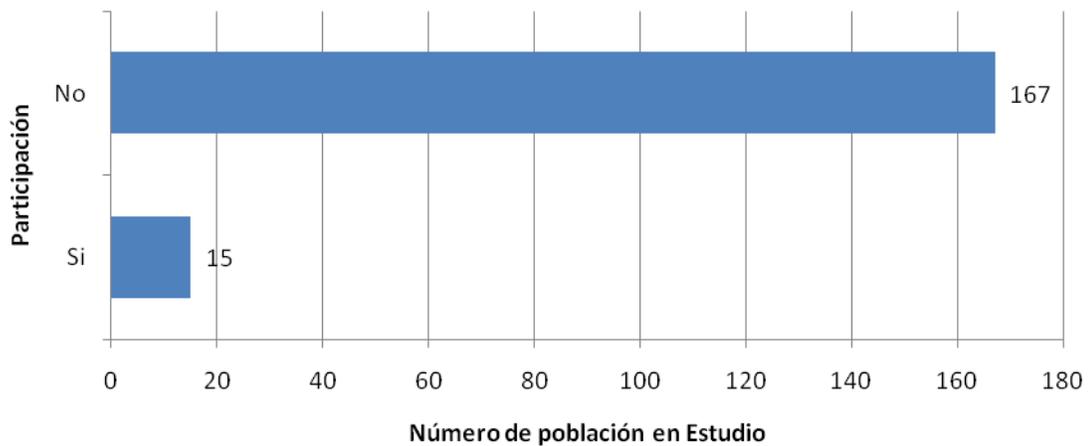
**Gráfico N° 15: Distribución Porcentual del Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, Según Asistencia al Control de Niño Sano. Valdivia, Chile 2007.**



Fuente: Idem

Como se aprecia en el gráfico N° 15, la mayoría de niños en estudio asisten siempre a sus controles de salud (CNS) (88%). Una baja proporción de estos asiste en forma ocasional (12%).

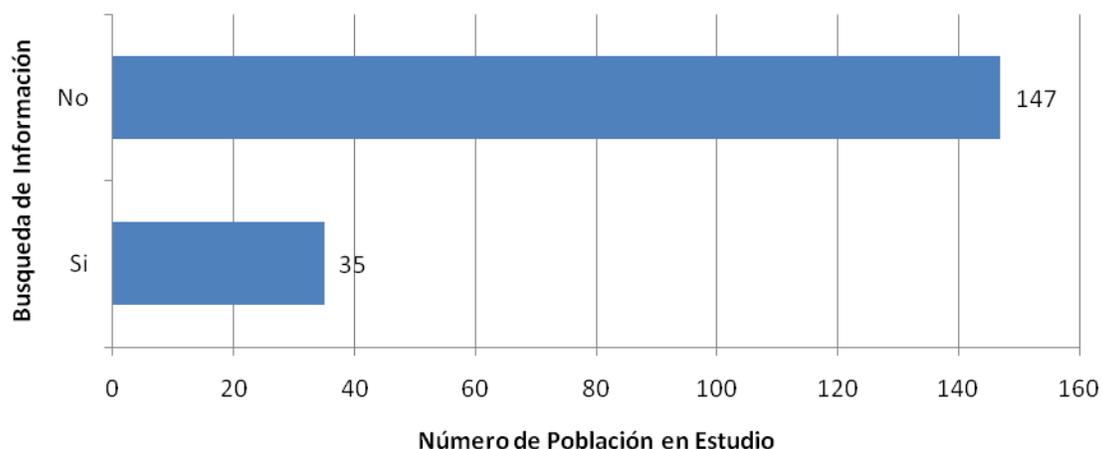
**Gráfico N° 16: Distribución Numérica de Niños Menores de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, Según Nivel de Participación de las Madres y/o Cuidadoras en Taller de Salud Bucal. Valdivia, Chile 2007.**



Fuente: Idem

Según el gráfico N° 16, del total de madres de niños en estudio, un gran número de ellas refieren no haber asistido a ningún taller sobre salud bucal en su consultorio, 167 casos (91,7%) y un pequeño número de madres refiere haber asistido a talleres de salud bucal en su consultorio, 15 casos (6,5%), que en su totalidad fueron talleres realizados en la unidad de dental del consultorio.

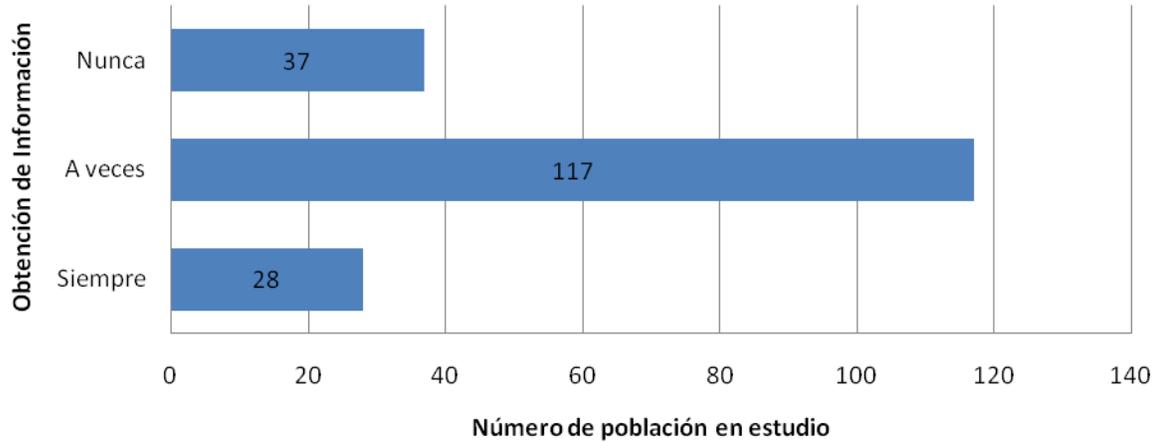
**Gráfico N° 17: B Distribución Numérica de Niños Menores de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia., Según Búsqueda de Información Sobre Salud Bucal por parte de la Madre y/o Cuidador. Valdivia, Chile 2007.**



Fuente: Tesis “No importa!!!, si son de leche..después los cambia”. Valdivia, Chile 2007.

Como se observa en el gráfico N° 17, la mayoría de las madres de niños en estudio refiere no buscar información sobre salud bucal fuera de su consultorio, 147 casos (80,7%). Un número de ellas refiere buscar información sobre salud bucal en forma personal, 35 casos (19,2%).

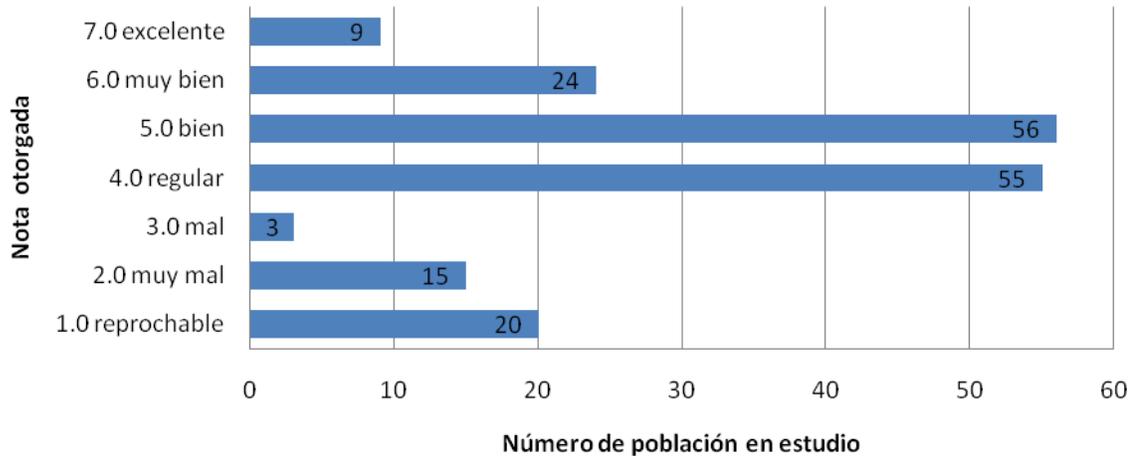
**Gráfico N°18: Distribución Numérica de Niños Menores de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia, Según Entrega de Información Sobre Salud Bucal a la Madre y/o Cuidadora. Valdivia, Chile 2007**



Fuente: Idem

Según el gráfico N°18 del total de la población en estudio sólo 28 (15,3 %) obtiene siempre información durante el CNS sobre los cuidados de salud oral que debe realizar a su hijo, 117 (64,5%) obtiene a veces Información durante el CNS y 37 (20,3%) nunca obtiene información por parte del profesional o no profesional que realiza el CNS.

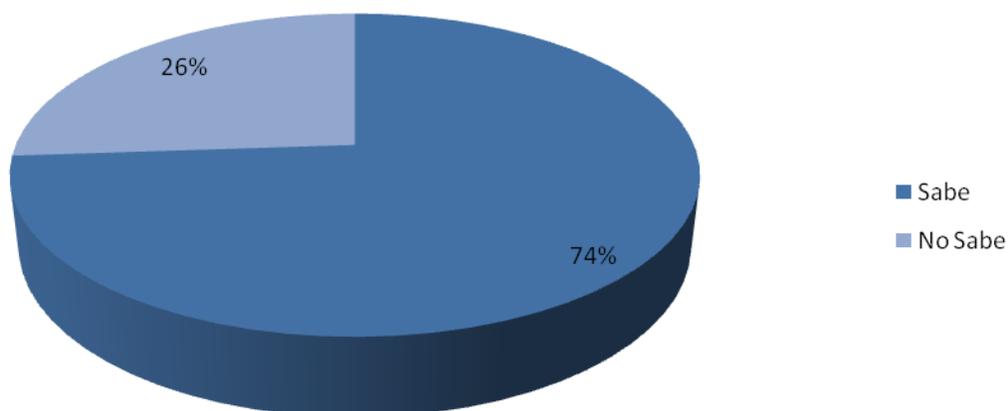
**Gráfico N°19: Calificación de la Información Otorgada durante el CNS del Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007**



Fuente: Idem

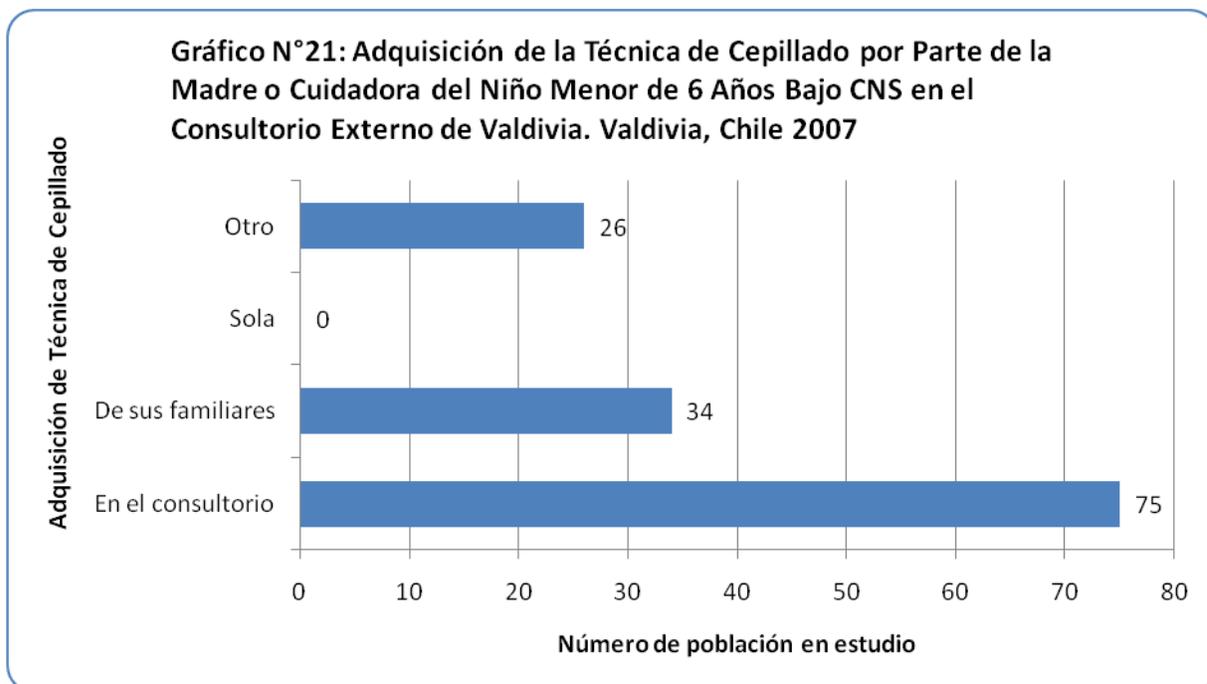
Según el gráfico N°19 del total de la población en estudio, sólo 9 (4,9%) consideran que la información otorgada durante la realización del CNS sobre salud oral fue excelente, 20 (10,9%) califican con nota reproachable debido a que la información que recibieron no fue en forma explicativa según refieren los encuestados, 56 (30,7%) estima que la información entregada está bien, 55 (30,2%) reflexiona que la información otorgada durante el CNS sobre salud oral es regular, 24 (13,1%) otorgan nota 6.0 considerada como muy bien en relación a la información recibida durante la realización del CNS sobre salud oral, 15 (8,2%) de las calificaciones otorgadas se califican como muy mal la información otorgada en el CNS sobre salud oral. Por último, con una minoría de 3 (1,6%) personas encuestada, consideran mal la información otorgada en el CNS sobre salud buco-oral.

**Gráfico N°20: Distribución Porcentual de Conocimiento de la Técnica de Cepillado por Parte de la Madre o Cuidadora del Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007**



Fuente: Idem

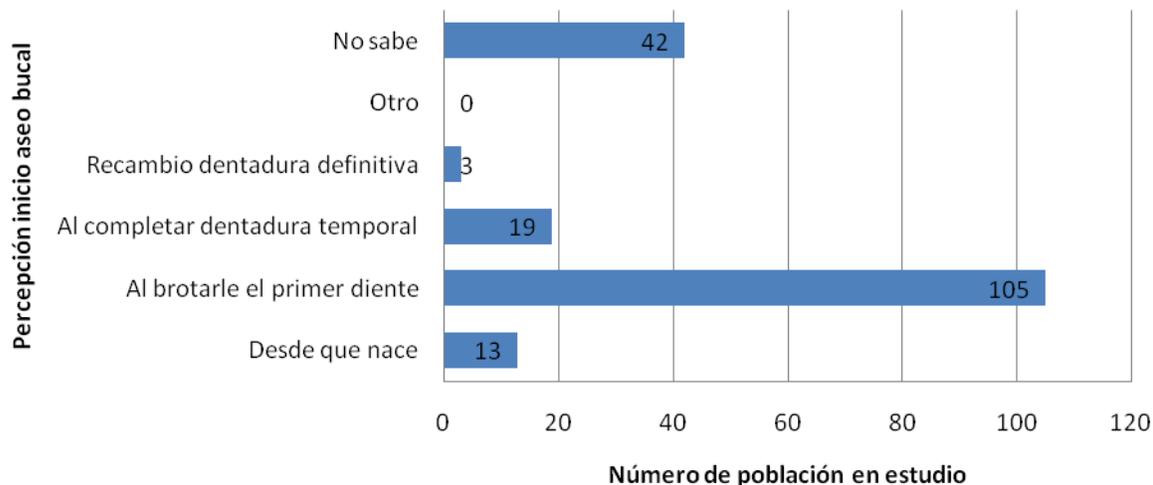
Según el gráfico N°20 del total de la población en estudio, sólo 26% no sabe cómo se realiza la técnica de cepillado de los dientes, mientras que 74% de las personas encuestas sabe cómo se debe realizar la técnica de cepillado de los dientes.



Fuente: Idem

Según el gráfico N°21 del total de la población en estudio, sólo 135 (55%) personas conocen la técnica de cepillado. De las cuales el 55,5% (75) adquieren la técnica de cepillado en el consultorio, 25,1% (34) adquirieren la técnica de sus familiares y 19,2% (26) adquieren la técnica por otro (destacando que del total de respuestas otorgadas el 100% considera al dentista como “otro”) y 0 (0%) es autodidacta en la adquisición de la técnica.

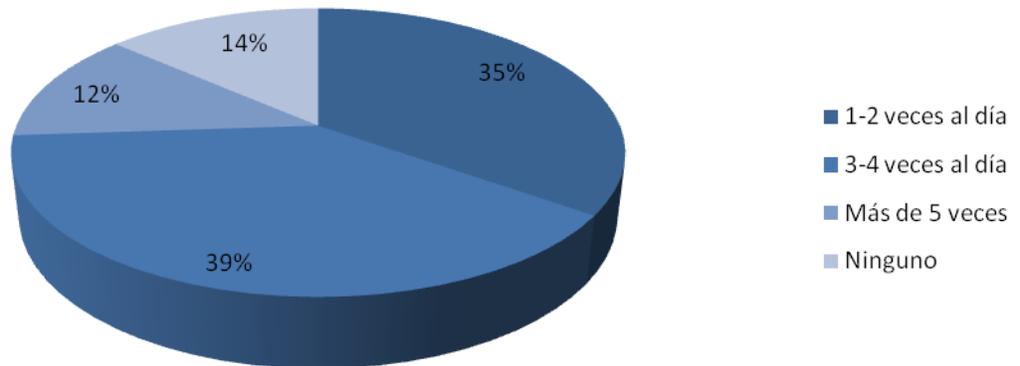
**Gráfico N°232 Percepción de la Madre Sobre el Inicio del Aseo Bucal en Niños Menores de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007**



Fuente: Idem

Según el gráfico N°22 del total de la población en estudio, sólo 13 madres (7,1%) creen que el aseo bucal se inicia desde que nace el niño, un significativo número de 105 (57,6%) considera que el inicio del aseo bucal en el niño se debe realizar al brotarle el primer diente temporal, 42 (23%) opinan que No Sabe desde cuándo se debe iniciar el aseo bucal en el niño, en una minoría de 3 (1,6%) estima que se debe iniciar el aseo bucal con el recambio dentadura definitiva. Por último 19 (10,4%) suponen que se debe iniciar el aseo bucal al completar la dentadura temporal del niño.

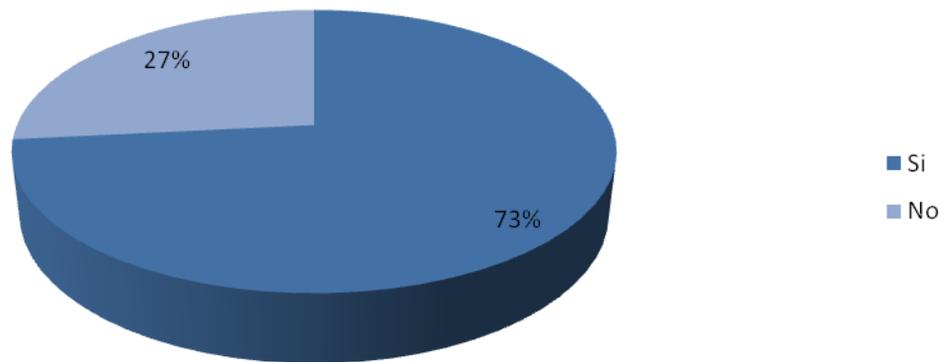
**Gráfico N°23: Distribución Porcentual Según Número de Veces que se le Realiza Aseo Bucal al Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007.**



Fuente: Idem

Según el gráfico N°23 del total de la población en estudio, sólo 39% de los niños menores de 6 años se realiza aseo bucal Más de 5 veces al día, 14% de los niños menores de 6 años No se realiza aseo bucal durante el día, 35% de los niños menores de 6 años se realiza aseo bucal entre 3-4 veces al día y en minoría un 12% se realiza aseo bucal entre 1-2 veces al día.

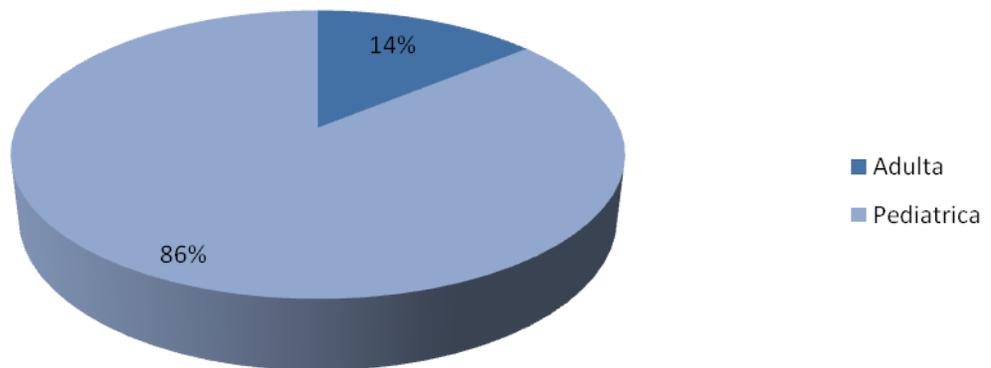
**Gráfico N°24: Distribución Porcentual Según Utilización de Pasta Dental en el Aseo Bucal del Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007.**



Fuente: Idem

Según el gráfico N°24 del total de la población en estudio, sólo 27% de las personas encuestadas No utilizan pasta dental en el aseo bucal del niño y 73% Si utiliza pasta dental para realizarle el aseo bucal al niño.

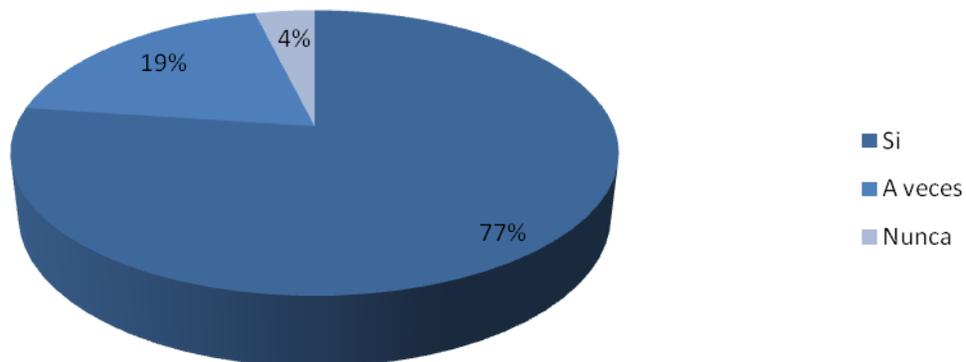
**Gráfico N°25: Distribución Porcentual Según Tipo de Pasta Dental que se Utiliza en el Aseo Bucal del Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007.**



Fuente: Idem

Según el gráfico N°25 del total de la población en estudio, sólo 86% de las personas encuestadas utiliza pasta dental Pediátrica para realizarle el aseo bucal al niño y 14% utiliza pasta dental de Adultos para realizarle aseo bucal al niño.

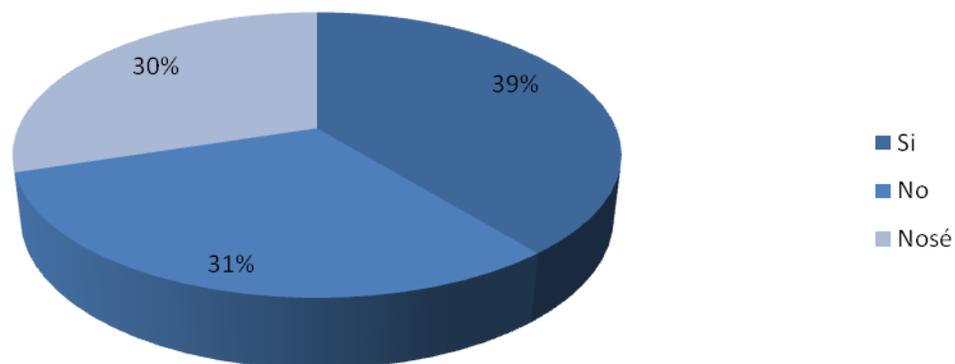
**Gráfico N°26: Distribución Porcentual Según Periodicidad Diaria de Aseo Bucal en la Madre o Cuidadora del Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007.**



Fuente: Idem

Según el gráfico N°26 del total de la población en estudio, sólo 4% de las madres y/o cuidador del niño menor de 6 años no se realiza aseo bucal diario, 77% lo hace en forma periódica y 19% sólo a veces.

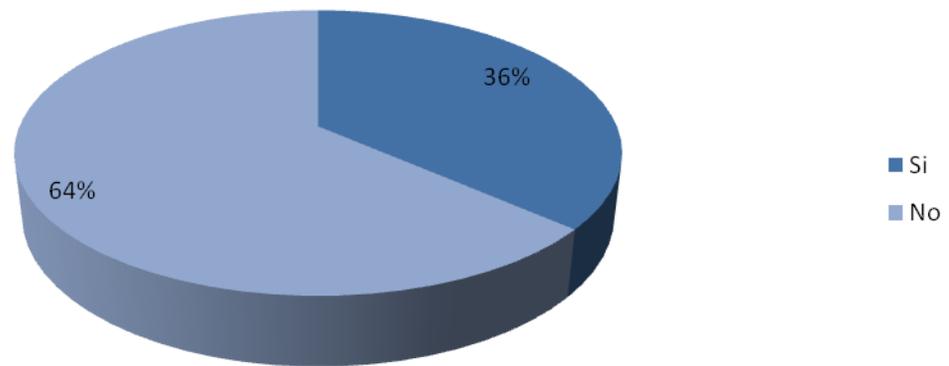
**Gráfico N°27: Distribución Porcentual Según Presencia de Caries en la Madre o Cuidadora del Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007.**



Fuente: Idem

Según el gráfico N°27 del total de la población en estudio, 39% de las madres y/o cuidador del niño menor de 6 años refiere si tener caries, 30% no sabe si presentan caries y 31% no tienen caries.

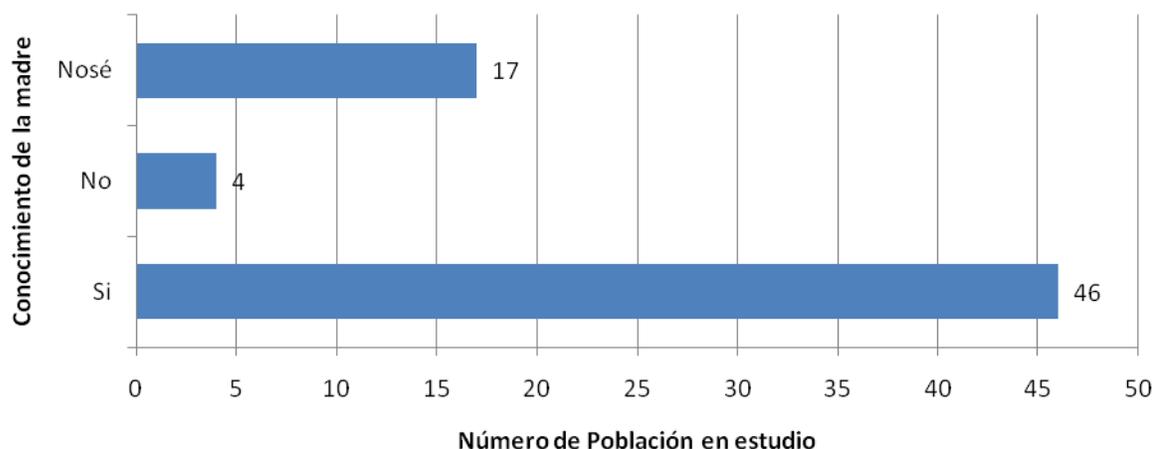
**Gráfico N°28: Distribución Porcentual Según Asistencia a Jardín Infantil y/o Sala Cuna en el Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007.**



Fuente: Idem

Según el gráfico N°28 del total de la población en estudio, sólo 36% si envían a sus hijos a un jardín infantil y/o sala cuna y un 64% no envían a sus hijos a una institución educacional.

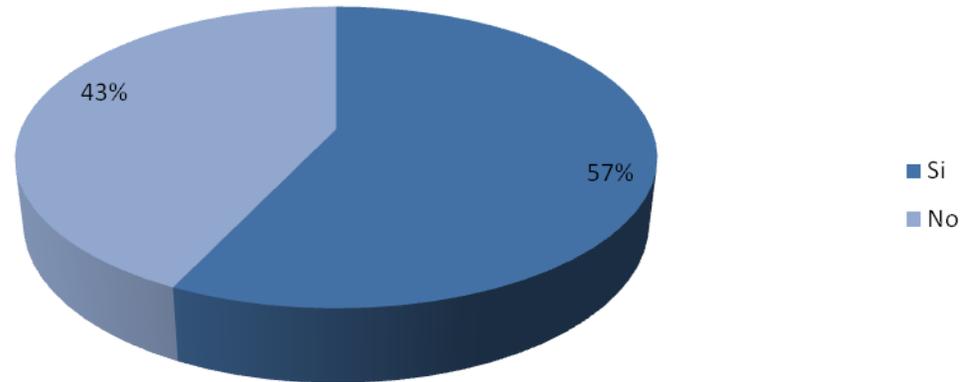
**Gráfico N°29: Conocimiento de la Madre Sobre Medidas de Cuidados de Salud Oral en el Jardín y/o Sala Cuna en el Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007.**



Fuente: Idem

Según el gráfico N°29 del total de la población en estudio, sólo 46 (68%) Si tienen conocimiento de que en el jardín infantil y/o sala cuna donde acude su hijo se le realiza educación sobre salud oral, mientras que una minoría de 4 (5,9%) reconoce que No se le realiza medidas de cuidado oral a su hijo en el jardín infantil y/o sala cuna al que acude y 17 (25%) menciona No tener conocimiento sobre medidas que se realice en el jardín infantil y/o sala cuna donde acude su hijo sobre cuidado oral.

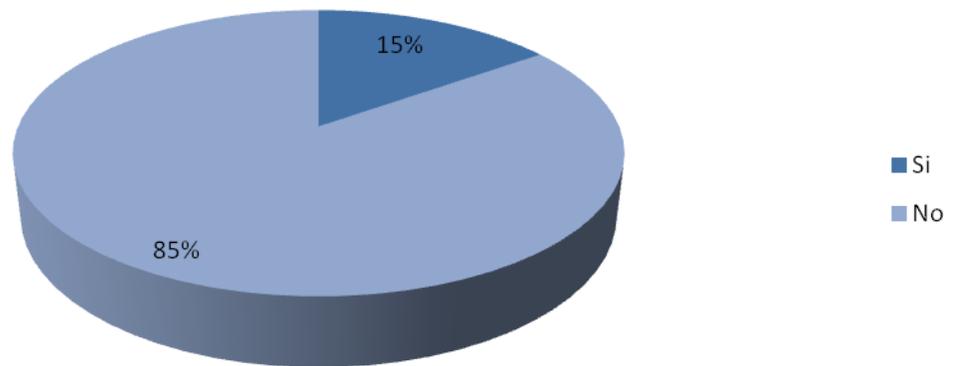
**Gráfico N°30: Distribución Porcentual Respecto a la Posibilidad de Asistir a un Dentista por Parte de la Madre o Cuidadora el Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007.**



Fuente: Idem

Según el gráfico N°30 del total de la población en estudio, sólo un 43% No tiene la posibilidad de asistir a un dentista y un 57% Si tiene la posibilidad de asistir a un dentista.

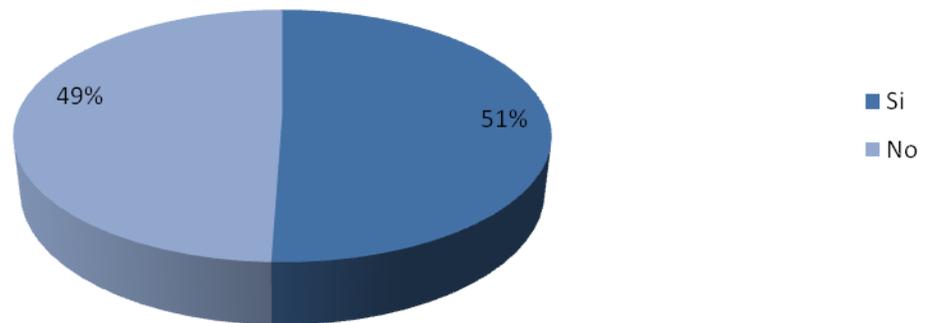
**Gráfico N°31: Distribución Porcentual de Traumatismos o Enfermedades Orales en el Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007.**



Fuente: Idem

Según el gráfico N°31 del total de la población en estudio, sólo 15% de los niños si han sufrido algún traumatismo o enfermedad oral y un 85% no ha padecido enfermedad o traumatismo oral.

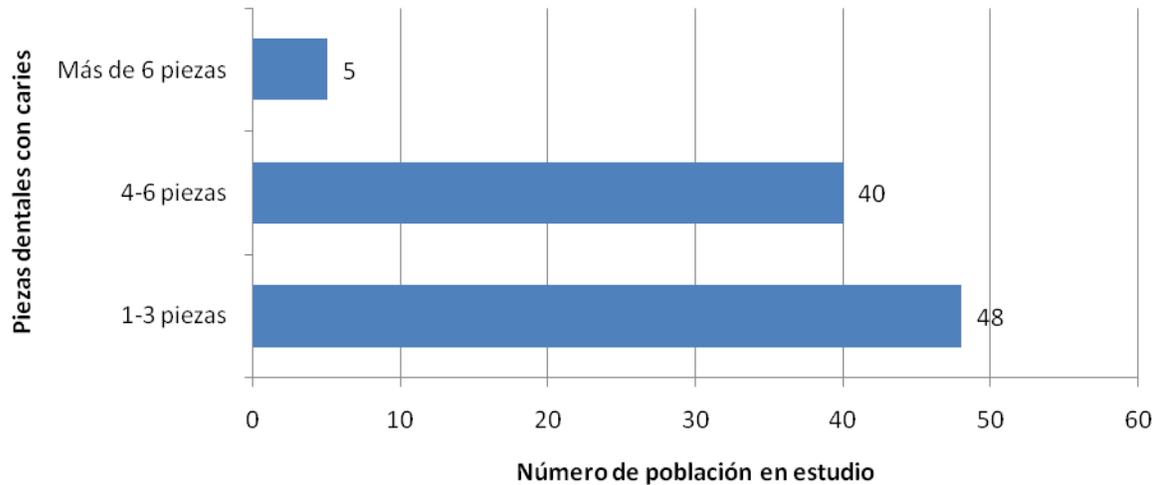
**Gráfico N°32: Distribución Porcentual de Número de Caries en el Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007**



Fuente: Idem

Según el gráfico N°32 del total de la población en estudio sólo 49% de los niños menores de 6 años no tienen caries y 51% de los niños menores de 6 años si tienen caries.

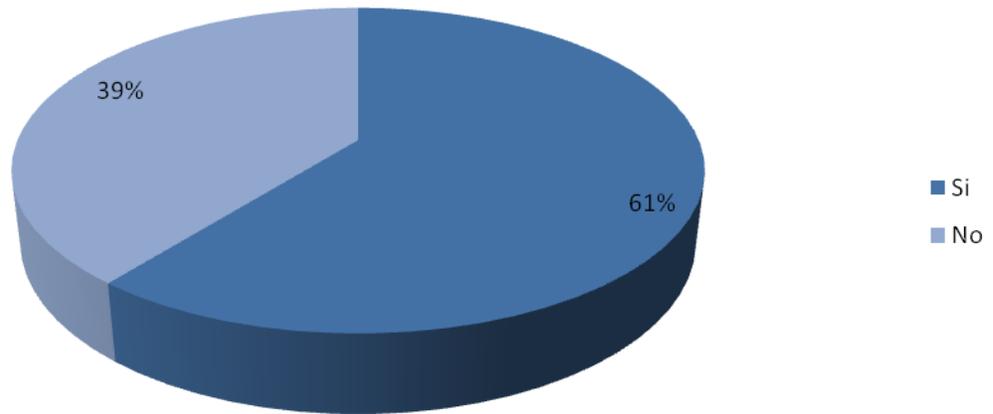
**Gráfico N°33: Número de Piezas Dentales con Caries en el Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo deValdivia. Valdivia, Chile 2007**



Fuente: Idem

Según el gráfico N°33 del total de la población en estudio un 51% de los niños menores de 6 años presentan caries, de los cuales 48 (51,6%) tienen entre 1-3 piezas dentales con caries, 40 (43%) entre 4-6 piezas dentales con caries y 5 (5,3%) presentan más de 6 piezas dentales con caries.

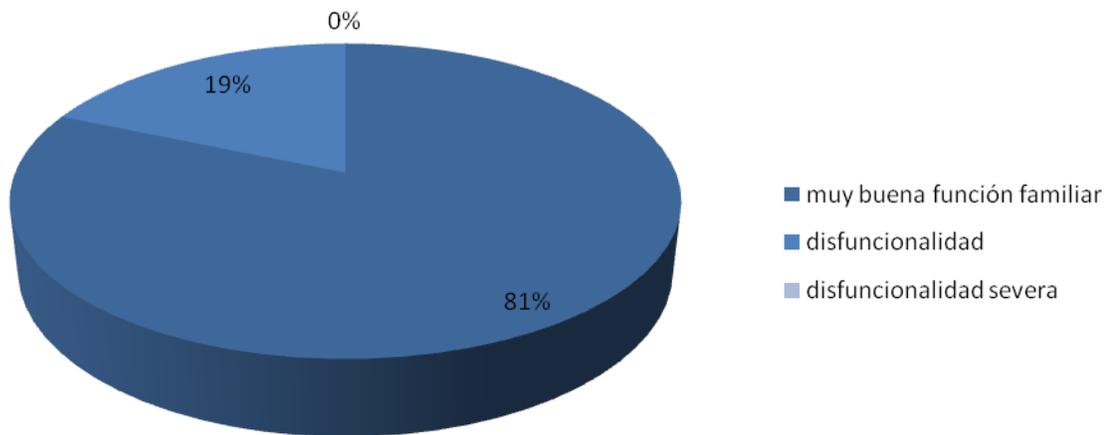
**Gráfico N°34: Distribución Porcentual de Presencia de Sarro en el Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007**



Fuente: Idem

Según el gráfico N°34 del total de la población en estudio sólo 39% de niños menores de 6 años No tiene sarro y un 61% de los niños menores de 6 años Si tiene sarro.

**Gráfico N°35: Distribución Porcentual Según Funcionalidad Familiar en el Niño Menor de 6 Años Bajo CNS en el Consultorio Externo de Valdivia. Valdivia, Chile 2007**



Fuente: Idem

Según el gráfico N°35 del total de la población en estudio sólo 19% presenta Disfuncionalidad dentro de su grupo familiar, 81% tiene una familia con Muy Buena Función Familiar y un 0% pertenece a una familia con Disfuncionalidad Severa.

## 6. DISCUSIÓN

La población incluida en el estudio correspondió a un 39% de lactantes, un 39% de preescolares, en menor porcentaje se encontraron los escolares (18%) y sólo un pequeño grupo correspondió a recién nacidos (4%).

Los niños correspondientes a la población en estudiada en su mayoría pertenecen a una familia nuclear biparental (116 casos), es decir formada por ambos padres. Las familias extendidas (36) y nucleares monoparentales (23) aunque están representadas por un número menor de casos, se encuentran presentes, ya que, según lo que nos dicen los textos de enfermería es importante saber la composición familiar, ya que, en términos educativos, el profesional de enfermería trabaja en conjunto con toda la familia, importante a considerar en estos casos en que el padre o la madre se encuentran solos en la crianza de sus hijos o en el caso de las familias extendida, en la cual muchas veces los niños reciben la atención requerida por parte de otras personas como por ejemplo, los abuelos, tíos/a, etc. Por lo tanto, es importante incluir a toda la familia en el proceso educativo. (Whaley & Wong 1995).

En relación a la etapa del ciclo vital familiar que están experimentando las familias de estos niños, la gran mayoría se encuentran viviendo la etapa de crianza inicial de los hijos (68 casos) y familia con hijos preescolares (64 casos). Un número menor de familias se encuentran en la etapa de familia con hijos escolares (43 casos), lo que cobra importancia, ya que, es durante estas etapas en las cuales la familia cumple un rol esencial como gestora de cuidados, fomentando hábitos de vida saludable y en este caso la importancia del fomento de hábitos de higiene bucal en el niño desde edades temprana y por consiguiente la prevención de formación e incidencia de caries dentales desde pequeños.

Los niños resultan estar en su mayoría al cuidado de sus madres (130 casos), en menor cantidad se encuentran al cuidado de la abuela (36 casos) y sólo una minoría esta al cuidado de una tía/o (16), dato relevante tomando en cuenta el rol fundamental que cumplen los cuidadores directos del niño en cuanto educación y fomento de hábitos de vida saludables.

En cuanto al nivel socioeconómico, el 67% de las familias de los niños en estudio se encuentra sobre el nivel de pobreza según encuesta CASEN, la cual ha definido Pobreza a partir del ingreso o del costo de las necesidades básicas individual o familiar, por lo tanto, una familia que percibe entre \$ 80.000 y \$ 160.000 al mes es considerada pobre, se incluyen dentro de este rango de pobreza el 28% de las familias de los niños en estudio. A su vez el 5% de las familias en estudio son consideradas indigentes, lo que la encuesta CASEN define como

aquellas familias que perciben menos de \$ 80.000 al mes, cifras relevante tomando en cuenta que el acceso a dentista y los tratamientos buco dentales en forma particular son de alto costo en nuestro país (Mideplan 2003-2004).

El grado de escolaridad que poseen las madres y/o cuidadores de los niños en estudio, en su mayoría corresponden al nivel de educación media completa (64 casos), luego se encuentra el nivel de escolaridad de enseñanza media incompleta (36 casos) y técnico superior (28 casos). Cabe destacar que un número considerable de madres y/o cuidadores poseen estudios de nivel universitario (18 casos), en igual cantidad se encuentran las que tienen un nivel de escolaridad básica completa (19 casos) y básica incompleta (14 casos). Sólo un pequeño número no tiene estudios (3 casos), cifras importantes tomando en cuenta que la población chilena hace 40 años atrás mantenía una tasa de analfabetismo mayor a un 25%, en la actualidad esta situación ha bajado considerablemente, ya que, en la investigación sólo 3 personas no poseían estudios. De acuerdo al análisis entre nivel educacional de las madres y/o cuidadores del niño e incidencia de caries, no existe relación directa entre ambas variables. (Schonhaut B.n.f.)

Tomando en consideración la directa relación entre la calidad de la alimentación del niño y la formación e incidencia de caries dentales, cabe destacar que la mitad de los niños en estudio mantienen una alimentación medianamente saludable (51%), un menor porcentaje de ellos mantiene una alimentación saludable (34%). Un bajo porcentaje de la población en estudio tiene una alimentación no saludable (15%). Cambiar y/o mejorar los hábitos de alimentación en esta población es un desafío para los profesionales de la salud, los cuales deben incorporar a los cuidadores del niño y a su familia en la educación, fomento de hábitos de alimentación saludable, hábitos higiene buco – dentales y salud en general.

La mayor cantidad de las madres y/o cuidadores de los niños en estudio son dueñas de casa (111 casos), lo que refleja que son ellas las que pasan la gran parte del tiempo con los niños, dato relevante ya que son los padres y/o cuidadores los responsables de crear y fomentar hábitos de higiene y cuidado de la cavidad bucal y dentadura desde edades tempranas en el niño como principales gestores de cuidado. Una cantidad más pequeña de ellas son empleadas fiscales o particulares (34 casos), un menor número son estudiantes (25 casos), 9 de ellas son trabajadoras esporádicas y sólo 3 se encuentran cesantes. Punto importante a considerar tomando en cuenta el tiempo que dedican las madres y/o cuidadoras a la crianza de sus hijos.

En cuanto al saneamiento ambiental, la población chilena cuenta con un saneamiento básico completo en la mayoría de las casas, el estudio obtuvo que 173 hogares poseen agua potable. En relación a las estadísticas nacionales en donde se estima que en un 100% los sectores urbanos poseen el servicio y un 90% los sectores rurales se mantienen cifras similares en el estudio. Todos los hogares poseen baño adentro, sólo en 4 casos poseen letrina,

electricidad poseen 174 hogares y servicio de recolección de basura 173 hogares. Son cifras de importancia a la adopción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades. (Schonhaut B.n.f.).

En relación a la frecuencia de consumo de alimentos, cabe destacar que del total de los niños en estudio la mayoría consume de 3 – 4 comidas al día (62%), un porcentaje menor resulta consumir 5 y más comidas al día (38%) correspondiendo este último grupo en su totalidad a lactantes. Cobra importancia la directa relación que debería existir entre el número de comidas que consume el niño con la frecuencia de aseo bucal, relación que no se cumple, es decir, la cantidad de comidas que el niño consume al día no coincide con la frecuencia de aseo bucal que se le realiza al día, lo que se traduce en hábitos de higiene bucal deficientes junto a una mayor predisposición a la formación de caries dentales.

En lo que respecta a comer fuera de horarios, el 84% de los niños en estudio evidenció comer a deshoras. Los que lo hacían siempre corresponden al 32% y aquellos que consumían alimentos fuera de horario ocasionalmente corresponden al 52%. Solo un 16% resultó no comer a deshoras. Cifras alarmantes considerando que la mayoría de los niños consume golosinas entre las comidas transformándose este mal hábito en uno de los principales factores de riesgo para la formación de caries dentales, aumentando con esto la incidencia de caries en este grupo etario.

Las caries corresponden a una enfermedad infecciosa transmisible, la más común que afecta a los dientes, en la que los ácidos producidos por las bacterias disuelven los dientes, estas bacterias cariogénicas al estar en contacto con hidratos de carbono producen ácidos que atacan a los dientes, disuelven minerales y como resultado, la formación de caries. Al considerar la totalidad de la población en estudio, los resultados reflejan que el 76% de los niños consume, ya sea, siempre u ocasionalmente productos cariogénicos durante la semana, aumentando con esto considerablemente la predisposición a la formación de caries a tempranas edades. Cabe destacar que estudios validados han demostrado que la incidencia y formación de caries en la dentadura temporal aumenta la probabilidad de formación de caries en la dentadura definitiva.

El control de niño sano es la supervisión de salud que se realiza desde los diez días de vida hasta los 6 años de edad. Se trata de un seguimiento integral de los distintos aspectos del niño en todas sus etapas de crecimiento. Los controles tienen como propósito, educar y fomentar estilos de vida saludable, lo que implica establecer una relación de mucha confianza con los padres y/o cuidadores del niño, para orientarlos respecto a los cuidados de la salud de éste, por lo cual, es muy importante la adherencia a los controles de salud. Es por esto importante destacar que del total de madres de los niños correspondientes al estudio el 88% refiere asistir en forma frecuente a los controles de salud (CNS), instancia primordial en la

cual el profesional de enfermería debe guiar a los padres y/o cuidadores del niño, en relación a la prevención de caries, formación y fomento de hábitos de higiene bucal desde edades tempranas con el fin de disminuir la incidencia y prevalencia de caries en edades avanzadas.

En términos de salud buco-dental, cobra importancia el compromiso que debe existir por parte del equipo de salud del consultorio al cual acude la población en estudio en relación a la prevención y fomento de hábitos. Debido a esto, cabe destacar que la gran mayoría de las madres de los niños en estudio evidenciaron no haber asistido a ningún taller sobre salud bucal y cuidados de la dentadura del niño (167 casos). Sólo una pequeña cantidad, resultó si haber asistido a talleres de salud bucal en el box de dental (15 casos). Cifras relevantes que denotan la falta de compromiso por parte del establecimiento de salud en relación a: salud bucal del niño menor de 6 años, cuidados de la dentadura del niño a edades tempranas, prevención de caries y fomento de hábitos de higiene bucal.

La madre y/o cuidador del niño cumple un rol crucial en la prevención de caries y cuidado de la salud bucal de éste como ente gestora de cuidados, motivo por el cual es importante que se mantenga informada en lo que se refiere al tema. En relación a esto, cabe destacar que la mayoría de las madres de los menores en estudio refirió no buscar información sobre salud bucal fuera del consultorio (147 casos). Tan sólo una pequeña, pero importante cantidad de ellas evidenció su interés por la búsqueda de información sobre salud bucal fuera de su consultorio (35), lo que favorece la mejor calidad de los cuidados y por ende la prevención de la formación de caries dentales.

Es indudable que si se pretende revertir los índices de caries en los niños, la principal medida que se debe realizar es la prevención y esto se puede lograr, si se educa correctamente a los padres sobre los cuidados bucales que deben realizar a su hijo. En relación con los resultados obtenidos un 64,3% respondió que no recibe siempre información sobre el cuidado oral de su hijo en el CNS. Por esta razón, es vital que la información otorgada en el CNS sea entregada en todos los controles, por medio de una educación interactiva o con la entrega de un folleto explicativo en el caso que se encuentre con demasiada demanda el profesional que realiza el CNS, también cabe destacar que se debe aclarar las dudas e inquietudes que refiera la madre sobre el cuidado oral de su hijo y al mismo tiempo evaluar la información entregada a los cuidadores del niño.

Cabe destacar que la información que se entrega a los padres y/o cuidadores con la finalidad de revertir los principales factores de riesgo para caries, debe ser en relación al nivel de conocimiento de estos, ya que, no se logra la “prevención de caries y promoción de salud oral” si la información no es entendida por los principales responsables del niño. Como destaca Orem, la familia es el principal gestor del cuidado, sobre todo en la edad de la

población en estudio, ya que, ellos dependen de que otros le otorguen los requerimientos necesarios para poder satisfacer sus demandas que requieren.

Debido a la alta demanda que suelen tener los profesionales de enfermería muchas veces pasan ciertas cosas por alto, como por ejemplo; cuando se le dice a la madre del niño que debe comenzar a lavarle los dientes, se da por sabido que la madre posee el conocimiento de la técnica de cepillado. Sin embargo, nos encontramos con un 26% que no conoce la técnica para realizarse un adecuado aseo bucal, por lo cual, menos a su hijo y por otro lado no se puede afirmar que aquellos que conocen la técnica la practiquen.

Un punto importante tiene que ver con el inicio de aseo bucal en el niño, sólo un 7,1% refiere que la higiene bucal es imprescindible desde la lactancia en el niño. Revertir esta tendencia es una misión que compete al equipo profesional en su totalidad, pero principalmente a la enfermera, ya que, ella es quien tiene más contacto con la madre al realizarle los CNS a su hijo, por otra parte dentro del ejercicio de enfermería uno de sus roles es la educación, por lo cual, ésta debe empezar incluso antes de que los dientes del niño asomen, se debe iniciar apenas el bebé comience a ser amamantado y enfatizar a la madre no descuidar jamás los dientes de “leche” aunque estos sean transitorios. Es imprescindible que se eduque a la madre, ya que, según los resultados 23% no sabe cuando comenzar el aseo, como realizar el aseo en el niño cuando no tiene dientes y cuando los presenta, como también reforzar continuamente en los CNS la importancia de los dientes primarios en el niño para la formación de los dientes secundarios o permanentes.

Al analizar la periodicidad del aseo bucal según número de veces que se le realiza al niño, resultó que en su mayoría le realizan aseo, independiente de la cantidad de veces que la realizan y en una minoría no le hacen ningún tipo de aseo bucal al niño. Sin embargo, dentro de los parámetros de estudio un 35% respondió que le realiza aseo entre 1-2 veces al día, siendo que se debe realizar cada vez que ingiera alimentos el niño y por la edad de los niños en estudio en promedio comen 5 veces al día lo que nos indica que la cantidad de veces que se le realiza aseo bucal está por debajo del que requiere el niño.

Dentro de los niños que se le realiza aseo bucal un significativo 75% utiliza pasta dental dentro de la cual el 86% es pediátrico. Sin embargo, la utilización de pasta dental aunque sea de tipo pediátrica no es recomendada en menores de 4 años, ya que, no controla la deglución, por ende no puede mantener líquidos en la boca y la deglute. Esto es un riesgo para el niño debido a que le puede producir fluorosis, que se provoca por ingerir mucho flúor en los años en que se está formando el esmalte y cuyo efecto se verá a los 6 años cuando comiencen a salir los dientes definitivos, por esta razón, la utilización de pasta dental pediátrico debe iniciarse después de los 4 años. Además cabe destacar que en Chile el agua potable esta fluorificada, es decir, el agua entrega flúor en cantidades que no es perjudicial para el niño.

De acuerdo a los resultados obtenidos según la periodicidad del aseo bucal que se realiza la madre y/o cuidadora del niño sólo 77% se lava los dientes todos los días y 4% no se los lava todos los días, esto último es reflejo de la importancia que le otorga la madre y/o cuidadora a la dentadura. Lo que sin duda influye en el cuidado que le otorgue a la dentición del niño, ya que, el cepillado dental es el método más conocido y utilizado para mantener una higiene dental adecuada.

Un 39% de las madres refiere presentar caries, que son diagnosticadas por ellas, lo que nos muestra un alto índice, ya que, si las diagnosticara un odontólogo lo más probable es que encontremos un porcentaje mucho mayor de presencia de caries. La presencia de caries en la madre es un factor de riesgo para el niño, debido a que se considera una de las principales vías de infección “la madre”, cuando le limpia el chupete con su saliva, sopla su comida o prueba su comida con la misma cuchara que se alimentará el niño y cuando le da besos en la boca al niño. Por esta razón es necesario evitar estas conductas.

Sólo un 36% de los niños asiste a jardín infantil y/o sala cuna y de estos el 68% de las madres menciona tener conocimientos de que en el centro estudiantil se educa al niño en relación a hábitos de higiene bucal, de lo cual podemos deducir dos cosas; primero, que en el centro de educación no le enseñan hábitos de aseo bucal al niño y segundo que la madre y/o cuidadora no se interioriza sobre las actividades que realizan en el jardín y/o sala cuna en beneficio de la salud oral del niño.

Según los resultados obtenidos sólo 57% responde que tiene posibilidad de acudir a un odontólogo, ya sea, en forma particular o consultorio. Sin embargo, cabe destacar que la población en estudio el 100% pertenece al Consultorio Externo de Valdivia, lo que les garantiza la posibilidad de asistir a un dentista cuando lo requieran, lo que suele resultar incongruente con los resultados obtenidos. Al momento de preguntar a la población en estudio porque no tenían acceso a dentista, las respuestas obtenidas no justifican la respuesta como por ejemplo; hay que levantarse muy temprano para pedir hora al dentista en el consultorio, se demoran mucho tiempo en dar una hora, etc.

La mayoría de los niños, 85% no han padecido enfermedad ni traumatismo oral. Sin embargo, dentro de las principales patologías orales que han presentado se encuentra alergia y traumatismo dentoalveolar. Por otra parte, del total de la población en estudio hay una presencia de 51% de caries en niños menores de 6 años y 61% de presencia de sarro, lo que demuestra que una vez que ingresen estos niños al GES cuando cumplan 6 años, la utilización de recursos destinados por el Gobierno para poder cubrir a esta población deberá ser mayor para poder dar satisfacción a los requerimientos, en relación a los gastos que hubiese significado la prevención y promoción.

Por último el 81% de las familias tienen una muy buena funcionalidad familiar, lo que favorece el trabajo futuro que se realice a nivel familiar, ya que, para poder obtener resultados debemos trabajar en conjunto con el grupo familiar, estos cambios incluyen cuidados de la salud bucal orientado hacia la comunidad con énfasis en la prevención, dándole mayor prioridad a los niños, en los cuales las caries es la enfermedad dental de mayor importancia y prevalencia.

## 7. CONCLUSIONES

En términos de prevención de formación de caries sólo es posible realizarla, si interiorizamos que debemos educarnos en salud y adquirir un compromiso en el cuidado de esta. Al conocer y aprender sobre el cuidado de la cavidad bucal, las características del correcto cepillado dental y principalmente asumir el concepto de salud bucal como un conjunto de acciones preventivas que mejoren significativamente nuestra calidad de vida. Los pediatras y demás profesionales de la salud que mantienen contacto permanente con madres y niños menores de 6 años, tienen una gran responsabilidad en la salud buco-dental de sus pacientes. El conocimiento de las medidas de prevención permitirá evitar la formación e incidencia precoz de caries y mejorar los índices de salud buco-dental de nuestra población infantil.

Las conductas inadecuadas de limpieza buco-dental e inexistencia de estas, sumado a la falta de controles odontológicos periódicos durante la infancia, con frecuencia contribuyen al desarrollo de padecimientos que recién se sufren en la adultez o, incluso, en la tercera edad. Los que pueden ser desde problemas estéticos por la incorrecta ubicación de los dientes hasta pérdidas parciales, e incluso totales, de piezas dentarias por caries o enfermedades periodontales. La infancia es una de las etapas inicial de la vida, la cual es ideal para fijar pautas de higiene y comportamiento, los que son necesarios para prevenir deterioro en la salud buco-dental y salud en general.

La prevención debe estar enfocada hacia los padres, familia, cuidadores y futuros padres, ya que, ellos cumplen un papel importante en la salud de sus hijos. Mediante programas de educación, en los cuales es importante la interacción con otras áreas de la salud, (médicos, pediatras, dentistas, etc.). El profesional de enfermería cumple un rol importante en la entrega de información, guía y orientación sobre salud buco-dental durante la realización de Control de Niño Sano, ya que, es quien tiene mayor contacto con las madres /cuidadores y los niños en sus primeros meses de vida. La información sobre los cuidados bucales y formación de caries debe estar al alcance de todos y no solo en las manos de los profesionales de la salud. Esta prevención debe orientarse hacia la concientización de los padres en cuanto a la importancia de crear hábitos de higiene oral, los que deben comenzar junto con la vida del niño, incluso antes de que brote su primer diente tienen necesidades especiales de salud bucal que deben ser conocidos e interiorizados por todos los padres y/o cuidadores. Estos cuidados incluyen: evitar la aparición de caries a temprana edad, asegurar que su hijo reciba la cantidad adecuada de flúor, alimentación saludable, así como la limpieza de los dientes con una gasa húmeda después de sus alimentos.

Es necesario informar a los padres de la importancia y riesgos del consumo de productos cariogénicos, del control de las golosinas y de llevar una dieta balanceada en los niños como parte de un programa integral de prevención. Las recomendaciones dietéticas deben hacer énfasis en el uso de alimentos no cariogénicos, pero que cumplan con los requerimientos nutricionales para la salud general. La educación y motivación en salud bucal impartida al binomio madre/cuidador e hijo, resulta más efectivo que tratar de cambiar rutinas ya establecidas. Si las rutinas correctas para mantener una buena salud dental son fijadas en la infancia, entonces la educación más adelante será tan sólo un reforzamiento.

Algunos padres consideran que los dientes de leche no tienen que recibir cuidados especiales, porque son sustituidos por una segunda dentición o dientes permanentes. Esta idea no es beneficiosa para la salud dental de los infantes. Es necesario educar constantemente a los padres sobre la importancia de los dientes temporales en su hijo y las consecuencias de presencia de caries en estos. Por esta razón, los padres/cuidador deben vigilar desde la primera dentición el cuidado dental de los niños, supervisar el cepillado hasta que los niños puedan hacerlo por su cuenta (una vez que controlen el reflejo de deglución). Es fundamental educar a los padres/cuidadores en relación a que la dentadura temporal es tan importante como la dentadura definitiva y que de esta educación depende en gran medida su futura salud buco-dental.

Una óptima salud buco-dental es responsabilidad de los individuos, comunidades y los gobiernos, aunque el nivel de responsabilidad es variable. Por ejemplo, en algunos países europeos la fluorificación del agua aún no se ha implementado en el ámbito público y por eso la responsabilidad de la prevención de caries depende principalmente de los individuos, sin embargo, en nuestro país el agua se ha fluorificado en algunas regiones, como también la leche que se otorga en los establecimientos educacionales, por lo tanto, la responsabilidad es compartida tanto a nivel gubernamental como individual.

Los dentistas cumplen un rol fundamental en el control de la salud buco-dental, tratamiento y prevención de enfermedades bucales. Acceder a un buen cuidado dental, incluyendo revisiones periódicas, es primordial para la prevención. Sin embargo, para algunas personas, especialmente las de grupos socioeconómicos más deprimidos, el acceso a los dentistas suele estar limitado. Estos grupos son prioritarios dentro del desarrollo de los programas de educación de salud dental. A su vez las instituciones educacionales tienen un importante papel en la educación de los niños relacionada con el fomento de hábitos de higiene bucal y alimentarios.

La primera visita al dentista debe realizarla la madre embarazada, para educarla, prevenir y tratar sus patologías bucales, de tal manera que esté sana al recibir a su hijo, y pueda transmitir estos conocimientos a su familia. El bebé, idealmente debe asistir a su primer control odontológico al erupcionar sus primeras piezas dentarias, alrededor de los 6 meses de edad, para así observar su cavidad bucal, dar indicaciones de higiene dental a la madre, así como las recomendaciones antes mencionadas, con el propósito de prevenir e interceptar la aparición de patologías, sus efectos y complicaciones.

En relación a los antecedentes obtenidos del análisis de los gráficos se concluye que los principales factores cognitivos, ambientales y socio demográficos que inciden en la formación de caries de la población en estudio son: consumo de productos cariogénicos, calidad de la alimentación, frecuencia de aseo bucal, consumo de alimentos fuera de horario e información sobre salud bucal entregada durante el control de niño sano.

Se considera que la relevancia del estudio para el profesional de enfermería radica en la importancia de contar con un diagnóstico oportuno de las necesidades de conocimiento de salud bucal de las madres/cuidador de los niños de la población en estudio, además de permitir evaluar, de cierto modo el impacto de la educación impartida por el profesional de enfermería en el Control de Niño Sano, permitiendo de esta manera buscar estrategias que ayuden a mejorar el nivel y calidad de la salud buco-dental y general de la población infantil menor de 6 años adscrita al establecimiento de salud en estudio.

El principal consejo para las madres, es que deben cuidar los dientes con dos cosas importantes en casa y de forma efectiva: *la higiene y la dieta*.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

Atkinson L., Murray, ME. (1996) *Proceso de Atención de Enfermería*. 5a ed. México: McGraw-Hill, Interamericana., p46-60.

Barreiro, D., Bravo, M. (1987) *The Pediatrician and Oral Health. An. Esp. Pediatr.*, p463-466.

Carpenito, L. (1994) *Planes de cuidado y documentación en enfermería*. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana., cap.5.

Dasanayake, A. (1998) *Poor Periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight Ann Periodonto.*, p.206-212.

Griffit, J., Christensen, P. (1986) *Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos*. México, El Manual Moderno., cap6.

Icart, M., Fuentelsaz, C., Pulpón, A. (2001) *Elaboración y Presentación de un proyecto de investigación y una tesina*. Ediciones Universitarias de Barcelona., p.87-130

Marriner A. (1989) *Modelos y teorías de enfermería*. Barcelona., Ediciones Rol., p. 275-305.

Molina, Cecilia. (2003a) *El Ciclo Vital Individual Según Erik Erikson.*, Apuntes de clases de Universidad Austral de Chile.

Molina, Cecilia. (2003b) *Ciclo Familiar Según Duvall*. Apuntes de clases de Universidad Austral de Chile.

Phaneuf M. (1993) *Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería*. Madrid: Interamericana., p.115-139.

Pinkman, L. (2001) *Odontología Pediátrica*. III Edición. McGraw Hill., p.271-309

Rizodini, M., Soich, C. (1999) *Pediatría*. Editorial Mediterráneo., p.1035-1036

Whaley & Wong. (1995). *Enfermería Pediátrica*. IV Edición. Mosby/Doyma libros. Madrid, España Cáp. 1 p. 9-12.

### Referencias electrónicas

Agurto, P., Díaz, K., Cádiz, D., et al. . (n.f.) *Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago*. Visitado (14 abril 2007). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41061999000600004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061999000600004&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0370-4106.

Aranguiz. C., Rojas P. (n.f.) *Caries en Niños, ¿Cuánto Sabemos?*. Visitado (13 de abril del 2007). Disponible en: <http://www.uc.cl/medicina/medicinafamiliar/html/articulos/106.html>

ASTHO. (2002) *The Oral Health and Chronic Disease Connection*. Visitado(23 de abril 2007). Disponible en: <http://www.astho.org/docs/access/ohcd.htm>

Bascones, A., Figuero, E. (2005) *Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. Avances en Periodoncia*. Visitado (14 de abril 2007) Disponible en: [http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-65852005000300004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852005000300004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1699-6585.

Izquierdo, R. (2006) *Aplicación de la Teoría de Orem a un paciente Laringectomizado a través del PAE*. Visitado (13 de abril 2007). Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEVEFyuuVFUSGkGEse.php>

MINSAL. *Situación de salud bucal en Chile*. (n.f. a). Visitado (8 de abril 2007). Disponible en: [http://www.minsal.cl/ici/salud\\_bucal/documentos/PerfilEpidemiologico.pdf](http://www.minsal.cl/ici/salud_bucal/documentos/PerfilEpidemiologico.pdf)

MINSAL. *AUGE*. (n. f. b.) Visitado(8 de abril 2007). Disponible en: [http://www.minsal.cl/ici/salud\\_bucal/saludbucal.html](http://www.minsal.cl/ici/salud_bucal/saludbucal.html)

MINSAL. (n.f. c) *Lineamientos Estratégicos Plan de Salud Buco Dental 2000-2010*. Visitado (7 de abril 2007). Disponible en: [http://www.minsal.cl/ici/salud\\_bucal/documentos/lineamientos\\_estrategicos\\_2000\\_2010.pdf](http://www.minsal.cl/ici/salud_bucal/documentos/lineamientos_estrategicos_2000_2010.pdf)

MINSAL. (1999). *Normas de Actividades Promocionales y Preventivas Específicas en la Atención Odontológica Infantil*. Visitado (10 de abril del 2007). Disponible en: [http://www.minsal.cl/ici/salud\\_bucal/documentos%5Cnorma\\_actividades\\_promocionales\\_y\\_preventivas.pdf](http://www.minsal.cl/ici/salud_bucal/documentos%5Cnorma_actividades_promocionales_y_preventivas.pdf)

MINSAL. (2005). *Guía Clínica Salud Oral Integral en Niños de seis años*. Visitado (13 de abril del 2007). Disponible en: [http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/Saludoral6a%F1osR\\_Mayo10.pdf](http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/Saludoral6a%F1osR_Mayo10.pdf)

National Institute of Dental and Craniofacial Research. (2005). *Study Finds Direct Association Between Cardiovascular Disease and Periodontal Bacteria*. Visitado (25 de abril 2007). Disponible en: <http://www.nidcr.nih.gov/NewsAndReports/NewsReleases/NewsRelease02072005.htm>

Palomer, Leonor. *Caries dental en el niño: Una enfermedad contagiosa*. (2006). Visitado (9 de abril 2007). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062006000100009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000100009&lng=es&nrm=iso). ISSN 0370-4106.

Ramírez, Blanca., Martínez, Cecilia., López, V. (n.f.) *Situación de Salud Bucal y Determinantes*. Visitado (10 de abril 2007). Disponible en: [http://onsb.udea.edu.co/index.php?option=com\\_content&task=view&id=10&Itemid=16](http://onsb.udea.edu.co/index.php?option=com_content&task=view&id=10&Itemid=16)

Rodríguez, Luis. (n. f.) *Factores de Riesgo y Prevención de Caries en la Edad Temprana (0 a 5 años) en Escolares y en Adolescentes*. Visitado (19 de abril 2007). Disponible en: <http://www.odontologia-online.com/casos/part/LOR/LOR04/lor04.html>

Rodríguez, Martha . (n. f) *Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002*. Visitado (7 de abril 2007). Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/Tesis/Salud/Rodriguez\\_V\\_M/cap2.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/Tesis/Salud/Rodriguez_V_M/cap2.htm)

Vaisman, B.,, Martínez M. (n. f) *Asesoramiento Dietético para el Control de Caries en Niños*.

Visitado (20 de abril 2007). Disponible en:  
[http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/asesoramiento\\_dietetico\\_control\\_caries.asp](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/asesoramiento_dietetico_control_caries.asp)

World Health Organization. *World Oral Health Report 2003*. (2003). Visitado (19 de abril 2007) Disponible en: [http://www.who.int/oral\\_health/publications/report03/en/](http://www.who.int/oral_health/publications/report03/en/)

Schonhaut B. (n.f.) *El rol de la Pediatría del Desarrollo en el control de salud integral: hacia la Pediatría del siglo XXI*. Visitado (11 de abril del 2007). Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062004000100001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000100001&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0370-4106.

## ANEXO 1

**Este documento escrito se entregará a cada participante del estudio antes de comenzar la encuesta.**

### ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Proyecto:** “No Importa, si son de leche!!!..Después los cambia”. Valdivia, Chile 2007.

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que se realiza por tesis, Srta. María José Cuitiño Garrido y Srta. Ingrid Alejandra Duhalde Delgado, de la Universidad Austral de Chile, con el objetivo de conocer los conocimientos que poseen las madres/cuidadoras de los niños menores de seis años en Control de Niño Sano en el Consultorio Externo Valdivia.

Al participar en este estudio YO:

- Estoy de acuerdo en responder la encuesta
- Entiendo que esto no implica riesgo para mi salud ni para mi familia, pudiendo a la vez negarme a contestar algunas preguntas.
- He podido hacer las preguntas necesarias acerca de las razones del estudio, y puedo retirarme de él en cualquier momento.
- Estoy informada que los datos pueden ser publicados, pero la identidad es confidencial.

Yo, \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_

Persona que aplicó el cuestionario y con quién se conversó el consentimiento:

Nombre : \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### INSTRUMENTO RECOLECTOR DE INFORMACIÓN

N°.....

#### **PRIMER ITEM: Antecedentes de la Madre y/o cuidador, y del niño.**

1) Edad de la madre

.....

2) Sexo de su hijo

Masculino

Femenino

3) Edad del niño

Recién Nacido

Lactante

Preescolar

4) Tiene más hijos

Si

N°.....

No

5) Estructura familiar

Familia Nuclear Biparental

Familia Extendida

Familia Nuclear Monoparental

Familia Unipersonal

Familia Reconstituida con Padrastra

Familia Reconstituida con Madrastra

6) Etapa del ciclo vital familiar:

Formación de pareja e inicio de la familia

Etapa de crianza inicial de los hijos

Familia con hijos pre-escolares

Familia con hijos escolares

Familia con hijos adolescentes

Período medio y terminal de la familia

7) Persona al cuidado del niño

- Madre
- Padre
- Hermana/o
- Tía/o
- Abuela/o
- Otro

8) Nivel socioeconómico

Ingreso Familiar.....

- Sobre el nivel de pobreza
- Pobre
- Indigente

9) Nivel educacional de la madre o cuidadora

- Sin estudios
- Básica incompleta
- Básica Completa
- Media incompleta
- Media completa
- Técnico Superior
- Universitario

10) ¿A qué se dedica usted?

- Dueña de casa
- Estudiante
- Cesante
- Jubilada
- Trabajadora esporádica
- Empleada fiscal o particular

11) Su hogar posee

- Baño dentro del hogar
- Baño fuera del hogar (letrina)
- Luz
- Agua potable
- Recolección de basuras

12) De la siguiente lista de alimentos, cuáles de ellos son los que consume su hijo durante la semana.

| <b>Alimentos</b>  | <b>Si</b> | <b>No</b> | <b>A veces</b> |
|---|-----------|-----------|----------------|
| Lácteos ( leche, yogurt, queso, quesillo)                                     |           |           |                |
| Frutas  |           |           |                |
| Verduras  |           |           |                |
| Cereales (arroz, pan, quaker, harina tostada)                                 |           |           |                |
| Legumbres(porotos, lentejas, garbanzos, arvejas)                              |           |           |                |
| Carnes blancas(pollo, pavo)   |           |           |                |
| Carnes rojas(vacuno)  |           |           |                |
| Huevo   |           |           |                |
| Pescados y mariscos(atún, jurel, sardinas, choritos, cholgas, almejas, jibia) |           |           |                |

13) ¿Cuántas comidas consume el niño durante el día?

- 1-2  
 3-4  
 5 y más.

14) ¿Su hijo consume alimentos fuera del horario de comida?

- Si  
 A veces  
 Nunca  
 No sé

15) ¿De la siguiente lista, que alimentos consume su hijo?

| <b>Alimentos</b> | <b>Si</b> | <b>No</b> | <b>A veces</b> |
|------------------|-----------|-----------|----------------|
| Bebidas          |           |           |                |
| Chocolate        |           |           |                |
| Papas fritas     |           |           |                |

|                                 |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|
| Pasteles                        |  |  |  |
| Galletas                        |  |  |  |
| Mermelada                       |  |  |  |
| Jugos( de caja, kapo, en polvo) |  |  |  |
| Caramelos duros                 |  |  |  |
| Chicles                         |  |  |  |
| Helados                         |  |  |  |
| Tortas, kuchen, queques         |  |  |  |

16) ¿Asiste periódicamente a los controles de salud de su hijo?

- Siempre
- Ocasionalmente

17) ¿Ha asistido a algún taller o educación sobre salud bucal del niño en el consultorio?

- Si
- No ¿Porqué?.....

18) ¿Ha buscado o recibido información sobre cuidados de la dentadura del niño, fuera del consultorio?

- Si ¿dónde?.....
- No

19) ¿Cuando acude al control del niño sano, recibe información sobre la salud bucal de su hijo?

- Siempre
- A veces
- Nunca

20) ¿Cómo calificaría la información entregada sobre salud bucal de su hijo en el CNS?

- .....

21) ¿Usted sabe cómo debe realizarse el cepillado de los dientes?

- Sabe
- No sabe

22) ¿Donde aprendió la técnica?

- En el consultorio
- De sus familiares
- Sola
- Otro.....

23) ¿Usted conoce cuándo se debe iniciar el aseo bucal en el niño?

- Desde que nace
- Al brotarle el primer diente temporal.
- Al completar la dentadura temporal.
- Recambio por dentadura definitiva.
- Otro.....
- No sabe

24) ¿Cuántas veces al día se le realiza aseo bucal al niño?

- Después de cada comida
- Después de consumir cualquier tipo de alimento
- Sólo al levantarse
- Sólo antes de dormir
- Nunca

N°.....

25) ¿Utiliza pasta dental al realizarle aseo bucal a su hijo?

- Si ¿Cuál?
  - Adulta
  - Infantil
- No

26) ¿Usted se cepilla los dientes a diario?

- Si
- A veces
- Nunca

27) ¿Usted tiene caries?

- Si
- No
- No sé

28) ¿Asiste su hijo a jardín infantil y/o sala cuna?

- Si
- No

\*si la respuesta es sí pase a la siguiente, si es no continúe con la pregunta 31.

29) ¿Se ha informado si en la sala cuna o jardín infantil de su hijo, le han enseñado como cepillarse los dientes?

- Si
- No
- No sé

30) ¿Si usted requiere un dentista tiene la posibilidad de acudir a uno?

- Si ¿dónde?.....
- No ¿porque?.....

31) ¿Ha sufrido su hijo de alguna enfermedad que le haya afectado la boca o su dentadura?

- Si.....
- No

**SEGUNDO ITEM: Exploración de la cavidad oral del niño.**

4) Presencia de caries en el niño

- Si N°.....
- No
- No sé

2) Presencia de sarro en el niño

- Si
- No

**TERCER ITEM: Apgar Familiar.**

|  | Casi siempre | A veces | Casi nunca |
|--|--------------|---------|------------|
| 1 Yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta<br><u>Comentario:</u>   |              |         |            |
| 2 Yo estoy satisfecho de la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo<br><u>Comentario:</u>                            |              |         |            |
| 3 Yo estoy satisfecho de la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades o metas<br><u>Comentario:</u>         |              |         |            |
| 4 Yo estoy satisfecho del modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como: tristeza, rabia, amor<br><u>Comentario:</u> |              |         |            |
| 5 Yo estoy satisfecho en la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo, el espacio y el dinero<br><u>Comentario:</u>                               |              |         |            |