PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Facultad de Comunicaciones - Doctorado en Comunicaciones

PROPUESTA DE MODELO COMUNICACIONAL PARA UNA ATENCIÓN CENTRADA EN EL NIÑO Y SU AUTOCUIDADO:

Una aproximación desde la odontología

Por:

PAULINA HUMERES FLORES

Tesis presentada a la Facultad de Comunicaciones de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Doctor en Ciencias de la Comunicación

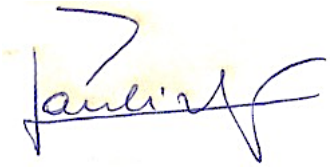
Director:
Prof. Sergio Godoy Etcheverry PhD

Julio, 2022
Santiago, Chile

© 2022 Paulina Humeres Flores

AUTORIZACIÓN PARA LA REPRODUCCIÓN DE LA TESIS

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica que acredita al trabajo y a su autor.



JULIO, 2022 _____

FIRMA DRA. PAULINA HUMERES FLORES

JULIO, 2022 _____

FIRMA DR. SERGIO GODOY ETCHEVERRY

DEDICATORIA

A César, mi marido, mi amigo, quien me entregó apoyo, cariño, consejos y alegría incondicional, fundamentales para llegar al final de este camino.

A Pedro, Felipe y Juan Pablo, mis hijos y fuentes de inspiración. Ellos fueron fundamentales con sus comentarios, revisiones y apoyo en distintos momentos donde me parecía que no era posible avanzar.

A mi papá que siempre me ha animado a buscar buenas respuestas a mis preguntas.

A mi mamá, de quien aprendí el rigor en el trabajo y el amor y respeto por el ser humano.

A Dios quien me dio la fortaleza y la confianza para terminar el trabajo.

A todos los niños y sus familias, quienes me han permitido entrar en sus vidas para apoyar el cuidado de su salud oral. Han sido una escuela fundamental para ser una mejor persona y profesional.

AGRADECIMIENTOS

Al revisar todo el camino recorrido en mi formación doctoral, surgen muchas personas e instituciones que tuvieron un rol importante en este proceso y que deseo agradecer.

En primer lugar, deseo agradecer al Programa Doctoral de la Facultad de Comunicaciones por abrirle la puerta a un proyecto doctoral interdisciplinario de comunicación y salud, brindando la oportunidad de poder investigar en un área inexplorada aún en Chile y en el mundo. En especial al profesor William Porath, quien, en su cargo de director del programa, me animó a empoderarme de mi proyecto cuando había decidido retirarme.

Además, deseo agradecer sinceramente a los profesores del programa que me dictaron clases: Ingrid Bachmann, Sebastián Valenzuela, Valerio Fuenzalida, Francisco Fernández y Gonzalo Saavedra. Cada uno tuvo la preocupación de compartir artículos relacionados con mis intereses y generar espacios para mis tareas, haciéndome sentir en casa en un programa donde los temas discutidos eran lejanos del área de la salud.

Agradezco las instancias en que pude interactuar con estudiantes de otros programas y darnos apoyo mutuo en los días que el doctorado se hace cuesta arriba. Es especial le doy gracias a mis compañeras y la profesora Mila Urrutia del curso Cuidado de Pacientes Crónicos, porque pude conversar con otros profesionales de la salud sobre temas que me inquietaban, adquiriendo valiosos aprendizajes. Un profundo agradecimiento al profesor Héctor Carvacho de la Escuela de Psicología, que fue mi profesor de Evaluación de Actitudes y me recibió para escuchar mis dudas y compartir generosamente su conocimiento.

Deseo agradecerle profundamente a Mariana Muñoz, por todas las conversaciones que tuvimos, su paciencia para escucharme, su interés por mi proyecto y su amistad en momentos alegres y en los no tanto. También agradecerle a Nadia Herrada, por estar siempre atenta para ayudar y, en especial, a Luján Román, por su valioso aporte en la transcripción de una gran cantidad de las entrevistas en profundidad.

No puedo dejar de mencionar a mis amigas y colegas de la Escuela de Enfermería, Marcela Urrutia y María Paz del Río y a Leonor Palomer mi colega, porque siempre estuvieron a mi lado dando apoyo y alegrándose con mis logros. En especial le agradezco a la profesora Paulina Bravo, que me recibió cuando iniciaba mi proyecto de tesis y fue capaz

de comprender de inmediato lo que deseaba investigar, compartiendo generosamente todo su valioso conocimiento, fundamental para mi investigación. Gracias por estar atenta para responder mis dudas y compartir su conocimiento y reflexiones.

Otra persona clave para llegar al fin de este camino fue mi primo Joel, que fue el corrector del texto. La verdad fue mucho más que eso. Fue una persona con la que pude siempre compartir mis reflexiones e hizo observaciones valiosas para mejorar el documento.

También deseo destacar la disponibilidad del Dr. Patricio Moncada, quien desde el Colegio de Cirujano Dentistas contribuyó para que la investigación avanzara, respondiendo con rapidez a mis solicitudes, aportando con comentarios muy atingentes para mejorar el diseño. Agradecimientos al Dr. Sergio Castro, Decano de la Universidad San Sebastián, quien puso a la Escuela de Odontología a disposición para ayudar en el trabajo de campo diseñado previo a la pandemia. También al Dr. Juan Onetto, quien fue generoso en sus reflexiones y se mostró interesado en leer la tesis una vez que estuviese lista.

Muchas gracias a los estudiantes que conocí en mi labor de académica, en especial los que tuve contacto más directo, grupos de seminario, internos, ayudantes, o con quien trabajé como equipo en diversas investigaciones. Sus inquietudes y reflexiones fueron una oportunidad para revisar y renovar mis conocimientos y enfoques.

Deseo además agradecer a todas las personas que me ayudaron con sus contactos y redes a encontrar a los participantes de las entrevistas en profundidad.

Agradecimientos especiales para el profesor Sergio Godoy, a quien en el año 2016 le consulté con mucho pudor si sería muy descabellada la idea de hacer un doctorado. Me respondió rápidamente dándome todo su apoyo para embarcarme en este desafío. Sin sus palabras, yo no habría postulado al programa y no estaría donde estoy. En todos estos años, aprendimos a ser un equipo y a discutir y enriquecer el desarrollo de la investigación con las perspectivas de cada uno. Su apoyo y palabras fueron fundamentales para llegar a la meta.

Finalizo un sincero agradecimiento a las personas que aceptaron ser entrevistadas para esta investigación. Muchas gracias por su confianza, su honestidad y sus aportes. Fueron claves para abrir nuevos horizontes y para revisar mis propias perspectivas sobre el fenómeno que quise investigar. Muchas gracias a todos ustedes.

INDICE GENERAL

RESUMEN EJECUTIVO 10

I INTRODUCCIÓN 1

II. MARCO TEÓRICO 6

CAPÍTULO 1: SALUD ORAL: SITUACIÓN ACTUAL Y DESAFÍOS FUTUROS 6
1. Introducción 6
2. Perfil Epidemiológico Actual 9
3. Salud Oral en Chile 13
4. Programas Públicos Chilenos para la Salud Oral 22
5. Plan de Salud Bucal 2018 – 2030 28
6. Síntesis 29

CAPÍTULO 2: INTERACCIONISMO SIMBÓLICO 31
1. Introducción 31
2. Interaccionismo simbólico – fundamentos desde Blumer y Mead 34
3. La experiencia comunicacional: el aporte de Goffman para la comprensión de la interacción del odontólogo y niño en el contexto clínico. 39
4. Síntesis 43

CAPÍTULO 3: AUTOCUIDADO 44
I. Introducción 44
2. Autocuidado en Salud 47
3. Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem 51
4. Literacidad en Salud 54
5. Toma de Decisiones Compartida (TDC) 56
6. Síntesis 59

CAPÍTULO 4: MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD 61
1. Introducción 61
2. Modelo Biomédico 63
3. Modelo de Atención Centrada en el Paciente (PCC) 66
4. Relaciones entre profesionales de la salud y el paciente 71
5. Atención Centrada en el Paciente en Odontología 75
6. Atención odontológica centrada en el niño 82
7. Síntesis 84

CAPITULO 5: COMUNICACIÓN INTERPERSONAL ENTRE ODONTÓLOGO Y BINOMIO NIÑO/PADRES 86
1. Introducción 86

2. Construcción de la Relación: comunicación interpersonal....88
3. Construcción de la Relación y *Agenda Setting*....91
4. Comunicación y lenguaje en el contexto de la atención clínica....93
5. Construcción de la relación: habilidades y actitudes....94
6. Modelos de Comunicación Clínica en Salud....102
7. Comunicación Interpersonal y Salud Oral....106
8. Comunicación Interpersonal, Salud Oral e Infancia....109
9. Comunicación y futuros odontólogos....112
10. Síntesis....113

III. INVESTIGACIÓN....114

CAPÍTULO 6: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN....114
1. Definición del problema....114
2. Consideraciones del problema en el contexto chileno....120
3. Hipótesis de Investigación: ....**¡Error! Marcador no definido.**
4. Preguntas de Investigación:....123
5. Objetivo General: 123
6. Objetivos Específicos:....124

CAPÍTULO 7: CARACTERIZACIÓN DE LOS NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS....125
1. Introducción....125
2. Desarrollo integral del niño....127
3. El niño y su entorno....130
4. Realidad del niño en Chile....132

CAPITULO 8: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN....134
1. Introducción....134
2. Antecedentes Generales....136
3. Fundamentación teórica para el uso de entrevistas en profundidad....138
4. Construcción de las pautas semi estructuradas de las entrevistas....141
5. Material y Métodos usados en la Investigación....143
6. Tabulación y Análisis de los Datos....150

CAPÍTULO 9: RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNIDAD SEMI ESTRUCTURADAS....153
1. Introducción....153
2. Resultados de las entrevistas a niños....156
2.3 INTERACCIÓN ODONTÓLGO/NIÑO....182
3. Resultados de entrevistas a padres....202
4. Resultados de entrevistas a odontólogos....268
5. Consolidado de respuestas a las preguntas de investigación....332

VI DISCUSIÓN DE LOS ENCUADRES DE LOS NIÑOS, PADRES Y ODONTÓLOGOS, SEGÚN LOS RESULTADOS OBTENIDOS....335
1 Discusión desde los resultados del encuadre de Autocuidado....336
2. Discusión desde los resultados del Encuadre de Salud Oral....344
3. Discusión desde los resultados del encuadre de la interacción odontólogo/niño....351
4. Discusión desde los resultados del encuadre de los Modelos de Atención....360

VII. PROPUESTA DE UN MODELO COMUNICACIONAL PARA LA ATENCIÓN CLÍNICA Y EL FORTALECIMIENTO DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD ORAL DE NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS. 370
1. INTRODUCCIÓN: 370
2. ESQUEMA DE LA PROPUESTA 372
3. CONSIDERACIONES SOBRE EL MODELO 372

VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 378

BIBLIOGRAFÍA 384

ANEXOS 418

ANEXO 1 418
PAUTA DE ENTREVISTA PARA NIÑO 418

ANEXO 2 420
PAUTA DE ENTREVISTA A PADRES O CUIDADORES DEL NIÑO 420

ANEXO 3 422
PAUTA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD DENTISTAS 422

ANEXO 4 424
PRESENTACIÓN POWER POINT PARA ENTREVISTA DE LOS NIÑOS 424

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia de Lesiones de Caries en el Ciclo Vital /%) 14
Figura 2. Proceso de Desarrollo de Enfermedad de Caries 15
Figura 3. Percepción de Salud Bucal total según sexo, edad y años de estudio cursados (ENS 2016-17) 17
Figura 4. Presencia de caries en ambos maxilares según edad y años de estudio cursados (ENS 2016-17) 17
Figura 5. Prevalencia de Niños Libres de Caries según Nivel Socioeconómico (%) 19
Figura 6. Prevalencia de Niños libres de Caries a los 12 años según localización geográfica (%) 19
Figura 7. Modelo de Atención Integral propuesto por el Ministerio de Salud de Chile 28
Figura 8. Demandas de Autocuidado 52
Figura 9. Esquema de la Teoría del Déficit de Autocuidado 53
Figura 10. Modelo de Atención Centrada en el Paciente según Stewart 69
Figura 11. Modelo de Atención Centrada en el Paciente Mead & Bower 70
Figura 12. Modelo de Relaciones Médico/Paciente propuesto por el Diplomado de Educación Médica UC 75
Figura 13. Esquema del Modelo de Atención Centrada en el Paciente según Sclamber & Asimakopoulou 79
Figura 14. Factores que Influyen en la Comunicación entre el Profesional de la Salud y el Paciente 89
Figura 15. Esquema de Entrevista según la Guía Calgary-Cambridge 103
Figura 16: Modelo Ecológico de Bronfenbrenner 131

Figura 17: Esquema de la Definición del Número de Entrevistas en Profundidad 145
Figura 18: Invitación a los niños para participar en las Entrevistas 146
Figura 19: Invitación a los padres para participar de las Entrevistas en Profundidad 147
Figura 20: Imágenes usadas en Power Point usado en las Entrevistas de los Niños 149
Figura 21: Esquema Comunicacional para Atención Clínica Odontológica del Niño 372
Figura 22: Encuadres Convergentes y Divergentes hacia el Autocuidado de los tres Grupos de Entrevistados……..…336

Tabla 1. Propuesta de Competencias de Toma de Decisión Compartida 58
Tabla 2. Modelo de Atención de Apelian, Vergnes, Hovey y Bedos 81
Tabla 3. Habilidades de los Profesionales de Salud para Realizar las Tareas Claves de una Consulta 104
Tabla 4. Esquema para Construcción de Pautas de Entrevistas Semi Estructuradas.....142
Tabla 5. Caracterización de los Niños Entrevistados.....157
Tabla 6. Síntesis de Áreas Conceptuales y Temas Emergentes de las Entrevistas a los Niños.....157
Tabla 7. Caracterización de los Padres Entrevistados.....202
Tabla 8. Síntesis de Áreas Conceptuales y Temas Emergentes de las Entrevistas a los Padres.....204
Tabla 9. Caracterización de los Odontólogos Entrevistados 269
Tabla 10. Síntesis de Áreas Conceptuales y Temas Emergentes de las Entrevistas a los Odontólogo 271
Tabla 11. Relación entre Hallazgos Encontrados en las Entrevistas en Profundidad y las Preguntas de Investigación 332
Tabla 12. Resumen de los Temas de Autocuidado Emergentes de las Entrevistas de Niños, Padres y Odontólogos.....336
Tabla 13. Resumen de Temas Emergentes de Encuadres de Salud Oral de las Entrevistas de Niños, Padres y Odontólogos 344
Tabla 14. Resumen de los Temas sobre Interacción Odontólogo/Niño Emergentes de las Entrevistas de Niños, Padres y Odontólogos 351
Tabla 15. Resumen de los Temas de Modelos de Atención Emergentes de las Entrevistas de Niños, Padres y Odontólogos 360

RESUMEN EJECUTIVO[1]

El perfil epidemiológico mundial ha sufrido un gran cambio en las últimas décadas, donde el desafío es la progresión de las enfermedades crónicas no trasmisibles. Las patologías de la salud oral también tienen este carácter crónico, donde la caries es la patología más prevalente, afectando a nivel mundial entre el 60 a 90% de los escolares. En el caso de Chile, 70% de los niños de 6 años presentan piezas destruidas por la caries, afectando tres veces más a niños de niveles socioeconómicos más bajos que los de nivel más alto. 30% de la población de la población con 65 años ha perdido todos sus dientes. La odontología aún permanece con un enfoque biomédico controlando a las patologías orales como si fuesen agudas, estableciendo relaciones paternalistas o autoritarias con los pacientes, donde lo que prima es su opinión y su definición de planes de tratamiento, cuando el cuidado de las enfermedades crónicas se fundamenta en una adecuada comunicación y labor colaborativa entre profesional y paciente. Los odontólogos aún no han sido debidamente capacitados en esta interacción, primando una entrega información oral, sin asegurarse que sea comprendida adecuadamente, lo que dificulta una toma de decisión consciente por su contraparte.

El propósito de esta investigación es proponer un modelo de interacción comunicacional entre el niño de 6 a 8 años y el odontólogo en la atención clínica que fortalezca la atención centrada en el niño y su autocuidado.

La investigación contiene un marco teórico interdisciplinario que recogió aportes desde distintas áreas de la investigación en ciencias sociales, comunicación y salud. Este articula aspectos del interaccionismo simbólico que propone que la realidad es interpretada constituyendo una realidad social propia. Las personas no responden a los hechos objetivos, sino más bien a las interpretaciones que hacen de ellos, denominados encuadres, que le den sentido a la experiencia, como parte de un contexto cultural mayor y se definen ciertos encuadres compartidos. El marco teórico contempló además elementos que consideran la cultura específica en la cual la persona aprende conductas que favorecen una actitud

[1] La Convención sobre los Derechos del Niño considera un enfoque de género, pero para esta investigación la referencia del niño se hará según la Sociedad Chilena de Pediatría en el artículo de Flores Cano et al (2016) aceptado por el Ministerio de la Salud, que utiliza el género masculino genérico "niños" al hacer referencia a este grupo. Vale decir cuando en texto señale "niño" se está refiriendo al colectivo de ambos géneros.

indispensable para el control de las enfermedades crónicas que es el autocuidado. A través de ella, la persona fortalece su capacidad de actuar y de tomar decisiones de acuerdo con sus conocimientos, actitudes, valores y motivación. Este tema fue abordado según los aportes de Orem, que valora la capacidad de cada persona en hacerse cargo y participar de la definición de sus estrategias de autocuidado o de recibir apoyo cuando no tiene total autonomía, como es el caso del niño.

El marco teórico recoge, además, el modelo de atención centrado en la persona (PCC), que procura proporcionar una atención que respete y responda a las preferencias, necesidades y valores del niño y sus padres, para que participen en todas las decisiones clínicas. No existen modelos de atención clínica odontológica centrada en la infancia, el infante asume un rol más bien pasivo que impacta en la forma que toma decisiones en su vida adulta. Entre los valores importantes del enfoque, la investigación rescata la empatía, compasión, escucha activa, hospitalidad, amabilidad y el empoderamiento. Estas habilidades favorecen la identificación de la *agenda setting* del paciente, que recoge preocupaciones, emociones, expectativas, más allá del motivo concreto de consulta. Esto facilita una mejor administración del tiempo y la definición de áreas de interés mutuas para llegar a acuerdos y un trabajo colaborativo. El problema es la persistencia de un enfoque biomédico en la atención odontológica clínica del niño, evaluando su salud sin considerar las dimensiones sociales, tampoco los encuadres de los padres.

Se realizó una investigación cualitativa exploratoria mediante entrevistas en profundidad individuales a cada uno de los grupos involucrados: niños, padres y odontólogos. Se recurrió a la plataforma Zoom para hacer las entrevistas debido a la imposibilidad de ejecutarlas presencialmente durante la pandemia de Covid-19. Se aplicaron cuestionarios semi estructurados, considerando un enfoque fenomenológico al proceso de entrevista e interpretación de las transcripciones. De este análisis surgieron cuatro grandes áreas de organización de los hallazgos: el autocuidado, en encuadre de la salud oral, la interacción odontólogo/niño y modelos de atención. Luego se realizó la discusión articulando los encuadres de los tres grupos, confrontándolos de modo a identificar en cuales hubo convergencia o divergencia sobre las cuatro áreas temáticas definidas previamente.

Finalmente, con todos los resultados y la articulación de los encuadres, se elaboró la propuesta de un modelo de atención en el niño que favorece una relación comunicacional que fortalece su participación más activa y, en consecuencia, el autocuidado de su salud oral.

Se puede concluir que la odontología aún permanece en con un enfoque biomédico. Los profesionales demuestran interés y compromiso con el cuidado de la salud oral de los niños, pero no logran generar espacios para que el niño participe activamente del autocuidado de su salud oral, predominando relaciones paternalistas entre ambos. La comunicación que ocurre durante la atención no recoge la *agenda setting* de los niños y sus padres, centrándose más en obtener información de factores de riesgo, con énfasis en la caries y en el diente, sin una visión holística del niño y su historia. La atención y la labor odontológica aún se centra en la realización de procedimientos clínicos, cumplimiento de metas numéricas, sin espacio para otras labores como consejería y educación en salud. Los profesionales carecen de una formación sistemática en comunicación y en enfoque de atención centrada en el niño. Los padres evalúan que la labor odontológica ha perdido humanidad y que acceder a ella requiere de alto gasto económico. Valoran que su hijo sea atendido de forma preferente y su expectativa es que el profesional entregue información en una forma que fuese más fácil de comprender y contextualizada a su realidad. Salvo cuando presenta cuadros de dolor, el niño evalúa positivamente su experiencia de interacción con el profesional que lo atendió. Pero estima que no es considerado durante la atención que recibe, ni al definir los planes para el cuidado de su salud. Sin embargo, es capaz de incorporar temas sobre esta área.

La información que el niño y los padres cuentan es incompleta o incorrecta y el odontólogo informa de forma directiva lo que se debe realizar en la clínica, usando un lenguaje sin ciencia que dificulta fortalecer la literacidad del niño y sus cuidadores. Todos los actores consideran que los responsables del cuidado de la salud de estos infantes son los padres, a pesar de que las características de desarrollo físico, emocional y social del niño favorece que asuma y se interese por asumir labores y responsabilidades sobre su propia salud oral. La investigación finaliza proponiendo un esquema de comunicación interpersonal entre el odontólogo y el niño para la atención clínica.

I INTRODUCCIÓN

Me permito iniciar la introducción de este documento hablando en primera persona para presentar esta investigación

Viví 11 años en Brasil y me formé como profesional en ese país. Mi decisión para estudiar odontología no fue por una vocación innata, sino más bien fruto de circunstancias al momento de egresar del colegio. Mi visión de esta profesión era crítica y centrada en algo que me parecía aburrido: el diente. ¿Dónde estaba la persona? Un valor muy preciado para mí. Mi historia de vida, iba por caminos muy opuestos a los criterios por los cuales yo evaluaba la odontología.

Sin embargo, a lo largo de mis estudios fue cambiando mi opinión sobre la odontología. Tuve innumerables oportunidades donde pude participar de discusiones entre los académicos, muchas veces intensas, donde cada uno defendía sus argumentos frente a una situación clínica. Aprendí que lo importante no es ganar sino escuchar los argumentos, llegar a acuerdos y estar siempre abiertos a reconsiderar lo que uno cree que es verdad. Por otro lado, pude estudiar ramos con estudiantes de otras carreras, donde aprendí el valor de interactuar con otras disciplinas. Estas experiencias fueron importantes para replantearme mis preguntas y hallazgos a lo largo de mi investigación.

Un recuerdo que me acompaña es la comparación que mis profesores hacía para validar la labor profesional: “no somos carniceros, que cobran por kilo”. No podemos fundamentar nuestra labor por “kilo de material artificial” que usamos para rehabilitar el daño. Lo que debemos valorar son “los kilos de tejidos naturales y de salud que logramos dejar en la cavidad oral.” Con esta perspectiva me inocularon el compromiso por la prevención y como es aún más urgente con las personas más vulnerables. Agradezco también los enfoques clínicos enseñados y aún me llama la atención escuchar colegas hoy en día que se sorprenden con literatura a la que yo tuve acceso hace varias décadas atrás.

Lamentablemente, a lo largo de mi vida profesional he sido testigo de una odontología que ha ratificado mi primera impresión: formación universitaria centrada en el cumplimiento de procedimientos clínicos y estudiantes “buscando” enfermedad para pasar de año, actitudes rígidas de autoritarismo sobre estudiantes y pacientes, implementación de políticas públicas sin indicadores, lo que impide que sean evaluadas, atención en mega prestadores donde se

hace “presupuesto gratis” ofreciendo pack de acciones como quien vende un Mac Combo y niños pidiendo que no los dejen solos con la doctora porque ella le grita cuando llora.

Sin embargo, hay esperanza. También he sido testigo de la atención de muchos profesionales comprometidos con la entrega de una atención digna y cálida, estudiantes que me piden apoyo para sus “ideas locas lejos de la visión oficial de la odontología”, equipos de salud que consideran la salud oral dentro del cuidado integral de las personas, experiencias que han demostrado que la odontología es una profesión de gran impacto social y muy humanista.

Mi camino profesional lo podría definir como de una “outsider”. Creo que esa definición surge de mi formación profesional y por los más de 25 años que he atendido niños, donde he encontrado una profunda sintonía. En ese mundo he podido dar rienda suelta a mi placer de contar y escuchar historias, jugar, buscar formas de mantener la salud para proteger la alegría y la integralidad del niño. Son ellos y sus familias los que han tocado las teclas adecuadas en mi persona, para repensar la forma que atiendo y darme cuenta las veces he sido paternalista, asignándome un rol de "salvadora de la salud” sin que nadie me lo haya pedido. He tenido la alegría de atender niños en todo tipo de contexto, rural, urbano, clínicas docentes, consultorios públicos, privados, inmigrantes y con alguna condición particular como Síndrome de Down, o alguna enfermedad degenerativa o sistémicas. Estos niños han sido especialmente una escuela de inclusión para aprender la importancia del empoderamiento para salir adelante y generar espacios para poder ser incluidos socialmente. Todos estos niños me han enseñado la originalidad personal que cada uno tiene.

Toda esta experiencia clínica y personal fue el insumo para el surgimiento de una pregunta que me acompañó por muchos años y que finalmente me ha traído hasta mis estudios doctorales: ¿qué ocurría en mi consulta que definía una relación de colaboración y de mejor salud? ¿Por qué había pacientes con los que mantenía una relación por décadas y otros que no volvían a un nuevo control? Esta investigación aportó a encontrar las respuestas.

Una fundamental es que lo más valorado por los niños y sus familias es ser escuchados, respetados, comprendidos en su realidad, para que las decisiones sean tomadas según sus necesidades y valores. Los hallazgos apuntan hacia una adecuada comunicación, que no se resume en informar la lista de acciones que se han definido para realizar por parte del odontólogo. La comunicación es una competencia que favorece generar una relación,

empodera al niño y sus padres, crear una comunidad. No es un "don divino o genético"; al igual que todo conocimiento y habilidad requiere de aprendizaje, investigación, práctica y evaluación. Otra respuesta dada por la investigación es que no existen personas con la razón y otras que no; el enfoque de la comunicación de esta propuesta permite abrir los espacios para que cada uno pueda compartir su perspectiva y encontrar un terreno que sea común para todos. Eso lleva a otra respuesta clave: lo relevante es comprometerse, generar y asegurar espacios de participación al niño, empoderándolo para que sea dueño de la agencia de autocuidado a lo largo de su vida.

El empoderamiento es una palabra que asusta, pues se percibe como una amenaza. En cierta manera lo es, porque lo que apunta es a distribuirlo de forma más equitativa y eso implica que los adultos que lo tenía concentrado en sus manos lo compartan con el niño.

Aunque hay muchas definiciones, este concepto está íntimamente vinculado al educador Paulo Freire y su "pedagogía del oprimido", que plantea el empoderamiento de las personas nace a través de la educación que les permite alfabetizarse, no sólo con letras, sino con la transmisión de su realidad y una conciencia de liberación para transformarse en personas nuevas.

Sin embargo, durante esta investigación encontré un libro posterior de Freire que creo que se acerca más a lo que motivó este estudio, que es la pedagogía de la esperanza. Freire señala: "sin un mínimo de esperanza no podemos ni siquiera comenzar el embate, pero sin el embate, la esperanza como necesidad ontológica, se desordena, se tuerce y se convierte en desesperanza que a veces se alarga en trágica desesperación. De ahí que es necesario educar la esperanza. Y es que tiene tanta importancia en nuestra existencia, individual y social." (P Freire, 2011, pp. 24–25).

A lo largo del desarrollo de todo este trabajo fue la esperanza que me movilizó para terminarla y poder compartirla, para hacer frente al embate de tantos niños que esperan cambios de paradigmas en lo comunicativo clínico que permitan avanzar hacia un encuadre de autocuidado de su salud oral donde él sea protagonista.

Espero que este trabajo despierte esperanza por una sociedad donde los niños sean reconocidos en su derecho a expresarse, ser escuchados e informados con información clara y oportuna. Esperanza para que los odontólogos cambien su validación profesional basada en la cantidad de kilos de material y acciones que hacen y avancen hacia un cuidado de salud

que se mantiene y se controla. Esperanza para que todo niño y familia pueda acceder a un cuidado de la salud oral de su hijo donde sea respetado e incluido. Esperanza por un sistema de salud donde la centralidad sea la persona. Esperanza para que los estudiantes de odontología sean formados para el siglo XXI y no mirando el espejo retrovisor del siglo XX. Esperanza que la investigación interdisciplinaria se fortalezca y genere nuevo conocimiento para una mejor salud.

Para finalizar, presento la estructura de este documento. Está organizado en cinco partes, la primera es esta introducción, La segunda congrega el marco teórico que contiene cinco capítulos. En el primero, se encuentra la situación de la salud oral en el contexto mundial y nacional. Se ahonda en el desafío de abordar las enfermedades crónicas en el mundo, especialmente las patologías orales que son las más prevalentes. Se plantea la situación de la salud oral en Chile y se describen las estrategias que existen actualmente en el país para el cuidado de la salud oral en la infancia.

En el capítulo dos se presenta al interaccionismo simbólico, que entrega una visión interdisciplinaria del concepto de salud y su dimensión social según los encuadres que cada persona hace de la realidad. Los acuerdos en estos encuadres favorecen la comunicación de los intereses, expectativas y dudas del niño sobre su salud oral y, en consecuencia, una mejor participación en el autocuidado de su salud oral

El capítulo siguiente aborda el autocuidado según lo planteado por Orem, que reconoce que todo ser humano es capaz de diseñar sus propias estrategias de autocuidado. Se presentan los conceptos de agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, literacidad en salud y los principales aspectos que sustentan la toma de decisiones compartida, todos elementos que favorecen el respeto del derecho del niño para expresarse libremente, a ser escuchado y que su opinión sea tomada en cuenta.

Luego se encuentra el capítulo sobre modelos de atención en salud, donde se presentan los modelos que se han propuesto y se hace una reflexión de las desventajas del modelo biomédico y los beneficios del modelo centrado en la persona. En función de estos modelos se presentan los tipos de relaciones que se establecen entre el odontólogo y el niño y se describen los modelos que se han propuesto para el campo de la odontología y la evidencia existente sobre modelos de atención en la infancia.

Finaliza el marco teórico con el quinto capítulo sobre comunicación interpersonal, las

habilidades que se requieren para que la comunicación del odontólogo y el niño favorezca una atención centrada en la persona. Se describen aspectos de la *agenda setting* y propuestas para conducir una atención clínica que favorezca la comunicación del profesional con el paciente. Termina presentando evidencia sobre la comunicación con pacientes infantes.

Luego inicia la tercera parte, donde se define el problema que se abordará, las hipótesis planteadas, las preguntas de investigación y los objetivos que se plantea. Después se encuentra la caracterización de la población incluida en el estudio, niños de 6 a 8 años, evidencia sobre su desarrollo y las propuestas de Erikson y Vigotsky al respecto. Finalmente, la situación de estos niños en Chile. A continuación, se presenta la metodología usada, los fundamentos teóricos que sustentan la opción por el método cualitativo y las entrevistas semi estructuradas realizadas de forma individual a niños, padres y odontólogos a través de la plataforma Zoom. Se plantean los elementos teóricos desde la fenomenología que sustentan la forma de recoger y analizar sus contenidos. Luego se presentan los resultados de las entrevistas de cada grupo por separado: niños, padres y odontólogos, organizados en cuatro áreas temáticas: autocuidado, encuadre de la salud oral, interacción odontólogo/niño y modelos de atención.

Posteriormente, se encuentra la cuarta parte que es la discusión, donde se articulan estos resultados de acuerdo con los encuadres que divergen o convergen entre sí, reflexionando cuáles favorecen o dificultan fortalecer el autocuidado.

Finalmente, se presenta la quinta y última parte que es el modelo de comunicación para la relación odontólogo/niño en la consulta odontológica, según el marco teórico y los resultados obtenidos, con su debida explicación para terminar con las principales conclusiones de la investigación y sugerencias para avanzar en esta área.

II. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: SALUD ORAL: SITUACIÓN ACTUAL Y DESAFÍOS FUTUROS

1. Introducción

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha declarado como Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) la salud y el bienestar, la educación de calidad y la reducción de las desigualdades (ONU, 2017). La consecución de estos objetivos se plantea a través de la equidad en cobertura sanitaria universal y avances significativos en bienestar para todos (OMS, 2017b).

Es importante destacar algunos aspectos que plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS) para avanzar en esta salud y bienestar de la población. El primero relaciona salud y educación de calidad. Una educación de calidad no sólo fomenta la creatividad, el conocimiento y la adquisición de competencias en lectura, escritura y cálculo u otras competencias cognitivas sino que, además, favorece que se desarrollen valores, competencias y actitudes que permitan a las personas tener una vida saludable y plena, pudiendo tomar decisiones con conocimiento de causa (UNESCO, 2015). A su vez, la educación en salud crea las oportunidades de aprendizaje consciente, donde se involucre algún tipo de conocimiento de la salud, incluyendo el desarrollo de habilidades para la vida que son propicias para la salud individual y comunitaria (WHO, 1998).

El segundo aspecto es la importancia dada a la equidad, definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como: "un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas" (OPS, recuperado en: https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud).

El tercer aspecto es el bienestar y calidad de vida. Mejorar la calidad de vida es la búsqueda de una condición de bienestar que va más allá de parámetros biomédicos de salud. Al medir la calidad de vida de las personas, se incluyen condiciones específicas y generales

del significado de “estar sano”. La Organización Mundial (OMS) define calidad de vida como: “la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes (Orley, 1996).

Para alcanzar los ODS mencionados se debe reducir las inequidades sociales, buscando distribuir la salud de forma equitativa para que sea una oportunidad para todos. Por lo tanto, las desigualdades no son “un fenómeno natural”, sino que ocurren en sociedades que combinan “políticas y programas sociales deficientes, distribución de recursos injusta y una mala gestión política”(World Health Organisation, 2008, p. 9). Según las condiciones físicas del entorno, el apoyo psicosocial y las conductas de las personas presenten, éstas serán más o menos vulnerables a enfermar (WHO, 2009).

En el caso de esta investigación, lo planteado por los organismos internacionales frente a la salud y la vida de las personas se articula con el valor y el respeto de la dignidad humana. La salud no es un fin en sí misma, sino un medio para que las personas puedan desarrollar su proyecto de vida (Escobar López, García Pereáñez, & Rivas Muñoz, 2017). En consecuencia, la dignidad no está referida a cualquier valor sino a una característica “primaria e irreductible”. Vale decir, la dignidad no depende de consensos sociales, sino que es el fundamento de las obligaciones morales, jurídicas y sociales para garantizar el bienestar de cada persona, por el hecho de ser un ser humano (Taboada, 2010). Defender el valor de la dignidad de cada persona frente al cuidado de su salud no niega la existencia de situaciones injustas pero hace imposible tolerar que estas disparidades sean una justificación para un trato desigual por parte de instituciones o profesionales en el campo de la salud, o de un trato degradante hacia los pacientes que van en busca de su ayuda (Escobar López et al., 2017).

Contar con salud incide no sólo en un bienestar subjetivo, sino que además tiene implicancias concretas en la vida de las personas. Contar con altos indicadores de salud puede mejorar los ingresos de un individuo a lo largo del ciclo de vida hasta en un 25%, permitiendo que se construyan sociedades sanas y más productivas (OCDE, 2019).

En esta discusión sobre la salud de las personas, la salud oral ha sido un tema de poco interés en las agendas de los gobiernos y las organizaciones internacionales. Una de las razones puede ser que su deterioro no pone en riesgo la vida de la persona, más bien se relaciona con su calidad de vida (FDI, 2020). Sin embargo, hay que recordar que la salud

oral es esencial para que una persona sea sana y una adecuada salud es un derecho humano fundamental (Glick et al., 2012). La construcción de la persona de una forma descontextualizada puede ser un tanto infantil, al pensar que un individuo enfermo de la cavidad oral es "menos enfermo" que aquellas que tienen enfermedades sistémicas[2]. Esta mirada estrecha del ser humano olvida que la cavidad oral se relaciona con funciones vitales como la alimentación, el habla, la respiración. Su deterioro causa sufrimiento, afectando la calidad de vida y el bienestar (Nowak, 2011; Sheiham, 2005).

Esta comprensión integrada de la salud de la persona como un único bien permite proponer modelos de atención donde la salud oral esté integrada a la salud general, respondiendo a las necesidades de las personas y a sus demandas por sus derechos de contar con una buena salud. Además, hace posible entregar soluciones a gobiernos y organizaciones no gubernamentales (ONGs), reduciendo las desigualdades sociales en salud y colocando la salud oral en un primer plano (FDI, 2020).

Un primer paso en esa dirección es recoger el concepto de salud oral que elaboró la Federación Dental Internacional (FDI): "La salud bucal es multifacética e incluye la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una variedad de emociones a través de expresiones faciales con confianza y sin dolor, malestar y enfermedad del complejo craneofacial (Glick et al., 2016, p. 1). La FDI enfatiza que, para integrar a la salud oral en un concepto más amplio de salud, se debe construir una adecuada narrativa, buscando enfocarse en los mensajes que son centrales. Para esto propone: "encuadrar los mensajes desde la cabeza, el corazón y el bolsillo – la cabeza en términos de evidencia epidemiológica, el corazón en términos de las historias de las personas y cómo les afecta vivir con este deterioro y cómo los afecta, y el bolsillo en términos del impacto económico real" (FDI, 2017, p. 20)

Con este escenario de fondo, revisemos los desafíos que enfrenta el cuidado de la salud, tanto para cada individuo como para los países.

2 Enfermedades sistémicas: significa que afecta al cuerpo entero, en lugar de una sola parte o un solo órgano. Por ejemplo, los trastornos sistémicos, como la hipertensión. Recuperado de https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002294.htm

2. Perfil Epidemiológico Actual

La situación de salud en el mundo ha sufrido un cambio del perfil epidemiológico en las últimas décadas, con una transición hacia el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). En el año 2011, la ONU las calificó como una prioridad mundial e instó a una acción de toda la sociedad, gobierno y sectores interesados para realizar un trabajo conjunto hacia su prevención (Hajat & Stein, 2018). En este grupo se encuentran enfermedades respiratorias, cáncer, diabetes, hipertensión, obesidad, consumo de tabaco o alcohol, entre otras. Ellas son definidas, según la Organización Panamericana de Salud, como: "un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultados consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo. Muchas se pueden prevenir mediante la reducción de los factores de riesgo comunes"[3]. Este cambio de perfil interpela a los Estados, sus políticas públicas, sus sistemas de salud y sus equipos para encontrar respuestas que sean eficaces y conlleven a una mejor salud de sus habitantes.

Las ECNT son responsables del 70% de la mortalidad global (FDI, 2020) y 46% de la carga de enfermedad[4] a nivel mundial (MINSAL, 2013). Estas patologías presentan etiologías multifactoriales, vale decir, no tienen sólo causas biológicas, sino que existe un importante rol de otros factores, como los psicosociales, estilos de vida, la participación social, nivel educacional y acceso oportuno al sistema de salud (Grau, 2016). Este conjunto de causas se denomina etiología multifactorial y desafía los sistemas de salud que han sido diseñados para atender enfermedades de manera aislada y vertical. Esto significa que la atención en salud ocurre de manera segmentada, con seguimientos aislados, con enfoque biomédico, que no rescata otros factores que inciden en el desarrollo de estas enfermedades. Tampoco considera la necesidad de un trabajo multidisciplinario que integre los conocimientos de otras áreas más allá de las relacionadas con las ciencias biológicas (Romero, 2008). Abordar las ECNT requiere una práctica clínica que considere la complejidad de las decisiones y un trabajo intersectorial e interdisciplinario, con programas

[3] Recuperado en: (https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles

4 "La carga de la enfermedad refleja no solamente las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad de una enfermedad, sino también el grado y la duración de la incapacidad y la reducción de la calidad de vida que provoca" (Rubinstein, A (2010).

de prevención primaria y secundaria, considerando a la persona a lo largo del curso de la vida (Federation, 2020).

Esta interdisciplina debiera recoger lo que suscribe Edgar Morin (en De Foncuberta Mar, 2001) quien señala: "Lamentablemente la mirada interrelacionada de distintas disciplinas no siempre ha sido comprendida de esta forma; más bien ha sido considerado como parcelas estancas". Morin señala que "se estudia al hombre biológico en el departamento de Biología, como un ser anatómico, fisiológico, etc. y se estudia al hombre cultural en los departamentos de Ciencias Humanas y Sociales. Vamos a estudiar el cerebro como órgano biológico y el espíritu como una realidad psicológica. Olvidamos que uno no existe sin el otro, más aún, que uno es, al mismo tiempo, el otro, si bien son tratados con términos y conceptos diferentes" (De Foncuberta Mar, 2001, p. 142).

Además del gran impacto en la salud de la población, las ECNT provocan un gran impacto económico mundial. El cálculo del gasto total para las cinco patologías más importantes en el 2012 (enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas, cáncer, diabetes, enfermedades mentales), era de cuarenta y siete billones de dólares americanos durante los próximos veinte años, según el Foro Económico Mundial; esto equivale a cerca del 4% del PIB mundial (Glick et al., 2012).

Chile no escapa a esta realidad y ha buscado abordarla adecuadamente, como fue la Reforma de la Salud. Uno de sus ejes fue establecer los Objetivos Sanitarios de la Década, que buscan guiar el accionar del sector salud hacia una perspectiva intersectorial, con una visión social de estas patologías (Ministerio de Salud, 2010). Los objetivos establecidos para este último decenio (2011 – 2020) fueron: 1) mejorar la salud general de la población; 2) disminuir las inequidades; 3) aumentar la satisfacción de la población y 4) asegurar la calidad de las prestaciones de salud.

A pesar de los esfuerzos públicos y privados, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-17 demostró que Chile aún está lejos de avanzar en una mejoría de los indicadores. En el país viven aproximadamente once millones de personas con alguna condición crónica, siendo que un 75% de ellas presenta más de una patología, que se denominan comorbilidades[5]

5 La población total de Chile, según censo del año 2017, es de 17.574.003 habitantes, vale decir, un 63% de su población presenta alguna patología crónica y 6.930.000 de chilenos presentan comorbilidades. Recuperado de http://resultados.censo2017.cl/

(Tellez A, Zamorano P, Barros J, Celhay P, Sapag J, 2019). Estas comorbilidades agravan los años de discapacidad y aumentan la carga financiera para los afectados, sus familias, los sistemas de salud y las economías de los países (Federation, 2020). La ENS señala como preocupante la prevalencia al alta de ciertas ECNT como la diabetes, que llega a un 12,3% y la sospecha de hipertensión con casi un 28% (Crespo, 2018). De la forma que el sistema de salud está organizado actualmente, sólo un 36% del total de estas personas pueden ser atendidas (Tellez A, Zamorano P, Barros J, Celhay P, Sapag J, 2019).

En este panorama, la salud oral a nivel mundial presenta una situación aún más dramática, siendo la caries la principal carga de ECNT. Afecta a un 35% de la población mundial de todas las edades. Son 2.400 millones de personas que no han recibido tratamiento, más de 530 millones de niños afectados en su dentición primaria y entre 60 a 90% de los escolares a nivel mundial (Fejerskov, Escobar, Jøssing, & Baelum, 2013; Glick et al., 2012; Kidd, 2011; Petersen, Bourgeois, Ogawa, Estupinan-Day, & Ndiaye, 2005; Selwitz, Ismail, & Pitts, 2007; World Health Organization, 2019).

Además de la caries, la periodontitis[6] es la principal causa de la pérdida de piezas dentarias en adultos y el cáncer bucal es el octavo más prevalente. Las patologías orales ocupan el cuarto lugar en los gastos de salud a nivel mundial (Glick et al., 2012) y se estima que en 2010 la carga mundial económica de las patologías orales fue mayor a 442 mil millones de dólares americanos, considerando costos directos (tratamiento de ellas) e indirectos (pérdidas de productividad debido a estas enfermedades) (Listl, Galloway, Mossey, & Marcenes, 2015).

En el año 2011 se realizó, en Nueva York, una sesión de la ONU en la que los gobiernos del mundo se reunieron para discutir las ECNT, agenda que incluyó a la salud oral (FDI, 2017). Esta inclusión de la salud oral no sólo fortalece el encuadre de la salud de la persona como un valor único, sino que permite promover estrategias para enfrentar estas enfermedades, pues varias comparten factores de riesgo que son modificables, tales como la dieta, el consumo de tabaco, consumo excesivo de alcohol, factores psicosociales, características de los estilos de vida a nivel individual y poblacional (Crovetto M. & Vio del R., 2009).

6 Periodontitis: las enfermedades periodontales son condiciones inflamatorias crónicas que afectan a los tejidos de soporte y protección del diente y puede causar la pérdida de dientes (Carvajal, 2016).

La caries impacta en la sociedad y en la calidad de vida de los individuos (Baelum, 2011; Cabello Ibacache et al., 2011). Cuando no es tratada produce dolor, bacteriemia, alto costo de tratamiento, alteración en el crecimiento, trastornos en el lenguaje, compromiso en la masticación y disminución de la autoestima. Además, la extracción prematura de las piezas dentarias altera su adecuada alineación y el dolor asociado a esta enfermedad acarrea problemas para dormir, concentrarse y aprender (Kagihara, Niederhauser, & Stark, 2009; Sheiham, 2005).

Esta visión más amplia de los problemas de salud de la población definida por la ONU que incluye a la salud oral favorece superar concepciones limitadas, creando un campo de entendimiento común entre las distintas disciplinas sanitarias con una adecuada comunicación con otros profesionales y con los pacientes, fomentando esfuerzos de promoción más amplios y coordinados. Esta comprensión de la salud oral ha permitido, además, crear formas para evaluarla de forma más integral y a situar a los individuos como protagonistas, permitiendo a los odontólogos establecer diálogo con sus pacientes para comprender lo que cada uno espera lograr en esta labor más colaborativa entre ambos. Así, con esta nueva mirada, la odontología logra avanzar hacia un cuidado sostenible de la salud de las personas, integrando finalmente sus diversas dimensiones en una única mirada (FDI, 2020).

La literatura indica que, en la medida que los odontólogos involucran a los pacientes en la atención, se crean relaciones más sólidas entre ambos, favoreciendo una "participación productiva" en la atención clínica. Esto significa que el paciente percibe que la atención se realiza mostrando preocupación por él como persona, lo que trae resultados positivos para su salud (H. M. Wong et al., 2017). En esta relación comunicacional se crea una relación interpersonal positiva, que permite el intercambio de información y la toma de decisiones conjunta (Maupome, Holcomb, & Schrader, 2016).

Conforme a lo visto, podemos ver que existe un esfuerzo desde organismos internacionales de salud y de salud oral por encontrar un terreno común de trabajo, comprendiendo la salud de las personas como un solo bien, optimizando las posibles estrategias de cuidado de las patologías más prevalentes, considerando que comparten factores de riesgo en común y la necesidad de un diálogo interdisciplinario. Este esfuerzo busca, además, aportar a un bienestar sostenible de la población y a la disminución de las

inequidades sociales. Esta labor colaborativa se construye considerando la participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud.

3. Salud Oral en Chile

Las patologías más prevalentes en la infancia son la caries, la gingivitis y las anomalías dento-maxilares. La prevalencia de anomalías dento-maxilares (ADM) es de 38,2% (ADM)[7] y 55% gingivitis[8] (Ministerio de Salud de Chile, 2017b). Las ADM también tienen etiología multifactorial (como todas las patologías crónicas) que pueden ser de carácter sistémico, hereditario y congénito, provocada por pérdida de dientes de forma prematura, malos hábitos, rehabilitaciones dentarias defectuosas, entre otras. Cuando están presentes, despiertan sentimiento de vergüenza sobre la apariencia física, timidez en situaciones sociales, pérdida de oportunidades laborales, descontento, deterioro de la calidad de vida, limitaciones sociales y funcionales (Cueto et al., 2017). En el caso de la gingivitis (inflamación de la encía), cuando se asocia a determinados factores de riesgo puede avanzar en enfermedad periodontal, la que causa halitosis, sangrado, recesión gingival, pérdida de tejido óseo de soporte y piezas dentarias (Carvajal, 2016a).

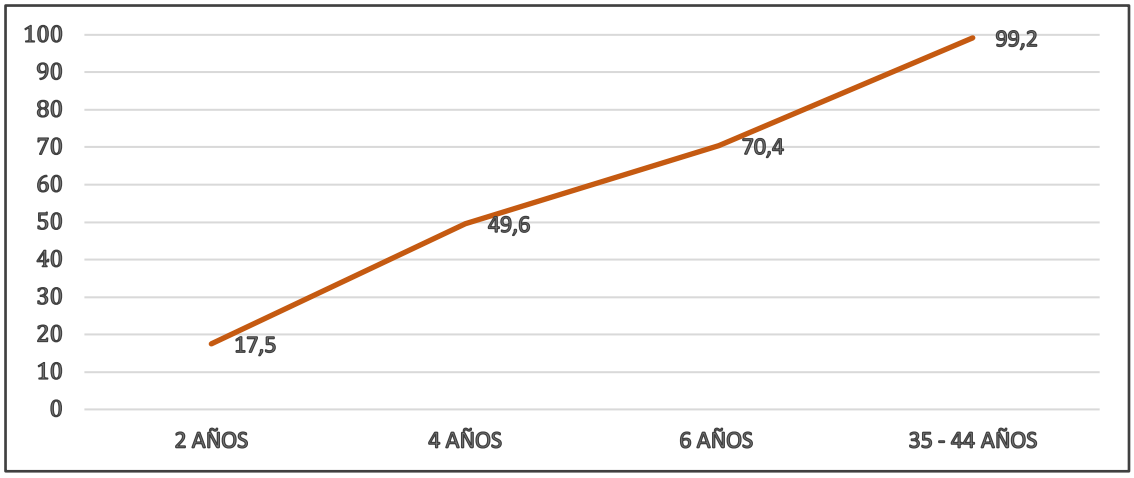
De estas tres patologías, la más prevalente es la caries, afectando a 70% de los niños chilenos de seis años con esta enfermedad, llegando a un 99,9% en el rango etario entre 35 a 44 años (Ministerio de Salud de Chile, 2017b). Su presencia puede agravar la progresión de ADM o complicar un cuadro de gingivitis.

El siguiente gráfico muestra la progresión de la enfermedad.

7 "Las anomalías dentomaxilares (ADM) corresponden a un grupo de alteraciones en el desarrollo de los maxilares que se presenta frecuentemente junto a mal posición dentaria que repercuten en la forma, función y estética del sistema estomatognático. La etiología es multifactorial, existiendo predisponentes de carácter sistémico, hereditario y congénito" (Cueto et al., 2017).

8 La gingivitis es el tipo de enfermedad periodontal que se observa con más frecuencia en los pacientes jóvenes; los tejidos blandos que rodean al diente son los afectados; se caracteriza por el edema, sensibilidad, enrojecimiento y sangramiento gingival. Está muy asociada a la deficiente higiene bucal (Carvajal, 2016b).

Figura 1. Prevalencia de Lesiones de Caries en el Ciclo Vital /%)

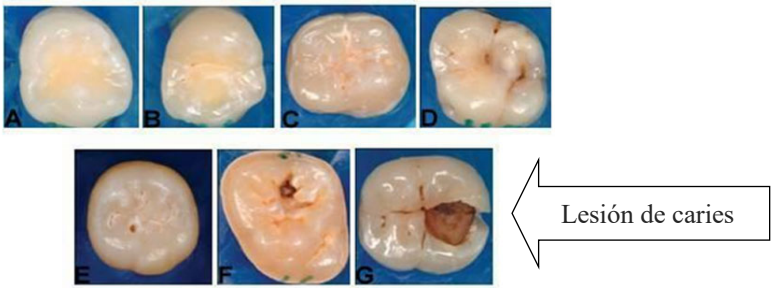


Fuente: Plan Nacional de Salud Bucal: 2018 – 2030 (MINSAL 2017)

Como consecuencia de la severidad de la enfermedad caries, 30% de la población de 65 o más años no presenta ninguna pieza dentaria en su cavidad oral.

La vigilancia epidemiológica más usada para evaluar la caries es principalmente el índice COP-D. Este índice se construye examinando la cavidad oral de grupos etarios definidos, registrando los dientes (letra D) que han sido afectados por la enfermedad, registrándolo con la siguiente nomenclatura: C de "cariado", O "obturado" y P "perdido". Vale decir, mide la cantidad de dientes que han sido afectados por la enfermedad formando una cavidad observable en la pieza dentaria. Este acuerdo en salud pública ha permitido hacer seguimientos de la situación de salud oral en distintos países a lo largo del tiempo. Sin embargo, la caries -una enfermedad crónica- no se inicia con la cavidad física que se observa clínicamente, sino que es un proceso lento que comienza con la pérdida de minerales del esmalte dentario, pasando por diversas etapas subclínicas (Castro, Vianna, & Mendes, 2018). La siguiente imagen muestra distintas etapas del proceso de caries hasta llegar a la cavidad.

Figura 2. Proceso de Desarrollo de Enfermedad de Caries



Fuente: Lizmar 2011

Por lo consiguiente, el índice usado para medir la salud oral busca evaluar el daño ya ocurrido. Es un dato importante, porque puede ser predictivo para medir el riesgo de seguir enfermo en el futuro. Es una fotografía de referencia a la hora de evaluar riesgo de futuras lesiones. Con todo, indica la historia pasada en la cavidad oral y el desafío está en diagnosticar oportunamente el nivel de progreso que se encuentra la enfermedad, sin tener que llegar a la lesión cavitada (Kidd, 2011).

El diagnóstico clínico de esta enfermedad cuando una persona es atendida por un odontólogo ha permitido una confusión. Esto porque se ha usado el término "caries" para la etapa en que ya existe la lesión en forma de cavidad. Cuando la persona dice "fui al dentista y me encontraron tres caries", lo que está señalando es que tenía tres lesiones de la enfermedad que ha avanzado hasta formar una cavidad. La evidencia apunta que lo relevante es evaluar la situación de progresión de la caries en la cavidad oral, identificar los factores de riesgo de esa persona y no sólo identificar cuantas cavidades son detectadas en el examen clínico (Castro et al., 2018; Kidd, 2011; Selwitz et al., 2007).

La enfermedad de la caries es definida como la destrucción localizada de los tejidos duros dentales a través de la desmineralización ocurrida por la producción de ácidos, fruto de la fermentación de carbohidratos de la dieta, realizadas por bacterias del biofilm. Los signos de esta desmineralización se observan en los tejidos duros, pero su inicio se da de forma microscópica en el biofilm o película bacteriana que cubre la superficie de un diente. Es una enfermedad multifactorial, que comparte factores de riesgo con otras enfermedades crónicas, con la alimentación, hábitos y estilos de vida, que se ve afectada por una serie de factores como exposición al flúor, consumo de azúcares en la dieta y conductas preventivas

como la higiene de las piezas dentarias, bajo flujo salivar, entre otros. En sus primeras etapas es reversible y puede ser controlada en cualquiera de las etapas de su progresión, incluso cuando se destruye esmalte o dentina (Selwitz et al., 2007).

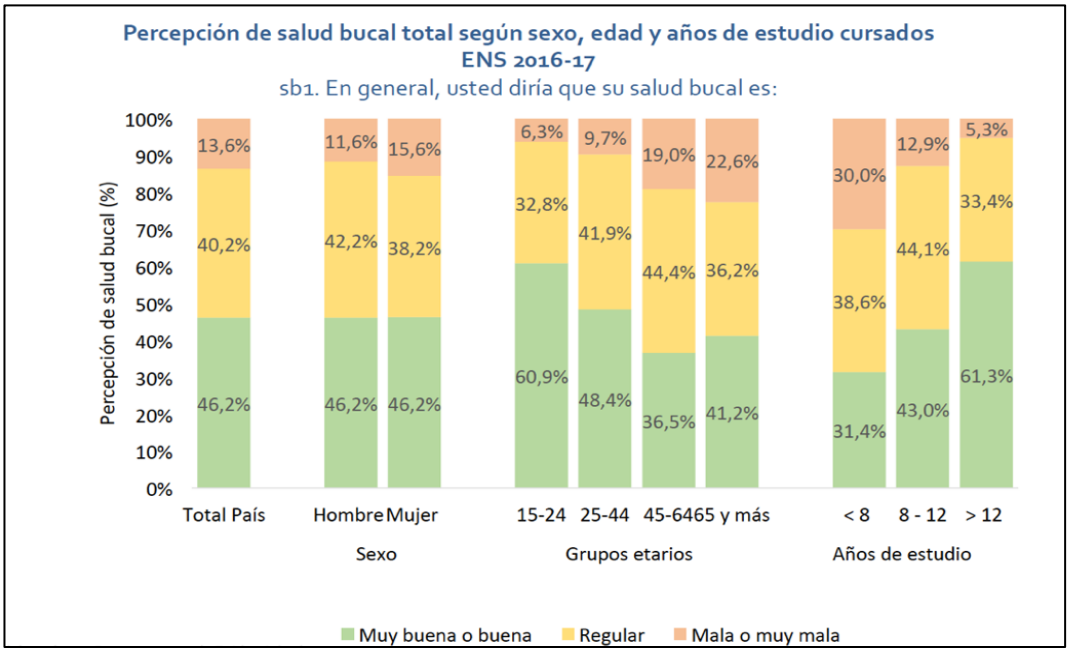
Considerando lo expuesto anteriormente, las personas que presentan piezas dentarias en su cavidad oral presentan caries (procesos de desmineralización) durante su vida y el desafío es cómo lograr que este proceso quede a nivel subclínico para no requerir alguna medida invasiva por parte del odontólogo (N. B. Pitts, 2004).

Corresponde señalar que, en el total de once millones de personas afectadas por ECNT en el país indicado anteriormente, no están contabilizadas las patologías orales a pesar de ser las enfermedades crónicas que presentan la mayor prevalencia en el país.

Un problema en este panorama de la salud oral es que los datos existentes son del levantamiento epidemiológico realizado entre el 2007 y el 2010. Por lo tanto, los planes de acción (por ejemplo, el Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030) han sido elaborados con datos de hace más de diez años. Eso no permite medir si las medidas adoptadas en el país durante esta década han sido realmente efectivas y si requieren ajustes para su continuidad, ni tampoco si los planes a futuro responden realmente a la realidad actual de la salud oral de los chilenos. No obstante, esta falta de datos actualizados, hay un esfuerzo para mejorar la salud busca avanzar en calidad de vida y bienestar, disminuyendo las inequidades sociales.

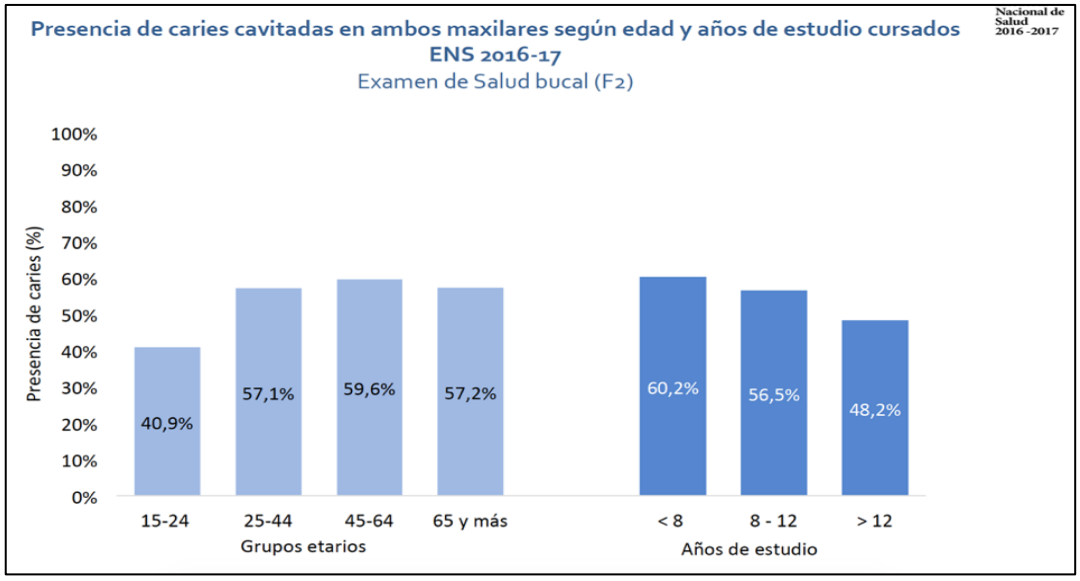
La ENS (2016-17) midió dos dimensiones de la salud oral que entregan información importante para comprender la salud oral de las personas. La primera es la percepción de la población chilena sobre el impacto que la condición de su salud oral tiene en su calidad de vida, uno de los indicadores que han sido planteados por los organismos internacionales a la hora de proponer estrategias para el cuidado de la salud de la población. La segunda es la presencia de caries cavitadas en ambos maxilares. Ambos indicadores consideraron género y años de estudio.

Figura 3. Percepción de Salud Bucal total según sexo, edad y años de estudio cursados (ENS 2016-17)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017.17)

Figura 4. Presencia de caries en ambos maxilares según edad y años de estudio cursados (ENS 2016-17)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2016-17)

Se puede observar que, a medida que las personas tienen más edad, perciben un mayor deterioro en su calidad de vida fruto de su salud oral. En contrapartida, 60,9% del grupo entre 15 a 24 años considera que su salud bucal es buena y muy buena, a pesar de que la misma encuesta indica que el 40,9% de este grupo ya presenta caries cavitadas[9] en ambos maxilares.

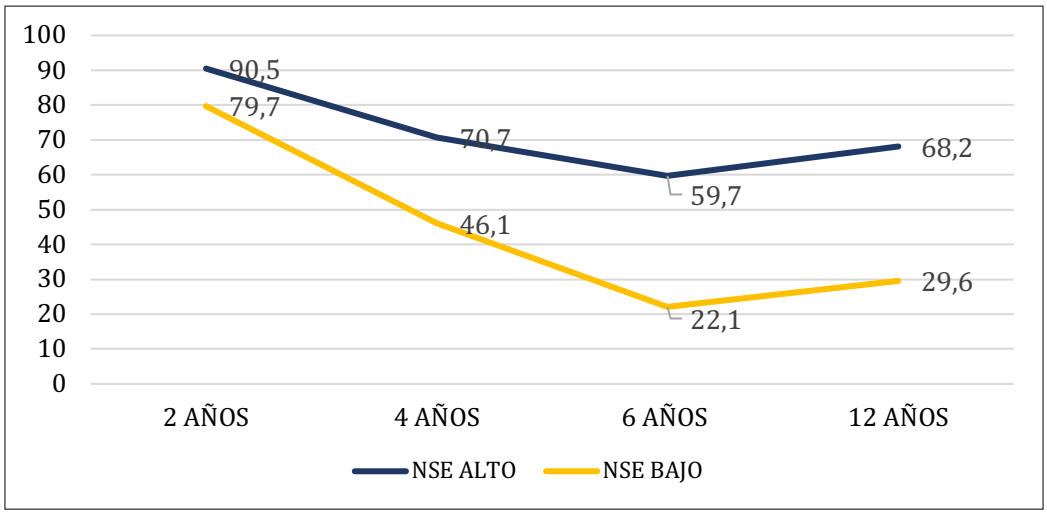
La percepción de una buena calidad de vida baja de 60,9% a 36,5% en el grupo etario de 45-64 años, cuando el 36,8% ya usa prótesis parciales debido a pérdida de piezas dentarias. Estos datos sugieren que la presencia o no de caries no es un signo percibido de disminución de calidad de vida, hasta que se inicia la pérdida de dientes. Pareciera que solo cuando se pierden se valora lo que significaba contar con ellas en su cavidad oral (MINSAL, 2018). Al ser la caries una enfermedad crónica y, por lo tanto, de lento desarrollo, esta pérdida se podría haber evitado.

Estos resultados se ven impactados por variables como género y por años de educación. Esta relación también revela la inequidad social en la salud oral de la población.

En relación con el indicador COP-D, sus valores indican la gravedad de la inequidad que se observa en la infancia. El Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030 señala que la proporción de niños libres de cavidades de caries en nivel socioeconómico bajo disminuye dramáticamente con la edad: inicia con un 79,3% a los 2 años, disminuye a un 46,1% a los 4 y llega a un 22,1% a los 6. Este 22,1% contrasta con el índice en los niños del nivel socioeconómico alto de la misma edad, que presentan un valor tres veces mayor, llegando a un 59,7% (MINSAL, 2017). Esta inequidad también se ve influida por la ubicación geográfica de los niños.

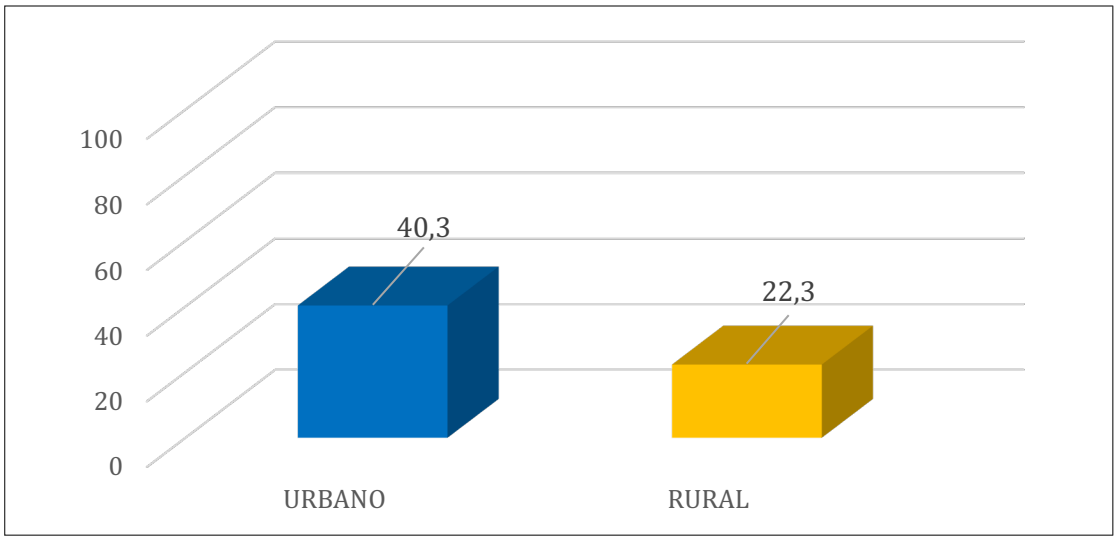
[9] Cavitadas: se refiere a las piezas dentarias que ya presentan una cavitación en su estructura que puede ser observada clínicamente.

Figura 5. Prevalencia de Niños Libres de Caries según Nivel Socioeconómico (%)



Fuente: Plan Nacional de Salud Bucal: 2018 – 2030 (MINSAL 2017)

Figura 6. Prevalencia de Niños libres de Caries a los 12 años según localización geográfica (%)



Fuente: Soto L; Tapia R y col. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años

Esta inequidad de la salud oral en la población demuestra que la salud oral tiene componentes sociales, identificados como determinantes sociales de salud, los que se relacionan con la cultura, los hábitos, los niveles educacionales, el ingreso familiar, las condiciones habitacionales y las políticas públicas (B. Ruiz, Urzúa, Cabello, Rodríguez, & Espelid, 2013). Existe vasta evidencia que relaciona estos factores con la salud oral (Montenegro Martínez, 2011; Newton & Bower, 2005).

Dentro de estos factores está el nivel socioeconómico y educacional, que impacta en el empoderamiento de las personas frente al cuidado de su salud. El empoderamiento de los pacientes se favorece en un modelo centrado en el paciente, que entrega una atención respetuosa, creando espacios de participación reales, respaldando sus decisiones respecto al tratamiento, su calidad de vida y su bienestar. Para que se pueda progresar, se requiere crear un campo de entendimiento común y una adecuada comunicación entre profesional y paciente, fomentando esfuerzos de promoción más amplios (Bravo et al., 2015a; Horowitz & Kleinman, 2008). Este modelo de atención ha permitido considerar a los individuos como protagonistas de su propia salud; permite a los odontólogos establecer diálogo con sus pacientes para comprender lo que cada uno espera lograr en una labor colaborativa (Maupome et al., 2016; A. Wong, Subar, & Young, 2017).

Los grupos más vulnerables presentan condiciones de vida que dificultan su empoderamiento, como su baja educación. Esto se pudo observar con los resultados de la ENS, donde las peores percepciones de su calidad de vida y salud oral, como la presencia de mayor cantidad de cavidades, se dieron en aquellos grupos con menos años de educación. En consecuencia, los profesionales deben fortalecer el empoderamiento especialmente en estas personas. La Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS sugieren una forma de avanzar en este sentido con una adecuada comunicación con el paciente, con entrega de información oportuna y clara para la salud, donde se señala que "los profesionales sanitarios, así como otros profesionales, deben conocer y aplicar el diálogo para satisfacer las necesidades de los pacientes" (WHO, 2009, p. 196).

Un elemento para disminuir las inequidades en salud oral es el acceso oportuno a la atención por un profesional. Llama la atención que Chile presente estos indicadores en salud oral existiendo treinta y nueve escuelas de Odontología, con un egreso de titulados en el año 2011 de 1.200 odontólogos (Alcota, Ruiz de Gauna, & González, 2016). En el año 2012, el

Colegio de Cirujanos Dentistas señaló que existían 14.500 profesionales del área en el país (Monsalves, 2012). Con este número, Chile presenta una relación de un odontólogo por cada 1.064 habitantes, menor que el recomendado por la Organización Mundial de la Salud que es de un profesional por cada 1.500 habitantes (Amâncio Filho, Lucietto, & De Oliveria, 2008). En consecuencia, se podría inferir que actualmente existen un número de profesionales que permitiría que todos los chilenos accediesen a la atención odontológica.

Sin embargo, la inequidad social también impacta este indicador, pues esta relación es de un odontólogo por cada 5.752 personas cuando se trata de la red de salud pública (FONASA), que atiende al 80% de la población chilena (Ministerio de Salud de Chile, 2017b). El veinte por ciento restantes de la población tiene acceso al sistema privado, donde los costos de atención son elevados y muchos no contemplan la salud oral, constituido fundamentalmente por las instituciones de salud previsional (ISAPRES). En este sistema, estas entidades son las encargadas de financiar las atenciones y beneficios de salud, de acuerdo con el plan pactado por cada cotizante y sus respectivas cargas. Las opciones ofrecidas por estas instituciones a sus afiliados son las atenciones entregadas por mega prestadores[10]. Esto ha obligado a las personas a tomar seguros complementarios o acceder a formas de financiamiento a través de tarjetas de crédito. Esta realidad también pone barreras para el acceso a la atención profesional oportuna (Monsalves, 2012).

Con el objeto de mejorar estos indicadores de la salud oral de la población, el Estado chileno hace décadas ha priorizado a la población infantil en el diseño de sus programas siguiendo la evidencia existente, con énfasis en la prevención y la promoción de la salud. Entre ellos podemos citar programa de salud oral de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), Sembrando Sonrisas, Programa CERO de la primera infancia, Garantía Explícita de Salud Oral Integral a los seis años de edad, entre otros, dependientes del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud de Chile, 2017b). La infancia presenta alto riesgo de desarrollo de la caries y también mejores posibilidades de éxito de planes de autocuidado de la salud oral (Kagihara et al., 2009; Nowak, 2011; Peres et al., 2019).

10 Son entidades de salud donde se ofrece la atención de diversas especialidades, organizados en cadena, los cuales debido a la cobertura, magnitud o volumen de prestadores cubren gran parte del mercado privado de atención odontológica. Presenta un sistema de atención fragmentado, donde el paciente es diagnosticado por un profesional, pero el plan lo realiza otro. Las relaciones laborales no son formales, el profesional recibe un porcentaje de lo cancelado por los pacientes. Algunos se integran de forma vertical con algunas Instituciones de Aseguradoras Provisionales (ISAPRES).

Se ha demostrado que una precaria salud oral a los diez años está relacionada con conductas desarrolladas en esos primeros años de vida, tales como alto consumo de azúcar, baja frecuencia de cepillado dental, consumo de jugos azucarados nocturnos antes del año y medio de vida (Marja-Leena, Päivi, Sirkka, Ansa, & Matti, 2008; Mattila et al., 2001).

Los destinatarios finales de estas estrategias son los niños, pero también sus padres o cuidadores (Nowak, 2011; Watt et al., 2006), considerando el papel fundamental que tienen las distintas interacciones que el niño hace con los miembros de los sistemas de su vida cotidiana (ENPI, 2010). En un reciente estudio cualitativo realizado por Humeres. Guzmán, Madrid, Fredes y Mustakis (2020) donde se entrevistó en profundidad a madres de niños atendidos en los Centros de Salud Familiar Ancora, ubicados en la comuna de Puente Alto, se observó el rol preponderante que tienen las madres en el desarrollo de prácticas de autocuidado de sus hijos, asumiendo esta responsabilidad como propia. Los padres no emergen como corresponsables junto a estas madres y el niño tiene un rol más bien pasivo en el desarrollo de estas prácticas al interior del hogar (Humeres-Flores, Guzmán-Orellana, Madrid-Canales, Fredes-Ziliani, & Mustakis-Truffello, 2020).

4. Programas Públicos Chilenos para la Salud Oral

El Estado de Chile, en la búsqueda de mejorar la salud oral de los niños, desarrolla programas desde tres sectores de la administración pública: salud, educación y desarrollo social. Los programas están diseñados desde las autoridades de salud y educación, enfocados en el control de la enfermedad caries, sin espacios de participación del niño y sus cuidadores para tomar decisiones sobre posibles planes de tratamiento y estrategias de autocuidado en el hogar.

4.1 Programa de Salud Oral JUNAEB

El Programa de Salud Oral, dependiente del Ministerio de Educación, fue creado en el inicio de la década de los años 90, considerando dos líneas: una asistencial y una preventiva. La institución responsable de su desarrollo es la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB). Su propósito es “contribuir a mejorar la salud bucal de los escolares de enseñanza pre-básica y básica de alta vulnerabilidad socioeconómica, a través

de diversas acciones odontológicas para evitar ausentismo a causa de enfermedades bucales."(Chile & Junta Nacional de Auxilio y Becas JUANEB, 2012, p. 8)

El área asistencial contempla acciones rehabilitadoras, preventivas y educativas, realizadas en un Módulo Dental, compuestos por un área clínica y un área promocional. El programa beneficia a los niños matriculados en escuelas municipales o particulares subvencionadas adscritas al programa. Esta atención se realiza de acuerdo con un convenio suscrito con las autoridades municipales, con un diseño incremental. Esto significa que se inicia la atención con los niños del nivel educativo de prekínder y luego estos estudiantes son controlados de forma periódica hasta octavo básico. Los niños de primero básico no están contemplados, pues reciben este beneficio a través de la Garantía Explícita de Salud (GES) de Alta Integral Odontológica de seis años, a cargo del MINSAL. Para que este módulo sea instalado en una determinada comuna del país, se requiere evaluar algunos criterios como los siguientes: daño odontológico, nivel de pobreza, índice de vulnerabilidad escolar[11], existencia de infraestructura y recursos para implementar el módulo en la comuna y disponibilidad comunal para proveer de insumos y materiales necesarios para la atención clínica y de las acciones preventivas y promocionales[12].

La línea preventiva corresponde al programa de entrega de leche fluorada (enriquecida con fluoruro de sodio), que tiene como objetivo controlar la progresión de la lesión de caries en sus primeras etapas de desarrollo. Las escuelas beneficiadas se encuentran en sectores rurales del país, en regiones que no cuenten con el agua potable fluorada[13].

La instalación de este programa que beneficia a niños desde el sector educación abrió el camino del trabajo intersectorial. Este tipo de labor es estratégica en políticas públicas; el cuidado de la salud oral requiere abordar variables más allá de las biológicas, involucrando todos los sectores de la sociedad comprometidas con el bienestar de los niños (Martínez Abreu, Capote Femenias, Bermúdez Ferrer, & Martínez García, 2014).

La labor educativa considera los objetivos de aprendizaje transversales y fundamentales propuestos en los diseños curriculares de los distintos niveles educativos hasta

11 "El índice de Vulnerabilidad Escolar (**IVE**) es un indicador utilizado en el marco de los Programas de Alimentación Escolar (PAE) de la JUNAEB, que se aproxima a medir el riesgo de deserción escolar de un establecimiento escolar, a través de una evaluación socioeconómica de sus estudiantes" (Recuperado de: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/28517/2/BCN_IVE_Cerro_Navia.pdf).

12 Recuperado de: https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/2074-programa-de-salud-oral

13 Recuperado de: https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/2074-programa-de-salud-oral

octavo básico. Propone una labor coordenada entre el responsable por la educación en el módulo y las comunidades educativas en los establecimientos. Establece como norma que los niños que ingresan al programa por primera vez participen de 3 sesiones educativas y los que son controlados a lo largo de su educación básica asistan a una. Cada sesión tiene 60 minutos. El número de asistentes a cada sesión es definido por cada módulo, con un máximo de 10 asistentes por cada una. Los temas están establecidos por el programa. Además de la educación de los niños, se establece una sesión para padres y apoderados. Finalmente, tiene material que se entrega para ser usado al interior del hogar.

Las formas de evaluar el logro de sus objetivos son a través de evaluaciones cognitivas. No se plantean planes de autocuidado definidos colaborativamente entre el niño, sus padres y el equipo de profesionales del módulo (JUNAEB, 2012). Tampoco se explicitan aspectos que orienten la atención clínica del niño desde un enfoque de atención centrada en la persona y articulada con la labor educativa del Módulo Dental.

4.2 Programa Sembrando Sonrisas

Está diseñado y desarrollado desde el MINSAL. Su objetivo es "Mantener y mejorar la salud bucal de la población de párvulos, fomentando la promoción y prevención de la salud bucal, a través de la adquisición de herramientas para el autocuidado y la aplicación de medidas de prevención específicas"(Ministerio de Salud de Chile, 2020, p. 5). Su ejecución considera dos visitas del equipo de salud odontológica (semestrales) a los establecimientos escolares de párvulos para aplicar flúor barniz, realizar un examen clínico y efectuar un trabajo intersectorial con las educadoras para implementar en conjunto las acciones promocionales a través de sesiones educativas. Se realiza una sesión de instrucción de técnica de cepillado, se entrega de un set con 2 cepillos y pasta de dientes y se considera una sesión educativa a padres y apoderados. Los beneficiarios son niños entre 2 y 5 años, 11 meses (Ministerio de Salud de Chile, 2020).

Las actividades educativas consideran el desarrollo de habilidades y destrezas de los participantes para incorporar conductas saludables centradas en capacitarlos en el cepillado bajo la supervisión del educador. Además, se plantean como temas la alimentación saludable, dieta cariogénica, uso del fluoruro, malos hábitos y temas generales de promoción de la salud.

Los indicadores de evaluación se relacionan con la cantidad de set de cepillo y pasta entregados, número de exámenes clínicos realizados y número de aplicaciones de flúor barniz (Ministerio de Salud de Chile, 2020).

No obstante, no está explicitado un rol activo de los niños y padres en la definición de planes de autocuidado, ni evaluación del aumento de su literacidad en salud oral.

4.3 Programa Guía Cero:

Su objetivo es "establecer una línea de trabajo que oriente y estandarice las acciones para la implementación de la población en control con enfoque de riesgo odontológico (CERO) en la Atención Primaria de Salud del país" (Ministerio de Salud de Chile, 2018, p. 5). Se espera de esta forma implementar un modelo de control de acuerdo con el tratamiento de patologías crónicas mejorando la eficiencia y eficacia de las patologías orales, definiendo la frecuencia de los controles según factores de riesgo. En este enfoque de riesgo se enfatiza una perspectiva biomédica, con una evaluación de la salud oral del niño usando preguntas dicotómicas, sin espacio para conocer los aspectos sociales y culturales que inciden en su salud oral y la *agenda setting* del niño y de sus padres. Hay una declaración de avanzar hacia la promoción de la salud, pero desde una relación paternalista.

El programa explicita que su modelo de atención es centrado en el paciente, destacando que "toda persona tiene derecho a recibir las prestaciones de salud de forma oportuna y sin discriminación" (Ministerio de Salud de Chile, 2018, p. 5). Beneficia a niños adscritos al Fondo Nacional de Salud (FONASA) o Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS) a partir de los 6 meses hasta los 6 años. El ingreso se realiza a través de la atención odontológica, donde se aplica una pauta de riesgo de caries y en función de ella se establece una estrategia de prevención específica. Los otros miembros del equipo de salud del centro de atención primaria refuerzan las medidas de prevención en los controles de sus respectivas áreas. En la atención odontológica se mide riesgo de caries, registrando aspectos relacionados con la dieta, higiene, acceso a fluoruros y una evaluación personal del profesional de la motivación que el considera que los padres demuestran durante la sesión. (Ministerio de Salud de Chile, 2018).

Existen algunas orientaciones para evaluar salud de las encías, pero no se observa ninguna evaluación o estrategia de prevención y/o intervención en el área de las anomalías dento-maxilares. Se establecen tiempos de duración de la atención clínica (20 minutos para la primera consulta, 15 minutos para los controles) y de la atención de los otros profesionales del equipo sanitario (aplicar pauta de evaluación de la salud oral dentro de los 5 minutos del control propio de salud). La evaluación del programa es numérica; contempla número de ingresos al programa, historia clínica, número de egresos. El elemento promocional considera las actividades que se realizaron "en los usuarios", en vez de "con los usuarios" (Ministerio de Salud de Chile, 2018). No está explicitado un rol activo de los padres y del niño en el fortalecimiento del autocuidado según sus *agenda settings* y contexto familiar.

4.4 Garantía Explícita de Salud (GES) de Salud Oral a los seis años

El propósito de este programa es "educar, prevenir y tratar precozmente a los niños de 6 años, para mantener y recuperar su salud bucal" (Integral, 2005, p. 29). Considera realizar examen clínico, diagnóstico, refuerzo educativo y la entrega de un set de higiene (cepillo y pasta de dientes). Está enfocado en la enfermedad caries, considerando una canasta de acciones preventivas específicas como aplicar sellantes en los primeros molares definitivos y flúor, además de la realización de acciones clínicas invasivas de acuerdo a las necesidades del niño.

Beneficia a todos los habitantes del país que tengan 6 años. Dependiendo del nivel FONASA en que está clasificada la familia, se realiza un copago de la canasta de acciones que va desde cero a veinte por ciento[14].

Entre los resultados esperados está "la valoración de la salud bucal en la población", pero no hay un indicador propuesto para medirla. Con la información epidemiológica existente, pareciera que existe una deuda pendiente en esta área, pues esta garantía existe desde el año 2005.

Por otro lado, la guía actual, elaborada el año 2013, indica la cantidad de altas integrales que se han realizado, pero sin un dato nacional que permita evaluar de qué forma esta garantía ha favorecido una mejoría de la salud oral de los niños desde una perspectiva

[14] Recuperado de: http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-18812.html

de autocuidado y su rol activo junto a sus padres o cuidadores.

4.5 Control de salud integral de la infancia

El propósito es incorporar el cuidado de la salud oral durante la supervisión de salud de los niños hasta los 9 años. Cuando se realizan estos controles, el equipo de salud controla los factores de riesgo de las patologías orales, entregando recomendaciones para que ocurran oportunamente cambios en las conductas de riesgo en la alimentación e higiene, con un enfoque hacia la caries. Si el profesional sospecha daño lo deriva para ser atendido por el equipo odontológico (Ministerio de Salud de Chile, 2017b).

4.6 Chile Crece Contigo

Este programa fue creado el año 2009 y es parte del Sistema de Protección Social Integral, desarrollado por el Ministerio de Desarrollo Social, que tiene por misión "acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor: "a cada quien según sus necesidades"[15].

Su objetivo es acompañar y realizar un seguimiento personalizado de los niños que son atendidos por el sistema público de salud desde el primer control de la gestación hasta que ingrese al sistema educativo hasta los 8 o 9 años. Dentro de este apoyo y acompañamiento se encuentran los programas de atención de salud oral y guías de apoyo a los padres y cuidadores en el sitio web.

El programa procura facilitar el acceso de los niños a los servicios y prestaciones relacionadas con las necesidades de este grupo etario y apoyarlos en cada etapa de su crecimiento. Además, apoya a los padres y cuidadores con material de información y educativo para que puedan cumplir con su labor de crianza y desarrollo de sus hijos.

[15] https://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/

5. Plan de Salud Bucal 2018 – 2030

El diseño y coordinación del Plan Nacional de Salud Bucal está a cargo del Departamento de Salud Bucal dependiente de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública. El Plan de Salud Bucal del MINSAL 2018 - 2030 plantea como misión "contribuir a elevar el nivel de salud de toda la población" (MINSAL, 2017, p. 6). Para esto propone el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario. Los principios transversales de su diseño son: equidad, intersectorialidad, participación ciudadana e inclusión – no discriminación.

Se plantea la formación y el desarrollo de equipos de salud que respondan a las necesidades de salud bucal de las personas (MINSAL, 2017). La siguiente infografía muestra los principios del modelo al que el plan adscribe:

Figura 7. Modelo de Atención Integral propuesto por el Ministerio de Salud de Chile



FUENTE: Plan de Salud Bucal 2018-2030 (MINSAL, 2017)

El plan se plantea cuatro ejes estratégicos. En ellos se observan avances para avanzar hacia un cuidado de la salud oral que considere una visión interdisciplinaria que considere la salud y la enfermedad como fenómenos sociales y no puramente biológicos y una atención más centrada en las necesidades específicas de la diversidad de realidades de la población chilena, en especial los niños a lo largo del país.

- **Eje 1: Promoción de salud y prevención de las enfermedades bucales:** Este eje incentiva y valora de la literacidad (alfabetización) en salud bucal.
- **Eje 2: Provisión de Servicios Odontológicos de Calidad:** Este eje busca fortalecer los programas de salud oral considerando los factores comunes a otras enfermedades crónicas, con una visión de ciclo de vida**.**
- **Eje 3: Desarrollo de Recurso Humano:** En el eje se propone fortalecer el desarrollo del recurso humano odontológico de acuerdo con la necesidad del país, lo que puede favorecer una atención centrada en el paciente.
- **Eje 4: Investigación, Monitoreo y Evaluación:** en este eje, se procura priorizar la cobertura de los programas según los Determinantes Sociales de la Salud. Esto permite pensar que el cuidado de la salud oral salga del enfoque puramente de factores biológicos y se amplíe al impacto que tienen otros factores como culturales y sociales.

En el plan no se declara un enfoque centrado en el niño, que asegure su espacio de participación a la hora de definir formas de cuidar su salud oral, fortaleciendo el autocuidado.

6. Síntesis

El mundo ha sufrido un cambio en el perfil epidemiológico, con una alta prevalencia de las enfermedades crónicas no trasmisibles. Los factores para su desarrollo no sólo son biológicos, sino que abarcan estilos de vida y condiciones sociales, económicas y educativas. Este cambio exige a los sistemas de salud, universidades y diseños de los protocolos de atención clínica, de cambios en sus enfoques, favoreciendo mayor empoderamiento de las personas para fortalecer su autocuidado. Los niños son una población donde se debiera enfocar las políticas públicas, pues la evidencia señala que hay mayores posibilidades de cambio de conductas y de control oportuno de la progresión de estas enfermedades. Esta

priorización debe favorecer su empoderamiento, una mejor comunicación con los profesionales de la salud y una acción colaborativa la hora del diseño de los planes de atención y de autocuidado.

La salud oral aún enfrenta el obstáculo de no ser parte de la agenda de los organismos nacionales e internacionales a cargo de las definiciones políticas para abordar el control de las ENTC, a pesar de que sus patologías presentan una elevada prevalencia y están asociadas a altos costos directos e indirectos en su cuidado. La FDI ha elaborado una definición de salud oral más adecuada a la amplitud de los elementos anatómicos que la componen y diversidad de funciones vitales y que se relaciona con el bienestar de la persona. En Chile los indicadores de salud oral muestran alta prevalencia de las patologías aquejando los niños a temprana edad, con efectos irreversibles en su vida adulta, gran inequidad social y geográfica. Los programas de salud oral vigente presentan elementos de prevención, educación, pero aún son con un fuerte componente asistencial y paternalista por parte de los equipos de salud, sin espacios de participación y empoderamiento de los niños y sus familias.

CAPÍTULO 2: INTERACCIONISMO SIMBÓLICO

1. Introducción

Este capítulo busca presentar los aportes del interaccionismo simbólico a la comprensión de la interacción del odontólogo y el binomio (niño/padres) y a lo que significa la salud oral y el autocuidado. Para esta comprensión se presentarán aspectos teóricos del concepto, articulando esta base teórica con la experiencia del profesional con el binomio durante la atención clínica.

En su Reporte Anual de la Salud Oral del año 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que las enfermedades crónicas son el principal problema de salud en el mundo y que sus causas están estrechamente ligadas a los estilos de vida y, en una visión más amplia, a los determinantes sociales de la salud. El tratamiento tradicional rehabilitador tiene un alto costo lo que limita aún más el acceso oportuno a la atención odontológica. Esta situación impacta en la calidad de vida de las personas y en sus relaciones sociales (Petersen, 2003).

En Chile la situación es similar a la descrita por la OMS, con una alta prevalencia de las patologías orales en la infancia (Ministerio de Salud de Chile, 2017b). Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENS – 2016-17) mostró que hay diferencias en la evaluación sobre el impacto de la salud oral y la calidad de vida. Ese número llega casi a 70% del grupo etario entre 15 a 24 años a pesar de que 40% de ellos ya presentaba alguna pieza dañada con lesión de caries. Por otro lado, esta evaluación en el grupo 45-64 años cae a 36%, cuando en promedio ya han perdido 6 piezas dentarias (MINSAL, 2018).

Se podría inferir que las personas no evalúan que su calidad de vida es afectada con la destrucción del tejido dentario, pero sí cuando hay pérdida de la pieza. Estas distintas evaluaciones pueden ocurrir porque la apariencia de los dientes es muy relevante para la construcción de la imagen de la persona y su relación con las demás. La salud oral es parte integral de la función social, profundizándose así las brechas existentes (Exley, 2009). La boca se ubica en una posición en el rostro que la hace muy visible y por lo tanto es más fácil

identificar cualquier alteración. Este impacto es mayor en la población más vulnerable, que es la que presenta mayor daño.

Estar o no enfermo puede no ser una definición estática sino dinámica, con la influencia de otros factores como la cultura en la cual las personas conviven. La dimensión cultural de salud y enfermedad considera conocimientos, prácticas, organizaciones relacionadas con la salud, su cuidado y el tratamiento cuando se encuentre alterada. Esta comprensión surge como consecuencia a una construcción simbólica de la cual se producen significados (Duque-Páramo & M.C, 2007). El sentido de lo que es saludable o estético contiene componentes culturales. Por ejemplo, en Borneo, los nativos se tiñen los dientes de negro para diferenciarse de los perros y los europeos, lo que para la sociedad occidental es algo anti estético (Olvera et al., 2010).

Por otro parte, por décadas el odontólogo ha ejercido su profesión con una perspectiva fuertemente influenciada por el positivismo y el enfoque biomédico, sin considerar el marco cultural. Esta aproximación prioriza solucionar las consecuencias de la enfermedad y centrándose más bien en el diagnóstico de los síntomas y condiciones clínicas del paciente (Nicolau, Thomson, Steele, & Allison, 2007; Francisco J. Ramos-Gomez et al., 2014; A. Wong et al., 2017). En este enfoque prima la realización de protocolos de atención para realizar "planes de tratamiento ideales" (Abadía Barrero, 2006)., planes estandarizados que no recogen la perspectiva de la persona, de su contexto social y cultural excluyendo los objetos significativos propios del paciente y su experiencia frente al cuidado de su salud oral.

El concepto de cultura que esta investigación acoge es la definición de Geetz (1973) como se citó en (Bech 2008), que la define como el entramado de significaciones que permiten a las personas interpretar sus experiencias y orientar sus acciones, terminando en la construcción de una estructura social desde la cual se establecen las relaciones humanas.

Lagndon & Braune (2010) complementan el concepto indicando que: "se caracteriza como un conjunto de elementos que median y califican cualquier actividad física o mental que no sea determinada por la biología y que sea compartida por diferentes miembros de un grupo social. Se trata de elementos sobre los cuales los actores sociales construyen significados para las acciones e interacciones sociales concretas y temporales, así como sustentan las formas sociales vigentes, las instituciones y sus modelos operativos. La cultura incluye valores, símbolos y prácticas (p.179)(Langdon, E; Braune, 2010).

En el caso específico de la infancia, la salud oral tiene diferentes significados, lamentablemente varios relacionados con dolor, ansiedad y fobias. Por ejemplo, la representación de la profesión odontológica en los medios de comunicación ha enfatizado los sentimientos de angustia, ansiedad y ha caracterizado a los odontólogos como seres extraños. Las características representadas más frecuentemente son miedo y dolor. A pesar de la discusión actual sobre la humanización en la atención odontológica, aún persiste una construcción social negativa frente a la atención clínica odontológica (Pinho, Dias, Carvalho, & Barros, 2008). Esta representación, según la evidencia, relaciona miedo, atención odontológica y pobreza y elevado riesgo de enfermedad. Una explicación es el aprendizaje vicario que el niño realiza de las experiencias vividas por la familia y amigos, con especial influenciada de la madre (Lin et al., 2014a).

La Federación Internacional de Odontología (FDI) ha elaborado una definición que busca recoger este concepto más amplio de la salud oral presentada en el capítulo anterior, que busca encuadrarla en una visión más amplia. Frente a esta propuesta queda pendiente disminuir la brecha social para que todas las personas tengan la oportunidad de contar con una salud oral con estos estándares.

El cuidado de la salud oral cuenta con evidencia abundante que señala cuáles son los factores de riesgo que inciden en el progreso de las enfermedades crónicas más prevalentes (U.S. Departement of Health and Human Services, 2000). La infancia es un grupo del ciclo viral estratégico para focalizar programas de mejoría de la salud oral. Este cuidado requiere de la presencia y compromisos de los padres, que son fundamentales en la iniciación y mantención de los comportamientos de autocuidado en sus hijos. Ellos además, influyen a través de las interacciones interpersonales que tienen con sus hijos y en el aprendizaje de conductas relacionadas con la salud, los cuales son más difíciles de cambiar en la adultez (de Jong-Lenters, Duijster, Bruist, Thijssen, & de Ruiter, 2014).

El cambio debe avanzar hacia un enfoque de cuidado de la salud oral que esté centrada en el paciente y en la construcción de una relación donde se compartan las responsabilidades del cuidado entre los actores involucrados y para eso es necesario incorporar los significados que cada interactuante tienen sobre la salud oral y la forma de cuidarla.

Las ciencias sociales pueden hacer un importante aporte para avanzar en esa dirección, considerando los aportes teóricos del Interaccionismo Simbólico, surgido hace un

siglo y conocido como la Escuela de Chicago. Se caracterizó por un conjunto de trabajos de investigación en el campo de las ciencias sociales, donde se buscó fortalecer la investigación social de corte cualitativo. Hasta entonces, las investigaciones en el campo de las ciencias sociales eran consideradas alejadas de la realidad (Piovani, 2011).

Esta corriente propone es la realidad interpretada la que se constituye como una realidad social. Las personas no responden a los hechos objetivos, sino más bien a las interpretaciones que hacen de ellos (Sadaba, 2001). Estas interpretaciones son denominados de encuadres que le den sentido a la experiencia, no en el aire, sino como parte de un contexto cultural mayor.

2. Interaccionismo simbólico – fundamentos desde Blumer y Mead

El interaccionismo simbólico surge desde la Escuela de Chicago en la década de los años 20 y continuó su desarrollo en los años posteriores. Para esta investigación se consideran los aportes de tres autores que influenciaron en esta corriente de pensamiento: Mead (1934) Blumer (1969) y Goffman (1956).

Hasta entonces, la investigación de las ciencias sociales estaba influida por los hallazgos y aportes de las investigaciones de Watson y Skinner, que estudiaron el comportamiento humano bajo el enfoque de la psicología del conductismo. Esta perspectiva se enfocaba en la conducta sin considerar la conciencia o la mente. Frente este planteamiento, surgió el interaccionismo simbólico que le agregó a este comportamiento observable la expresión en la vida interior de la persona. En consecuencia el estudio de la conducta no podía ser un fin en sí mismo, sino un medio para conocer sus procesos internos (Garrido, A ; Alvaro, 2007).

Esta perspectiva propone que la realidad tiene significados para cada individuo a través de un proceso de interpretación. Vale decir, que las personas no responden a los hechos objetivos, sino más bien a las interpretaciones que hacen de ellos. Lo importante no es cómo se presenta la realidad exterior, sino la forma en que es interpretada (Sadaba, 2001).

Esta forma interpretativa de comprender la realidad se denominan encuadres y son principios organizadores compartidos socialmente y que perduran en el largo plazo, conformando significados simbólicos, lo que permite estructurar el mundo social (Koziner,

2013). Para construir estos significados se consideran aspectos afectivos y cognitivos, que se suman a las experiencias previas personales y colectivas, que le darán un significados a lo que cada persona desea comunicar (Blummer, 1998).

El Interaccionismo Simbólico se puede caracterizar de acuerdo con tres principios:

1. El individuo tiene la capacidad de acción para interpretar el mundo (el mundo no está dado);
2. El individuo y el mundo son dinámicos y se construyen recíprocamente (se interpretan situaciones);
3. El mecanismo de la acción humana y de su interacción entre sí, se define simbólicamente (Gadea, Thomas, Park, & Wirth, 2018).

Blumer (1998) postula que las personas asignan los significados a determinado objeto que genere interacción, independiente de su origen o jerarquía: árboles, sillas, amigos, gobierno, honestidad, autonomía. Sus significados se constituyen cuando las personas interactúan, y son modificados a través de un proceso interpretativo realizado entre los participantes de la interacción. Cada uno de estos objetos tendrá un significado que puede ser distinto para distintas personas y, por lo tanto, los significados son transmitidos por un proceso social. Por ejemplo, una barra de cereal puede tener distintos significados para un odontólogo, un cocinero o un técnico en alimentos. La comunicación se construye entonces, en una relación mutua, bajo los significados o encuadres que los interactuantes hacen de la experiencia vivida, a través de percepciones y valores que le otorgan sentido a la experiencia (Blummer, 1998; E. O. Rivera, 2006).

Desde esta perspectiva, la construcción de la experiencia de la atención clínica del niño surgirá fruto del intercambio de encuadres del niño, del profesional que lo atienda y de los padres. Entrarán en esta negociación los valores que tengan la salud oral, el rol educador de los padres, la autonomía que haya desarrollado el niño, el enfoque de atención del profesional, si es centrado en solucionar la situación de enfermedad o centrada en el empoderamiento del binomio niño/padres. En la medida que el profesional tenga en cuenta los encuadres de quienes asisten a la clínica, es más probable que se pueda negociar un sentido compartido hacia el autocuidado de la salud oral.

La interacción es una relación propia de la naturaleza de la sociedad humana por su carácter comunitario. Sus acciones están constituidas por múltiples dimensiones que surgen inevitablemente de las distintas interacciones entre los individuos. Estas acciones, tanto individuales como colectivas, consideran lo cultural y lo social (Gadea et al., 2018). En la cultura se organizan las costumbres, tradiciones, valores que derivan en las conductas humanas. En lo social se destaca la vida social humana como un proceso permanente de articular las conductas y las actividades realizadas en grupos, denominada sociedad. Las interacciones requieren acciones, las acciones interrelacionan a las personas conformando comunidades (Bech, 2013a).

Esta perspectiva favorece una nueva mirada de cómo se ha comprendido la labor del odontólogo hacia la sociedad, qué valor cultural tiene la salud oral, cómo la calidad de la salud oral impacta en la vida de las personas, en lo afectivo o laboral, cómo se desarrollan los hábitos de cuidado de salud oral en la familia. Son significados que impactan en la interacción del odontólogo con el niño y sus padres cuando se encuentran en la clínica. Este conjunto de situaciones son conocidos en el mundo sanitario como determinantes sociales de la salud, los cuales se relacionan con la cultura, los hábitos, los niveles educacionales, el ingreso familiar, las condiciones habitacionales y las políticas públicas (B. Ruiz et al., 2013). Existe vasta evidencia que relaciona estos factores con la salud oral (Montenegro Martínez, 2011; Newton & Bower, 2005).

La construcción de los encuadres surge desde la inteligencia o la imaginación simbólica que caracteriza a los seres humanos, mediada por el lenguaje. Por lo tanto, la realidad existe bajo una compleja articulación de formas simbólicas dependientes de esta capacidad del ser humano de comprender y de expresar sus experiencias. Para procesar esta información, la persona echa mano de su percepción, a través de la cual selecciona, organiza, jerarquiza lo que observa; asignándole un valor a lo que se capta en esta interpretación simbólica y que incide en lo que comunica (Bech, 2008). El lenguaje expresa estas representaciones y las sociabiliza en sus interacciones con los demás e incorpora en su identidad personal. Este proceso construye cultura, permite que las personas orienten sus acciones y establecen las relaciones humanas (Bech, 2008; Bermeasolo J, 2016).

Frente a la fuerza que puede tener el lenguaje en la organización y jerarquización que la persona realiza de la realidad, las palabras toman relevancia en la forma que se ha encuadrado el cuidado de la salud oral por décadas, y que al final del día configuran realidad. En esta realidad se usa frecuentemente palabras como: presupuesto gratis, tapadura, picadura, obturación, masita, gusanito, abejita, taladro, revisar, arreglar, hoyo.

En la construcción de los encuadres surgidos de la interacción del odontólogo y el niño, no se puede dejar fuera el rol del adulto responsable de su cuidado y que está presente en la atención clínica. La forma en la que el niño exprese sus pensamientos y sus encuadres, depende fuertemente del contexto familiar, tanto de las interacciones que haga con sus padres como del nivel de estimulación que reciba de este ambiente familiar (Villalón, 2008). Este adulto tiene un rol importante a la hora de implementar las prácticas de cuidado al interior del hogar. Por otro lado, el niño de 6 años ya tiene un grado de influencia en su implementación y es capaz de negociar cómo llevarlas a cabo (Davies & Bridgman, 2011).

Para Mead (1934), tomar una decisión es un momento clave. Él señala que este carácter reflexivo del pensamiento de la persona posibilita que pueda prever las posibles consecuencias de sus decisiones, considerando su bagaje de experiencias previas. De esta forma, es posible decidir por la opción que parezca más adecuada para hacer frente al desafío enfrentado y actuar en consecuencia (Garrido, A ; Alvaro, 2007). Esta actitud reflexiva es una oportunidad para fortalecer su empoderamiento en el cuidado de la salud oral.

Las decisiones que se tomen pueden impactar en el futuro del niño, pues la salud oral tiene implicancias diversos aspectos como la autoestima de las personas. Malos indicadores de salud oral en adolescentes están relacionados con ansiedad, depresión, baja autoestima y problemas psicosociales. Ellos aumentan el riesgo que presenten bruxismo o trastornos temporomandibulares, que afectan la calidad de vida (Cerón Bastidas, 2018).

El concepto que la persona construye de ella misma ocurre socialmente. Para Mead (1934) comprender a una persona requiere considera su aspecto social. El auto concepto surge de la interacción que la persona tenga con la sociedad, donde se reflejarán expectativas y evaluaciones que los demás hagan de ella. El auto concepto surge de las diversas identidades sociales de la persona, consecuencia de los distintos roles que asuma

y de la capacidad que el ser humano tiene de mirarse a sí mismo como objeto (Cazalla Luna & Molero López-Barajas, 2013).

Mead (1934) plantea este auto concepto como *self*. Lo define como la construcción de sí mismo a partir de la interpretación de las respuestas de los otros y de lo que la propia persona cree que los otros perciben de ella. Se construye a través de las relaciones comunitarias que se instauran entre los individuos. El desarrollo de la persona (*self)* se realiza a través de un proceso simbólico, en la medida que los símbolos y los signos definen los comportamientos. De esta forma un niño le puede dar un sentido a su conducta a partir de lo que percibe de las personas que lo rodean, de cómo interpretan y reaccionan frente a sus actos. El niño construirá su *self* a partir de estas retroalimentaciones sociales junto con sus experiencias y su capacidad de verse a sí mismo como objeto; primero en situaciones puntuales, para luego incorporarlas de forma más organizada como forma de relacionarse socialmente (Tomasini, 2010). Los encuadres de las experiencias vividas en la atención clínica, interactuando con los adultos que lo rodean, será fuente de información para que el niño constituya su autoimagen.

Este enfoque de Mead puede ser fundamental para ayudar en el fortalecimiento del autocuidado del niño. Según Erikson (1950) el niño de 6 a 8 años se encuentra en la etapa de laboriosidad, buscando superar su sentimiento de incapacidad e inferioridad. Este significa que busca sentirse competente y participar de procesos, asumir responsabilidades, compartir compromisos. El proceso requiere de estimulación afectiva para que ocurran aprendizajes significativos (Bordignon, 2005). Los adultos que comparten con él su autocuidado (padres y odontólogo) deben promover la construcción de una *self* de un niño activo y no pasivo frente al cuidado de su salud oral.

Mead reconoce que esta construcción de *self* en la interacción social no está libre de tensiones y que en ella influyen variables como el género, la etnia, edad, religión y la clase social que interactúa (Stryker, 2008). La influencia de estas variables incide en inequidades sociales en salud y los profesionales deben cuidar para superar este sesgo, asegurando a todos los niños la misma oportunidad de una adecuada salud oral.

Mead define dos elementos de la *self* que son importantes para esta investigación. La primera es que su construcción considera una conducta que demuestra interés en ayudar al otro, en ser capaz de ponerse en su lugar, en actuar considerando de qué forma le gustaría ser

tratado (Ruiz-Junco, 2017). Al caracterizar esta actitud se genera un espacio de encuentro y de ayuda, tan importantes en la interacción entre el odontólogo y el niño.

El segundo es la implicancia ontológica de otorgarle al ser humano una característica única: la de tener conciencia de sí mismo. Esto le permite ser capaz de percibirse, conceptualizarse, comunicarse consigo mismo. Ser capaz de reflexionar sobre sus acciones y hacer reparos a este actuar, designarse metas, relacionarse con los objetos que lo rodean (Blumer, 1966). Considerar al ser humano con esta capacidad fortalece la convicción de que, a pesar de las dificultades señaladas anteriormente, las personas son capaces de hacerse cargo de su salud, plantearse metas, reflexionar sobre su conducta.

3. La experiencia comunicacional: el aporte de Goffman para la comprensión de la interacción del odontólogo y niño en el contexto clínico.

El encuentro de las personas se realiza a través de una puesta en escena donde ellas asumen determinados roles. Esta construcción permite lo que Goffman denomina, ponerse en situación estableciendo la mejor manera de actuar para obtener la respuesta deseada. De esta forma, es a través de un proceso interpretativo que se definirá el sentido de las situaciones cotidianas (Ardèvol-Abreu, 2015).

Cada vez que un individuo se encuentro con un grupo, deseará proyectar una determinada "definición de situación". En esta decisión tomará en consideración que quienes lo observan no lo hacen de forma pasiva, a ellos también les interesará proyectar su definición de situación en función de lo que interpreten de la interacción. En este juego de definiciones individuo y grupo buscarán llegar a una situación armónica, donde no haya espacio a contradicciones entre sus respectivas puestas en escena. (Goffman, 2006).

Goffman (1956) señala que los individuos se aproximan a la realidad de acuerdo con situaciones definidas como reales luego de un minucioso examen y proceso deliberativo, que les permite definir cómo actuar. Además de esta evaluación, consultan sus conocimientos previos, que permitirán configurar posibles interpretaciones para luego actuar, construyendo una determinada situación (Koziner, 2013).

Desde esta perspectiva, la experiencia comunicativa entre el odontólogo y su paciente se establecerá bajo los encuadres que cada uno haya construido en una determinada "puesta de situación". El concepto "experiencia comunicativa", establecido por Goffman,

se aproxima a la realidad percibida de la interacción; no es una relación pasiva o unidireccional, sino que, como señala Kumagai (2008), es relacional y dinámica, considerando la historia y el motivo por el cual el paciente asiste, con todos los encuadres originales con que llegan los participantes a la sesión clínica. Eso hace que la relación sea más bien un proceso y no un acto puntual (Kumagai, 2008).

Goffman (1956) valora la relación de los individuos "cara a cara", donde la comunicación interpersonal se establece en una determinada puesta en escena. Los significados serán construidos no sólo por el rol que la persona asuma, sino también por lo que se comunica de forma no verbal, expresado a través de valores, percepciones y creencias en este determinado contexto cultural compartido (Delgado-Gallego, Vázquez-Navarrete, & de Moraes-Vanderlei, 2010).

3.1 La puesta en escena

Goffman (1981) define la interacción entre las personas "como la interacción total que tiene lugar en cualquier ocasión en que un conjunto dado de individuos se encuentra en presencia mutua continua"(Goffman, 1981, p. 27). El término usado es *encuentro* (encounter). Su propuesta hace un paralelo entre estos encuentros y la actuación y puestas en escena teatrales (Goffman, 2006).

La pauta de acción preestablecida que se desarrolla durante una actuación puede haberse usado en escenas anteriores y se conoce como "*papel o rutina*". Cuando una persona o actuante repite un papel frente a diferentes públicos, su performance considera que lo que ocurre no es sólo una relación interpersonal, sino una relación social. Esto significa que el estatus establecido para ese rol del actuante cuente con ciertos acuerdos previos de representación social. Debido a estos acuerdos, la persona asume esta conducta en diferentes contextos que deba hacerlo (puestas en escena), o lo realice cada vez que se encuentre frente a un mismo tipo de público (Goffman, 1981).

Se puede ejemplificar este concepto del autor considerando la atención clínica odontológica. En ella se ha establecido que el profesional asume su rol de profesional, dueño del conocimiento, que interactúa con el adulto acompañante del niño. Este niño, a su

vez, ocupa un rol más bien de actor de reparto o parte de la escenografía, en vez de tener el rol protagónico que le corresponde por su salud oral lo que está en discusión.

Esta definición de roles debe avanzar hacia una situación que cumpla con las expectativas y necesidades del niño, quien es el paciente. Una dificultad para avanzar hacia su rol protagónico puede ser que le falta confianza en el rol que debe asumir y, por lo tanto, la situación es controlada por quien desea definirla que, en este caso, es el profesional. Otras veces, la dificultad de generar esta rutina de un paciente empoderado ocurre porque los adultos subvaloran sus potencialidades y conocimientos (Agudelo & Mart, 2008).

Es interesante el concepto de *ponerse en situación* creado por Goffman, porque le da energía, movimiento a la interacción odontólogo - niño. Ya no sólo hablamos de una interacción comunicacional no lineal, sino de una interacción dinámica que se resignifica no sólo mientras la relación se establezca temporalmente, sino que se irá construyendo con otras experiencias, tanto pasadas como futuras, que prevalecerán en las nuevas interacciones que ocurran entre ambos.

Por otro lado, en un *encounter* los interactuantes buscarán contar con información sobre lo que el otro desea de la interacción o evaluando qué está en juego en el encuentro. Para Goffman, el actuante valorará contar con este tipo de información previamente, para poder identificar la situación que se generará en el encuentro y prepararse adecuadamente para el manejo de las expectativas generadas allí. Además, al tener la oportunidad de prepararse para esta situación, el individuo puede entregar la respuesta considerada como la más adecuada y de esta manera, la situación ocurrirá conforme a lo esperado por todos los participantes (Goffman, 1981).

El cumplimiento de estos roles se dará en lo que Goffman define como fachada. El autor señala que ella sirve como una referencia frente a las situaciones que se generen en los encuentros “cara a cara”. El autor la define como “toda actividad de un individuo que tiene lugar durante un periodo señalado por su presencia continua ante un conjunto particular de observadores y posee cierta influencia en ellos” (Goffman, 1981, p. 34). La fachada se elabora en la *puesta en escena*, donde el actor se relaciona con el medio: las luces, los decorados, el trasfondo escénico. Como normalmente estos espacios son fijos, son los actores los que hacen las modificaciones, desplegando su repertorio de roles. Si

ocurre un cambio de fachada, ella no se da en una hoja en blanco, sino más bien como una elección entre fachadas que ya fueron socialmente establecidas.

Considerando que la puesta en escena de una atención clínica es más bien fija, las modificaciones en la atención clínica surgirán de estas distintas fachadas que se han acordado socialmente para odontólogos, niños y padres. La fachada que aún ha permanecido es la de un profesional paternalista que orienta la situación hacia sus propios valores y expectativas. Estas fachadas además influenciarán y serán influenciadas por el locutor interno, el *self* de cada participante de la interacción (Garcia Selgas, 1994).

"Todo lo que no sea verbal, que sea más bien teatral y contextual, presumiblemente involuntario, se maneje o no, es en forma intencional" (Goffman, 1981, p. 16). Lo relevante no es lo que la persona cree transmitir hacia el grupo, sino lo que los otros recojan, de forma correcta o incorrecta, de esa persona con la cual interactúan (Goffman, 1981).

Mead hace un aporte a esta dimensión de lo teatral, planteado por Goffman, a través de lo que denomina el gesto. Mead señala que un gesto puede comunicar y para eso debe tener un valor simbólico, en la medida que la persona sea capaz de anticipar la respuesta que recibirá debido a un determinado gesto previamente realizado. Lo esencial comunicacionalmente hablando será, entonces, la capacidad de anticipar la respuesta de otros hacia un gesto, debido a que ha sido capaz de ponerse en el rol del otro (Garrido, A ; Alvaro, 2007). En una interacción clínica los gestos como el saludo, la posición de pies y manos, el encuentro de las miradas, generan comunicación que no debe ser subvalorada por el profesional para construir la relación "cara a cara" con el niño.

Otro elemento que Goffman entrega es el juego, que tiene un rol importante, pues en él, los participantes tienen claridad de las reglas a seguir y, por otro lado, quienes no participan pueden comprenderlo. A través del juego el autor señala que se crea un orden, una relación de respeto más horizontal entre los participantes. Además, se puede rehacer alguna acción realizada de forma incorrecta y normalmente ocurren repeticiones que van construyendo el reportorio de rutinas. El juego tiene flexibilidad, pero también códigos que, cuando son respetados, favorecen alcanzar sus objetivos. También puede generar un ambiente de armonía porque cada participante encubre sus propias necesidades, se establece una cierta aceptación de disposiciones. Lo que para algunos de los participantes es de vital importancia, no lo es para otros. (Goffman, 2006).

En esta construcción teatral de las interacciones, propuesta por Goffma, aparece un aspecto que para esta investigación es importante, que es la definición de persona. Esta palabra tiene un origen que se relaciona con “máscara”, propia de la puesta en escena en el teatro. El autor señala que su uso es un reconocimiento que cada persona, consciente o no, desempeña una rutina. Es a través de los roles de esta rutina que desempeñamos, que nos conocemos mutuamente y donde nos conocemos a nosotros mismos. En la medida que esta máscara representa el concepto la persona tiene de sí misma, esforzándose por vivirla cotidianamente, esta máscara es lo más verdadero al “yo”. Son estos roles que van conformando una segunda naturaleza, incorporándose en la personalidad. El ser humano viene al mundo como individuo, construye su carácter y llega a ser persona (Garrido, A ; Alvaro, 2007).

4. Síntesis

Para mejorar la salud del niño no basta conocer los factores de riesgo y protectores. Se requiere, además, una mirada más profunda de lo que significa interactuar con él, su familia y su contexto. Para eso el interaccionismo simbólico aporta una valiosa perspectiva sobre el fenómeno de la salud y la enfermedad construida con la percepción personal y colectiva, los encuadres de lo que se considera la realidad. Sobre la base de este acuerdo, la persona construye su imagen, es capaz de tomar decisiones, interactuar y construir relaciones con otros. Estas relaciones surgen de encuentros que crean una situación donde las personas asumirán sus roles o fachadas, repitiendo rutinas acordadas socialmente para generar una impresión específica en la interacción. El juego puede ser una herramienta valiosa para que la interacción sea construida sobre la base de reglas claras que favorezcan su experiencia. Contar con esta visión interdisciplinaria de la salud y la enfermedad permite afirmar que la salud y enfermedad contiene una dimensión social, que, según los encuadres de cada persona, crea una realidad. Cuando no es comprendida impide avanzar hacia un acuerdo donde no se imponga un encuadre particular, sino un conjunto de ellos que favorezcan la participación activa del niño y de sus padres o cuidadores en el cuidado de su salud oral.

CAPÍTULO 3: AUTOCUIDADO

I. Introducción

En el año 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó su informe sobre la situación en el mundo de las enfermedades crónicas no transmisibles. En ese documento declara que se requieren cambios en los comportamientos individuales, con un enfoque promocional, donde las personas asuman roles activos en el cuidado de su salud. Al mismo tiempo señala que las altas instancias de gobierno deben ejercer liderazgo y formular políticas públicas que favorezcan un trabajo conjunto con distintas instancias gubernamentales (Artnik, Premik, & Zaletel-Kragelj, 2008; OMS, 2012). Para avanzar hacia esos cambios la OMS plantea metas para reducir el consumo nocivo del alcohol, favorecer la actividad física, disminuir la ingesta de sodio y reducir el consumo de tabaco, comportamientos relacionados con patologías crónicas como la diabetes, la hipertensión y la obesidad.

En todo el informe no hay ninguna referencia a las enfermedades odontológicas, de gran impacto en la salud de la población mundial, y que comparten varios factores de riesgo con otras patologías crónicas. En el mundo, 42 millones de los niños menores de cinco años presentan sobrepeso, que es un dato impresionante. La caries, a su vez, afecta a 530 millones de este mismo grupo (OMS, 2014; World Health Organization, 2019). Como se dijo en los capítulos previos, la salud oral es relevante y la boca es parte integral del cuerpo, participando en distintas funciones esenciales de las personas. Además, es relevante para la construcción del autoestima y de la identidad de la persona (Peres et al., 2019). Algunos autores han definido las patologías orales como partes de "una epidemia silenciosa", pues los problemas relacionados con la salud oral aún no son incorporados en los discursos sobre el cuidado de la salud general[16] (Broadbent et al., 2016).

Las patologías orales pueden aparecer a lo largo de todo el ciclo de vida, pero hay dos de ellas que son las más citadas en las investigaciones e informes: la caries y las enfermedades del periodonto. Una razón puede ser sus altas prevalencias en función de otras, como las que

16 El 85% de las personas mayores de 18 años está afectado por la caries en el mundo (U.S. Departement of Health and Human Services, 2000). Las enfermedades periodontales afectan a 743 millones de individuos mundialmente. 500.550 personas afectadas por cáncer oral en el mundo (Peres et al., 2019). Las anomalías dento maxilares pueden afectar al 40% de la población adolescente (Uslu, Akcam, Evirgen, & Cebeci, 2009).

presentan las anomalías dento-maxilares o el cáncer bucal (Arrow, Raheb, & Miller, 2013; Baelum, 2011; Folayan, Khami, Onyejaka, Popoola, & Adeyemo, 2014a; U.S. Departement of Health and Human Services, 2000). Ambas presentan características irreversibles y acumulativas, por lo tanto, el cuidado de la salud oral requiere una visión a largo plazo. Además, su progreso sufre influencia de factores estructurales como posición socioeconómica, capital social o la cultura y de factores de comportamiento, como tipo de dieta o prácticas de higiene bucal, que son cambiantes a lo largo de la vida.

Para avanzar en mejorías en la salud oral, considerando el ciclo vital, han surgido diversas propuestas epidemiológicas, entre ellas, la visión ecológica. Ellas articulan una perspectiva multidisciplinaria con diversos factores de riesgo, considerando el elemento temporal. Esto es importante porque estas enfermedades tienen un largo periodo entre la exposición a estos factores de riesgo hasta la aparición de efectos clínicamente visibles (Nicolau et al., 2007). El modelo apunta que el cuidado de la salud oral no se da en momentos específicos de la vida, sino que debería incorporarse a lo largo del ciclo de la vida.

En esta propuesta, adultos y niños se relacionan entre sí, pues el cuidado de la salud de un niño ocurre con el apoyo de un adulto. Ese niño en el futuro se podrá transformar en ese adulto cuidador y, si las actitudes son positivas, estas pueden generar un círculo virtuoso a lo largo del ciclo de vida. Esta visión ecológica puede favorecer una mejor calidad de vida, considerando que ciertas actitudes y hábitos son compartidos con otras patologías crónicas como diabetes u obesidad (Artnik et al., 2008; Broadbent et al., 2016; Folayan, Khami, Onyejaka, Popoola, & Adeyemo, 2014b; Hertzman, Power, Matthews, & Manor, 2001).

Las investigaciones para el cuidado de la salud oral y general han incorporado áreas de las ciencias del comportamiento para hacer cambios hacia estilos de vida más saludables. Ellas han usado distintas perspectivas psicológicas, como la teoría de las creencias sobre la salud, o la teoría de la acción razonada, entre otras (Asimakopoulou & Daly, 2009; Hollister & Anema, 2004; Kakudate, Morita, Sugai, & Kawanami, 2009). A pesar de este esfuerzo, aún no hay resultados de cambios de conductas de forma amplia en la población. Una revisión de estudios sobre adherencia[17], publicados en el periodo de los últimos 50 años, estimó que de los 760 millones de visitas a profesionales de la salud que tuvieron lugar en los Estados

17 La OMS define adherencia del paciente como "la medida en que el comportamiento de una persona, como tomar medicamentos, seguir una dieta y / o realizar cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones que la persona ha acordado con un proveedor de atención médica" (Dilla, Valladares, Lizán, & Sacristán, 2009).

Unidos en el año 2000, alrededor de 200 millones de ellas no lograron que los pacientes siguieran los consejos que les dieron.

Los cambios pueden ocurrir en distintos niveles. Uno de ellos son las prácticas de salud, que se define como una experiencia que se haya guiado por objetivos y procedimientos adecuados de acuerdo a pautas definidas según alguna normativa consensuada que arrojen resultados positivos, demostrándose eficaces y de utilidad en un contexto concreto (Gobierno Vasco, OPS, 2015). Un ejemplo de buena práctica es la realización de una técnica de cepillado dental que se realice de acuerdo con la evidencia existente y que alcance sus objetivos de remoción de biofilm.

Cuando las prácticas se articulan se pueden transformar en hábitos, que se podrían definir como la repetición de una conducta en un determinado contexto, donde ambos se asocian fuertemente. Sin embargo, las investigaciones más actuales sobre la conformación de un hábito señalan que conlleva otros procesos más complejos, sin ser algo rígido repetitivo, sin mediación de la consciencia, con una forma más dinámica y compleja. Por un lado ocurre automaticidad e inconsciencia, pero también es flexible, adaptable, con niveles de deliberación, respondiendo a situaciones cambiantes que implican atención plena y deliberación (Ramírez-Vizcaya & Froese, 2019). Un ejemplo de esta articulación entre procesos cognitivos conscientes y automáticos es cuando un deportista puede habitualmente "decidir conscientemente" ir al gimnasio, pero una vez que llega, realiza su rutina de ejercicio de forma automática (Gardner, 2015).

Estas conductas traducidas en hábitos y prácticas se relacionan con las actitudes, definidas como una respuesta evaluativa hacia un determinado objeto o pensamiento. El objeto puede ser algo concreto, como el equipamiento de una consulta odontológica, o puede ser algo abstracto como la alegría, la libertad, o la empatía (Vogel T; Wanke, 2016). Esta evaluación puede ocurrir desde lo afectivo, conducta o una formulación cognitiva. Un ejemplo cotidiano para los niveles de una actitud puede ser la postura sobre tema ambiental: se puede comprender (cognitivo) la relación entre prevalencia de cáncer exponerse a un contaminante específico, sentir rabia (afectivo) frente al exterminio de ballenas o ir al trabajo en bicicleta para ayudar a disminuir el smog (conductual). Esta investigación no es de ciencias del comportamiento, pero estas definiciones pueden colaborar en la comprensión del autocuidado.

Una cantidad significativa de investigación sobre el cuidado de enfermedades crónicas se han enfocado en la persuasión del profesional hacia el paciente hacia el cambio de hábitos. La propuesta actual busca avanzar hacia lo relacional, donde el paciente comparte las responsabilidades del cuidado junto al profesional. En esta nueva forma de interactuar, más compartida y deliberativa, surge un paciente más activo, con voluntad y capacidad para de control de su estado de salud a través del autocuidado (González Mestre, 2014).

Existe vasta evidencia que identifica los factores de riesgo que inciden en el progreso de las enfermedades orales en la infancia y cómo prevenir alteraciones de la salud oral. Entre ellos están: el uso de fluoruros, higiene dental, promoción de la lactancia materna, control de ingesta diaria de carbohidratos, especialmente azúcares (U.S. Departement of Health and Human Services, 2000). El paso pendiente es investigar sobre nuevas formas de trabajo colaborativo del odontólogo con el paciente frente al autocuidado de la salud oral.

Esta investigación desea profundizar en este fortalecimiento del autocuidado que puede contemplar prácticas, hábitos, actitudes o conductas. La odontología tiene pendiente comprender la salud oral con aspectos sociales, de acuerdo al contexto que otorga la cultura[18] donde se aprende las conductas que conducen al autocuidado (Wilkinson & Whitehead, 2009). Este capítulo presentará el fundamento teórico que sustenta el concepto de autocuidado de la salud oral y aspectos que favorecen su desarrollo que serán considerados para la interacción del odontólogo con el binomio niño/padres en la consulta clínica.

2. Autocuidado en Salud

El sector salud tiene a disposición una gran cantidad de evidencia que señala lo relevante que es el control de las enfermedades crónicas para la salud de las personas (Glied, S Neidell, 2008; Peres et al., 2019; U.S. Departement of Health and Human Services, 2000; Wagner, Austin, Korff, Wagner, & Austin, 1996; World Health Organization, 2019). Este cuidado enfrenta la necesidad de pensar a largo plazo y de una forma ecológica, es decir, a

18 El espacio que congrega elementos mediadores que califican cualquier acción física y psicológica que no esté definida por la biología y que está compartida por los miembros de un grupo social. Sus miembros construyen así significados para sus acciones e interacciones sociales concretas en un determinado momento. Además, ellas definen la forma que se organizan y operan sus instituciones (Wilkinson & Whitehead, 2009)

lo largo del ciclo de vida. Un primer paso para comprender mejor es definir salud y enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud definió que "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." (recuperado de: https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions). Este concepto ha sido valorado y criticado por su integralidad y su ambigüedad. Lo positivo es que la salud es vista como algo dinámico, integrando en la definición de la persona varias características como su edad, su cultura, su responsabilidad personal y su disponibilidad a cumplir con las demandas para alcanzar el bienestar a corto y largo plazo (Bircher, 2005). Por otro lado, esta integralidad genera ambigüedad entre quien está sana o enferma, considerando muchas variables para esta definición.

Esta investigación, en lo particular, adscribe a una perspectiva humanista o fenomenológica[19], agregándole a la fisiopatología de una enfermedad la percepción de los individuos que le dan significado según sus necesidades, influenciadas por su entorno social y cultural. La salud surge entonces en la medida que la persona tenga cubiertas sus necesidades que tiene influencia por su contexto social y cultural.

El autocuidado entonces es una oportunidad de abordar este proceso de salud y enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el autocuidado como "la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica"[20]. Además, considera la cultura específica que ofrece el contexto en el cual la persona aprende conductas que fortalecen el autocuidado, favoreciéndola para que tenga la capacidad de actuar y de tomar decisiones, de acuerdo con sus conocimientos, actitudes, valores y motivación. En esta definición se promueve que el individuo tenga la capacidad de controlar su entorno para favorecer esta actitud (Wilkinson & Whitehead, 2009).

Es posible encontrar en la literatura el uso indistinto de autocuidado y automanejo, pues no existe un consenso sobre el límite entre ambos conceptos. Ambas estrategias

19 La fenomenología es el "estudio de los fenómenos tal como los experimenta el individuo, con el acento en la manera exacta que un fenómeno se revela en sí a la persona que lo está experimentando, en toda su especificidad y concreción" (De los Reyes Navarro, Rojano Alvarado, & Araújo Castellar, 2020).

20 Recuperado de: https://eldiariodesalud.com/internacional/nuevas-directrices-de-la-oms-sobre autocuidados

consideran un trabajo colaborativo entre el paciente y el profesional. Sin embargo, el automanejo se enfoca en el manejo de síntomas, tratamientos y cambios de estilos de vida en la familia y la comunidad en conjunto con el equipo de salud, según aspectos culturales, espirituales y psicosociales (Ministerio de Salud de Chile, 2017a). En cambio, el autocuidado tiene una visión más amplia, considerando acciones preventivas, promocionales, más allá de situaciones concretas que la persona deba abordar para cuidar su salud. Considera el cuidado como una función natural, indispensable para la vida y para la sociedad (Uribe, 1999). Ambas consideran fortalecer prácticas de cuidado en el día a día, hábitos y conductas saludables en una actitud positiva hacia la salud, posibilitando mejores resultados clínicos y funcionales. También ambas son claves para enfrentar la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles de las últimas décadas (Bonal Ruiz & Cascaret Soto, 2009).

Para diseñar estrategias de autocuidado se requiere contar con el conocimiento profundo de la fisiopatología de las enfermedades para identificar los factores de riesgo que favorecen su progresión. También con identificar las condiciones que inciden en factores protectores de la salud hacia estilos de vida más saludables. La prevención de las enfermedades y la promoción de la salud tienen así participación en la condición de salud y de enfermedad.

La prevención es definida por la OMS como las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas” (Julio, V; Vacarezza, M; Álvarez, C; Sosa, 2011). La prevención busca, a través de acciones y programas, reducir la incidencia y prevalencia de la enfermedad (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Por su lado, la promoción de la salud es definida por la OMS como “el proceso que capacita a los individuos y a la comunidad para aumentar su control en los determinantes de la salud y por lo tanto, para mejorarla” (A. M. Rodríguez, Rodríguez, & Lourido, 2008, p. 40). Ella conlleva aspectos biológicos, ambientales, estilos de vida y organización de los sistemas sanitarios, a nivel individual, comunitario y social (Morandé Lavín, 2015). Requiere de la participación de distintos sectores, instituciones, organizaciones gubernamentales o no y de los ciudadanos (Restrepo, H;Malaga, 2001).

El autocuidado de la salud oral, foco de esta investigación, requiere considerar con medidas preventivas validadas y también de acciones promocionales que habilitan a la persona para identificar y fortalecer los aspectos de riesgo y protectores que favorezcan el fortalecimiento de su salud.

Es importante considerar que el autocuidado no concibe un cuidado individualista, sino una articulación entre profesional y paciente. Los cuidados surgen de la socialización, asumidos por la persona a medida que gana en autonomía a lo largo de su ciclo de vida. Buscan superar todo aquello que obstaculiza el cuidado de la vida con tratamientos a las enfermedades y prevenir su progresión, controlando los factores de riesgo y fortalecer la salud. No existen límites rígidos entre ambas estrategias, y la formación de los odontólogos debe avanzar hacia esa dirección. Aún persiste un modelo que tiende a la especialización y parcelamiento de la visión del cuerpo y la persona, desdibujando el límite entre las categorías de los tratamientos y la promoción y prevención (Uribe, 1999).

Otras disciplinas han profundizado en una visión más articulada entre salud, enfermedad, prevención y promoción. Estos profesionales han debido adaptarse al nuevo paradigma, donde ocurre una interacción bidireccional entre el profesional, paciente, familia y su entorno asociativo. Esta nueva forma relacional no significa que el profesional ha dejado de lado su liderazgo indiscutible (formado científicamente y avalado por su experiencia laboral), pero surge un nuevo paciente que participa del proceso de cuidado y mejoría de su calidad de vida a través del autocuidado (González Mestre, 2014).

Este avance aún está pendiente para niños de 6 a 8 años. Los profesionales mantienen el énfasis en tratar los signos y síntomas de la enfermedad, asumiendo que el paciente debe "cumplir" con el tratamiento indicado (Nareg Apelian, Vergnes, & Bedos, 2014).

El autocuidado aparece incorporado en el Plan Nacional de Salud Bucal de Chile 2018-2030 en distintos ámbitos. En primer lugar, es una estrategia usada dentro de los establecimientos escolares. En segundo lugar, es un elemento que hace parte de las guías clínicas que se han elaborado para el apoyo de la atención del sistema de atención primaria de salud, fundamentadas en el modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario. La orientación es entregar herramientas a cada persona atendida para su autocuidado. También se alude al describir el programa Sembrando Sonrisas que se realiza en los jardines infantiles. En la descripción no se entregan estrategias, más bien se describe

como educación en técnica de cepillado, entrega de cepillo y pasta a cada niño y aplicación individual de flúor barniz. Finalmente, aparece el programa Más Sonrisas para Chile que atiende a adultos de niveles socioeconómicos vulnerables, señalando que se debe "fomentar el autocuidado". En ninguna de estas instancias se describen estrategias concretas para fomentar el autocuidado. Tampoco se encontró fuente oficial que presente logros alcanzados en estas diversas iniciativas. En relación al plan futuro, promoción y prevención, se plantean de forma muy general con la siguiente meta: "aumentar la cobertura de estrategias de promoción del modelo de intervención en el ámbito de acción en educación"(MINSAL, 2017, p. 20). El autocuidado no es un concepto teórico. Cualquier acción de educación en salud requiere de un sustento en la evidencia de buenas prácticas, elaborando actividades que permitan que la persona tome decisiones de forma autónoma frente a su salud y sea capaz de adaptarse a circunstancias cambiantes (Nutbeam, 2019).

3. Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem

El origen del autocuidado tiene una fuerte contribución desde el campo de la enfermería, donde Dorothea Orem (1971) es un referente al elaborar un marco denominado Teoría General de Enfermería. Esta teoría contempla tres ejes: teoría del autocuidado, teoría del déficit del autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería. Esta última es muy específica de la disciplina y se aleja del foco de esta investigación (Cancio-Bello Ayes, Ruíz, & Alarcó Estevéz, 2019).

3.1 La teoría del autocuidado

Esta teoría se define como "la realización o práctica de actividades que las personas inician y realizan en su propio nombre para mantener la vida, la salud y el bienestar"(p.853) (Wilson & Gramling, 2009). En el centro de la teoría está el ser humano, una persona definida como "un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismo y para otros"(Navarro Peña & Castro Salas, 2010, p. 3).

La teoría apunta que, para fortalecer las competencias de autocuidado de esta persona, se requiere escucharla para que pueda desarrollarse y realizar las prácticas y habilidades que permitan el autocuidado de su salud. El paciente se transforma en una persona que se expresa de forma simbólica, se comunica y reflexiona. Esto está muy lejos del modelo existente en la atención odontológica en Chile, que más bien está orientada hacia rehabilitar el daño provocado por la enfermedad, en realizar un diagnóstico sin considerar la biografía de la persona con que se está interactuando, en la ejecución de intervenciones centradas en el procedimiento, la técnica y la definición de planes de cuidado de la salud oral diseñados desde la perspectiva del profesional (N. Apelian, Vergnes, Hovey, & Bedos, 2017).

3.2 Teoría del déficit del autocuidado

Ella se fundamenta en las demandas y requisitos que tiene la persona para mantener su salud. Los requisitos pueden ser de tres tipos. Los primeros son los universales, como el aire, el agua, el descanso, la soledad, el vínculo con otras personas. Los segundos se relacionan con el desarrollo y son propios para cada etapa del ciclo vital, como por ejemplo el tipo de alimentación o actividad física que requiere un niño o un adulto (Navarro Peña & Castro Salas, 2010). Los terceros son aquellos que la persona requiere cuando su salud está alterada, por ejemplo, con una enfermedad que requiere de reposo.

La participación de la persona en su autocuidado sufre la influencia de factores básicos condicionantes, como la edad, el género, la orientación sociocultural, la dinámica familiar, lo que actualmente se conoce como determinantes sociales de la salud (Watt et al., 2006; Wilson & Gramling, 2009).

Figura 8. Demandas de Autocuidado

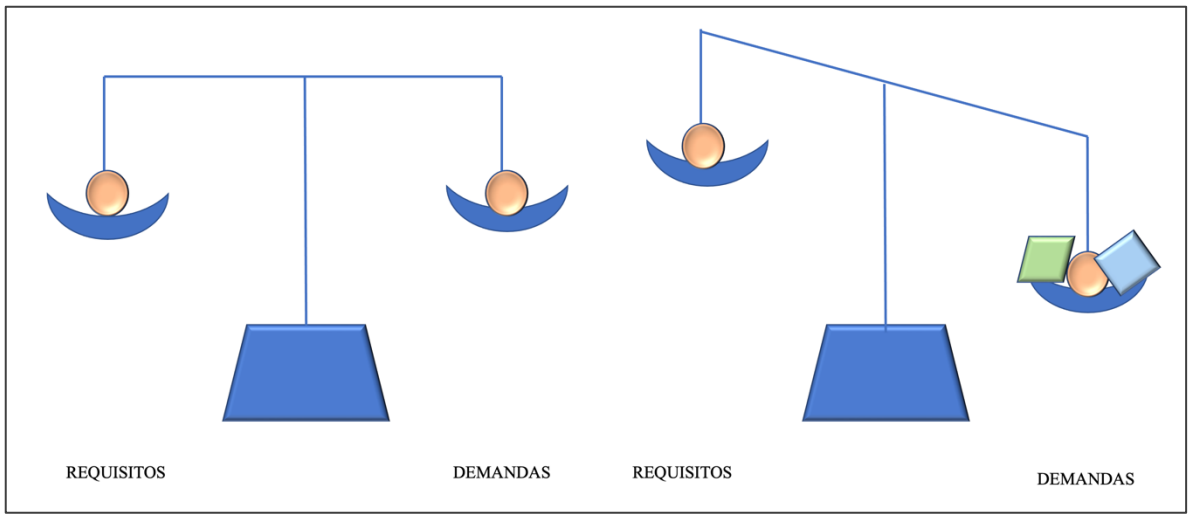


Fuente: Bustamante (2018)

Las demandas planteadas son el conjunto de acciones requeridas por la persona para poder cumplir con los requisitos de su desarrollo, propios a la etapa del ciclo vital en que se encuentre. Estas demandas deben asegurar mantener la vida y promover su salud y desarrollo. Un ejemplo de demanda puede ser la alimentación, que es muy distinta para un niño en sus primeros años de vida que la de un adulto de 30 años.

Cuando no es posible para una persona ejercer su autocuidado, y su integralidad y funcionamiento no se mantiene, afectando su desarrollo de forma negativa, ocurre lo que Orem denomina "déficit de autocuidado". Las habilidades del individuo son menores y no logran responder a sus demandas. Este situación puede ser temporal o permanente (Cancio-Bello Ayes et al., 2019).

Figura 9. Esquema de la Teoría del Déficit de Autocuidado



Fuente:Bustamante (2018)

El conjunto de demandas, requisitos y habilidades, destrezas, motivaciones y acciones para cuidar la salud que cada persona posee y que dependen de su desarrollo sociocultural, se denomina **Agencia de Autocuidado** (Cancio-Bello Ayes et al., 2019). Para su ejercicio la persona debe participar por voluntad propia y de forma deliberada de estas acciones, identificando concretamente qué es lo que requiere, para ir en la dirección de esa acción que busca su salud y bienestar (Wilson & Gramling, 2009). Cuando esto no es posible de realizar

de forma autónoma, la agencia debe ser compartida de forma temporal o permanente, dependiendo de las condiciones en que se encuentre la persona. En el caso del niño, él comparte su agencia con sus padres o cuidadores hasta que alcance el desarrollo pleno que le permita actuar y vivir de forma autónoma. Esta agencia compartida entre niño/padres se denomina **binomio** (Navarro Peña & Castro Salas, 2010).

Como se ha descrito, el autocuidado exige un rol activo de la persona, la cual requiere de dos elementos fundamentales: información comprensible y oportuna y participación en las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud.

4. Literacidad en Salud

Para lograr una adecuada participación y fortalecer el autocuidado se requiere contar con información clara y oportuna. Horowitz y colaboradores han destacado por realizar investigaciones al respecto (2008; 2013, 2014, 2016, 2020). En Horowitz, Rozier, Podschun (2011) se evaluó la calidad de información manejada por los adultos sobre los cuidados de la salud oral. Sólo el 23% de los participantes logró identificar signos primarios de la enfermedad caries. Además, a pesar de que el 98% de ellos señaló haber escuchado sobre el flúor, sólo el 58% supo explicar cuál es su acción (Rozier, Horowitz, & Podschun, 2011).

Estos datos son sensibles para fortalecer el autocuidado en la infancia, donde el niño comparte su agencia de autocuidado. Los padres necesitan comprender las decisiones sobre el cuidado de la salud oral de sus hijos. Si no logran entender claramente las acciones preventivas que se realizarán, existen pocas posibilidades que la toma de decisiones sea participativa y que la atención favorezca el rol activo del binomio. (Horowitz & Kleinman, 2012)(Horowitz & Kleinman, 2012). FUSIONAR EN UNA SOLA

Esta competencia se conoce como literacidad (o alfabetización) en salud. La literacidad es la capacidad de comprender adecuadamente el lenguaje técnico del diagnóstico, de las opciones de tratamiento y la forma que se organiza el sistema de salud (Horowitz & Kleinman, 2012; Horowitz, Kleinman, & Wang, 2013; MacKey, Doody, Werner, & Fullen, 2016). La evidencia señala que los profesionales de la salud aún no están debidamente capacitados para abordar las necesidades de literacidad de sus pacientes. Esto se traduce que entregan información oralmente, sin asegurarse de que sea bien comprendida, lo que dificulta

una toma de decisión consciente (Horowitz & Kleinman, 2008, 2012; Rozier et al., 2011). Otras investigaciones han demostrado que los profesionales usan materiales que ellos creen educativos, pero que el paciente no sabe para qué sirven. Los pacientes, a su vez, se muestran reacios a admitir que no entienden lo que el profesional les explica y, por ende, no preguntan o no saben cómo formularlas. Sienten vergüenza de reconocer sus dificultades (Horowitz et al., 2014).

Además, los niveles de literacidad están asociados a los niveles socioeconómicos y educacionales. Rozier y Horowitz (2011) identificaron que sólo un 44% de los adultos con una literacidad inferior a básica realizan control preventivo de su salud oral. En contrapartida, ese porcentaje sube a 77% cuando las personas presentan elevada literacidad (Rozier et al., 2011).

Hay numerosas investigaciones que demuestran que baja literacidad contribuye para una disminución en el uso de medidas preventivas y promocionales, con un aumento en la atención de urgencia. Como se señaló anteriormente, hay evidencia sobre la fisiopatología de las enfermedades orales y la eficacia de las medidas preventivas y promocionales. Para que estas medidas impacten en la salud de los niños se requiere elevada literacidad. Por ejemplo, si una madre no sabe cómo examinar la cavidad oral de su hijo o no maneja criterios de normalidad de lo que examina, es menos probable que se involucre en actividades preventivas o promocionales (Horowitz et al., 2013).

Diversos autores señalan que adultos estadounidenses tienen dificultades para usar la información relacionada con el sector salud de manera precisa y consistente. Esto tiene impacto frente a enfermedades crónicas, que requieren que la persona tenga el rol activo en su autocuidado, interactuando activamente con el odontólogo. Para la elaboración de esta tesis no fue posible encontrar evidencia que aborde lo relativo a niveles de literacidad de niños en el rango de edad de esta investigación (Horowitz & Kleinman, 2008).

El Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030 elaborado en Chile por el MINSAL, incluye dentro de sus ejes estratégicos, un objetivo específico que considera fortalecer la literacidad en la población (Ministerio de Salud de Chile, 2017). Esto es un avance importante hacia la mejoría de la salud de la población, pero no explica cómo alcanzarla

5. Toma de Decisiones Compartida (TDC)

La toma de decisiones compartida (TDC) consiste en una relación que se establece entre el profesional y el paciente para tomar decisiones, contando con la mejor evidencia disponible. El objetivo de esta relación es evaluar en conjunto las opciones de tratamiento o manejo de su situación de salud, evaluando posibles beneficios y daños de cada opción. En esta labor colaborativa se procura favorecer que los pacientes puedan comunicar sus preferencias y entre ambos actores seleccionen el curso de acción que mejor se adapta a la realidad del paciente (Stiggelbout et al., 2012).

La toma de decisión compartida implica en una conversación, un proceso, no es un hecho único o aislado. En una reciente revisión Cochrane[21] con personas portadoras de patologías crónicas, se revisaron estudios aleatorios controlados que evaluaron los resultados de un plan de tratamiento definido a través de la TDC. Los resultados mostraron efectos pequeños pero consistentes en aquellas personas que presentaron alteraciones en la salud emocional (depresión) y física (glicemia o presión alterada). Además, el uso de esta estrategia fortaleció su autoeficacia y automanejo. Los efectos fueron mayores cuando este enfoque fue abordado en todo el ciclo de planificación, con más de un contacto (Coulter, 2017).

En la literatura relacionada a TDC también se define al paciente como agencia, en una misma perspectiva de Orem. Desde la TDC es definida como "la capacidad de los individuos para actuar de forma independiente y para tomar sus propias decisiones de forma libre" (Elwyn et al., 2012, p. 1361). Para esto, propone entregar información oportuna y fundamentada y apoyar el proceso de toma de decisión en conjunto con el paciente

A pesar de que la participación del paciente en la toma de decisiones ha adquirido cada vez más relevancia, aún faltan instrumentos que permitan medir este rol. Se ha reunido evidencia empírica que demuestra que un paciente que actúa pasivamente al inicio de la relación con el profesional se va involucrando en las decisiones en la medida que es

21 "Las revisiones Cochrane resumen los resultados de los estudios disponibles y cuidadosamente diseñados (ensayos clínicos controlados) y proporcionan un alto nivel de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones en temas de salud. Basadas en la mejor información disponible sobre las intervenciones sanitarias, las revisiones Cochrane exploran la evidencia o las pruebas a favor o en contra de la efectividad y conveniencia de los tratamientos (medicación, cirugía, educación, etc.) en circunstancias específicas. Su objetivo es facilitar la toma de decisiones a los médicos, pacientes, administradores y otras personas implicadas en la asistencia sanitaria." (recuperado de: https://es.cochrane.org/es/revisiones-cochrane

informado sobre los peligros y beneficios de las opciones de tratamiento. También se observó que este cambio dependía de las habilidades comunicacionales del profesional de salud. Estas habilidades contemplan no sólo la capacidad de explicar claramente, sino percibir posibles situaciones de ansiedad que pueden interferir en la decisión del paciente (Elwyn et al., 2001).

La relación del profesional puede ser comprendida en un abanico que va desde el extremo del paternalismo, donde el profesional decide de forma unilateral y el paciente tiene un rol pasivo, hasta uno de una autonomía total, en que el paciente se siente abandonado. El punto al que la TDC desea llegar es aquel donde ambas partes se involucren y lleguen a acuerdos (Elwyn et al., 2001). Es importante, por lo tanto, que, para realizar una correcta toma de decisiones compartida, se consideren los valores y preferencias del paciente, sobre todo frente a patologías crónicas. Además, es importante evaluar adecuadamente aquellas situaciones donde los beneficios no son tan claros y las expectativas del paciente son elevadas o permeadas por experiencias negativas previas con otros profesionales de la salud. Un punto sensible es estar atento a los posibles dilemas que tenga el paciente, considerando su contexto cultural, social y económico. Evaluar estos factores permite ofrecer con mayor calidad, las mejores alternativas terapéuticas, preventivas y promocionales.

Al igual que con la literacidad, tampoco se encontró evidencia que abordara la TDC en el contexto de la atención odontológica de niños.

Elwyn y colaboradores (2001) han aportado en esta área, con evidencia al respecto y elaborando guías y esquemas que apoyen la práctica clínica usando este enfoque. El siguiente esquema parece ser una alternativa a considerar para alcanzar el propósito de esta investigación, proponiendo una interacción clínica odontólogo y binomio que fortalezca el autocuidado de la salud oral.

Tabla 1. Propuesta de Competencias de Toma de Decisión Compartida

ETAPAS O COMPETENCIAS	EXPLICACIÓN Y EJEMPLO
1. Participación explícita o implícita del paciente	- Los pacientes deben participar activamente en la toma de decisiones, interpretando adecuadamente su disposición para esta participación. - La autonomía debe ser respetada y no impuesta. **Ejemplo:** ¿Le parece que conversemos hoy los planes de tratamiento? ¿O lo dejamos para la próxima sesión?
2. Explore ideas, temores y expectativas del problema y posibles tratamientos	- Una forma de iniciar este aprendizaje en la toma de decisiones compartidas puede ser: estar abiertos a las contribuciones del paciente, usar pausas, estar sensible a señales verbales y no verbales. **Ejemplo:** ¿Qué crees que deberíamos hacer? Hoy tenemos que decidir qué quiere que haga.
3. Presentar equilibrio de opciones	- Considerar que, para la cultura paternalista, los pacientes se pueden sorprender con esta actitud. - Existen elecciones legítimas que pueden ser tomadas. - Diferenciar entre posibles escenarios y posibles incertidumbres que puede haber por falta de evidencia o experiencia. **Ejemplo:** Pero usted doctor, ¿qué haría en mi lugar?
4. Identifique el formato preferido y brinde información personalizada	- Identificar **el formato de datos** preferido por el paciente: o Habilidades verbales. o Nota personal que acompaña a las descripciones de este tipo. o Datos bioestadísticos (porcentajes y tasas de riesgo (relativas o absolutas) promoviendo la literacidad en salud). **Ejemplo:** ¿De qué forma podría ser más fácil que yo explique las opciones de tratamiento? ¿Me expresé adecuadamente?
5. Proceso de verificación: cómo	**-** Comprensión de la información y las reacciones (por ejemplo, ideas, temores y expectativas de posibles opciones). - Revisar o explorar las ideas, los temores, los conceptos erróneos y las expectativas de los pacientes, que pueden haber cambiado después de la descripción de las opciones de tratamiento, como preocupaciones. **Ejemplo:** ¿Qué piensa al respecto de lo que hemos conversado?
6. Proceso de verificación: cuando	- Determinar previamente las preferencias del paciente en la toma de decisiones (momento y cómo). - Una herramienta para eso es la pausa, “la técnica de pensar en voz alta” y monitorear las señales no verbales. **Ejemplo:** Una opción es que no hiciéramos nada y evaluar cómo evoluciona.

7. Transición de "describir y verificar" la fase más activa de logro de decisión	- Tomar, discutir o diferir las decisiones que involucren a los pacientes en la medida en que deseen participar. - Un proceso abierto: imperativo ofrecer a los pacientes la oportunidad de reflexionar y discutir sus inquietudes con otros, si es necesario. - El tiempo como un aspecto sensible. **Ejemplo:** Si le parece, llévese el material que usamos hoy para conversar y la próxima sesión vemos cómo seguimos o aclaro lo que no me hice entender.
8. Organizar el seguimiento	- Vital ofrecer una oportunidad para reconsiderar los problemas en otra ocasión, incluso si, a primera vista, se había tomado una decisión firme al respecto. **Ejemplo:** Si le parece, removemos la restauración como acordamos y ponemos un cemento provisorio para evaluar al final de las sesiones cómo seguimos con este diente.

En Chile aún falta que esta estrategia sea parte de las políticas públicas y en la atención privada de la odontología. Esto debiera ir acompañado de una preocupación en la formación de los profesionales de la salud, tanto en aspectos conceptuales como en sus prácticas clínicas. En aquellas investigaciones realizadas se señala que las habilidades comunicacionales son fundamentales para establecer una relación que favorezca la TDC. Al igual que la literacidad, este enfoque clínico puede ser un aporte significativo para reducir las desigualdades en salud en Latinoamérica (Bravo & Contreras, 2013).

6. Síntesis

Los organismos internacionales y nacionales respaldan el autocuidado como una estrategia correcta para abordar enfermedades crónicas. En este apoyo, la salud oral está invisibilizada como parte del autocuidado, a pesar de que en ella existen importantes factores de riesgo. La salud y la enfermedad como procesos dinámicos que incorporan la biología, la cultura, el contexto social y educativo en el cual la persona se encuentra.

La odontología cuenta con vasta evidencia para controlar las enfermedades orales crónicas. La odontología enfatiza realizar acciones curativas, definidas por el profesional. Se requiere avanzar en una labor interdisciplinaria que recoja el conocimiento de otras disciplinas, como la comunicación, psicología en salud y la enfermería.

La Teoría de Autocuidado de Orem es un aporte relevante al proponer que los seres humanos como personas con la capacidad de diseñar sus estrategias de autocuidado, considerando las demandas y requerimientos que necesita para su adecuado desarrollo y bienestar. Cuando esto no es posible realizar de forma autónoma, se debe compartir con otra persona, como es el caso de los niños, que comparten su autocuidado con un cuidador.

Para poder ejercer plenamente su autocuidado, las personas requieren contar con una alta literacidad para comprender adecuadamente el lenguaje técnico del diagnóstico, las opciones de tratamiento y la forma que se organiza el sistema de salud. La baja literacidad está asociada con mayor daño y con una condición de vulnerabilidad socioeconómica. La odontología en Chile aún no ha avanzado adecuadamente para fortalecer la literacidad de las personas, en parte porque los odontólogos carecen de una adecuada formación al respecto.

Fortalecer el autocuidado también conlleva que la persona participe activamente del cuidado de su salud y eso es favorecido cuando la interacción del profesional con el paciente ocurre considerando la toma de decisiones compartida. Esta consiste en una relación que se establece entre el profesional y el paciente que se busca es evaluar en conjunto sus opciones de tratamiento o manejo de su situación de salud, evaluando posibles beneficios y daños de cada opción. En esta labor colaborativa se busca favorecer que los pacientes puedan comunicar sus preferencias y entre ambos actores seleccionen el curso de acción que mejor se adapta a la realidad del paciente.

CAPÍTULO 4: MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD

1. Introducción

El siglo XIX trajo una serie de descubrimientos científicos y tecnológicos que cambiaron la forma de vivir de las personas, como la creación de la red de saneamiento básico o la luz electica. Estos avances tecnológicos también impactaron el mundo de la salud, con los aportes de Fleming y la penicilina, Pasteur y Koch y la teoría de los gérmenes.

Estos avances ocurrieron bajo la influencia del positivismo, corriente filosófica que señala que el conocimiento debe ser objetivo y fruto de la observación. Los fenómenos que se desea conocer deben ser factibles de ser medidos e investigados (Guamán, Hernández, & Lloay, 2020; Landeros-Olvera, Salazar-González, & Cruz-Quevedo, 2009). Este enfoque tiene la influencia de Descartes (1637), quien propuso reglas para obtener el conocimiento como no aceptar como verdad nada que no sea posible de definir como tal, fundamentado con evidencia. Esta forma de generar conocimiento se sistematizó en el método científico, con una explicación causal y una predicción, que es usada hasta el día de hoy (Landeros-Olvera et al., 2009) (Barros, 2002).

Estos avances en la ciencia fueron un relevante aporte para los desafíos sanitarios de la primera mitad del siglo XX, que permitió abordar y controlar la prevalencia de enfermedades infecciosas, controlando la mortalidad[22] y morbilidad[23] de la población (Nicolau et al., 2007). Además, la medicina pasó a contar con nuevo conocimiento, lo que impactó en la forma de ejercerla. Los profesionales pudieron responder preguntas sobre las enfermedades, considerando la dimensión biológica del hombre a la hora de definir su diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades.

Este nuevo enfoque, denominado biomédico, pasó a comprender al ser humano en una dimensión biológica, dejando de lado otros elementos subjetivos que pudiesen tener

22 Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mortalidad se refiere al número y causa de defunciones producidas en un lugar y un intervalo de tiempo (recuperado de: https://www.significados.com/mortalidad/).
23 Morbilidad es el índice de personas enfermas en un lugar y tiempo determinado. La OMS la define como "toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar" (recuperado de: https://www.significados.com/morbilidad/).

influencia en la salud o enfermedad vividas por el paciente, con una visión dualista del ser humano (cuerpo y mente), una explicación de las enfermedades con causalidades lineales, aislando el fenómeno de otros posibles factores, con una especialización profesional progresiva y una práctica clínica centrada en la enfermedad (Coppolillo, 2013). Los posibles tratamientos fueron seleccionados considerando aquellos que llevasen los procesos enfermos a una situación "de normalidad" (o casi normal), curando (o mejorando) la enfermedad del paciente (Armstrong, 1987).

Estas decisiones tomadas para "resolver" los problemas de salud de los individuos dejaron fuera la visión de la persona enferma como un todo, obviando los fenómenos psicológicos, económicos y culturales que pudiesen impactar en el contexto del paciente (Alva Diaz, Carlos, Aguirre, Wilfor, Becerra, Yahaira; Garcia, J; Huerta, M; Huerta, 2017).

A partir de los años cincuenta del siglo XX, la prevalencia de enfermedades de carácter agudo dio paso a crónicas. Este nuevo perfil epidemiológico requirió buscar nuevos enfoques para abordar el tratamiento de las enfermedades, incorporando causalidades multifactoriales y considerando antecedentes individuales.

En 1977, el psiquiatra George Engel postuló la necesidad de un modelo de atención más holístico que denominó biopsicosocial. Su propuesta surgió al constatar que la psiquiatría se debatía en concepciones reduccionistas y biológicas de la enfermedad mental, cuando los problemas enfrentados por los pacientes tenían aspectos "propios de la vida" y por lo tanto fuera de la mirada mecanicista y dualista que presentaba el modelo biomédico (Borrell i Carrió, 2002). Enid Balient (1969) propuso una medicina denominada "centrada en el paciente", donde el foco no fuese sólo descubrir la enfermedad que padeciera, sino examinar a la persona en su totalidad, para elaborar un "diagnóstico global". Vale decir, abordar al paciente como un ser humano único y en consecuencia ir más allá del "diagnóstico tradicional", avanzando hacia una visión de conjunto (Balint, 1969).

En las últimas tres décadas, ha surgido un extenso cuerpo de evidencia que ha profundizado en este nuevo enfoque, denominado "patient centered care" (PCC) o "atención centrada en el paciente". Este modelo propone una nueva perspectiva de comprender al paciente usando no sólo los métodos de las ciencias naturales, sino que también incorporando aspectos de las ciencias sociales. Valora tanto los aspectos cuantificables y objetivos (evidencia surgida del método científico) como los subjetivos del contexto del paciente, de

su comprensión sobre su salud y su enfermedad, los aspectos sociales y culturales, en una exploración más hermenéutica[24] de la salud (Coppolillo, 2013). Su preocupación es el paciente como individuo que presenta un estado alterado de su salud más que un objeto con enfermedad (Hobbs, 2009).

A pesar de estar cada vez más presente en la investigación y los protocolos de atención de varios países, aún falta investigación al respecto y evidencia de su efecto en la práctica del día a día del profesional de la salud. En el campo de la odontología existen varias aproximaciones en su definición, pero aún son visiones simplistas y muy amplias (Scambler, Delgado, & Asimakopoulou, 2016). Durante la construcción del estado del arte de esta investigación, no se encontró estudios en la atención odontopediátrica.

Este capítulo abordará estos los modelos de atención, los principios que le dan fundamentos y los tipos de relaciones entre los profesionales de la salud y los pacientes que se generan a partir de estos enfoques. En especial, se ahondará en la relevancia que ha adquirido la atención centrada en el paciente en las políticas públicas, en la atención clínica general, en la odontología y finalmente cómo se conforman los modelos de atención del niño en la clínica odontológica.

2. Modelo Biomédico

El modelo biomédico se fundamenta en el pensamiento racionalista, que divide la naturaleza humana en cuerpo y mente. El cuerpo es comprendido como una estructura biológica que funciona de acuerdo con las leyes de la física clásica, en cuanto a movimiento y ajuste de sus componentes. Esta visión cartesiana se complementa con la evidencia recogida en experimentos de laboratorio y los conocimientos de la anatomía patológica. Todo este conjunto de evidencias orientadas hacia la patología define la normalidad y lo que se entiende por salud y, en función de este parámetro, identifica lo que está enfermo. Por lo tanto, la misión del médico se define en el reconocer, clasificar y tratar la enfermedad, abordar lo que está funcionando con defecto en ese organismo, con componentes biológicos,

24 La hermenéutica, como corriente aplicada a la salud, tiene por objeto de estudio el cuidado de la persona; cuidados de salud que es primariamente una relación multidimensional y contextual entre personas, donde es indispensable el diálogo como elemento que facilita la integración, el entendimiento y reconocimiento del ser humano en su totalidad (Mora.Escalante, 2016).

químicos y físicos, corrigiendo lo que está específicamente funcionando de manera inadecuada (Baeta S, 2015). El protagonismo de lo patológico y la búsqueda por la objetividad de la enfermedad han generado un abandono del ser humano, desplazando su importancia a la de un recipiente de elementos independientes que deben ser reparados a la manera cartesiana para reestablecer el estado de salud (Osorio, 2011).

Esta visión de la enfermedad y de la forma que se aborda en el campo de la medicina ha impactado en la forma por la cual la sociedad ha acordado expresar no sólo la dimensión epidemiológica y clínica de la enfermedad, sino que también los encuadres sociales, económicos y culturales de lo que significa enfermar, curar y morir (Menendez, 2005).

Esta concepción biomédica del cuidado de la salud ha llevado a un protagonismo casi exclusivo de los médicos a la hora de abordar las enfermedades. Este rol no ha sido sólo en su quehacer clínico, sino que también ha permeado la forma en que se realiza investigación, se forman a los profesionales de la salud en las universidades y se organizan los sistemas de salud y las políticas públicas (Barros, 2002; Coppolillo, 2013; Loayssa Lara & González García, 2001; Osorio, 2011).

En el ámbito de la investigación, la gran mayoría de las investigaciones en el campo de la salud usan el método científico enunciado por Descartes en un diseño que considera lo sistemático, objetivo, reproducible y predictivo. Dado que el modelo parte del presupuesto de una definición de enfermedad desde un enfoque biológico, deja de lado las dimensiones sociales y económicas que impactan especialmente a los más desfavorecidos, estimulando a que permanezcan las brechas sociales.

Esto perjudica a países en desarrollo o con indicadores donde las determinantes sociales y culturales son influyentes en la prevalencia de determinadas enfermedades, distintas a las que de países con mejores indicadores socio económicos. Esto, por ejemplo, ha llevado a que desde el año 1998 se realice un monitoreo de la investigación en salud en el mundo (conocido como informe 10/90) financiado por organizaciones como la Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial y varios gobiernos. En él se ha identificado que sólo el 10% de la población mundial se beneficia de sus resultados de estas investigaciones, dejando al 90% restante fuera de sus beneficios, ya sea porque los temas y patologías investigadas no son prevalentes en los países más pobres, porque los requisitos para beneficiarse de los resultados obtenidos son de alto costo o porque no son posibles de ser implementados en sus

sistemas de salud (Osorio, 2011). En el informe del 2003 – 2004 se hace un nuevo llamado para que la investigación en salud avance más allá de este enfoque biomédico y considere otras variables que tienen profunda influencia en el estado de salud de las personas (Global Forum for Health, 2002).

En el campo de la formación universitaria de los odontólogos aún existe la influencia biomédica, la que se centra en la habilidad técnica y el manejo clínico de las enfermedades orales caracterizándose como una profesión que debe "taladrar y rellenar" piezas dentarias (p.668) (Global Forum for Health, 2002).

Las prioridades en investigación y una educación biomédica influyen en la forma que se diseñan las políticas públicas, donde lo "urgente" coincide con esta mirada reduccionista de la salud y la asistencia sanitaria (Global Forum for Health, 2002). Este diseño concentrado en lo urgente y lo visible deja en segundo plano lo eficiente y eficaz, con la consecuencia de que las patologías agudas, la atención a nivel secundario y terciario absorben gran parte del presupuesto público, dejando de lado acciones preventivas que tienen mayores beneficios en la población en su conjunto, enfocadas en la atención primaria (Global Forum for Health, 2002).

En las últimas décadas surgió la medicina basada en la evidencia (BEM), que busca operacionalizar la práctica biomédica a través de la consulta y aplicación de la mejor evidencia disponible para fundamentar las decisiones clínicas. Es una estrategia reconocida mundialmente usada por sociedades científicas, currículos académicos y protocolos clínicos de las políticas públicas. Jerarquiza el conocimiento que se produce, valorando sobre todo ensayos clínicos y revisiones sistemáticas. Es una forma renovada de la visión biomédica, que aprovecha el acceso a la evidencia en Internet y promueve la actitud de actualización continua del profesional de la salud para tomar decisiones clínicas actualizadas. Sin embargo, la BEM aún carece de una visión más multidimensional de la salud, además de no considerar evidencia de otras áreas de las ciencias como la psicología, sociología, economía, comunicación (Alva Diaz, Carlos, Aguirre, Wilfor, Becerra, Yahaira; Garcia, J; Huerta, M; Huerta, 2017).

3. Modelo de Atención Centrada en el Paciente (PCC)

El desarrollo de la atención centrada en el paciente, conocido con su definición en inglés “patient centered care” (PCC), está íntimamente ligado a las limitaciones percibidas en el enfoque biomédico, fuertemente influenciado por el positivismo y el modelo de investigación propuesto por Descartes en 1637.

El origen del PCC tiene el aporte del enfoque biopsicosocial de Engel (1971) y de Rogers (1957), psicólogo, que propuso una nueva forma de relación en la terapia psicológica, que debería considerar que la persona tiene la capacidad natural e innata de desarrollarse y desplegar al máximo sus potencialidades cuando estén dadas las condiciones para esto. Además, destacó a la persona como alguien singular, con características de unicidad, autonomía, dignidad y responsabilidad y una tendencia natural para la relación con otros. El carácter relacional interpersonal es lo más constitutivo de la persona (Lopez, 2020).

Con los años, este enfoque ha progresado y ha adquirido nuevas definiciones y criterios que lo sustentan. El Instituto de Medicina de Estados Unidos ha definido PCC como un modelo que tiene por objetivo “proporcionar una atención que respete y responda a las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente, y garantice que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas" (Scambler & Asimakopoulou, 2014, p. 225). La evidencia ha demostrado que, al asegurar una mejoría de las personas en su estado de salud, se puede reducir la carga de los servicios sanitarios. La literatura ha usado de forma indistinta las palabras: paciente, persona, consumidor o usuario para la prestación de una atención orientada o centrada en los individuos que son atendidas por el sistema de salud. La gran mayoría usa persona o paciente, ambas con la sigla PCC (Zhao, Gao, Wang, Liu, & Hao, 2016). Otros autores hacen la distinción hacia una atención centrada en las “relaciones”, enfatizando la relación a nivel de paciente-profesional, entre los profesionales (equipo de salud) y el sistema de asistencia sanitaria (Suchman, 2005). En Chile usan el concepto usuario al referirse a las personas que son atendidas en el sector público (Ministerio de Salud de Chile, 2017b).

Los investigadores y académicos han buscado definir cuáles son los pilares que lo sustenta. Kitwood (199) señala que son cuatro: una visión holística de la persona, personalizada, respetuosa y que fortalezca su empoderamiento. McCornack (2010) destaca

la construcción de relaciones terapéuticas considerando no sólo al profesional y al paciente, sino a los proveedores y otros grupos sociales relevantes para el paciente. Los valores que destaca son el respeto mutuo, la autodeterminación y la comprensión. Se puede señalar que tanto atención centrada en el paciente como en la persona comparten valores y principios, pero existen dos aspectos que difieren. El primer aspecto es cómo consideran al sujeto. Cuando se habla de paciente se considera que el individuo presenta algún daño (mental, físico, espiritual) y cuando se considera persona, se avanza más allá del daño y se incorpora el contexto y entorno más cercano. La segunda diferencia es que el concepto "paciente" se da en un ambiente propio de la atención en salud (clínica, hospitales) y quienes participan de esta relación son médicos, enfermeras y pacientes. En el caso de la concepción "persona", procura congregar a todas las personas y es una atención personal, independiente del entorno de la atención médica (Zhao et al., 2016).

Mead y Bower (2000) señalan que el paciente es un individuo que experimenta algo más que una enfermedad, más bien es una experiencia de enfermedad que debe ser comprendida por los profesionales de la salud (Mead & Bower, 2000). Esta nueva propuesta para atender pacientes ha sido incorporada en protocolos de atención en otros países, tal como el Reino Unido. Estos pasos han sido importantes, pero aún falta llegar a consensos en los principios rectores que deben guiar una atención centrada en el paciente a nivel de políticas públicas, en la formación de los profesionales a nivel universitario, de iniciativas organizacionales y en la práctica clínica (Gillespie, Florin, & Gillam, 2004).

El desafío está en asegurar iniciativas más inclusivas que no tiendan a perpetuar las desigualdades actuales de acceso a los servicios de salud. Este modelo la comunicación entre el paciente y el profesional, destacando que se requiere mejorar las formas en que los profesionales y pacientes se comunican entre sí (Dieppe, P; Horne, 2002). Al interactuar de forma más horizontal, se comparte el poder y crece la autonomía del paciente. La literatura también destaca la empatía, la humildad, dando un énfasis en atributos humanistas como el respeto y otras dimensiones de orden espiritual. Hay evidencia que indica que aumenta la satisfacción del paciente y del profesional, existiendo una relación entre mejores resultados en salud como mejoría de la presión arterial, control de la diabetes y en adherencia del paciente hacia los planes acordados para mejorar su salud (Smith & Hoppe, 1991). Estos mejores resultados también son fruto de lo que se define como la alianza terapéutica, que

saca a los profesionales del rol de "anfitriones" del sistema de salud y los ubica como "invitados" en la vida de los pacientes. Esta relación implica que el paciente perciba la relevancia que tienen las opciones de tratamientos y cuidados ofrecidas, que haya acuerdo en los objetivos que plantea el tratamiento y que exista un vínculo personal entre el médico y paciente, donde el profesional se perciba afectuoso, sensible, comprensivo (Mead & Bower, 2000). Esta investigación presenta dos modelos que se han propuesto para la atención centrada en el paciente: el de Stewart (2003) y el de Mead y Bower (2002). Stewart plantea seis pilares que sustentan la atención:

1º **Exploración de la experiencia de enfermedad y de dolencia**: Explorar tanto la alteración concreta que existe en el organismo, como la experiencia personal de sentirse enfermo (*disease* e *illness)*.

2º **Comprensión de la persona en su totalidad**: su experiencia de vida y formación, que en muchos casos explica sus comportamientos. También la parte espiritual y sus creencias, escuchándola sin prejuicios. Además, cómo esta situación impacta sus relaciones familiares u otros de sus círculos sociales, sus determinantes sociales como la cultura, el sistema de salud, aspectos económicos del país y la geografía del lugar en que vive.

3º **Encuentro de un terreno común entre paciente y profesional**: rescata aspectos sobre la toma de decisión compartida y la entrevista motivacional[25] para apoyar el logro de objetivos. Busca llegar a entendimientos mutuos en tres aspectos claves: definir el problema, establecer metas y prioridades del tratamiento y/o manejar e identificar los roles que cada uno debe asumir.

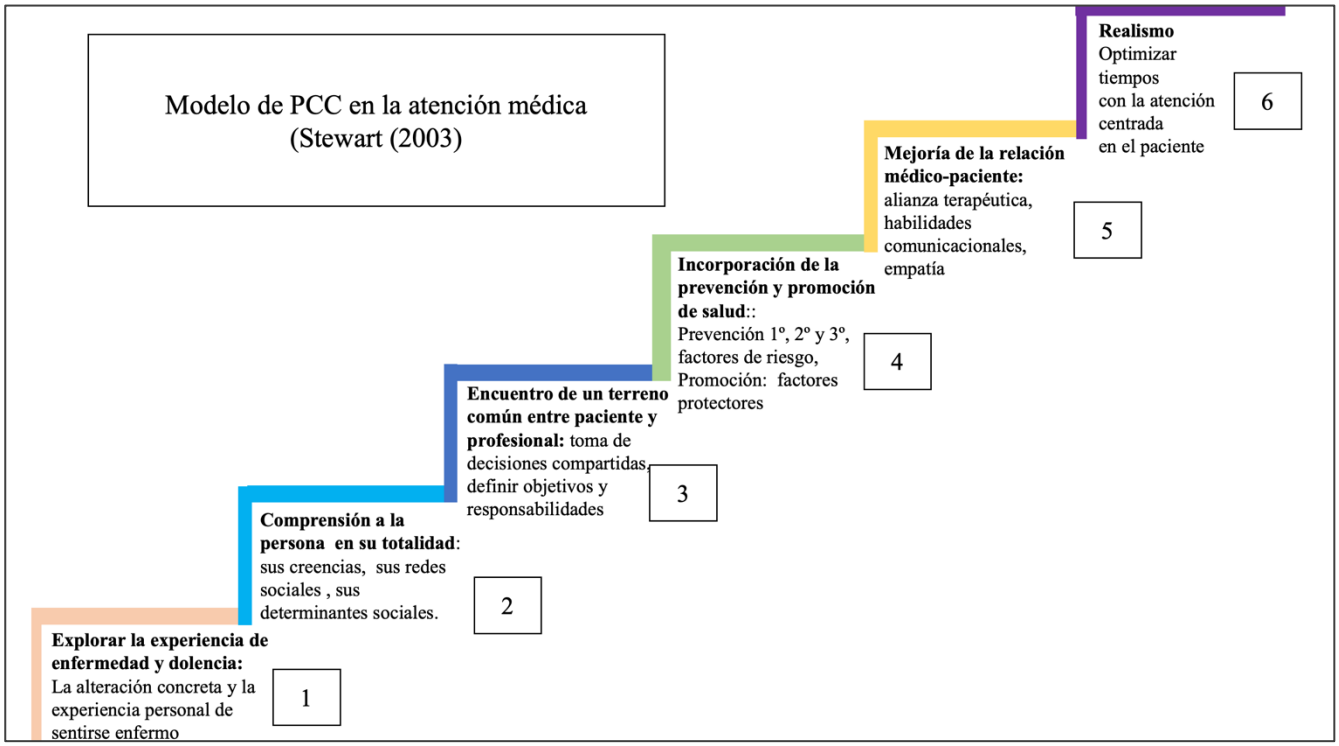
4º **Incorporación de la prevención y promoción de la salud:** la consulta es una oportunidad para prevenir enfermedades, detectando factores de riesgo. Además, fortalecer los factores protectores como autoeficacia o las redes comunitarias que el paciente cuenta para apoyarse.

5º **Mejoría de la relación médico paciente**: considera la responsabilidad compartida, generando la alianza terapéutica, además de otras habilidades como el uso de la tecnología y las habilidades comunicacionales.

25 La entrevista motivacional (EM) es una herramienta que fortalece el autocuidado en los pacientes. Se define como una propuesta de interacción que tiene como propósito favorecer la autonomía para el cambio de una conducta ayudando al paciente para que él mismo identifique y solucione sus ambivalencias para el cambio de comportamiento (Droppa & Lee, 2014).

6º **Realismo**: busca reconocer que los tiempos de atención clínica, sobre todo en la atención primaria, varían, pero son breves. Los autores han demostrado que el tiempo es una variable importante, pero no garantiza que traerá mayor satisfacción del paciente (Cuba Fuentes & De Los Milagros Romero Albino, 2016; Stewart, 2003; Suarez Cuba, 2012).

Figura 10. Modelo de Atención Centrada en el Paciente según Stewart



Fuente: Stwart et al (2014)

A su vez, el modelo de Mead y Bower (2002), que está compuesto por cinco ejes:

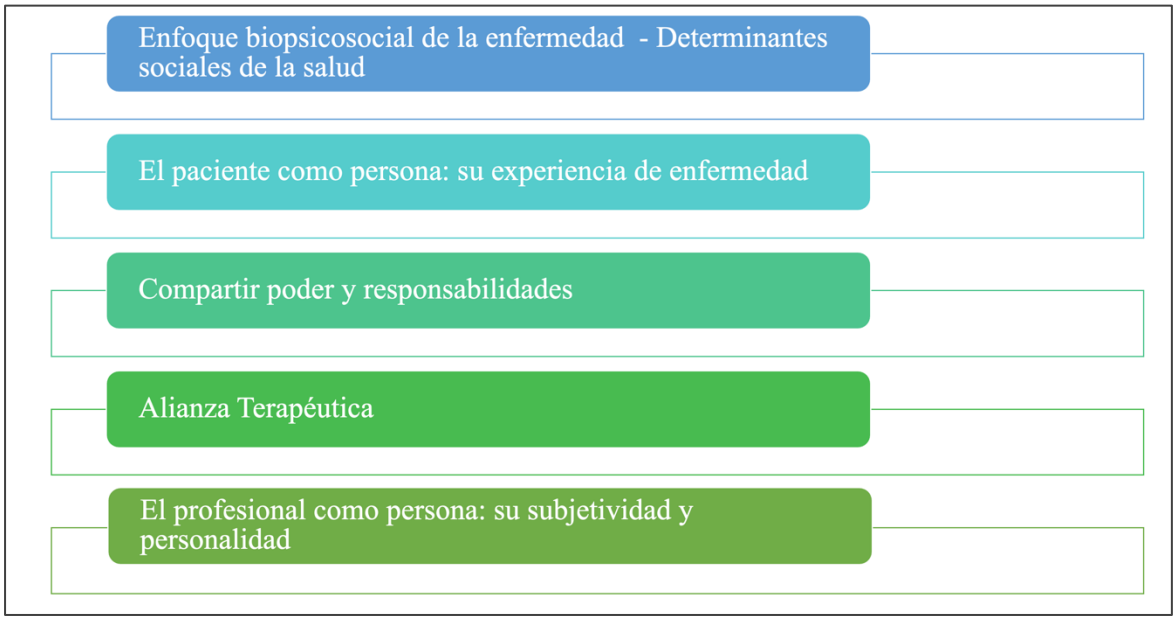
1º **El enfoque biopsicosocial**: considera la concepción de "dolencia" (*illness*), que incluye los aspectos sociales y psicológicos, además de la información biomédica del paciente.
2º **El paciente como persona**: considera lo que significa la experiencia de estar enfermo para cada persona en particular.

3º **Comparte poder y responsabilidad**: el profesional demuestra sensibilidad frente a las preferencias del paciente al momento de entregar información, compartir la responsabilidad que conlleva esta jerarquización del paciente.

4º **La alianza terapéutica**: desarrollando objetivos terapéuticos compartidos y fortalecer la relación entre el profesional y el paciente.

5º **El profesional como persona**: el profesional está atento a sus competencias personales y los aspectos subjetivos que interfieren su quehacer profesional (Mead & Bower, 2002).

Figura 11. Modelo de Atención Centrada en el Paciente Mead & Bower



Fuente: Mead & Bower (2005)

En Chile se han dado pasos hacia una atención centrada en el paciente, pero falta avanzar. El sistema de salud aún está centrado en lo curativo, lo que es insuficiente. El nivel de atención primaria posee baja capacidad resolutiva para los problemas actuales y el sistema sanitario está fragmentado con deficiente articulación entre los distintos niveles de atención. Además, la población está disconforme con la atención que recibe, se siente discriminada y desvalida en el caso de enfrentar un problema de salud. Esto es más patente en los grupos sociales más vulnerables, que son los que presentan situaciones de mayor riesgo frente a las enfermedades crónicas (Tellez, 2006).

A nivel de Atención Primaria de Salud (APS) se ha propuesto el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, que tiene entre sus principios orientadores la atención centrada en el usuario y que aún ha sido poco explorado en la APS en Chile. Cuando es evaluado por expertos, ellos sugieren que la APS en el país debe avanzar hacia el enfoque biopsicosocial en la atención de los usuarios, que puede favorecer una atención en salud transparente y congruente a sus necesidades (Dois, Bravo, & Soto, 2017).

4. Relaciones entre profesionales de la salud y el paciente

El concepto de relación es nuevo en el mundo de la salud. Tradicionalmente los profesionales se han preocupado de "cosas" como estructuras anatómicas, lesiones, bacterias. Frecuentemente, la relación se percibe como una "cosa más de la que hay que preocuparse" y que depende principalmente del médico. Sin embargo, la relación involucra dos personas que tienen efecto una en la otra, bajo ciertas circunstancias (Szasz, T; Hollender, 1955). Una relación, considerada como una instancia de participación de dos individuos, no es una abstracción de actividades de dos personas que interactúan, más bien es una oportunidad para que dos personas desconocidas entre sí construyan un ambiente de intimidad. Si ella se consolida, permite que el paciente comparta aspectos privados dentro de un ambiente seguro y constructivo (Kaba & Sooriakumaran, 2007). Básicamente, la evidencia existente sobre este tema se relaciona con el médico.

La relación de los profesionales de la salud y los pacientes se da actualmente en un contexto de gran acceso a nuevas tecnologías que favorecen acceder a información sobre las enfermedades. La expectativa de vida ha aumentado, el gasto en salud es mayor si se compara con décadas pasadas. Sin embargo, existe una creciente insatisfacción pública con la forma en que los usuarios son atendidos. Esto ocurre por una tendencia de los profesionales a ser paternalistas con los pacientes, enfocados en el logro de sus propósitos profesionales (Dieppe, P; Horne, 2002)**.** Esto es lo que ocurre con la odontología en Chile. Portela (2013) analizó los reclamos de los pacientes de su atención odontológica en la Superintendencia de Salud y concluyó que los más frecuentes no eran por las técnicas o procedimientos realizados, sino por problemas en las relaciones de los profesionales con los pacientes, que denuncian

atropello a su dignidad, faltas al respeto y problemas de comunicación entre profesional y paciente (Portela León, 2013).

Existen varios tipos de relaciones, algunas fundamentadas en la propuesta ética de Beauchamp & Childress, denominadas paternalistas. Se fundamentan en los principios de la beneficencia y la no maleficencia; vale decir no hacer el mal o cualquier tipo de daño y realizar actos con el propósito de hacer el bien al otro. Fundamenta que la labor del médico es buscar el mejor interés del paciente.

Otra relación vertical es la autoritaria, la que es justificada por los médicos por la falta de tiempo para interactuar con el paciente y poder escucharlo adecuadamente. Además, consideran que es su misión decidir lo que es mejor para el paciente y que su participación es necesaria sólo frente a situaciones extremas donde se evalúan costos o beneficios, económicos o clínicos (Loayssa Lara & González García, 2001).

Se han planteado propuestas que categorizan las relaciones que se establecen entre el médico y el paciente. En esta investigación se describen dos.

4.1 Propuesta Emanuel & Emanuel

Emanuel, E & Emanuel, L (1992) proponen cuatro tipos de relaciones del médico con el paciente, considerando los siguientes aspectos: 1) los objetivos de la interacción médico paciente, 2) las obligaciones del médico, 3) el papel de los valores del paciente y 4) la concepción de la autonomía del paciente (Emanuel & Emanuel, 1992):

a) **Modelo Paternalista:** Los objetivos de esta interacción es encontrar la mejor intervención para la salud del paciente a través del conocimiento del médico. Para alcanzar este propósito el médico presenta la información para contar con el consentimiento del paciente, de acuerdo con lo que el profesional ha definido como la mejor opción. Cuando ésta es llevada al extremo, se llega a una relación autoritaria. El médico no considera los valores del paciente quien participa de manera limitada, porque el discernimiento es del profesional. La decisión no pasa por la autonomía del paciente, sino por el bien definido por el médico.
b) **Modelo Informativo:** En este modelo el objetivo es entregar toda la información relevante y la decisión está totalmente en las manos del paciente; el profesional acata

lo que el paciente señale. Esta entrega de información es detallada, considerando probabilidades de riesgo y beneficios asociados y la incertidumbre que existen en el conocimiento que está disponible en ese momento. Cuando es llevada a un extremo, el paciente tiene total libertad de tomar la decisión que desee, pues lo relevante son los hechos, no los valores. El médico tiene un rol de proveedor de conocimiento técnico que facilita la decisión del paciente. La autonomía del paciente se entiende como un control total sobre las decisiones médicas.

c) **Modelo Interpretativo**: este modelo tiene como objetivo tomar la mejor decisión ponderando los valores que guían la decisión del paciente. El médico tiene la misión de dilucidar esos valores, identificando qué es lo que realmente desea la persona atendida. El profesional asume un rol de facilitador de la decisión del paciente y que sea adecuada a sus valores. No basta sólo con entregar información de calidad, sino chequear que el paciente tenga claro los valores que están en juego. Médico y paciente trabajan en conjunto para definir metas y compromisos del paciente. El médico se asemeja a un consejero. La autonomía del paciente consiste en decidir quién es y cómo afectan su vida las distintas decisiones que pueda tomar frente al cuidado de su salud.

d) **Modelo Deliberativo:** en este modelo, el énfasis está en tomar la mejor decisión para la salud del paciente considerando los valores más adecuados para eso. El médico tiene el rol de ayudar a elegir e identificar qué valores son esos. La diferencia con el modelo anterior es que aquí existe un trabajo conjunto para elegir los valores a ser considerado. La decisión resultante considera aspectos morales subyacentes y el médico actúa como un amigo. La autonomía del paciente es una oportunidad de autodesarrollo moral, pues define los valores y dialoga con el profesional sobre aspectos morales que inciden en su decisión.

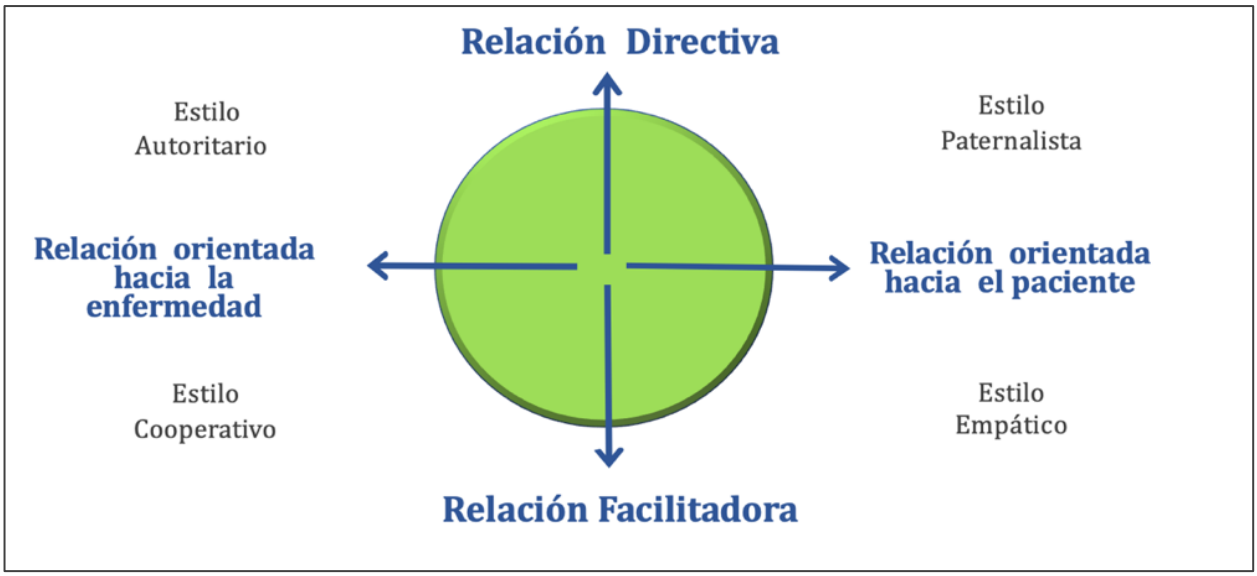
4.2 Propuesta de la Fundación de Ciencias Médicas

La Fundación de Ciencias Médicas de la ciudad de Rosario, en Argentina, propone otro modelo que también ha sido usado en el Diplomado de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El modelo plantea las relaciones

en función de dos variables: foco de la relación y nivel de la interacción médico/paciente. La figura 12 presenta estos ejes y actitudes del paciente de acuerdo con el tipo de relación:

a) **Estilo Autoritario:** se identifica cuando el profesional se centra en la enfermedad y su relación es directiva. El médico ejerce dominio y la persona obedece lo que el profesional define. Los pacientes tienden a ser sumisos para evitar el conflicto.
b) **Estilo Paternalista:** se verifica cuando el profesional se centra en el paciente de manera directiva, buscando su bienestar, según lo que considere más adecuado. Los pacientes tienden a depender del profesional para tomar decisiones sobre su salud.
c) **Estilo Cooperativo:** se define cuando el médico tiene una relación centrada en la enfermedad, pero con una relación más horizontal con el paciente. El profesional pondrá toda la evidencia disponible para que el paciente decida, estableciendo un cierto acuerdo tácito de entrega de servicio. Los pacientes tienden a asumir una actitud consumista, en el sentido de que exigen un servicio que cumpla con sus expectativas, sin considerar otros aportes de parte del médico.
d) **Estilo Empático:** este estilo se define como aquél donde el profesional establece una relación horizontal colaborativa. Su énfasis está en la empatía con las necesidades del paciente, comprender su experiencia y promover una relación que fortalezca la autonomía del paciente hacia el cuidado de su salud.

Figura 12. Modelo de Relaciones Médico/Paciente propuesto por el Diplomado de Educación Médica UC



Fuente: Diplomado Educación Médica Facultad de Medicina UC

Estos modelos pueden ser extrapolados a las relaciones que se establece entre odontólogo y el paciente. Existe una relación mutua entre, las relaciones con los modelos de atención en los sistemas de salud y la formación de los profesionales en las universidades.

5. Atención Centrada en el Paciente en Odontología

En el campo de la odontología y PCC aún falta camino por avanzar. Una de las razones es porque la investigación epidemiológica, la formación universitaria, el campo laboral y las políticas públicas aún están centradas en las patologías como la caries, considerándola como aguda, tratando las consecuencias, olvidando que tiene características de dolencia crónica (Edelstein & Ng, 2015). Este modelo restaurador además enfatiza la evaluación de dientes, no a la persona, olvidando que es una enfermedad multidimensional. (Lindmark, Hakeberg, & Hugoson, 2011). Aún faltan más modelos de atención específicos para la odontología. Es importante investigar en esta área, pues mejora la satisfacción del paciente, mejora los indicadores de salud y aumenta también la satisfacción del profesional en su quehacer diario (Mills, Frost, Moles, & Kay, 2013).

En el Reino Unido, el General Dentist Council plantea nueve principios para la atención de las personas en el área de la odontología, siete de los cuales abordan aspectos relacionados con un modelo PCC:

- Colocar el paciente en primer lugar.
- Comunicarse eficazmente con los pacientes.
- Contar con el consentimiento informado de los pacientes.
- Mantener y proteger la confidencialidad de los pacientes.
- Señalar procedimientos claros para que los pacientes puedan hacer llegar sus quejas.
- Trabajar de forma multidisciplinaria con los colegas, resguardando el mejor interés de los pacientes.
- Asegurar un comportamiento que preserve la confianza en la relación profesional con los pacientes (GDC, 2013).

Ese país ha elaborado un protocolo de atención odontológica para pacientes adultos cuyos principios apuntan a la atención centrada en el paciente. Dentro de ellos se destaca la dignidad, amabilidad, la compasión, cortesía, comprensión y la honestidad (Scambler & Asimakopoulou, 2014; Scambler et al., 2016).

En el caso de Estados Unidos, la guía clínica "Oral Health Strategic Framework, 2014-2017" propone la atención centrada en el paciente destacando una labor multidisciplinaria entre odontología y medicina, lo que es importante pues las enfermedades crónicas comparten factores de riesgo. Falta que presente estrategias concretas de cómo plasmarla en la rutina clínica de atención (Public, Service, Health, & Committee, 2016).

En el caso de Australia, la guía NSQHS "Standards Guide for Dental Practices and Services" define como estándar de calidad la atención centrada en el paciente sin profundizar al respecto (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2015).

En Chile, el Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030 propone una atención centrada en el usuario con un modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, procurando entregarle herramientas para su autocuidado (Ministerio de Salud de Chile, 2017b). Esta propuesta es una declaración de intenciones, pues no se identifican elementos

concretos de cómo se lleva a cabo en la atención clínica. Tampoco presenta indicadores de evaluación para monitorear su impacto en la salud de la población.

En las propuestas elaboradas para una odontología centrada en el paciente, destacan dos propuestas: la de Appelian, Vergnes, Hovey y Bedos (2017) y la Sclamber & Asimakopoulou (2014). Esta última propuesta presenta cuatro niveles y cuatro pilares:

- **Primer pilar: explorar la enfermedad y el contexto en que ocurre.** Los profesionales consideran no sólo los síntomas que el paciente manifiesta, sino cómo impactan en la vida de la persona, dando un contexto particular. Esta evaluación ayuda a identificar las posibles barreras para lograr los objetivos planteados en el tratamiento específico de esta persona.
- **Segundo pilar: considerar a la persona de manera integral.** Busca integrar aspectos biopsicosociales en la comprensión de la situación de salud y enfermedad de la persona, fortalecer la relación del equipo de salud odontológica y el paciente para que se tomen decisiones bien informadas.
- **Tercer pilar: el espíritu de la relación entre profesional y paciente**. La relación considera compasión, empatía, dignidad, amabilidad, comprensión, honestidad y respeto y una relación que se fortalece y permanece a largo plazo, que conducirá a la toma de decisiones compartidas.
- **Cuarto pilar: llegar a un terreno común/compartir responsabilidades en el proceso de relación dentista/paciente.** Considera la capacidad de llegar a acuerdos en tres áreas importantes: definir el problema a enfrentar, establecer metas en el tratamiento y definir responsabilidades y roles en una relación colaborativa. Se buscan caminos de consenso cuando existan divergencias en cómo abordar el cuidado de la salud oral. Este pilar es clave y plantea preguntas para evaluar si la atención fue efectivamente centrada en el paciente: ¿las decisiones que el paciente toma son las más adecuadas? ¿Se ha entregado oportuna y claramente la información para que el paciente pueda decidir en conciencia? ¿Puede ser considerada una decisión del paciente cuando existe sólo una alterativa planteada, que es la que el profesional considera más adecuada?

Sobre estos pilares se plantean tres niveles para implementar esta atención en pacientes adultos. Estos niveles son:

NIVEL 1: información. El profesional entrega información con una variedad de evidencia de forma didáctica que considera la situación particular del paciente.

NIVEL 2: información y opciones. Considera que el paciente tiene más de una opción para decidir. Cuando no hay varias opciones de tratamiento, las opciones debieran ser presentadas considerando si se realiza o no el tratamiento.

NIVEL 3: información, opciones y herramientas para una elección informada. Se entrega apoyo que habilite al paciente para decidir y tomar la mejor decisión de forma informada, considerando todas las perspectivas clínicas, psicológicas y sociales. Se explora las distintas opciones, considerando pros y contras de cada una.

NIVEL 4: paciente en el control total de su cuidado. Es consecuencia de los otros tres niveles. Por lo tanto, la decisión está fundamentada con información de oportunidades y se ha podido jerarquizar las opciones (Scambler & Asimakopoulou, 2014)

Figura 13. Esquema del Modelo de Atención Centrada en el Paciente según Sclamber & Asimakopoulou



Fuente: Sclamber & Asimakopoulou (2014).

Otro modelo para la atención centrada en el paciente es de Appelian, Vergnes, Hovey y Bedos (2017). Su propósito es humanizar la atención en salud oral enfatizando a la persona, sus valores, comprendiendo a la persona de forma integral. Destacan que no es una propuesta "check list", sino más bien un marco de principios generales para guiar la práctica clínica específica odontológica. Los principios son tres:

- **Humildad:** se debe crear una relación horizontal con el paciente, reconociendo su experticia frente a su situación concreta. El profesional pone al servicio sus conocimientos, que son complementados con la experiencia del paciente.

- **Hospitalidad:** este principio busca invitar al paciente a que establezca una conversación con el profesional, donde no se emiten juicios o se construyen estereotipos preconcebidos. Se requiere que el profesional sea proactivo, invitando al paciente a través de palabras, actitudes y acciones. Es importante que se muestre curioso, generoso y atento a lo que se escucha.
- **Atención Plena (escucha activa o mindfulness):** está centrada en el aquí y en el ahora, sin hacer juicios previos; sintonizarse con la sesión y persona que asiste a la consulta, considerando el contexto de la interacción comprenderlo de forma integral, vinculando la medicina basada en evidencia y la atención personalizada.

La atención clínica de esta propuesta considera tres etapas que pueden ser complementarias o secuenciales, dependiendo del tiempo que requiera el cuidado de la salud oral del paciente.

- **Conectar.** Lo central no es llegar a la "queja principal" del paciente, sino aprender sobre su contexto, su vida, su historia médica, su historia social, su biografía. Requiere de entrevistas guiadas que generen un vínculo con la conversación del paciente. Esto ayuda a construir la confianza y conocerse mutuamente de forma tan natural y profunda como sea posible. El proceso de conexión busca escuchar, comprender y validar sus experiencias y sus emociones, aunque el conocimiento científico tenga otras interpretaciones. El tiempo destinado es variable y no considerarse como "una pérdida de tiempo".
- **Examinar.** Una vez finalizada la conversación inicial, se le explica al paciente los pasos que se darán para que sepa qué viene a continuación. En este caso, se busca objetividad y análisis. Se realiza el examen, señalándole al paciente que puede interrumpir cuando considere pertinente. Es clave estar atento a sus signos no verbales.
- **Compartir.** Una vez finalizado el examen, se relata de forma neutral los hallazgos, sin adelantar opciones de tratamiento, juicios o acusaciones hacia la persona, considerando la evidencia científica. Se pueden usar metáforas, esquemas o dibujos para favorecer la entrega de información. La participación del paciente es relevante, chequeando si la entrega de la información ha sido comprendida. Esto favorece la

adherencia del paciente al plan que se acuerde entre ambas partes. Es importante promover la conversación sobre estilos de vida del paciente, diseñando un plan honesto, acorde a lo que el paciente necesite y desee.

- **Intervenir.** En esta etapa se contrasta la evidencia con la experiencia, las expectativas, valores y preocupaciones del paciente y que participe activamente en el diseño del plan de tratamiento. Se deben realizar acuerdos y responsabilidades, pues un buen nivel de salud oral no se logra sólo con las intervenciones en la clínica, requiere de conductas del paciente en su casa.

Tabla 2. Modelo de Atención de Apelian, Vergnes, Hovey y Bedos

PRINCIPIOS GUÍAS	PROCESO	MÉTODO	OBJETIVO	ACTITUD DEL PROFESIONAL
HUMILDAD HOSPITALIDAD ATENCIÓN PLENA	Conectar	Conversación y Validar	Comprensión mutua Construcción de relación	Cálida Positiva Sin juicio de valor
	Examinar	Visual Radiográfico Test Entrevista	Reunión de información Diagnóstico	Objetivo Minucioso
	Compartir	Presentar Discusión	Modelo de compartir decisiones Comprensión mutua Manejo de la incerteza	Claro Promover para que se hagan preguntas
	Decidir	Discusión Negociación		Compartir el poder Creativo
	Intervenir	No invasivo Invasivo Cuidados en casa Estilos de vida		Respetuoso Formador de alianza

Fuente: Apelian y col (2017)

6. Atención odontológica centrada en el niño

La investigación sobre modelos de atención centrados en el niño es escasa. Los que se encuentra es sobre habilidades comunicacionales del profesional para una atención positiva y favorecer la participación del paciente infantil. Esta comunicación interpersonal será abordada en el siguiente capítulo.

La evidencia sobre cuidados centrados en el niño y su familia surge desde la enfermería. Este se traduce en el equilibrio de poder entre los padres, niños y profesionales (M. Kelly, Jones, Wilson, & Lewis, 2012). La participación del niño es esencial para alcanzar los objetivos definidos y aumentar su satisfacción con el cuidado de su salud. Los profesionales que trabajan con infancia deben ser los garantes de su participación, pues es una perspectiva externa a la de los adultos, rescatando la experiencia del niño en salud y enfermedad desde sus percepciones, acciones y condiciones. Un enfoque centrado en el niño debe ser un compromiso de los profesionales de la salud, que exige conocimientos del área del desarrollo infantil, condiciones de su vida en general y conocimiento de cada niño en su situación específica (Mårtenson & Fägerskiöld, 2008; Quaye, Coyne, Söderbäck, & Hallström, 2019; Tates, Elbers, Meeuwesen, & Bensing, 2002).

En varios países se ha avanzado en integrar a los niños desde sus primeros años de vida en la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de su salud. El interés superior con el niño se ve reflejado al respetarlo, consultarlo, propiciarle información e incluirlo como actor activo en su atención médica. Se promueve su dignidad, respeto, privacidad y oportunidades para que tome decisiones sobre el cuidado de su salud (Foster & Whitehead, 2019a).

Involucrar a los niños en la toma de decisiones no sólo favorece una actitud positiva frente a procedimientos que puedan provocar dolor, sino que también fortalece su autonomía para sus decisiones futuras. Lo fundamental es informar sobre los procedimientos que serán realizados, considerando tres aspectos importantes: adaptar la información a los deseos y necesidades del niño, ofrecer con mayor frecuencia distintas alternativas y resguardar un espacio con paz y tiempo para que pueda, tranquilamente, hacer sus preguntas y pensar, consultándole su punto de vista frente al procedimiento que se desea realizar (Runeson, Ingrid; Hallstrom, I, Gunnel E, Hermmeren, 2002). La participación de los niños con respecto

a su salud debe favorecer que ellos sientan un sentido del control de la situación, ayuda a simplificar aquellos procedimientos que involucren dolor, disminuyendo la ansiedad y el miedo (McPherson & Thorne, 2000; Runeson, Ingrid; Hallstrom, I, Gunnel E, Hermmeren, 2002).

Tates y col (2002) identificaron cuales acciones apoyan y cuales dificultan la participación de los niños en la atención médica. A continuación, se presentan estas actitudes:

Apoyadoras:

- Invitar al niño que señale el motivo de consulta.
- Involucrar al niño al momento del diagnóstico y de definir el plan de tratamiento.
- Actitud de padres que apoyan y promueven la participación en la interacción con el profesional (de forma verbal y no verbal).
- Padres que dan el espacio para que el hijo responda a las preguntas del profesional.
- Favorecen que el hijo comprenda alguna consulta del profesional que no son adecuadamente realizadas o porque el hijo no maneja suficiente información para responder.

No apoyadoras:

- El niño es ignorado por los adultos presentes (padres y profesional), sin espacios para que pueda manifestar su opinión o deseo frente a una consulta médica donde él es el paciente.
- El profesional expresamente les pregunta a los padres el motivo de consulta.
- Las preguntas son dirigidas hacia el padre.
- El diagnóstico y el plan se conversan sólo con los padres.
- Padres que hablan a nombre del hijo, ignorando los aportes del niño o interrumpiendo la interacción del médico con el niño (Tates et al., 2002).

En Chile, el programa gubernamental “Chile crece contigo” busca respectar los derechos de los niños desde su nacimiento hasta la edad de cuatro años de vida entre sus objetivos, asegurando así mejores condiciones de vida para él y su familia. Específicamente, el programa menciona que debe promoverse su expresión en temas que les afecte en los

distintos ámbitos en que conviven, pero no aparecen formas concretas de cómo hacerlo[26]. No se refiere nada sobre la salud oral.

La literatura sobre salud oral en los primeros años de vida plantea al niño en un rol pasivo frente a la adquisición de hábitos saludables. Cuando se conversan estos temas son dirigidos hacia la madre. Se pierde el enorme potencial que el niño tiene de ir asumiendo labores frente al autocuidado de su salud oral (Humeres-Flores et al., 2020). Es innegable que, durante el proceso de autonomía, los adultos también tienen un rol en este proceso. Lo relevante es que el niño sea escuchado y tenga un espacio de tranquilidad para expresarse, apoyándolo para que hagan sus preguntas y expresen sus opiniones (Håkansson, Derwig, & Olander, 2019; Tates et al., 2002).

Es destacable que la literatura sobre niño y atención odontológica los temas recurrentes son la ansiedad y la angustia. Esto podría ocurrir porque muchas acciones clínicas son invasivas. Esto refuerza un encuadre desfavorable del profesional, lo que dificulta la labor clínica. Por otro lado, los padres tienen mayor acceso a la información a través de Internet que puede aumentar la ansiedad y stress (Berge, Veerkamp, & Hoogstraten, 2002; Frauches, Monteiro, Rodrigues, Dias, & Diniz, 2018; Jones & Huggins, 2014). Las relaciones que el odontólogo establece con el niño son más bien autoritarias o paternalistas, apareciendo la contención física o verbal como una "técnica de manejo de comportamiento" con el propósito de poder realizar la acción clínica planificada, definida por los adultos. (Rolim, Moraes, César, & Costa Junior, 2004)(Locker & Liddell, 2000). Es urgente aportar evidencia de investigaciones que incorporen los principios y enfoques de la atención centrada en la persona.

7. Síntesis

Hace algunas décadas que el cuidado de la salud oral ha avanzado hacia una atención centrada en el paciente (PCC). Aún permanece una formación profesional, sistemas de salud y diseños de investigaciones con un enfoque biomédico. Hay poca investigación sobre PCC en la odontología.

[26] Recuperado de: http://www.crececontigo.gob.cl/tema/derechos-del-nino-y-la-nina/

Entre los valores que aparecen como importantes están la empatía, la compasión, la escucha activa, la amabilidad y el respeto.

El modelo PCC favorece relaciones más horizontales entre médico y paciente, con un trabajo colaborativo, para evaluar el mejor curso a ser tomado según los valores involucrados, el impacto que tiene en su vida, la mejor evidencia al respecto.

En odontología se han propuestos algunos modelos que están presenten en varios documentos de políticas públicas en distintos países, destacando valores como la dignidad, la empatía, la compasión, la amabilidad y la participación. En Chile, se sugiere un modelo centrado en el usuario y la comunidad, pero no existen pautas o valores que guíen la puesta en práctica de este modelo en la atención clínica. Los modelos propuestos destacan la activa participación del paciente en la toma de decisiones.

En el caso de la infancia, no existen modelos de atención clínica centrada en el paciente, pero sí investigación que destaca la importancia de considerar la participación del niño en el cuidado de su salud, que permite mejorar su bienestar y favorece su competencia para tomar decisiones en su vida adulta.

CAPITULO 5: COMUNICACIÓN INTERPERSONAL ENTRE ODONTÓLOGO Y BINOMIO NIÑO/PADRES

1. Introducción

Este capítulo aborda la comunicación del odontólogo con el binomio niño-padres dentro del contexto clínico. Esta comunicación considera el encuentro (*encounter)*, desde la perspectiva de Goffman (1956), que valora las relaciones "cara a cara" considerando una puesta en escena (Delgado-Gallego, Vázquez-Navarrete, & de Moraes-Vanderlei, 2010). Los seres humanos han acordado un lenguaje para comunicarse y representar la realidad, mediante signos y símbolos, de forma verbal y no verbal (Bermeosolo, 2007). Esta comunicación requiere de una habilidad propia del ser humano: la capacidad de percibir que existen otros individuos que tienen sus propias perspectivas y valores, que hace de cada persona un ser original (Kumagai, 2008).

La comunicación interpersonal ocurre entre un profesional de la salud y el paciente que se encuentran "cara a cara" y en una puesta en escena denominada box clínico. Durante esta interacción surge el diálogo alimentado por los significados de un mundo simbólico personal, de acuerdo a las creencias y valores de cada uno. Esta comunicación ocurre hace décadas en salud bajo una estructura formal definida como sesión clínica. Se puede interpretar este encuentro como un ritual reconocido por ambos participantes, aunque no de forma explícita, que conlleva etapas que se repiten: una preocupación concreta del paciente, quien solicita una hora, ocurre el encuentro, se realiza una entrevista, el examen físico y luego se discuten posibles diagnósticos y tratamientos (Noreña Peña, Cibanal Juan, & Alcaraz Moreno, 2016).

No hay evidencia en el área de la odontología, pero en medicina un médico puede llegar a realizar más de 200.000 sesiones clínicas a lo largo de su vida laboral (Moore, Gómez, Kurtz, & Vargas, 2010). Son miles de oportunidades para repetir este ritual que debería favorecer la comprensión de los simbolismos comunicacionales que se manifiestan en esta interacción.

Este ritual presenta algunos aspectos particulares en el caso de la odontología, que han sido acordados tácitamente. Esto se traduce que, además de los elementos que

constituyen la sesión médica, un elemento puede generar estrés extra para el odontólogo, de quien se espera que inicie el plan de tratamiento en la misma sesión. Esto exige que organice todo dentro del tiempo que dispone. A su vez, el paciente enfrenta la expectativa de saber qué se realizará en esa sesión y que podría ser un procedimiento poco grato. Todo este proceso ocurre con el paciente sentado desde un inicio en el sillón dental, rodeado de máquinas e instrumentales. Un aspecto no menor es que el área del cuerpo que se aborda es la boca, lugar sensible y de gran significado emocional. Durante la realización de la acción clínica, el profesional se centra en el procedimiento, quedando poco tiempo para lograr el encuentro (*encounter)* comunicacional, que vaya más allá de lo técnico (Sondell & Söderfeldt, 1997).

Buyung Chul Han (2020) señala que la sociedad se construye con rituales, ricos en acciones simbólicas, como podría ser la sesión clínica. Su planteamiento agrega un elemento valioso para esta investigación: indica que todo ritual simbólico genera comunidad y hogar, sin requerir de una comunicación explícita (Han, 2020). Esta afirmación se fundamenta en el ritual simbólico creado en la antigüedad, donde dos personas escribían sus nombres en una tablilla para luego partirla en dos y cada uno quedarse con una mitad. Cuando necesitaban hospedaje, uno le presentaba su trozo de la tablilla y el otro, como un gesto hospitalario, lo recibía en su hogar (Ares Mateos, 2020). La comunicación interpersonal de esta investigación busca profundizar en el ritual del encuentro del odontólogo con el binomio niño-padres, esperando proponer una modelo comunicacional que genera comunidad. Los pacientes valoran a los profesionales de la salud que los perciben como personas y no sólo como pacientes (Noreña Peña et al., 2016). En el caso de un paciente pediátrico, el profesional se encuentra interactuando con él y la persona que lo acompaña, quien normalmente tiene un rol significativo.

Esta comunidad se forma en la medida que el paciente se sienta escuchado y pueda plantear libremente no sólo su motivo de consulta, sino todas sus preocupaciones. Esto se conoce en salud como la *agenda setting* o agenda oculta que, no debe confundirse con la *agenda setting* de los medios de comunicación.

Para que la relación se transforme en comunidad existen habilidades claves para una adecuada comunicación. Los que esta investigación aborda son la empatía, la compasión, la escucha activa, el empoderamiento y la hospitalidad.

La construcción de esta comunidad ocurre dentro del contexto social del siglo XXI. Reconocer y entender esta realidad es importante para elaborar mejores estrategias comunicacionales entre odontólogo y binomio. Esta comunicación sufre la influencia del consumo promedio de información digital de cada persona que puede ser de hasta 12 horas diarias. Una persona recibe diariamente más de 100.000 palabras a través de distintas fuentes digitales (Bohn, 2009). Consumir estos niveles de información exige que las personas desarrollen su cognición en un formato conocido como atención parcial. Sin embargo, el cerebro, para mantener el control y procesar la cantidad de información que recibe, organiza esta información en pequeños intervalos, más cortos, lo que perjudica la capacidad de elaborar pensamientos profundos (Wolf, 2018).

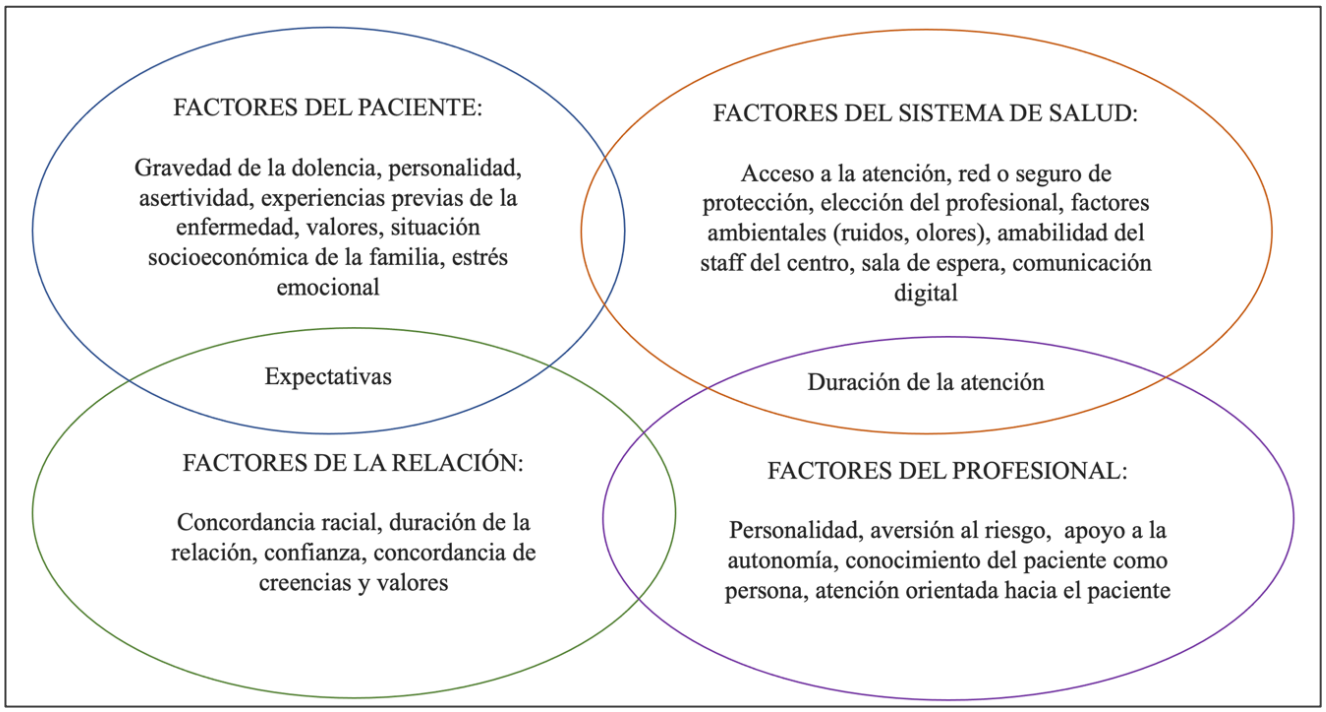
¿Por qué eso intervendría en la comunicación interpersonal en la clínica odontológica? Porque una habilidad tan importante para esta comunicación como la empatía requiere de niveles de pensamiento profundo más reflexivo, que es obstaculizado por esta fragmentación de información. Cuando existen elaboraciones más profundas, aumenta la empatía con personas y sociedades con otros puntos de vista, incluso con grupos que no se tengan contacto directo. El pensamiento profundo permite que la persona construya cognitivamente más reflexión, lo que conlleva entender el aporte del punto de vista de otros, construyendo relaciones más compasivas con quienes se relaciona. Hay evidencia que indica que la empatía ha disminuido en un 40% en los jóvenes en los últimos 10 años (Wolf, 2018). Comprender que la relación del odontólogo con el binomio se da dentro de este contexto, requiere construir propuestas de comunicación clínica que favorezcan el encuentro y la formación de una comunidad, en vez de sólo entrega de información.

2. Construcción de la Relación: comunicación interpersonal

Existe evidencia que relaciona una mejor comunicación con el aumento de la satisfacción del paciente y su adherencia a planes de tratamiento (Hannah, Millichamp, & Ayers, 2004; Moore, Gómez, Kurtz, & Vargas, 2010) .Se han propuesto distintos esquemas con aspectos claves para construir una adecuada interacción clínica. Una de ellos plantea cuatro ámbitos que influyen en la construcción de la interacción clínica: 1) aspectos relacionados con el paciente, 2) aspectos relacionados con el profesional, 3) elementos que

construyen la relación y 4) la forma que se organiza el sistema en el cual se construye la relación (Dieppe, P; Rafferty A.M; Kitson, 2002; Epstein et al., 2005) La figura 1 muestra esta propuesta, señalando aquellos aspectos compartidos por más de un ámbito:

Figura 14. Factores que Influyen en la Comunicación entre el Profesional de la Salud y el Paciente



Fuente: (Epstein et al., 2005)p.1607

Al evaluar cómo influye la comunicación en los indicadores de salud, se ha concluido que mejoran cuando los pacientes participan de forma consistente en sus planes de cuidado de la salud. Los pacientes caracterizan al "buen profesional" como aquél que es cálido, competente para comunicar, que demuestra interés y no busca controlarles sus conductas. Los profesionales, por su lado, evalúan una buena comunicación cuando los pacientes adhieren a los de cuidado de la salud establecidos por ellos (Epstein et al., 2005; Thompson & Parrott, 2002).

La comunicación no es un proceso unidireccional, sino una interacción mutua. A lo largo de esta interacción se construye un lazo de confianza entre profesional y el paciente,

donde ambos se encuentran como personas que buscan alcanzar una relación donde haya comprensión mutua (Kumagai, 2008). Como se explicó en los capítulos previos, la comunicación que el profesional debe promover requiere fundamentarse en el modelo de atención centrada en la persona y su familia. Para evaluar si lo está logrando, existen algunas preguntas que pueden ayudar su labor, como las siguientes:

1) ¿Se considera la perspectiva del paciente, sus preocupaciones, ideas, expectativas, necesidades, sentimientos, funcionalidad?
2) ¿Se comprende al paciente en su contexto psicosocial?
3) ¿Se logra una comprensión compartida entre todos que se adecúe a los valores del paciente?
4) El enfoque que se usa el profesional de la salud, ¿favorece compartir el poder y la responsabilidad con los pacientes, involucrándolos en sus elecciones, en la medida que ellos lo deseen así? (Epstein et al., 2005).

Fortalecer la comunicación centrada en el paciente requiere del profesional un genuino interés por conocerlo. Lamentablemente, éstos con frecuencia enfatizan una entrevista puramente biomédica, dejando la dimensión humana de lado (Smith & Hoppe, 1991).

Existen diversas teorías usadas para fundamentar la comunicación entre el profesional de la salud y el paciente, como la autodeterminación o *Self Determination Theory* (SDT). Ella plantea que existen necesidades psicológicas como el bienestar, autonomía, afinidad y sentirse competentes. Si ellas no están cubiertas, las enfermedades pueden perdurar. Contar con estas necesidades cubiertas genera la percepción de ser competente. La comunicación centrada en la persona puede fortalecer estas necesidades y su competencia para enfrentar de mejor manera el cuidado de su salud, generando una afinidad entre profesional y paciente que trabajan de forma colaborativa (Deci & Ryan, 2012; Thompson & Parrott, 2002).

3. Construcción de la Relación y *Agenda Setting*

El tiempo disponible para identificar los temas relevantes del paciente durante la consulta es limitado y las prioridades no siempre están claras al inicio ni están interrelacionadas (N. Gobat, Kinnersley, Gregory, & Robling, 2015). La decisión por consultar a un profesional puede deberse a múltiples razones, la más obvia es la preocupación concreta sobre un problema en la salud. Si se considera esa como la única motivación del paciente para consultar, el éxito de ella se daría al recibir un diagnóstico y un tratamiento. Sin embargo, las personas son más complejas y la salud no se resume a un check-list de síntomas o signos. Ellas traen otras dudas, temores y expectativas que deben ser debidamente investigadas. Cuando esto no ocurre, los temores tienden a amplificarse, dificultando el proceso terapéutico, pues los pacientes pueden negarse a realizarlos por miedos infundados. También existen expectativas para ser escuchados o dudas sobre determinado procedimiento (Marvel, Epstein, Flowers, & Beckman, 1999).

Este conjunto de elementos fueron denominados en un comienzo como "agenda oculta" (Barsky, 1981; Martinez, E; Buendia, 2018), definida como "la decisión del paciente de no contar sus preocupaciones psicosociales hasta que la consulta esté más avanzada" (p. 692) (Barsky, 1981; Beckman & Frankel, 1984). En las últimas décadas el concepto ha cambiado para *agenda setting*.

Es importante diferenciar este concepto del término *agenda setting* usado en las ciencias de la comunicación. En este campo, se trata de una teoría propuesta por McCombs & Shaw en 1972, que destaca el rol central de los medios en definir la agenda pública de las audiencias y sus comportamientos políticos: en definitiva, los medios proponen los temas relevantes para las personas. La teoría no plantea a los medios como "todopoderosos" ni a las audiencias como autómatas pasivos, más bien define los alcances de los medios de comunicación masivos en sus audiencias y la disputa que ocurre entre varios actores sociales al definir la agenda pública (Aruguete, 2017; McCombs, 2006).

En cambio, la *agenda setting* en salud se define como "la lista completa de las preocupaciones del paciente antes de preguntas más específicas para aclarar cada preocupación" (Marvel et al., 1999, p. 283). La investigación en esta materia ha permitido planificar mejor el tiempo disponible para el encuentro clínico. Es interesante revisar los

resultados de investigaciones con pacientes con enfermedades crónicas, donde no se verifica relación directa entre duración de la consulta y mayor satisfacción de quien consulta (Dugdale, D; Epistein, R; Pantilat, 1999). Al contrario, consultas más breves se ven asociadas a aumento de prescripciones de fármacos y demandas judiciales por mala praxis.

La evidencia destaca que los profesionales deben contar con habilidades comunicacionales que permitan expresar explícitamente su interés por la agenda del paciente a través de expresiones concretas como: "*hum, hum*", "*algo más que desee contarme al respecto*", o "*hay algo más que puedo hacer por usted"*. Este tipo de estrategia ha demostrado que no toma más que dos a tres minutos y permiten que el paciente relate su historia con sus propias palabras. Además, sugiere por el uso de preguntas abiertas ("*cuénteme más al respecto*"), en vez de preguntas cerradas *("¿se sintió mejor con este fármaco*?). Permitir que el paciente se explaye durante la entrevista facilita negociar metas y objetivos conjuntos entre profesional y paciente (Dugdale, D; Epistein, R; Pantilat, 1999).

Otros resultados destacables en que habitualmente el paciente es interrumpido por el médico a los 25 segundos de haber iniciado su relato. La tendencia del médico es centrarse en este primer motivo y explorarlo durante la anamnesis. Cuando esto ocurre, las probabilidades que el paciente logre retomar un espacio para expresar su *agenda setting* son menores a 30%. Por otro lado, promover que el paciente expresa libremente sus preocupaciones y temores puede tomar menos que tres minutos y medio, lo que demuestra que escuchar más abiertamente al paciente no necesariamente pone en riesgo las etapas siguientes a la entrevista (N. H. Gobat, 2014; Marvel et al., 1999).

La *agenda setting* es una forma concreta de aplicar el modelo de atención centrada en el paciente (PCC) favoreciendo que el profesional de la salud y el paciente tenga un "espacio común", donde "sus agendas" se encuentran. Establecer la agenda es una estrategia donde el profesional presenta de forma explícita la suya propia, con alternativas para que el paciente contribuya en la construcción de una conjunta. Esto puede ser valioso en aquellas situaciones donde se requiere definir un foco de conversación, cuando hay muchas prioridades interrelacionadas (N. H. Gobat, 2014).

La odontología debe avanzar hacia esta área de investigación, pues la construcción de esta sesión clínica aún está centrada en el enfoque biomédico. En el caso de Chile, la primera

consulta odontológica está más asociada a la confección de un presupuesto del daño evaluado por el profesional, incluso este primer encuentro se denomina “un presupuesto gratis”.

4. Comunicación y lenguaje en el contexto de la atención clínica

El lenguaje es la forma de interactuar en la atención clínica, entrega información y expresar emoción. Tiene un papel en la interacción social, en la medida que incide en la construcción de la realidad y pensamiento, reflejando la identidad personal (Bermeosolo, 2007). La comunicación no es un fenómeno exclusivo de los seres humanos, pero sí lo es la capacidad de dialogar. El lenguaje es instrumento para comunicarse, que repercute en la interacción social y en la construcción de la cultura; sufre la influencia de características individuales de cada interlocutor y del contexto en que ocurre este encuentro (Bermeosolo, 2007). La comunicación es siempre intencional; cuando es auténtica, es una oportunidad de conocerse mejor y fortalecer la relación que se ha creado entre los actores que interactúan.

En el caso de la comunicación que ocurre entre el odontólogo y el binomio, ella debiera apuntar hacia la amabilidad, la voluntad de escuchar, además de ser una competencia clínica de calidad. Estas características pueden contrarrestar posibles imágenes negativas de los niños hacia los dentistas (Frauches et al., 2018).

El lenguaje construye realidad según las experiencias vividas. Al comunicar, se realiza un proceso no sólo de interacción verbal, también se transmiten significados sociales. Con la riqueza de significados existentes, el ser humano tiende a agrupar entidades similares de acuerdo a su apariencia, uso o forma, procurando trazos en común (Baraldi, 2011). Estas categorizaciones pueden ser consideradas verdaderas o falsas sobre la base de indicios que la persona considere fiables. Sin embargo, no es raro que, al usar un mínimo de rigor, estas clasificaciones pierdan fundamento. Lenguaje y realidad son dos entidades incuantificables, la palabra se origina de algo exterior que llega a través de la comunicación sensible. Esta dinámica se conoce como representación social, la que Moscovici (1960) define como la integración de nuevos significados a los esquemas y clasificaciones ya existentes, creando distintas representaciones sociales (Martienez, C; Lopez, A.M; Londoño, B; Tejada, 2011).

Las representaciones sociales son una forma de conocimiento que congrega lo cognoscitivo y lo simbólico del sujeto, demostradas a través de sus acciones, personales y

colectivas. Para Moscovici (1979), existe una relación entre representaciones sociales y la generación de conocimiento.

La comunicación no es sólo lenguaje oral simbólico, sino que incluye también lo no verbal. En este lenguaje, la persona usa el cuerpo, el tiempo y el espacio, los movimientos del cuerpo, los gestos, el tono de la voz y los objetos. Se puede clasificar este lenguaje como kinésico, proxémico y para-lenguaje. En el primer tipo, se enfatiza las expresiones gestuales y corporales, movimientos de manos, cabeza, expresiones faciales y conducta ocular. La segunda clasificación se relaciona con el uso del espacio, considerando distancias relativas, grado de intimidad y la acomodación de las posturas según estos criterios. Este espacio corporal puede ser íntimo, personal y social o público, siendo los dos primeros muy sensibles cuando la persona siente que han sido invadidos (Bermeosolo, 2007). La tercera forma de comunicación no verbal, es el para-lenguaje y se relaciona con la forma que se dice algo, enfocándose a la calidad de la voz, la presencia de risa, suspiro, etc. (Bermeosolo, 2007).

La boca es, además, asiento de las primeras necesidades fisiológicas y emocionales; provee las primeras sensaciones de seguridad, placer y satisfacción, lo que incide en la construcción de la propia imagen. Este rol del reconocimiento de lo propio y de lo ajeno, puede explicar las implicancias de la proxémica en la interacción del odontólogo con el paciente, pues la labor odontológica invade este espacio íntimo de la persona, sin que necesariamente se haya creado una relación de confianza. La amenaza sentida por el paciente, no es tanto física, sino más bien a su integridad psicológica (Rojas, 2004). Estas dimensiones de la comunicación en la atención odontológica tienen importantes implicancias, pensando que los sentidos son activados de distintas formas y de forma simultánea: olores, luces, ruidos, proximidad del profesional al examinar la cavidad oral.

5. Construcción de la relación: habilidades y actitudes

El propósito de la comunicación del odontólogo con el niño en el encuentro en la consulta es crear una relación, no sólo informar. Esta capacidad de interactuar requiere de un conjunto de habilidades que serán usadas de acuerdo con las demandas de cada situación. Cada habilidad está constituida por una serie de conductas específicas identificables que son desplegadas en un contexto social. Por lo tanto, una persona competente socialmente será

aquella que posee una serie de habilidades verbales y no verbales que serán ajustadas dependiendo de contextos y personas específicas. Las habilidades son flexibles y adaptadas, no rígidas o estereotipadas; son dinámicas, sujetas a continuas modificaciones o adaptaciones, originadas del ambiente y del interior de la persona, quien selecciona, organiza e integra información.

En consecuencia, una persona competente comunicacionalmente es aquella que tiene la capacidad de respetar turnos en la conversación, proporcionar *feedback* a su interlocutor, reaccionar oportunamente a indicadores verbales y no verbales y ahondar o explayarse en un determinado tema, de acuerdo con el requerimiento de cada persona que interactúa. La competencia permite identificar cuando se debe hablar o callar, qué decir, a quién y de qué modo, prestando atención muchas veces con más atención al lenguaje figurado y no al lineal.

Cuando el odontólogo interactúa con el niño y sus acompañantes, requiere que tenga esta competencia para ir más allá de interactuar y generar una relación. En el caso de esta investigación se han seleccionado cinco habilidades, consideradas relevantes para proponer una estrategia comunicacional que fortalezca el autocuidado de la salud oral del niño.

5.1 Empatía:

Kumagai (2008) señala que la empatía considera las actitudes y acciones que demuestran interés y respeto por el paciente, abordando sus valores y preocupaciones. La empatía es la capacidad o la acción de comprender, de estar consciente, de ser sensible y lograr experimentar de forma vicaria los sentimientos, pensamientos y experiencias del otro. El concepto de la empatía se valida dentro de las interacciones humanas y con el desarrollo moral (Kumagai, 2008).

En su artículo sobre los estudios de Hoffman (2000) sobre la empatía, Reyes (2011) señala que ella se construye en una relación de lo afectivo y lo cognitivo, lo que Hoffman define como “encuentros morales”. Estos encuentros se inician en la familia en los primeros meses de vida, sin realizar aún un proceso cognitivo sino una vinculación afectiva que más tarde será enriquecida con lo cognitivo (Reyes, 2002).

Riess & Kraft (2014) señalan que aún faltan investigaciones que destaquen el manejo de la comunicación no verbal y la empatía; pues aún permanecen más bien en el “qué decir” en lugar de “cómo ser”. En la comunicación se olvida el rol esencial que tienen las señales

no verbales, la comunicación de las emociones. Muchos pacientes son reacios a demostrar verbalmente que no están de acuerdo con aspectos de su relación con el profesional y el cuidado de su salud. Por eso, es importante estar atentos a lo que el paciente comunica con estas señales no verbales (Riess & Kraft-Todd, 2014).

5.2 Compasión:

Papadopoulos (2015) define la compasión como una cualidad humana que reconoce (es empático) y comprende el sufrimiento de los demás, se conecta e involucra con la persona, con el deseo de actuar para poner fin a ese sufrimiento a través de acciones culturalmente apropiadas y aceptables para el contexto cultural de la persona y su entorno. La enfermería ha investigado y elaborado y protocolos de atención a pacientes desde la compasión. Estos estudios han demostrado que el cuidado compasivo genera mayor satisfacción por parte de los pacientes; optimiza el tiempo, ahorra costos y genera mayor felicidad entre los profesionales, aumentando su resiliencia (Papadopoulos & Ali, 2016).

La compasión suele confundirse con la empatía o la pena (lástima), pero tienen diferencias importantes. La pena se relaciona con una sensación de arrogancia o temor frente al sufrimiento de otro. La empatía habilita para interpretar los sentimientos, pensamientos y percepciones de otra persona (Van der Cingel, 2014). Lo distintivo de la compasión es que, además de comprender y conocer el sufrimiento de otra persona, busca actuar para acompañar y poner fin a esta condición. (Papadopoulos & Ali, 2016).

Para avanzar hacia una atención compasiva se deben fortalecer determinadas habilidades comunicacionales y protocolos clínicos adecuados - que definan cómo proceder en la práctica- y cómo se realiza una consulta clínica. A continuación, se presentan algunas dimensiones de esta atención compasiva:

a. **Ser empático:** favorece comprender las emociones del paciente, reconocer su sufrimiento.
b. **Reconocer el procurar hacer algo frente al sufrimiento**: este es un elemento que diferencia la compasión de la empatía, pues además de reconocer, se buscan formas concretas de aliviar y acompañar, a través de una atención oportunamente, ayudando

en temas problemáticos, comprendiendo a los pacientes como personas que sufren más allá de los problemas que conlleva su enfermedad.

c. **Ser cuidadoso**: ser afectivo y atento, considerar las necesidades del paciente, apreciar a sus familiares.
d. **Comunicación**: contar con una adecuada habilidad comunicacional verbal y no verbal.
e. **Conectarse y relacionarse con el paciente:** tratar a los pacientes con respeto, apoyarlos espiritualmente, comprender lo que el paciente está viviendo.
f. **Ser competente:** ser competente en su área profesional y en el profesionalismo, ambas son fuentes de tranquilidad para los pacientes y sus familiares.
g. **Atender las necesidades de los pacientes, haciendo un esfuerzo adicional:** estar atento a las necesidades de los pacientes, como, por ejemplo, preguntando qué es importante para ellos, favoreciendo su empoderamiento.
h. **Involucrar al paciente**: estar atento a informar oportunamente al paciente sobre su situación de salud, darle oportunidades de participar en decisiones sobre su cuidado (Papadopoulos & Ali, 2016).

La odontología debiera asumir la compasión como una actitud en la comunicación interpersonal clínica, pues muchas situaciones dejan al niño vulnerable, las que pueden ser mejor abordadas considerando estos ocho elementos. Asumirla es un acto concreto de respeto hacia la dignidad del niño y fortalece el vínculo de confianza.

5.3 Escucha Activa:

Escuchar es quizás una de las actitudes más influyentes para el cuidado de la salud de una persona. Lamentablemente, es una habilidad poco fomentada en la formación académica de los profesionales de la salud, centrada más en la capacidad clínica que en este tipo de habilidad. Los ambientes clínicos no favorecen que los pacientes puedan ser adecuadamente escuchados y que se sientan libres de contar sus experiencias. La comprensión de lo que significa escuchar profundamente podría incidir en las decisiones tomadas. Una atención clínica de calidad requiere de excelencia en aspectos científicos, relacionales y habilidades

comunicacionales. La definición de "un buen profesional" se evalúa en buena medida según su capacidad de escuchar atentamente.

Rogers (1970) plantea que para escuchar no solamente se requiere de los oídos, sino de los ojos, la mente, el corazón y la imaginación (J. García, Ruiz, Baños, Lázaro, & Ramis, 2014). La escucha activa requiere atender a lo que se dice y a los elementos no verbales y paraverbales.[27] También requiere esfuerzo y concentración, que no es lo mismo que oír (J. García et al., 2014). Abrir el corazón y escuchar de forma profunda y activa no es una habilidad que se adquiere sólo a través de la experiencia personal y ejercitarla deja al profesional en una situación que puede sentir que no está bajo su control. El desafío es escuchar y comprender a la persona, más allá de los juicios que se hagan en un primer momento y practicar una conexión espiritual, de encuentro (Browning & Waite, 2010).

Como forma de facilitar la escucha activa en la clínica, la atención de enfermería de Kensington Filadelfia implementó el programa "*Just Listening*" (2009) que procura fomentar una transformación personal y social, enseñando habilidades de escucha sin prejuicio y centrada en los demás. Los fundamentos de este proyecto consideran: a) ser escuchado fortalece el empoderamiento de quien habla; b) frecuentemente, las personas ya tienen las soluciones para sus problemas en su interior; c) a pesar de ser poco escuchados, quienes viven en las márgenes sociales son fuentes de información valiosas y d) escucha experta sólo es posible en la medida que se cultive activamente la propia consciencia y tener hábitos de reflexión (Browning & Waite, 2010). El proyecto sugiere las siguientes estrategias:

a. Crear un clima de confianza, con libertad para expresarse.
b. Demostrar al paciente que se tiene la disposición de escuchar, manifestando un claro interés de escuchar y comprenderlo, usando para eso movimientos afirmativos con la cabeza o uso de palabras como "ya veo, sí, sí".
c. Resumir y chequear con el paciente si se está comprendiendo correctamente su relato.
d. Demostrar paciencia, organizando previamente el tiempo de la entrevista.

27 Esta comunicación se refiere a las variaciones en el uso de la voz, cómo se dice algo introduciendo matices y entonaciones. Incluye los cambios de voz, las entonaciones, el énfasis que le ponemos a las palabras, la velocidad con la que hablamos, pausas, sincronía con la comunicación verbal y no verbal (Recuperado de: https://www.aulafacil.com/cursos/autoayuda/presentaciones-eficaces/comunicacion-paraverbal-l10208).

e. No interrumpir; recurriendo a herramientas como parafrasear, resumir, usar lenguaje sencillo o ser asertivo.
f. Dominar las emociones.
g. Preguntar cuando sea necesario, pues puede ayudar a que el paciente desarrolle mejor sus frases.
h. Evitar hablar. Esto es lo más importante (J. García et al., 2014).

5.4 Empoderamiento:

El modelo tradicional de atención considera que el paciente debe entregar el poder a los profesionales de la salud para cumplir sus expectativas de un buen cuidado técnico y humano, pues es el profesional quien sabe lo que es bueno para él. Sin embargo, cuando el tratamiento planteado no trae más salud, la culpa es del paciente, que no cumple las orientaciones. Los pacientes, a su vez, se sienten juzgados por no seguir las recomendaciones dadas por los profesionales (Anderson & Funnell, 2005; Holmström, I; Röng, 2010).

El enfoque más actual considera a los pacientes como colaboradores en el cuidado de su salud, con derechos y responsabilidades (Holmström, I; Röng, 2010). El modelo de atención centrada en la persona parece ser la mejor forma de fortalecer esta nueva forma de relación. Este empoderamiento deja atrás el paternalismo y autoritarismo y avanza hacia modelos más equitativos y colaborativos (Bravo et al., 2015b).

El empoderamiento no surge desde el mundo de la salud, sino como respuesta a las desigualdades sociales con el concepto de la "pedagogía de los oprimidos" creada por Paulo Freire en la década del setenta. Ella señala que el poder de los opresores radica en tener cada vez más a costa de quienes tienen menos. Para que el oprimido se libere, necesita de acción con reflexión crítica y verdadera conciencia de realidad, de lo contrario la liberación se vuelve activismo (Paulo Freire, 2008). En el campo de la salud, el empoderamiento se fortalece a través de la educación en salud (Holmström, I; Röng, 2010).

Existen varias definiciones para el empoderamiento en salud. La OMS lo define como "un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, para ellos los individuos y las comunidades necesitan desarrollar habilidades, tener acceso a la información y a los recursos y oportunidades de participación e influir en los factores que afectan su salud y bienestar" (Cerezo, Juvé-Udina,

& Delgado-Hito, 2016) (p.669). Considera, como supuesto, que para ser saludable, las personas requieren la capacidad de generar cambios no sólo en conductas personales, sino también en situaciones sociales y en organizaciones que puedan influir en sus vidas (Feste, Catherine; Anderson, 1995). Otros autores destacan el rol de la comunicación y la educación entre profesionales y pacientes que comparten conocimiento, valores y poder, para la transformación personal (Aujoulat, d'Hoore, & Deccache, 2007),

Entre las estrategias para fortalecer el empoderamiento se sugiere mejorar la literacidad en salud, que permite que los pacientes sean capaces de comprender la información sobre su salud y de esta forma usarla de la forma más eficaz en sus decisiones. También se alcanza con la implementación de estrategias sobre toma de decisiones compartida (TDC) considerando tres pasos: presentar las opciones existentes, describir estas opciones y ayudar a los pacientes para explorar sus preferencias (Bravo et al., 2015b). Para evaluar el empoderamiento de la persona, se consideran diez dimensiones:

1) Participación en la toma de decisiones.
2) Toma de control.
3) Adquisición de conocimientos.
4) Habilidades de afrontamiento.
5) Actitudes positivas.
6) Darle significado a la experiencia de enfermedad.
7) Motivación.
8) Confianza.
9) Autocuidado.
10) Compartir y capacitar a otros.

Un obstáculo para que los profesionales favorezcan el empoderamiento de los pacientes es que ellos mismos tienen dificultad de cambiar el paradigma paternalista adquirido durante su formación profesional. Este paradigma lo incorporan de sus tutores y profesores, considerados como modelos. Este modelado influencia su construcción de ser profesional de la salud sin considerar otras formas posibles e integrándose dentro de su identidad profesional. Además, existe un cierto escepticismo de los profesionales sanitarios

frente al empoderamiento de los pacientes, pues consideran que más bien es una "terminología políticamente correcta" y un esfuerzo por quitarle a los profesionales su poder frente al control de la enfermedad crónica (Anderson & Funnell, 2005).

El éxito del modelo de atención centrada en el paciente, junto al concepto de empoderamiento, depende de una adecuada comunicación entre el profesional y su contraparte. Es importante señalar que la educación en salud tradicional se centra en ofrecer información, distribuir folletos y presentaciones en pequeños grupos. Son importantes, pero no suficientes. Se debe además fomentar autocontrol y habilidades para resolver problemas que complementen las formas tradicionales. Eso permite mayor durabilidad de los cambios de estilos de vida que los pacientes deciden hacer (Holmström, I; Röng, 2010).

5.5 Hospitalidad:

La hospitalidad se ha relacionado con ofrecer comodidad física, entendida en términos de comida, bebida y alojamiento ofrecidos por un anfitrión que recibe. En el área de la salud, se ha vinculado con la prestación de servicios al cliente, a través de sistemas que midan la calidad en los procedimientos y sistemas de un centro hospitalario (R. Kelly, Losekoot, & Wright-StClair, 2016).

Sin embargo, los estudios realizados al respecto en los últimos veinticinco años han señalado que la definición de hospitalidad es más amplia, más compleja y que impacta en la relación del paciente con el equipo de salud. También influye en su experiencia de ser atendido en un determinado contexto asistencial.

La hospitalidad se puede entender como la experiencia que alguien vive, que se encuentra lejos de su casa y donde el anfitrión se preocupa por su seguridad, su bienestar psicológico y fisiológico. Ella se construye en una relación interpersonal entre "huésped y anfitrión", motivada por la búsqueda del bienestar de aquel que se recibe, al igual que el espíritu del "buen samaritano". En salud esta analogía tiene sentido, considerando que los pacientes se sienten vulnerables y requieren ser reconocidos como personas. La hospitalidad exige de quienes viven la experiencia que disipen ideas o juicios preconcebidos para generar un ambiente de bienestar y alegría mutuo, una experiencia compartida (R. Kelly et al., 2016).

Esto requiere una visión integral de la persona, una compasión demostrada en pequeños gestos que generen bienestar a quien los realiza y quien los recibe.

Se han propuestos tres niveles de hospitalidad: una denominada pública, que consiste en una breve interacción personal que comporta cortesía al inicio de la consulta. El otro nivel es personal, que conlleva implicancia emocional, intercambio de intereses y opiniones entre el profesional (anfitrión) y el paciente (huésped). Por último, el nivel terapéutico abarca un nivel ético y moral que busca la sanación del paciente como principal propósito. Ella procura una visión holística de la persona, generando empatía, intimidad y cuidado. Genera sentimientos de comodidad, tranquilidad y disminuye ansiedad y la sensación de vulnerabilidad (Gilje, 2004). La hospitalidad requiere, por un lado, que el paciente se sienta acogido para que abra la puerta que crea relación y por otra que el profesional sea humilde y vulnerable, para ser menos intimidante (N. Apelian et al., 2017).

La hospitalidad es sentirse en casa, sentir que se llegó al "hogar", generando bienestar, acogida, conexión, aceptación. Trae como consecuencias tranquilidad, esperanza, libertad, creatividad y calidad en la atención (Gilje, 2004).

6. Modelos de Comunicación Clínica en Salud

La interacción del profesional con el paciente ocurre dentro del contexto de una consulta. La forma que se actúe en ella, paternalistas o colaborativas dependen de: a) El estilo con que el profesional escucha al paciente, pues influye en lo que el paciente desee relatar, b) Existencia de una comunicación eficaz entre ambos, c) El compromiso de los pacientes a los acuerdos y si fueron acordados en conjunto (Main, Buchbinder, Porcheret, & Foster, 2010). En este proceso, la comunicación que se establezca puede ser clave para lograr las metas acordadas (Sommer et al., 2016).

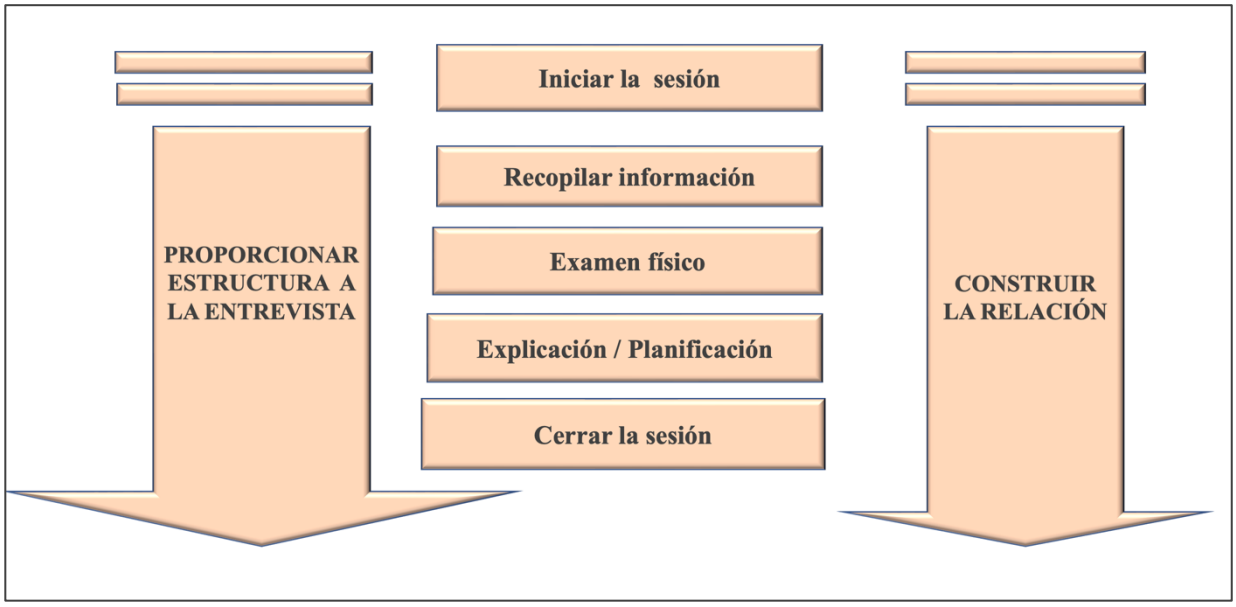
En la literatura del área de la salud se han propuestos diversos modelos de comunicación entre el profesional y el paciente. Para esta investigación se presentan dos modelos que contienen elementos que favorecen la atención del niño:

6.1 Modelo Calgary-Cambridge

Uno de esos formatos es la guía de Calgary-Cambridge, desarrollada por Silverman, Kurtz y Draper (1998). Su diseño permite delinear las habilidades efectivas de comunicación médico-paciente y entrega una estructura elaborada sobre evidencia y experiencia docente (Sommer et al., 2016).

Esta propuesta congrega elementos de la medicina basada en la evidencia (MBE), reuniendo información de calidad para tomar la mejor decisión clínica, considerando siempre un enfoque centrado en el paciente. Bajo estos dos pilares, los autores proponen un esquema que identifica etapas de la consulta y cómo obtener información precisa, favoreciendo la participación del paciente considerando: construir relación, recolectar información y acordar un plan de manejo para la dolencia. Esto requiere identificar la *agenda setting* del paciente que entrega información y favorece los acuerdos (Main et al., 2010). La figura a continuación muestra el esquema de entrevista planteada:

Figura 15. Esquema de Entrevista según la Guía Calgary-Cambridge



Fuente: Sommer et al., 2016 p. 602

Junto con el esquema, la propuesta identifica habilidades claves para aplicar adecuadamente el esquema de la entrevista (Main et al., 2010).

Tabla 3. Habilidades de los Profesionales de Salud para Realizar las Tareas Claves de una Consulta

Obtener los problemas y preocupaciones de parte del paciente: • Establecer contacto visual, demostrando interés. • Animar al paciente para que relate sus problemas siguiendo una secuencia lo más exacta posible, articulando este relato con las percepciones y sentimientos que tuvo. • Utilizar una "lista dinámica" que sirve para aclarar las preocupaciones del paciente. • Responder a los signos que tenga el paciente sobre angustia o problemas, clarificando y explorándolos oportunamente. • Evitar interrumpir el relato del paciente. • Procurar resumir la información que va obteniendo, pues permite corregir malentendidos y preguntar específicamente sobre un aspecto que sea más importante para el paciente o para su familia.
Entregar información • Verificar cuál es la evaluación del paciente frente a lo que considera que está mal y cómo esa creencia lo ha afectado. • Preguntar qué información le interesa más, priorizando la *agenda setting* del paciente. • Presentar la información por categoría y no avanzar sin chequear que el paciente comprendió lo que fue dicho. • Considerar tener a disposición información adicional a lo que está planificado conversar.
Discutir con el paciente, opciones de tratamiento • Informar adecuadamente y comprobar si desea participar de las decisiones. • Identificar la perspectiva del paciente antes de discutir posibles cambios en su vida.
Ser un apoyo para el paciente y su familia • Ser empático. • Realizar feedback sobre cómo el paciente se siente.

Fuente: (Main et al., 2010)

6.2 Entrevista Motivacional

La entrevista motivacional (EM) es una herramienta que fortalece el autocuidado en los pacientes. Se define como una propuesta de interacción que tiene como propósito favorecer la autonomía, ayudando al paciente para que él mismo identifique y solucione sus ambivalencias frente a su conducta de cambio (Droppa & Lee, 2014). La EM fue desarrollada por Miller & Rollinck (1990) y considera cuatro procesos fundamentales: establecer una relación, trazar un objetivo, evocar y establecer un plan de acción (Bóveda Fontán et al., 2013). La reflexión provocada por el profesional busca aumentar la motivación intrínseca y que el cambio surja como una convicción personal y no una imposición desde afuera (S. Rivera, Villouta, & Grez, 2008).

Un elemento importante para que la entrevista se haga dentro del modelo de EM es que ella sea dirigida, pero no directiva. Esto significa que identifica porqués, no sigue una estructura fija y el tema y ritmo los define el paciente. El foco es ayudarle a encontrar sus propias razones para motivarse al cambio. La directiva, en cambio, es más estructurada y los temas y el control son impuestos por el profesional (Bóveda Fontán et al., 2013).

La EM considera que los profesionales dominen habilidades comunicacionales, tales como un estilo empático, aceptar al paciente con sus posibles ambivalencias, sin emitir juicios al respecto y mediante escucha reflexiva, donde el profesional sólo refleja los significados que el paciente relata, para que él pueda profundizar en ellos. Favorece las preguntas abiertas que animan a los pacientes a que se explayen estimulando la reflexión (Britt & Blampied, 2015)(Rodriguez Sanz, Álvarez-Ude Cotera, & Cirera, 2014). La EM tiene cuatro pilares que son el espíritu que la sustentan (Rodriguez Sanz et al., 2014).

a. **Colaboración:** es una colaboración entre expertos. Los pacientes son los máximos conocedores de su enfermedad y se requiere un trabajo colaborativo entre “ambos expertos”.
b. **Aceptación:** implica aceptar lo que trae el paciente consigo, lo que el paciente relata. No significa aprobar sus acciones, pero sí aceptar el valor inherente de la persona. Aquí no está en juego el juicio del entrevistador hacia la persona.

c. **Compasión:** a través de la compasión el profesional comparte los sentimientos, experiencias, sufrimiento, dolor y alegría del paciente; es un profundo sentimiento de solidaridad con él.
d. **Evocación:** busca aproximarse al paciente no tanto desde el déficit de autocuidado, sino desde la convicción que la persona ya tiene en su interior los elementos para el cambio. La evocación busca traer a la superficie las motivaciones propias del paciente y que pueda visualizar sus discrepancias.

7. Comunicación Interpersonal y Salud Oral

No existe un cuerpo de evidencia sobre la interacción comunicacional que ocurre entre un odontólogo y el paciente en el contexto clínico. Sondell & Söderfeldt (1997) realizaron una revisión de los modelos de comunicación usados en odontología considerando aportes de otras disciplinas. Los resultados señalan que en este encuentro comunicacional entran en juego una serie de variables, como aspectos físicos del ambiente, enfoque de atención e influencia de otras personas presentes durante esta interacción, tales como personal auxiliar o acompañantes del paciente. Los autores definieron algunos conceptos para comprender la interacción comunicacional en la clínica odontológica:

- **Interacción:** "una situación en la que los seres humanos actúan unos sobre otros. Un acto hacia alguien es seguido de un acto respuesta de cualquier tipo por parte de alguien que recibe".
- **Comunicación:** "el intercambio de información para algún propósito, de manera verbal o no verbal".
- **Resultado**: "el efecto de cualquier acción durante las sesiones de proveedor-paciente según la evaluación de los pacientes y proveedores" (Sondell & Söderfeldt, 1997, p. 117)

A continuación, se describen las diferentes propuestas encontradas por Sondell & Söderfeldt (1997) en su revisión de modelos de comunicación. Se eliminó el modelo

normativo, que se fundamenta en los enfoques biomédicos y biopsicosociales, que ya fueron abordadas en el capítulo sobre modelos de atención.

7.1 Modelos de encuentro paciente-proveedor:

Estos modelos buscan explorar o describir lo que ocurre en la interacción sin ningún tipo de valoración; buscan comprender las redes causales de la situación comunicativa del encuentro. En ellos se identifican características del paciente y del profesional que pueden influir en la interacción comunicativa:

- Experiencia previa del paciente.
- Objetivos o motivos de la consulta.
- Expectativas del paciente.
- Complejidad del motivo.
- Número de preocupaciones del paciente.
- Expectativas del profesional.
- Conocimientos previos del odontólogo sobre las preocupaciones del paciente.
- Características del entorno físico donde atiende el profesional.
- Personalidad del paciente y del odontólogo.

En relación con los resultados del encuentro clínico, los factores que influyen en la interacción están relacionados en cómo se llevó el proceso de comunicación:

- Conocimiento de la persona del paciente.
- Acuerdos o terreno común sobre los problemas a ser abordados entre paciente y odontólogo.
- Satisfacción del paciente con la atención del profesional.
- Cumplimiento o adherencia del paciente al plan que se ha diseñado.
- Resolución de las preocupaciones y de los motivos de consulta del paciente (*agenda setting*).

7.2 Modelos de contexto odontológico:

En estos modelos se consideran elementos que puedan afectar en la interacción del profesional con el paciente:

- Presencia de personal auxiliar.
- Características del paciente como género, condiciones sociales, tolerancia al dolor, situación de su salud oral, ansiedad frente a la atención, tiempo que tuvo que esperar para la atención, fecha de la atención y barreras económicas.
- Conductas frente a una odontología más preventiva, como la capacidad que el paciente percibe para hacer cambios, locus interno.
- Satisfacción con la atención.
- Conocimiento y calidad de la atención.

7.3 Comunicación dentista – paciente:

Las características de este modelo se enfocan en los criterios para que la comunicación sea evaluada con aspectos positivos por parte del paciente:

- El odontólogo da la bienvenida al paciente y se presenta.
- El odontólogo le pide al paciente que se siente en el sillón dental.
- Conversación del odontólogo que no involucra un tema de salud oral.
- El odontólogo informa al paciente sobre las opciones de tratamiento.
- El odontólogo se pone la mascarilla, se lava las manos e inicia procedimiento de anestesia.
- Durante el tratamiento, el odontólogo pregunta repetidamente cómo se siente el paciente.
- Después de la acción clínica, se inicia breve conversación neutra.
- El odontólogo se despide del paciente.

En este modelo, la satisfacción del profesional ocurre en la medida que el paciente cumpla con las instrucciones dadas y responda positivamente durante la interacción personal. Los profesionales valoran a los pacientes en la medida que son dóciles.

8. Comunicación Interpersonal, Salud Oral e Infancia

La comunicación interpersonal en la atención clínica del niño se ha considerado desde distintas aproximaciones y aún falta evidencia que investigue y señale esta comunicación como un medio para construir una relación, considerando al infante como un participante activo de la interacción.

Una de ellas se enfoca en dolor y ansiedad y estudia formas de modular esta experiencia negativa. Hay otras que relaciona la atención con enfoques psicológicos que buscan encontrar formas de manejar la conducta del niño para realizar los procedimientos clínicos planificados. Finalmente están aquellas donde la relevancia está en el rol de los padres, quienes median la experiencia clínica del hijo.

En relación a la comunicación desde la experiencia del dolor y ansiedad, la comunicación del odontólogo hacia el niño se realiza desde un discurso académico, donde priman los argumentos y la persuasión y no lo que el niño quiere comunicar (B. Carter, 2004; Robles, Grosseman, & Bosco, 2008; Rolim et al., 2004).

Cuando la comunicación se centra en el manejo psicológico de la conducta del niño, se fundamenta en un estilo paternalista o autoritario, pues su propósito es lograr realizar una acción clínica y no establecer una relación con el niño. Entre ellas, se señalan a continuación:

- **Decir, mostrar y hacer:** describir primero con palabras, luego demostrarlo al niño y, finalmente, llevarlo a cabo.
- **Hand-over-mouth exercise (HOME):** el profesional pone la mano en la boca del niño para que el ruido creado por él pare y se produzca mejor comunicación. Es un refuerzo negativo. Se usa cuando el niño grita fuertemente y se rehúsa a cooperar Debe usarse con el permiso de los padres.
- **Distracción:** se desvía la atención del procedimiento pidiéndole al niño que haga tareas simples o dejando que el niño vea caricaturas.

- **Refuerzo positivo:** el comportamiento puede ser reforzado positivamente con premios.
- **Control de la voz:** el tono y el nivel de voz son aumentados para tener la atención del niño como método de manejo. El cambio en la expresión facial también se ocupa como modulación (Yuvaraj & Jeevanandan, 2020).

En la comunicación del odontólogo con el niño, los padres pueden asumir un rol mediador muy relevante, pudiendo influir positiva o negativamente en la confianza que el niño tenga frente a la atención odontológica. La ansiedad del paciente también puede ser fruto de situaciones imaginarias de castigo o dolor. Identificar oportunamente la dinámica que se establece entre el niño y el cuidador (especialmente la madre), permite anticiparse a los conflictos que pueden generarse durante la atención clínica, como también potenciar los aspectos positivos que fortalezcan la relación del profesional con el niño.

Freeman (2008) propone tres tipos de binomios que pueden existir entre el niño y la madre. Los binomios presentan las siguientes características:

- **Binomio Competente**:

- La madre se comporta de manera consistente.
- La madre establece límites y controles a los comportamientos del niño.
- Se caracteriza por interacciones emocionales positivas con el niño.
- La madre nutre y fomenta la independencia y las habilidades sociales del niño.

- **Binomio Agresivo:**

- La madre se comporta de manera inconsistente.
- La madre establece pocos límites para los comportamientos del niño,
- La madre está demasiado atenta o desatendida y emocionalmente inclusiva o distante.
- El niño exhibe conductas negativas y controladoras, la madre responde de manera inconsistente y/o de manera agresiva.

- **Binomio Ansioso:**

- La madre se comporta de manera autoritaria.
- La madre impone límites y controles estrictos al niño e inhibe su autonomía y el desarrollo de sus habilidades sociales.
- La madre es negativa y punitiva.
- La madre muestra poca calidez o capacidad de respuesta a las necesidades de desarrollo del niño (Freeman, 2008).

Existen investigadores que abordan la comunicación del odontólogo con el niño valorando lo afectivo. Esto considera elementos del proceso de comunicación que involucran los sentimientos que tiene la persona sobre las cosas, sobre sí mismo y sobre otros individuos. Conlleva escucha activa, favorece que los padres entreguen más información y reduce malentendidos, facilitando que la experiencia sea positiva para todos los involucrados. Además, promueve alianzas terapéuticas del odontólogo con el binomio y considera aspectos verbales y no verbales, comprendiendo al niño en su integralidad, apreciando su opinión, aclarando y reconociendo sus necesidades y procurando brindar tranquilidad y apoyo. Freeman (2008) que presenta una propuesta de comunicación afectiva diseñada por Drummond y otros (2005), que propone preguntas para construir una comunicación afectiva con el niño durante la atención clínica. La guía se presenta bajo el acrónimo WE CAN, que permite abordar posibles obstáculos en la comunicación clínica, considerando la siguiente pauta:

- ¿Qué situaciones hacen que el niño tenga problemas de comportamiento?
- ¿Cuáles son las opciones para resolver los problemas que presentan los niños o los padres?
- ¿Alguien puede ayudar para negociar y adoptar planes de tratamientos?
- ¿Cuáles son los acuerdos que se puede llegar con los padres y el niño y cuál es el camino para seguir?
- ¿Existen formas de reforzar positivamente a padres y niños? (Freeman, 2008).

Investigaciones en esta línea, favorecen avanzar hacia modelos de comunicación más relacionales y participativos.

9. Comunicación y futuros odontólogos

Se ha señalado en distintas partes de este marco teórico que los odontólogos aún carecen de una adecuada competencia comunicacional. Aún falta avanzar en la formación de esta competencia. Esto requiere revisar las mallas curriculares de la carrera, lo que permitirá fortalecer una atención centrada en el paciente (Abadía Barrero, 2006; Nareg Apelian et al., 2014; Spyropoulos, 2017). La formación clínica en comunicaciones de los futuros odontólogos requiere revisión en el diseño de los cursos para un adecuado equilibrio entre los objetivos de aprendizaje, y contenidos de las áreas de procedimientos y formas de evaluación.

Una explicación para estos resultados puede ser la forma que la propia Comisión Nacional de Acreditación de las carreras de Odontología en Chile aborda esta área, clasificándola como una competencia de carácter complementaria, descrita de manera vaga: "capacidad para interactuar en ambientes diversos e interrelacionarse asertivamente con otros seres humanos"(Comisión Nacional de Acreditacion, 2009, p. 4). Sin embargo, en otros lugares del mundo las universidades han recogido en sus mallas curriculares y perfiles de egreso la importancia de la competencia comunicacional, considerada esencial en Europa (Cowpe, Plasschaert, Harzer, & Walmsley, 2010). Lo mismo ocurre en los perfiles de universidades de Estados Unidos y Canadá (Broder, Janal, Mitnick, Rodriguez, & Sischo, 2015; Whitney, 2015).

El General Dental Council revisó la educación universitaria odontológica en Reino Unido y definió que la formación de pre grado en odontología debe asegurar la competencia de comunicarse con el paciente y con los otros miembros de los equipos de salud, además de la capacidad de explicar y discutir el plan de tratamiento con los pacientes pediátricos y/o sus padres (Clark, Robertson, & Harden, 2003).

Aun así, hay evidencia que demuestra que los docentes de carreras de odontología enfrentan dificultades para formar la competencia comunicacional en los estudiantes por la ausencia de una formación articulada en las mallas curriculares y métodos de aprendizaje adecuados. En las universidades que enseñan comunicación en estos términos, los métodos más usados son: *feedback* por parte del tutor, juego de roles con compañeros y pacientes simulados, eliminación de clases expositivas pasivas. El énfasis está en la resolución de conflictos (Lanning, Ranson, & Willett, 2008; Yoshida, Milgrom, & Coldwell, 2002).

10. Síntesis

En otras palabras, la comunicación interpersonal juega un rol vital en la interacción clínica odontológica. Para que sea posible, el profesional debe contar con ciertas habilidades como la empatía, compasión, hospitalidad, escucha activa y empoderamiento del paciente. Estas habilidades favorecen la identificación de la *agenda setting* del paciente, lo que facilita una mejor administración del tiempo y la definición de áreas de interés mutuas. El modelo de atención centrada en el paciente es el mejor enfoque para que la comunicación sea más efectiva. Se han elaborado algunas guías para que las sesiones clínicas se desarrollen considerando una adecuada comunicación centrada en la persona.

Existe literatura sobre la comunicación interpersonal entre los profesionales de la salud y los pacientes, especialmente en campos de la medicina, enfermería y psicología. La odontología comienza a contar con investigación en relación con ella, pero aún falta mayor investigación al respecto. Principalmente, falta aún construcción de marcos teóricos y protocolos clínicos que favorezcan la comunicación interpersonal con el niño, no para adaptarlo a la atención odontológica, sino para construir una relación y fortalecer su empoderamiento y su participación en el autocuidado de su salud oral.

III. INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 6: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Definición del problema

Cuando se revisa la situación de la salud oral en el mundo, los datos sobre el daño se relacionan con la caries, la que afecta entre el 60% y el 90% de la población. Es la enfermedad crónica oral más prevalente. El daño visual (cavidades[28]) se inicia desde los primeros años de vida, con más de 530 millones de niños afectados en su dentición primaria y entre el 60 y el 90% de los escolares a nivel mundial (Fejerskov, Escobar, Jøssing, & Baelum, 2013; Glick et al., 2012; Kidd, 2011; Petersen, Bourgeois; Selwitz, Ismail, & Pitts, 2007).

Estos datos cuantitativos comunican una realidad incompleta de la situación de la salud oral. Se focalizan en la caries, que es la más común, pero se olvida de otras muy importantes, como por ejemplo las anomalías dento-maxilares[29] que interfieren en funciones básicas de las personas como comunicar y alimentarse además de aumentar el riesgo para la progresión de la propia caries (Nowak, 2011; Sheiham, 2005). Tampoco dan cuenta del impacto en otras áreas que afectan a las personas como individuos y como sociedad, como la educación, empleabilidad, autoestima y las relaciones sociales (Sheiham, 2005).

Esta situación requiere ser revisada, pues el foco se ha puesto por décadas en la cuantificación de las lesiones ya detectables clínicamente en la cavidad oral sin una visión integral de la salud oral y general y sus consecuencias. Entre los elementos que no se han considerado está el impacto que este daño tiene para la calidad de vida de las personas (FDI, 2020; Glick et al., 2012).

La Federación Dental Internacional (FDI) señala que se requiere construir una adecuada narrativa. Para esto, propone un nuevo encuadre con un relato que articule

[28] Cavidad de caries: denota una pérdida de la integridad de la superficie; se puede restringir al esmalte. Con frecuencia, la cavidad se refiere a la pérdida total de esmalte y la exposición de la dentina subyacente (Young et al., 2015).
[29] Las anomalías dentomaxilares (ADM) corresponden a un grupo de alteraciones en el desarrollo de los maxilares que se presenta frecuentemente junto a mal posición dentaria, que repercuten en la forma, función y estética del sistema estomatognático. La etiología es multifactorial, existiendo predisponentes de carácter sistémico, hereditario y congénito (Cueto et al., 2017).

adecuadamente: 1) las certezas de acuerdo a la evidencia científica; 2) el bolsillo, en términos del impacto económico real y el gasto, y 3) el individuo, en término de las historias de las personas que viven con deterioro de la salud oral (FDI, 2017). Esta forma de plantear el problema de la salud oral es concordante con uno de los pilares del marco teórico de esta investigación, desarrollado en el capítulo 2, que aborda la teoría del encuadre o interaccionismo simbólico. Esta teoría afirma que el significado de las cosas es un producto social creado, materializado por los encuadres discursivos. La realidad de las situaciones se define de acuerdo a sus consecuencias y las personas no responden a los hechos objetivos, sino más bien a las interpretaciones que hacen de ellas (Blumer, 1986) (Sadaba, 2001). Siendo así, el problema será planteado siguiendo los tres niveles sugeridos por la FDI.

1.1 Encuadre desde la evidencia (desde las certezas)

La condición de salud o enfermedad debe integrar factores sociales. El daño de la salud oral es una condición que afecta principalmente a los más vulnerables, a través de los determinantes sociales de la salud. Hace décadas que existe evidencia necesaria de cómo se pueden controlar las patologías orales más prevalentes (Nareg Apelian et al., 2014; Baelum, 2011; N. B. Pitts, 2004). Los datos epidemiológicos han demostrado que existen gradientes sociales[30] en los resultados de salud bucal (OMS, 2012). Esta situación aún es un problema y compromiso ético pendiente de los actores involucrados con el cuidado de la salud oral de las personas (Torres-Quintana & Romo O, 2006).

Otro problema es que, a pesar de esta evidencia, el encuadre para abordar la salud oral persiste en ser biomédico en varios campos de la odontología, como la educación universitaria, atención y acciones clínicas, diseño de las investigaciones y de políticas públicas. Este enfoque restringe la etiología de las enfermedades bucales a factores genéticos y microbiológicos (Watt, 2012). El encuadre de la salud oral se enfoca "en la biología (descarta la causa social), en el mecanicismo (analogía del cuerpo con la máquina), la centralización de los recursos (hospitales centrales, atención urbano-centrada), la especialización (segmentación del conocimiento), la tecnificación del acto (asociación de la

[30]Los datos dentro de los países indican que, en general, cuanto más baja es la posición socioeconómica de una persona, peor es su salud. A esto se le conoce como gradiente de la salud (OPS, 2012).

calidad con la tecnología de elevada sofisticación), el énfasis de la práctica curativa (la cura incorporó más tecnología, por lo tanto costos más elevados) y la exclusión de prácticas alternativas (objeción a priori de "otros métodos")" (OPS, 2006, p. 20). Esta perspectiva de la odontología ha fortalecido relaciones paternalistas y verticales entre el profesional y el paciente, donde la labor del odontólogo se centra en la enfermedad y en su conocimiento técnico para definir los cuidados de la salud oral (N. Apelian et al., 2017; Nareg Apelian et al., 2014).

Además, se percibe este encuadre en la formación de odontólogos, el cual enfatiza la atención de la comunidad dentro de los campus universitarios y al cumplimiento de metas numéricas de realización de acciones clínicas para desarrollar las competencias profesionales en una lógica "*check list*". La evidencia demuestra, en cambio, que cuando el foco está en la resolución de problemas, en prácticas clínicas al interior de las comunidades y en la educación en salud, los estudiantes mejoran sus competencias profesionales (Lynch, Chris & Chadwick Barbara, 2010).

En los diseños de políticas públicas el encuadre biomédico enfatiza un "sistema preventista", enfocado en la infancia. Este sistema no es sinónimo de un enfoque preventivo. La prevención se fundamenta en vasta evidencia que la sustenta como una estrategia eficaz para mantener la salud oral de la población. Existen medidas preventivas seguras y eficaces para abordar las enfermedades orales más prevalentes. Para que estas medidas sean eficientes y eficaces, las personas, los profesionales y los sistemas de salud deben evaluar esta información para tomar las medidas preventivas más adecuadas. Éstas incluyen distintas prácticas como la higiene oral (cepillo e hilo dental), uso de fluoruros, eliminar hábitos oportunamente (como uso de mamadera o chupete) y evitar el tabaco u otras sustancias riesgosas para la salud. Un plan de prevención debe considerar las necesidades específicas individuales y comunitarias en los distintos grupos sociales y etarios. Existe evidencia que sustenta priorizar la infancia, donde hay un mayor riesgo de aparición de los signos y síntomas de la patologías y mejores posibilidades de implementar un plan de autocuidado de la salud oral (Mattila et al., 2001; Rackstraw & Robinson, 1967).

Sin embargo, el "sistema preventista" tiene otro fundamento. Se centra solo en la infancia, en los escolares y va integrando progresivamente niños de otros grupos etarios. Su focalización en esta etapa de la infancia se fundamenta porque considera que aún no hay daño

estructural en la dentición permanente, lo que permite realizar acciones preventivas oportunamente; por otro lado, si se detecta daño, es posible reparar sin pérdida extensa de tejido dentario. Sin embargo, esta lógica de concentrarse en la infancia comete un grave error, pues asume que los niños beneficiados "quedan protegidos" contra alteraciones en su salud oral durante su vida adulta (OPS, 2006). Hay un énfasis en "resolver" la enfermedad, sus signos y síntomas bajo el control del odontólogo, que realiza planes de tratamiento, incluso con medidas preventivas y educativas, en un encuadre de enfermedad aguda[31] (Epping-Jordan, Bengoa, Kawar, & Sabaté, 2001). Una política pública de enfermedades agudas se caracteriza por tratamiento episódico de los signos y síntomas y luego la persona vuelve a su estado de salud (Espinosa & Ordúñez, 2010). No obstante, las enfermedades de la cavidad bucal no son agudas, son crónicas y requieren un fortalecimiento del autocuidado para que no avancen hacia etapas que requieran de acciones clínicas más complejas y onerosas.

La evidencia muestra que para este autocuidado se requiere construir una alianza colaborativa entre el profesional y el paciente, considerando sus determinantes sociales. La comunicación entre el profesional y el paciente es un elemento sensible para el fortalecimiento del autocuidado de la salud oral (Henríquez-Tejo & Cartes-Velásquez, 2016; Mahrous & Hifnawy, 2012). Lo que la evidencia muestra es que los odontólogos aún no están debidamente capacitados para ejercer su profesión desde este nuevo enfoque (Whitney, 2015).

Para que las personas participen en la toma de decisiones requieren estar debidamente informadas, con alta literacidad en salud (Horowitz et al., 2013, 2014). Sin embargo, cuando no existe, los pacientes se muestran reacios a admitir que no entienden lo que el profesional explica y, por consecuencia, no preguntan o no saben cómo formular sus preguntas (Rozier et al., 2011). La evidencia señala que la literacidad en salud oral aún es deficiente (Horowitz et al., 2013); si no se comprende la información relacionada con su salud oral, no es posible exigir una participación activa de la persona y un protagonismo en su autocuidado (Couture, Chouinard, Fortin, & Hudon, 2017). Hay evidencia que relaciona severidad de caries con baja literacidad (Rozier et al., 2011). También señala que los odontólogos no manejan adecuadamente técnicas para fortalecer esta literacidad (Rozier et al., 2011).

[31] Se dice de la enfermedad o proceso orgánico de súbita aparición, curso rápido y duración relativamente breve. Recuperado de https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/agudo

Por lo tanto, la infancia no es más un grupo etario de la población para mejorar la salud oral desde el enfoque biomédico y paternalista. Más bien, aparece como oportunidad para fortalecer prácticas saludables, estrategias de autocuidado desde los primeros años, considerando la concepción ecológica de su interacción con distintos sistemas sociales que participa, como es el caso de la familia (Junji, Unicef, & Unesco, 2010). La evidencia en el campo de la salud e infancia demuestra que en la medida que el niño participa de las decisiones (considerando en esta comunicación la tríade profesional-niño-padres), se promueve que sea una persona más autónoma frente a decisiones que deba tomar en la vida adulta (Mårtenson & Fägerskiöld, 2008; McPherson & Thorne, 2000; Quaye et al., 2019).

Este nuevo encuadre requiere un trabajo multidisciplinario que integre los conocimientos de otras áreas más allá de las relacionadas con las ciencias biológicas (Romero, 2008). Para eso es necesario una debida articulación de la salud con las ciencias sociales, como la comunicación en salud, y así construir una identidad disciplinaria (Hannawa, García-Jiménez, Candrian, Rossmann, & Schulz, 2015).

1.2 Encuadres en términos del impacto económico real (desde el gasto)

El cuidado de la salud oral desde el "sistema preventista", considerando un encuadre o enfoque biomédico tiene un alto impacto económico. En el año 2006, el Departamento de Salud de Estados Unidos, a través de la Encuesta de Panel de Gastos Médicos, reportó que el 19,4% de los niños menores de 5 años de edad requería tratamientos por concepto de daño en sus piezas dentarias, con un costo equivalente a 729 millones de dólares (Nowak, 2011).

Según la Organización Mundial de la Salud, la caries es la cuarta enfermedad más cara del mundo, cuando se considera su tratamiento. El gasto de la atención odontológica en Estados Unidos en el año 2009 fue estimado en más de cien mil millones de dólares. En China, el mercado de insumos relacionados con estos tratamientos tuvo una tasa de crecimiento anual en el 2012 de un 11%, lo que equivale a 3,1 mil millones de dólares. Estos cálculos no consideran los costos indirectos del daño en la salud oral como es la pérdida de jornadas escolares o de la productividad de las personas afectas por el daño en su salud oral. Esta situación además excluye aquella población de más de mil millones de población mundial, que vive con un ingreso de un dólar al día, donde el acceso a la atención oportuna

de un odontólogo es un problema grave dentro de las áreas geográficas donde no se dispone de la atención de este profesional (Glick et al., 2012).

1.3 Encuadres del impacto de este problema en la vida de las personas (desde el individuo)

El enfoque biomédico en la relación odontólogo/paciente dificulta la participación de este último en la toma de decisiones frente al tratamiento y a las conductas que debe asumir para cuidar su salud. En este modelo, más que participar de las decisiones, escucha las orientaciones del profesional. El paciente es evaluado para verificar si cumple con lo que se le ha señalado. Si los resultados no son positivos, la explicación será "el plan fracasó por falta de voluntad del paciente" y por la presencia o ausencia de motivación como un rasgo intrínseco de su carácter. Este enfoque lleva al profesional a que disminuya su responsabilidad de dicho "fracaso" (Britt, Hudson, & Blampied, 2004). En este encuadre, los resultados de un plan de tratamiento son fruto de la obediencia del paciente, sin considerar su autonomía, su propia motivación. La relación y comunicación que se establece no es colaborativa (Nareg Apelian et al., 2014).

La atención odontológica centrada en el paciente ha adquirido más relevancia porque presenta mejores resultados en el cuidado de la salud oral, pero aún tiene deficiencias en el área de la investigación. Aún falta conceptualización de qué significa la atención clínica odontológica centrada en la persona y cómo se traduce en la práctica este enfoque o encuadre (Scambler & Asimakopoulou, 2014; Scambler et al., 2016). En las normas de atención odontológica elaboradas por General Dental Council (GDC) en el Reino Unido, se destacan algunas habilidades del odontólogo que apuntan hacia este modelo, como respetar al paciente, su dignidad, sus decisiones y promover su responsabilidad sobre el cuidado de su salud (Scambler et al., 2016).

La evidencia señala que una mejor comunicación interpersonal entre el profesional de la salud y su paciente mejora la adherencia al tratamiento, el control de su salud y desarrolla conductas positivas hacia el autocuidado. Tanto los odontólogos que ejercen su profesión como los que están en etapa de formación carecen de una formación sistemática en comunicación interpersonal (Yoshida et al., 2002). Falta investigación que rescate los encuadres de los odontólogos y los pacientes que se encuentran e interactúan durante la

atención clínica. Esta ausencia es aún mayor cuando el paciente es un niño, que aún no tiene la autonomía absoluta del cuidado de su salud y requiere del apoyo y guía de sus padres o cuidadores, denominando esta labor compartida como *binomio niño/padres o cuidadores* (Kumar, 2007).

2. Consideraciones del problema en el contexto chileno

En Chile, la realidad epidemiológica es dramática. El 70% de los niños chilenos de seis años es afectado por la enfermedad de la caries. Además, son importantes la gingivitis[32] y las anomalías dento-maxilares (ADM) [33], con prevalencia del 55% y el 38,2%, respectivamente. Un 30% de la población mayor de 65 años no tiene ningún diente en su cavidad oral (Ministerio de Salud de Chile, 2017b).

El impacto de esta enfermedad también tiene un componente de inequidad social si se compara la situación de niños que viven en sectores urbanos o rurales. El índice COP-D a los 12 años es de 1,78 y 2,59 respectivamente. Este índice mide la cantidad de piezas (D) que han sido afectados por la enfermedad, midiendo piezas cariadas (C) obturadas (O) o perdidas (P). Vale decir, los niños urbanos de 12 años tienen menos de dos piezas afectas por la enfermedad (cariados, perdidos u obturados). Podemos observar entonces, que los del sector rural presentan casi un 46% de más daño que los urbanos. Si se considera el factor socio económico, el COP-D varía de 0,66 en el nivel alto a 2,22 en el nivel bajo (Cabello Ibacache et al., 2011).

En las políticas públicas para abordar enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) la salud oral no está contemplada (Vargas, 2013). En estudio realizado sobre la prevalencia de patologías crónicas en la población mayor de quince años en el país, se define un total de nueve millones de chilenos con al menos una patología crónica (Tellez A, Zamorano P, Barros J, Celhay P, Sapag J, 2019). Este estudio no considera la salud oral, a pesar de que la

[32] La gingivitis es el tipo de enfermedad periodontal que se observa con más frecuencia en los pacientes jóvenes; los tejidos blandos que rodean al diente son los afectados; se caracteriza por el edema, sensibilidad, enrojecimiento y sangramiento gingival. Está muy asociada a la deficiente higiene bucal (Carvajal, 2016a).

[33] "Las anomalías dentomaxilares (ADM) corresponden a un grupo de alteraciones en el desarrollo de los maxilares que se presenta frecuentemente junto a mal posición dentaria que repercuten en la forma, función y estética del sistema estomatognático. La etiología es multifactorial, existiendo predisponentes de carácter sistémico, hereditario y congénito (Cueto et al., 2017).

enfermedad crónica más prevalente es la caries. Existe una separación entre la salud oral y la salud general de las personas.

Al igual que en otros lugares del mundo, y como se explicó recién, las políticas públicas en salud oral en Chile se han diseñado como un "sistema preventista". En el año 2005, se implementó la Garantía Explicita de Salud (GES) Alta Integral de Salud Oral a los 6 año, fundamentado en esa a los seis años erupciona el primer molar definitivo (MINSAL, 2013). Luego, en el año 2018, se amplió la garantía a rangos etarios inferiores, de cero a seis años, con la Guía Cero, donde la forma de comprender el estado de salud y enfermedad sigue variables biomédicas (Ministerio de Salud de Chile, 2018). Ambas guías consideran el cumplimiento de acciones clínicas, incluyendo en estas metas "sesión educativa y sesión de instrucción de higiene oral". Ninguno de los dos programas considera aspectos sociales a la hora de diagnosticar la situación de salud. En la guía cero, sólo existe una evaluación personal subjetiva del profesional hacia la motivación de los padres. Tampoco consideran espacio de participación de los niños y sus padres en la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud oral, tampoco estrategias de control definidas conjuntamente, claves para abordar las patologías crónicas (Alcayaga et al., 2014) Los criterios para definir futuros controles siguen protocolos con enfoque biomédico (Ministerio de Salud de Chile, 2018; MINSAL, 2013).

Llama la atención los datos dramáticos de la salud oral, a pesar de que Chile ofrece 39 programas universitarios de la carrera de Odontología (Alcota et al., 2016). El 2019 el registro nacional de prestadores individuales de salud informó un total de 24.530 odontólogos registrados. Según este dato, la relación de profesionales y habitantes es de un profesional para 716 personas, situación favorable si comparada con lo indicado por la OMS, que es de uno para cada 2000 habitantes (Arellano-Villalón & Fuentes, 2020). Sin embargo, esta relación se dispara a un profesional para 5.752 personas en el sistema de salud pública, donde se atiende 80% de la población chilena (Ministerio de Salud de Chile, 2017b). Se puede verificar que no basta abundancia de profesionales si el diseño de la salud oral en Chile no responde a las necesidades de los grupos sociales más vulnerables y tampoco considera la centralidad de la persona en la atención clínica y el autocuidado.

Estos profesionales tienen escasa formación en competencias comunicacionales, a pesar de que es relevante para el cuidado de la salud. Una adecuada comunicación influye en el bienestar del paciente, su conducta, su adherencia al tratamiento, controles de salud

oportunos y mejor comprensión de la información que se le otorga y una mejor calidad de vida (Hannah et al., 2004; Laura W. Koo, Horowitz, Radice, Wang, & Kleinman, 2016; Moore et al., 2010; Ong, de Haes, Hoos, & Lammes, 1995).

Las mallas curriculares odontológicas de algunas universidades chilenas aún enfatizan una odontología procedimental, sin una visión de la salud oral de forma integral. Esto ocurre a pesar de que los reclamos más frecuentes de pacientes frente a la Superintendencia de Salud se relacionan con aspectos comunicacionales, éticos y de la relación del odontólogo y el paciente (Portela León, 2013). La propia Comisión Nacional de Acreditación (CNA), considera la comunicación como una competencia complementaria, definiéndola de forma muy básica como "capacidad para interactuar en ambientes diversos e interrelacionarse asertivamente con otros seres humanos", (Comisión Nacional de Acreditacion, 2009, p. 5)

En la Encuesta Nacional de Salud (2016.17), 60% de los jóvenes entre 15-24 años evaluaron que su calidad de vida no se ve afectada por el nivel de su salud oral, a pesar de que 40% de ellos ya presenta daño dentario estructural. A su vez, en el grupo etario de 45 y 64 años que ya perdió sus dientes, la evaluación de ese impacto baja a 45%.(Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, 2017).

Finalmente falta que los problemas de la salud en Chile sean abordados considerando el aporte de la ciencia de la comunicación, desde una mirada interdisciplinaria. Una revisión de la investigación en comunicación en el periodo del 1982-2014 demostró que el 80% está centrada en medios y audiencias. Y en el 9% catalogado como "otros", se incorpora la productividad científica en el tema de la comunicación y salud (Lazcano-Peña, Daniela & Perry, 2016).

El Plan Nacional de Salud Bucal para el periodo 2018 – 2030 señala la importancia de asegurar acceso oportuno a la atención clínica, mantención de la salud y la calidad de vida, considerando un enfoque de equidad, intersectorialidad, participación ciudadana (Ministerio de Salud de Chile, 2017b). Investigar en comunicación oral y salud es un aporte para cumplir con este propósito.

Se puede concluir que el cuidado de la salud oral ha sido abordado desde un encuadre biomédico, separando la salud oral de la salud general, sin considerar las dimensiones sociales de la salud, con un encuadre del cuidado de la salud oral como si fuesen

enfermedades agudas. Falta una comunicación que promueva la participación activa del niño, fortaleciendo su autocuidado y una adecuada comunicación clínica entre el odontólogo y el binomio niño/padres. Esta investigación busca ser un aporte significativo a la mejoría de la salud oral infantil, con un enfoque interdisciplinario de la salud y la comunicación, considerando una atención clínica centrada en el niño para promover una comunicación que fortalezca el autocuidado de la salud oral, trabajando en conjunto odontólogos, niños y sus padres o cuidadores. Frente al problema descrito, la investigación se plantea las siguientes hipótesis, preguntas y objetivos:

2. Preguntas de Investigación:

P1: ¿Cómo son los encuadres que construyen los niños, padres y el odontólogo durante la interacción comunicacional ocurrida en la atención clínica odontológica?

P2: ¿Qué expresan los niños sobre el cuidado de su salud oral en el contexto de su interacción con el odontólogo y su atención clínica?

P3: ¿Cómo visualizan los niños el cuidado de su salud oral y su rol en este cuidado?

P4: ¿Qué elementos debieran estar considerados en un modelo comunicacional para la atención odontológica clínica que favorezcan una atención centrada en el niño?

3. Objetivo General:

Proponer un modelo de interacción comunicacional entre el niño y el odontólogo en la atención clínica que fortalezca la atención centrada en el niño y su autocuidado.

4. Objetivos Específicos:

1. Describir e interpretar el marco o encuadre del niño frente a su interacción con el odontólogo durante la atención clínica.
2. Describir e interpretar el marco o encuadre del odontólogo frente a su interacción con el niño durante la atención clínica.
3. Describir e interpretar el marco o encuadre de los padres o cuidadores frente a la interacción del odontólogo con el niño.
4. Relacionar los marcos de los tres actores involucrados en la interacción que ocurre durante la atención clínica odontológica considerando elementos que favorecen o dificultan una atención centrada en el niño.

CAPÍTULO 7: CARACTERIZACIÓN DE LOS NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS

1. Introducción

Pensar y entender la infancia requiere reflexión y análisis para generar las transformaciones que garanticen una cultura que la reconozca y la valide. La infancia requiere urgentemente ser una preocupación prioritaria para subsanar las inequidades del contexto social (Paredes, M; Monteiro, 2019; Sánchez Bursón, 2008)

Esta urgencia requiere del compromiso del Estado y de las organizaciones sociales por asegurar, promover y garantizar el respeto a la Declaración de los Derechos del Niño (ONU 1989), sobre todo considerando que los niños se encuentran en un proceso de madurez y de autonomía y en muchos casos de vulnerabilidad social. Los derechos se han fundamentado en principios como el respeto, el derecho a la vida, la supervivencia y desarrollo y al respeto de su opinión en todo lo que le concierne (Nogueira A., 2017). Este punto es importante para explicitar que cuando se busca proteger los derechos del niño no significa forzarlo a "una adultez precoz", sino sacarlo de la situación de invisibilidad que se encuentra como persona. La preocupación para que los derechos del niño sean una realidad no tiene un valor simbólico, es una obligación inexcusable y esencial. No es una promesa pensando el futuro, sino una obligación y un mandato presente para poner a los niños en su justo lugar, permitiendo y asegurando su espacio de participación y crecimiento. El Estado y las organizaciones sociales han dado algunos pasos en esta dirección, pero la infancia aún ha quedado en segundo plano (Neighbord, 2021).

La primera infancia está definida por la UNICEF como los primeros ochos años de vida, donde ocurren una serie de procesos complejos en capacidad motora, pensamientos, sentimientos y la relación con los otros. La investigación de infancia la define como los primeros cinco años de vida. Esta discrepancia dificultó la construcción de este apartado, pues justamente el grupo etario en estudio se ubica un periodo poco investigado.

Las características y la calidad del cuidado de los niños en esta etapa considera aspectos físicos como acceso a buena nutrición y controles de salud periódicos y también áreas emocionales y cognitivas, donde cobra relevancia la estimulación temprana, la

educación formal, la socialización y las relaciones que el niño establece con quien ejerce las labores de su cuidado (Paredes, M; Monteiro, 2019).

Lamentablemente, no todos los niños tienen un ambiente que asegure un adecuado desarrollo. Según datos de la UNICEF del 2006, de los 2.000 millones de niños en el mundo, aproximadamente 80 millones vive en países pobres; uno de cada cuatro de ellos vive en extrema pobreza, uno de cada doce muere antes de los cinco años, 150 millones sufren de malnutrición crónica, 120 millones no recibe educación de enseñanza primaria (Sánchez Bursón, 2008).

La pandemia de COVID-19 sin duda profundizó esta situación. El informe "Evitemos una década perdida" de la UNICEF, denuncia que es urgente revertir sus efectos sobre la infancia, pues pone en riesgo los progresos logrados en aspectos fundamentales para los niños como pobreza, salud, acceso a la educación, nutrición, protección de la infancia y bienestar; en desmedro de sus derechos como nunca se había visto antes.[34]

Por otro lado, existen avances importantes en la protección de la infancia: cerca del 90% de los niños que ingresan a la escuela primaria permanecen en ella hasta el último curso, el número de muertes de menores de 5 años ha disminuido de 13 millones en 1990a 9 millones en 2008 (UNICEF, 2009). El informe de la OCDE sobre la educación e infancia en el siglo XXI apunta a que existen aspectos de las vidas de los niños que ha mejorado como el acceso a la información a través de los teléfonos inteligentes y las oportunidades que entrega el mundo digital. Sin embargo, los niños son objeto de mayor presión de padres sobreprotectores que están encima de sus hijos, tratando de evitarles vivir cualquier situación de estrés. Además, estos mismos padres comparten imágenes de sus hijos por Internet sin el consentimiento de ellos, exponiéndolos a situaciones de riesgo. Los niños tienen mayores niveles de ansiedad y estrés, pues son sometidos a presiones para el éxito académico, ambiente cada vez más competitivo. Además, duermen menos, son más obesos, realizan menos actividades recreativas tradicionales como correr por la casa o pasear en sus tiempos libres, prefiriendo pasar ese tiempo frente al computador (OCDE, 2020).

[34]Recuperado de: unicef.org/chile/comunicados-prensa/la-covid-19-es-la-peor-crisis-para-la-infancia-en-nuestros-75-años-de historia#:~:text=NUEVA%20YORK%2C%209%20de%20diciembre,en%20un%20informe%20publicado%20hoy).

En esta investigación se busca comprender el desarrollo de forma integral. Un niño llega a esta edad no como una hoja en blanco, sino como una persona que ya ha vivido importantes procesos de desarrollo previos. Es desde esta perspectiva que se presenta la caracterización del grupo etario de 6 a 8 años, considerando para este fin los planteamientos del desarrollo integral, el aporte de Erikson y Vygotsky, la importancia del ambiente en su desarrollo y, finalmente, la descripción de los niños en Chile. La caracterización específica de los niños que fueron entrevistados se entrega en el capítulo de Resultados.

2. Desarrollo integral del niño

Es importante comprender la enorme influencia que tiene la función cerebral para un desarrollo integral de un niño. Siegel & Payne (2011) proponen una forma bastante amigable para entender su compleja configuración, destacando de qué forma su función afecta su desarrollo social, emocional y cognitivo. El punto en común a todo este desarrollo es el impacto que tiene las experiencias vividas por el niño en el transcurso de su existencia.

Los autores dividen el cerebro en cuatro grandes áreas que se relacionan entre sí. Las dos primeras son los hemisferios: derecho e izquierdo. El izquierdo se preocupa de los detalles, es lógico, literal (coloca las cosas conforme a una secuencia u orden), lingüístico (construcción del lenguaje de palabras). En contrapartida, el hemisferio derecho es holístico y no verbal, permite la comunicación no verbal a través de las expresiones faciales, contacto visual, tono de voz, posturas o gestos. Su interés está en las imágenes, las emociones y los recuerdos personales; es más intuitivo y emocional. Durante el desarrollo del niño ocurre una articulación entre ambos hemisferios, con predominancia de uno sobre otro, dependiendo de la edad. En los primeros años de vida predomina el derecho, donde los niños pueden quedarse absortos examinando un insecto, sin embargo, cuando el niño llega a los seis años, el lado izquierdo recobra relevancia, con el interés que favorece las relaciones lineales de causa-efecto. Esta comprensión de cómo los hemisferios se articulan es importante, pues los aprendizajes de autocuidado de la salud oral contemplan aspectos cognitivos y emocionales (Siegel, D; Payne, 2011).

Además de los hemisferios, los autores grafican el cerebro como poseedor de dos niveles. El inferior se preocupa de las funciones básicas (parpadeo, respiración), reacciones

innatas (lucha o huida), y emociones fuertes (ira o miedo). El superior ofrece una perspectiva más amplia y evolucionada, ocurren procesos mentales más complejos como el pensamiento analítico, la imaginación y la planificación y participa en la toma de decisiones más reflexivas, controlando las emociones. Favorece la empatía y comporta el pensamiento moral y ético. En la acción cotidiana, se tiende a actuar más el primer nivel y el desafío está en ayudar a fortalecer la vinculación de ambos niveles, permitiendo que el nivel superior supervise el otro, considerando la información valiosa que entrega con las emociones a la hora de decidir, pero con la debida reflexión (Siegel, D; Payne, 2011). Este adecuado equilibrio favorecer que un niño asuma su autocuidado a través de la modulación de lo instintivo con la debida reflexión.

Por otro lado, el desarrollo motriz adquiere protagonismo, pues se relaciona con la realización de un procedimiento de autocuidado como el cepillado dental. La competencia motriz no se relaciona sólo con el desarrollo de músculos y nervios relacionados con el movimiento, sino también inciden capacidades sensorio-perceptivas. Eso significa que la coordinación de aspectos de maduración del sistema nervioso, esquelético, muscular y sensorial sufre la influencia de componentes socio afectivos y psicológicos integrados con lo cognitivo. Un niño de 6 a 8 años ya posee un adecuado desarrollo para la competencia motriz requerida para un adecuado manejo del cepillo, pero se debe agregar al concepto psicomotor, un significado psicológico al movimiento, que permite tomar conciencia de la dependencia estrecha entre lo motriz y la vida afectiva (Campo, 2011).

Con los antecedentes relatados anteriormente, se presentan a continuación autores han elaborado propuestas sobre el desarrollo del niño. Uno de ellos es Erikson y otro es del Vygotsky.

2.1 Propuesta del Desarrollo de la Persona según Erikson

El autor plantea que el desarrollo de las personas surge en distintas etapas a lo largo de la vida. Su avance a una nueva, con el surgimiento de una determinada crisis. En el caso de los niños de 6 a 8 años, la crisis que viven se denomina industria versus inferioridad. Para comprender este concepto de crisis, el autor plantea que el ser humano comporta tres áreas articuladas: una biológica y fisiológica, otra psíquica que envuelve experiencias personales

y relacionales y finalmente una ético-social, que considera la organización cultural, ética y espiritual, expresada en los principios y valores de orden social y ethos. El encuentro de todos estos elementos es lo que provoca la crisis, pues muchos se contraponen. Por un lado, están las fuerzas de las virtudes y potencialidades de la persona y, por otro, los defectos y vulnerabilidades. Este encuentro origina cambios de estructuras operacionales. Cuando éstos son favorables se transforman en rituales y cuando son negativos serán más bien ritualismos[35]. Se puede señalar que Erikson considera que la persona tiene un plan básico de desarrollo que sufre la influencia de la interacción con la sociedad, sobre todo en las relaciones sociales significativas, que pueden favorecer o dificultar la realización de rituales, muy importantes para este nivel de desarrollo (Bordignon, 2005). La evidencia planteada en esta investigación rescata el valor simbólico y de significación que tienen los rituales en la conformación de una comunidad.

En el caso del niño de 6 a 8 años, la industria se refiere al interés por el aprendizaje cognitivo, la iniciación científica y tecnológica, la productividad y la creatividad. El niño es capaz de comprender instrucciones sistemáticas de adultos, observar ritos, normas, sistematizaciones y organizaciones que le permitan realizar y/o dividir tareas y compromisos. Esto requiere adultos (en esta etapa principalmente padres y profesores) que apoyen el desarrollo de sus competencias, considerando autonomía, libertad y creatividad. La crisis ocurre por posible surgimiento de un sentimiento de inferioridad o de incapacidad frente a una tarea, con la consecuente frustración en no lograr un aprendizaje significativo de un comportamiento o de una productividad en sus labores. Si la tensión se resuelve de forma positiva, surgirá en el niño la competencia personal para la iniciación científica-tecnológica[36] y la futura identidad que se puede graficar en la frase "yo soy el que puedo aprender para realizar un trabajo". Estos logros generan sentimientos de capacidad y de participación en los procesos de la sociedad. Sin embargo, cuando su realización se da sólo por el ritualismo y la formalidad técnica, sin el sentido lúdico y la fuerza de la imaginación, se puede desarrollar

[35]Predominio exagerado de las formalidades y normas establecidas
Recuperado de https://es.thefreedictionary.com/ritualismo)

[36] Habilidades y conocimientos que posibilitan la fabricación de objetos y la transformación de la naturaleza. En un sentido amplio, la tecnología es la aplicación de los saberes que produce la ciencia. (Recuperado de: https://definicion.de/producto-tecnologico/

una actitud formalista (ritualista). La fuerza básica que caracteriza este grupo etario es sentirse capaz de aprender para hacer un trabajo (Bordignon, 2005).

2.2 Propuesta del Desarrollo de la Persona según Vygotsky

Vygotsky (1934) y sus colaboradores consideran que el desarrollo del niño se da en su relación con la realidad concreta y social. Esta interacción exige procesos de superación para que las funciones superiores (cognitivas) incorporen o se adecuen a la adquisición de los conocimientos provenientes de la cultura.

Según el autor, las distintas etapas del desarrollo del niño son planteadas debido a los cambios que resultan entre el desarrollo propio (biológico) y su interacción con la cultura. La particularidad de esta propuesta es que lo relevante no es el producto final, sino más bien el proceso que vive el niño. No es algo lineal y continuo, más bien sufre avances y retrocesos, según el medio social, que impacta en la experiencia del niño. Es a través del proceso que el niño busca satisfacer sus necesidades mientras establece relaciones sociales, que es la base para el desarrollo psíquico. A partir de los seis y siete años, la crisis que surge es el cambio de sus relaciones sociales con el ingreso al mundo educacional formal y el comienzo del proceso de aprendizaje del lenguaje escrito. El niño accede a conceptos científicos que involucran nuevos significados para las palabras. La imaginación se enriquece con la conciencia de la realidad; la fantasía depende de la experiencia del niño y toda actividad creadora contiene elementos afectivos. La fantasía favorece de forma simbólica el desarrollo de sentimientos y la autorregulación de los afectos. Esta función se puede ejemplificar con el hecho de que el niño puede usar una caja de fósforos para jugar y mientras juegue podrá ser otros objetos, como un cohete, pero cuando el juego termine vuelve a ser una caja de fósforos (Tuleski & Silva, 2014).

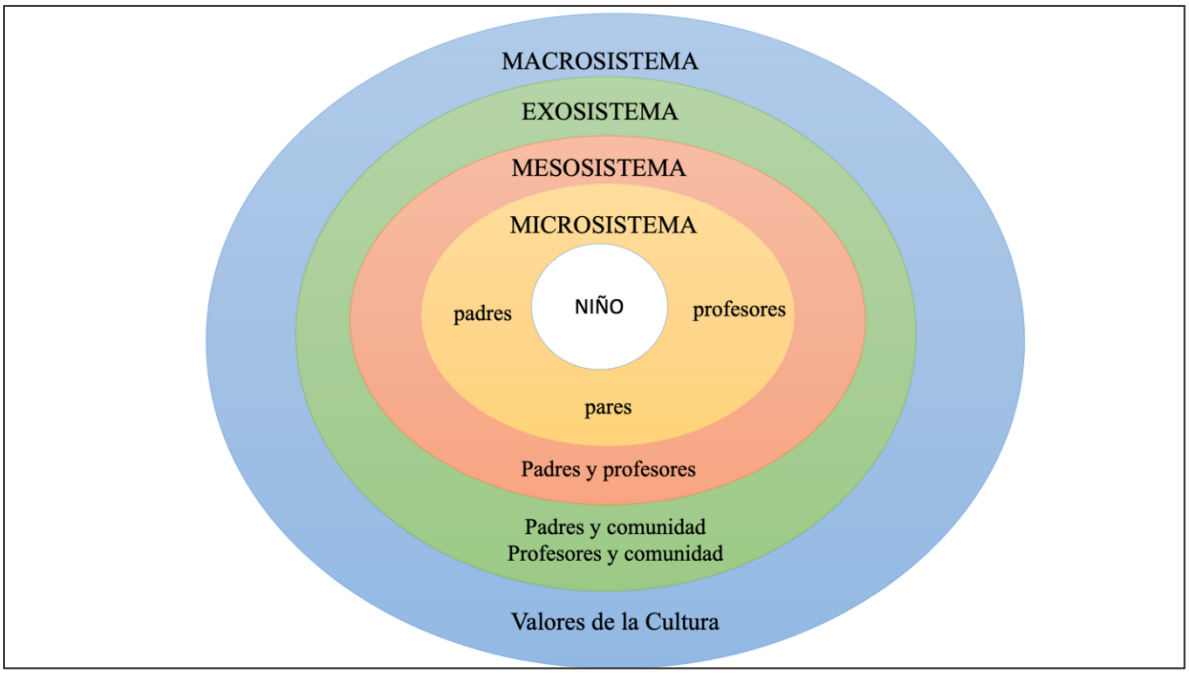
3. El niño y su entorno

Para entender la importancia que tiene el ambiente que rodea al niño, esta investigación adscribe al enfoque ecológico de Bronfenbrener (1979). Para este autor, el desarrollo humano ocurre por una progresiva acomodación mutua entre el ser humano y las características cambiantes del medio en que vive. Este modelo pone en perspectiva la

influencia que sufre de los contextos más cercanos y distantes que actúan de forma simultánea. El modelo concibe la comprensión de la realidad del niño desde un enfoque transdisciplinario e intersectorial. El ambiente afecta el desarrollo de las capacidades físicas, sociales, emocionales, cognitivas y del lenguaje, considerando siempre que también están en juego las características individuales propias del niño. Por ejemplo, está el nivel socioeconómico de las familias que impacta en el nivel de desarrollo psicosocial del niño. Este nivel puede, por ejemplo, dificultar su aprendizaje escolar y sus posibilidades de inserción laboral en el futuro.

Los niños requieren un adecuado ambiente que les asegure su salud, alimentación, actividad física adecuada a su edad, afectos y apoyos, comunicación y desarrollo del lenguaje, todo fruto de una adecuada estimulación, formación de hábitos disciplina, curiosidad, responsabilidad y protección (Unicef, Unesco, & Junji, 2010). El siguiente esquema muestra algunas variables que influyen en la interacción del niño y su ambiente:

Figura 16: Modelo Ecológico de Bronfenbrenner



Fuente: Rathnayaka, J[37]

[37] Recuperado de: https://creately.com/diagram/example/htuu240z/bronfenbrenner-social-ecological-model

La familia constituye el principal agente social promotor de un adecuado desarrollo del niño. La literatura al respecto define una familia que cumple con este rol como una "familia funcional", porque es capaz de enfrentar las dificultades, manteniéndose cohesionada. Los obstáculos que enfrente pueden ser puntuales o crónicos. Las razones crónicas son de origen de abuso, maltrato o negligencia afectiva. Cuando no se logra esta cohesión, los niños sufren quiebres de armonía emocional. Lo afectivo impacta lo cognitivo; a partir de la experiencia vital del apego, se encuentra alimento para el alma, estableciendo vínculos que le dan propiedad significativa en el plano de los afectos. Lo afectivo es esencial, lo que se traduce en una aceptación y respeto incondicional y una comunicación efectiva y afectiva (Cespedes, 2007).

4. Realidad del niño en Chile

Chile ha avanzado en el apoyo de la infancia, como la creación del Sistema de Protección Social Integral, que busca coordinar los esfuerzos del Estado para apoyar a los niños en distintos ámbitos, como la salud y la educación, promoviendo el buen trato, respeto, cuidado y protección por parte de sus padres, madres y cuidadores principales. En relación a los avances, han disminuido los niños que viven en viviendas precarias (mejora, mediagua, carpas, casas rodantes), bajando del 9,5% en 1992 al 1,4%. en el último censo. Además, 98,6% cuenta con adecuado abastecimiento de agua potable (J. Álvarez & Fuentealba, 2019)

Sin embargo, aún falta para avanzar. La Encuesta CASEN del 2015 mostró que del total de los hogares en situación de pobreza[38] por ingreso, 69,8% tienen niños entre sus integrantes. De esos hogares, 35,1% muestran significativas carencias en seguridad social, 28,6% están formadas por 1 adulto que no ha terminado su escolaridad y un 24,5% vive en hacinamiento o reside en una vivienda precaria. Además, cerca de 800.000 mil niños en Chile viven en condiciones de pobreza por ingresos y más de un millón está afectados de una pobreza multidimensional[39] (UNICEF, 2017).

[38] Un hogar se ha considerado en condición de pobreza si sus ingresos totales per cápita mensuales no le permiten cubrir sus necesidades básicas alimentarias y no alimentarias (Observatorio Niñez y Adolescencia, 2015)

[39] Los hogares que se encuentran en situación de pobreza multidimensional son aquellos que acumulan un porcentaje de 22,5% ó más de carencias en los 15 indicadores individuales que se utilizan para la medición,

El año 2015 se realizó el informe del Observatorio de la Niñez y la Adolescencia (2015), que presenta datos de distintas dimensiones sociales que impactan en estos grupos etarios. Entre los datos señalados en ese informe se puede destacar que el 16% de los niños de 6 a 13 años sufre violencia intrafamiliar y un 34% de los niños de 6 años presenta obesidad (Observatorio Niñez y Adolescencia, 2015). Además, según la prueba SIMCE[40] de lectura, realizada el año 2017 a primero básico, sólo el 42% de los niños tiene un nivel adecuado de aprendizaje, 28% tiene un nivel elemental y un 30% tiene un nivel insuficiente (Agencia de Calidad de la Educación, 2018).

Esta información ratifica lo expuesto en otros capítulos: la salud es un fenómeno social y que para mejorarla se requiere considerar estos determinantes sociales. Por lo tanto, no es posible caracterizar a los niños de 6 a 8 que son la población abordada en esta investigación sin considerar que cada uno de ellos viene por un lado con un bagaje de mayor o menor desarrollo en algunas determinadas áreas, fruto de sus experiencias vitales, vividas hasta la fecha.

[40] Su principal propósito consiste en contribuir al mejoramiento de la calidad y equidad de la educación, informando sobre los logros de aprendizaje de los estudiantes en diferentes áreas de aprendizaje del currículo nacional, y relacionándolos con el contexto escolar y social en el que estos aprenden. (Recuperado de https://www.google.com/search?q=que+es+el+simce&oq=que+es+el+simce&aqs=chrome.69i57j0i22i30l3.2456j1j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

CAPITULO 8: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. Introducción

El presente capítulo tiene el propósito de presentar la metodología usada en esta investigación. La construcción de esta propuesta metodológica enfrentó varios desafíos en el trabajo de campo que exigieron una readecuación que permitieran obtener resultados de calidad para responder las preguntas de investigación.

Uno de ellos fue definir cuál sería el mejor diseño, considerando la escasa investigación previa. El marco teórico presentó evidencia que sustenta la necesidad de avanzar hacia un modelo de atención centrada en la infancia y una mejor comunicación del odontólogo con el niño. Sin embargo, estas investigaciones fueron realizadas en otras áreas de la salud (Bessell, 2011; Billick, Edwards, Burgert, Serien, & Bruni, 1998; Hanson, Craig, & Tong, 2017).

Otro desafío fue que las investigaciones en infancia en las edades de interés (6 a 8 años) se han dado en el ambiente hospitalario (Foster & Whitehead, 2019b; Quaye et al., 2019). En aquellas realizadas dentro del contexto clínico odontológico, los participantes eran de otros grupos etarios (Adewumi, Hector, & King, 2001; Fernandes, Espeland, & Stenvik, 1999; Yuvaraj & Jeevanandan, 2020). Las abocadas a los niños de 6 a 8 años eran con un enfoque comunitario de la salud, dentro de los establecimientos escolares. Aquellas que abordaban el ambiente clínico de la odontología estaban dirigidas más bien hacia padres u otros actores adultos, sin la participación de los niños (Cabello Ibacache et al., 2011; Couture et al., 2017; de Jong-Lenters et al., 2014; Horowitz et al., 2013; Humeres-Flores et al., 2020; Nowak, 2011; Petersen, 1992).

Otro reto fue que la interacción del odontólogo no es sólo con el niño, sino con un binomio, niño/padres. El niño de 6 a 8 años aún depende del cuidado de los adultos en su familia. En consecuencia, cualquier metodología seleccionada debía asegurar la participación de estos tres actores: odontólogo, niño y padres o cuidadores.

Otro elemento fue que el objeto de estudio deseaba indagar eran las formas de comunicación que fortalecen el autocuidado de la salud oral. Esto requería asegurar el protagonismo del niño, pues era su salud la que estaba siendo abordada, rescatando la

experiencia del niño en primera persona, vale decir, desde su propio relato. Este enfoque era un aporte innovador. Esta innovación debía estar acompañada del debido resguardo de confidencialidad y de un ambiente de seguridad y amabilidad para que el niño se sintiera cómodo de participar. Además, al ser una investigación interdisciplinaria, que articula salud y comunicación, el levantamiento de datos debía recoger información de ambas disciplinas.

En medio del proceso de construir metodológicamente la propuesta, surgió la pandemia y la emergencia sanitaria del COVID-19 a comienzos de 2020. Este hecho mundialmente inusitado impactó en el diseño que había sido establecido en la defensa de candidatura, que era una metodología mixta.

Luego de una revisión de la literatura la elección recayó en la investigación cualitativa, considerando como método las entrevistas en profundidad desde una perspectiva fenomenológica, usando pautas de preguntas semi estructuradas. En el contexto pandémico, donde el contacto entre las personas estaba muy restringido, la virtualidad surgió como la forma para escuchar a los actores relevantes.

La forma de seleccionar a los participantes fue la técnica de bola de nieve o "*snowballing*". Este método es un muestreo por conveniencia, que consiste en que los sujetos del estudio reclutan futuros sujetos entre sus conocidos hasta alcanzar la saturación de hallazgos. En el caso de investigaciones cualitativas como es el caso, es una opción metodológica adecuada porque su propósito no es inferir generalidades a toda la población, sino explorar en profundidad y de forma contextualizada un determinado fenómeno. Además, es una opción cuando es difícil acceder a los sujetos a investigar, que fue el caso, pues el trabajo de campo se realizó en medio de la pandemia de COVID (Naderifar, Goli, & Ghaljaie, 2017; O'Reilly M; Dogra N & Nw, 2017). Los primeros contactos fueron con redes existentes al interior de la Pontificia Universidad Católica de Chile (Red de Salud UC Christus, Puentes UC) y relaciones existentes con comunidades escolares y de la odontología en la Región Metropolitana. A través de los primeros contactos fueron surgiendo otros profesionales y padres con sus hijos, interesados en participar. La virtualidad fue una oportunidad para abrir la investigación a otros lugares del país, abordando otras regiones y no sólo a la Región Metropolitana

A continuación, se presenta todo este proceso, iniciando con los antecedentes sobre el contexto de emergencia sanitaria vivida en la etapa de trabajo de campo, pasando luego

por el marco teórico sobre investigación cualitativa, entrevistas en profundidad y la investigación específica en infancia.

Finaliza este capítulo con la descripción detallada del proceso de recolección de datos frente a los tres grupos de entrevistados: odontólogos, niños y padres y el proceso realizado para obtener los resultados.

2. Antecedentes Generales

La propuesta metodológica original de esta investigación era un método mixto. Esta decisión fue tomada debido a la escasa evidencia sobre la comunicación entre odontólogo y binomio niño/cuidador en el contexto clínico odontológico, que es el foco de la tesis.

La primera etapa sería cualitativa a través de observación no participante de la atención clínica odontológica de niños de seis años, considerando distintos contextos donde se entrega la atención clínica. Este grupo etario fue seleccionado porque es beneficiario de la Garantía Explícita en Salud Oral Integral, y esta condición favorecía el trabajo de campo.

Las observaciones clínicas se registrarían en una bitácora y se grabaría el audio de la sesión clínica para posterior análisis de la interacción ocurrida entre los tres actores. La segunda etapa sería cuantitativa, aplicando una encuesta a odontólogos para evaluar habilidades comunicacionales en su atención clínica. Esta aplicación se haría considerando una muestra por conveniencia de profesionales en la Región Metropolitana. Toda la primera etapa cualitativa fue debidamente aprobada por los comités de ética de la investigación de la Pontificia Universidad Católica de Chile (ID 190705001) y Comité de Ética Asistencial del Servicio Sur Oriente de la Región Metropolitana (14/11/2019).

Sin embargo, desde marzo de 2020 se decretó emergencia sanitaria debido a la presencia del COVID-19 en el país y el mundo. Esta situación hizo inviable el plan de trabajo para el levantamiento de datos de campo en los centros asistenciales públicos, privados o dependientes de las Escuelas de Odontología. Debido a las demandas surgidas en el sistema chileno, toda atención de la salud oral fue suspendida en la red de salud pública. En el caso del mundo privado, fueron escasas las clínicas que atendieron niños. Tampoco se realizaron atenciones de este tipo en las clínicas de las Escuelas de Odontología. Cuando se permitieron las atenciones clínicas odontológicas a niños, se

elaboraron estrictos protocolos que restringieron la presencia de personas en la consulta, permitiéndose sólo a quienes estuviese directamente vinculadas con la atención del niño.

Esta situación obligó a la revisión del diseño metodológico, considerando -además del contexto sanitario- los recursos disponibles para finalizar todo el proceso de investigación.

Este escenario adverso para la continuidad del proyecto se transformó finalmente en una oportunidad, pues la revisión de la propuesta para hacer frente a la pandemia permitió diseñar una nueva estrategia que recogiera de una mejor manera la perspectiva del paciente. El marco investigativo se planteó tres premisas: primera, que el niño es el protagonista de la interacción clínica odontológica; segunda, que el autocuidado es la forma de mantener una adecuada salud oral y la tercera, que la comunicación es el elemento que favorece alcanzar las dos primeras.

El método cualitativo fue el elegido, pues permite rescatar la particularidad de los significados construidos por los individuos en estudio, en específico cuando se trata de la salud y el cuerpo (Field-Springer & Margavio Striley, 2018). Estas autoras señalan que las experiencias que son incorporadas en la comprensión de la salud son resultado del sentido otorgado a los atributos sociales, ambientales y físicos que afectan cómo las personas se ven a ellos mismos y a sus prácticas de salud. Además, permite mayor coherencia metodológica con el interaccionismo simbólico que sustenta teóricamente esta investigación. De esta forma, se logra mejor comprensión de los procesos de interacción recíproca que ocurren entre los individuos en estudio (odontólogo y binomio paciente/cuidador) con el ambiente, a través de una construcción simbólica de las acciones sociales, dentro del contexto de la atención clínica odontológica.

En esta misma línea, Flick (2012) señala que la investigación cualitativa considera las teorías subjetivas que las personas usan para explicarse a ellas mismas y el mundo en el cual viven. Estas teorías subjetivas plantean que las personas en su vida cotidiana – al igual que los científicos – desarrollan explicaciones para su actuar cotidiano y para su interacción con el mundo que las rodea; creando elementos argumentativos que buscan fundamentar sus acciones.

El diseño cualitativo finalmente busca un entendimiento más amplio de elementos del sistema cultural y social en torno al rol del odontólogo y el cuidado de la salud oral del niño.

Como fue explicitado, en su origen estaba centrada en niños de 6 años por ser un grupo beneficiario de la Garantía Explícita de Salud (GES) Alta Integral de la salud oral. Sin embargo, en este nuevo contexto, el rango etario fue más flexible, incluyendo niños entre 6 y 8 años. Las características sociales, psicológicas y físicas de estos niños son similares y no pone en riesgo los fundamentos de la investigación.

3. Fundamentación teórica para el uso de entrevistas en profundidad

Esta perspectiva cualitativa se llevó a la práctica a través de entrevistas en profundidad. Esta nueva propuesta metodológica fue presentada en una enmienda al Comité de Investigación UC, aprobada el 5 de noviembre de 2020.

Las entrevistas fueron concebidas para ser realizadas por separado a niños, padres y odontólogos, elaborando para cada uno una pauta específica que rescatara su experiencia personal frente a los temas a ser abordados. Por ejemplo, si el tema era el autocuidado, cada participante fue consultado sobre su comprensión del autocuidado, cuál era su rol frente a las prácticas y cómo percibía el rol de los otros dos actores.

La entrevista en profundidad fue elegida porque justamente recoge las perspectivas subjetivas de los actores involucrados que, luego de analizarlas, permiten comprender su construcción cultural y social de lo que significa la salud oral. Las respuestas permitieron identificar los distintos encuadres[41] de la interacción comunicacional de cada participante durante la atención clínica del niño.

En el caso se las entrevistas de los niños, se procuró profundizar más en las formas de llevarlas a cabo. La literatura sobre entrevistas en profundidad con niños destaca algunos aspectos a considerar para este método, como planificar previamente el tiempo necesario para realizarla y contar con un hilo conductor para la entrevista, resguardando los elementos de interés para ser abordados. Estas medidas favorecen evitar el cansancio y consecuente desinterés por parte del niño, lo que exige ser flexible para adaptar el proceso de realizar las preguntas en esta situación y estar atento al surgimiento de hilos que requieren ser

[41] Se define como los significados construidos por las personas cuando interactúan entre sí y cómo se modifican a través de un proceso interpretativo realizado por cada participante de la interacción (Blumer, 1986).

profundizados. (Foster & Whitehead, 2019a; Fraser, Flewitt, & Hammersley, 2013; Hanson et al., 2017; O'Reilly M; Dogra N & Nw, 2017).

El uso de este método presenta desafíos, como el hecho que el niño puede considerar invasivo el proceso de entrevista, poniendo en riesgo su protagonismo, que debe ser resguardado por el investigador, y así el niño relate lo que considere importante. También puede ocurrir que las preguntas las considere complejas, lo que dificulta que las comprenda y articule adecuadamente su respuesta (Foster & Whitehead, 2019a; Fraser et al., 2013; Hanson et al., 2017; O'Reilly M; Dogra N & Nw, 2017).

Finalmente, esta investigación en específico fue especialmente desafiante pues no se encontró en la literatura experiencias semejantes donde se entrevistara online a niños de 6 a 8 años, abordando temáticas del cuidado de la salud oral y su experiencia de interactuar con el odontólogo cuando se realiza la atención clínica.

Las entrevistas en profundidad lograron un elemento transversal que es el protagonismo del niño. Cabe recordar que la Organización de Naciones Unidas (ONU) ha proclamado dentro de los derechos del niño, el de expresar su opinión y que ella sea tomada en cuenta en asuntos que lo afecten (UNICEF, 2015).

Considerando estos antecedentes y favorecer el logro de los objetivos de una investigación, se consideraron criterios sugeridos por O'Reilly y Dogra (2017) al momento de elaborar las pautas semiestructuradas de preguntas y también al momento de realizarlas. Estas fueron:

a) Reflexionar si el diseño de la pauta de preguntas permitía efectivamente que el niño lograra expresar su opinión.
b) Asegurar mecanismos para que el niño tuviese libertad para participar o no de las entrevistas.
c) Otorgar al niño algún mecanismo concreto de control sobre la conducción de la entrevista.
d) Usar un lenguaje amable y adecuado para un niño entre 6 y 8 años.
e) Considerar, en la planificación de la entrevista, un tiempo previo para crear con el niño un vínculo de confianza que demostrase un genuino interés en aspectos de su

vida, tales como hobbies, lugar de vacaciones, su experiencia escolar, sus amigos y su familia.

f) Elaborar preguntas abiertas que facilitaran abordar los temas percibidos como sensibles, para que primara la perspectiva del niño y no la del entrevistador.
g) Buscar los significados simbólicos del niño, rescatando su lenguaje, sus propias definiciones, promoviendo que sus relatos fuesen con la mayor cantidad de detalles posibles. Como otra forma de facilitar el relato de sus experiencias, las autoras sugieren invitarlos a hacer dibujos referidos a los temas propios de la investigación.
h) Resguardar en el proceso de entrevista la coherencia entre el diseño de la investigación, las preguntas desarrolladas y la forma de realizarlas, con un adecuado equilibrio entre la libertad y comodidad del niño entrevistado y la conducción de la entrevista para responder las preguntas de investigación.
i) Un elemento esencial para realizar estas entrevistas es dejar en suspenso las percepciones e ideas preconcebidas del entrevistador, para permitir ver las experiencias desde la perspectiva del niño.

En el contexto de pandemia, la opción elegida para realizar las entrevistas a los participantes fue de forma virtual. Este formato presenta beneficios y desventajas para realizarlas. Diversos autores señalan como beneficios que son sincrónicas, cara a cara y además que, al ser grabadas, facilita su posterior análisis, pudiendo grabar elementos de comunicación verbal y no verbal. Además, favorece la creación de un vínculo entre el entrevistado y el entrevistador y contar con respuestas en tiempo real. También permiten detectar situaciones de desatención del niño a través de códigos no verbales. Entre las desventajas, se puede señalar que agregan un elemento extra de dificultad para ser realizadas, pues no todos los niños se sienten cómodos hablando a través de la pantalla y se puede perder información valiosa si la conexión de Internet no es estable (Hanna, 2012; Jowett, Peel, & Shaw, 2011).

4. Construcción de las pautas semi estructuradas de las entrevistas

Las entrevistas fueron planificadas desde una perspectiva fenomenológica. Esta perspectiva plantea cuatro elementos ejes según la propuesta fenomenológico de Husserl (1970).

El primero es "el mundo de la vida" *(lifeworld*), que se define como la conciencia que la persona tiene del mundo, compuesto por objetos o experiencias íntimas dentro de un contexto definido. En la entrevista, la persona reconstruye y describe su experiencia, narrando con información que sea significativa para ella. Este *modo de la vida* se muestra en una *actitud natural*, que no requiere esfuerzo, pues es la forma que la persona se involucra con el mundo conocido, de forma inconsciente (Bevan, 2014; Fuster, 2019).

En consecuencia, el análisis fenomenológico de esta investigación procura comprender esa experiencia del "*mundo de la vida"* en la *"actitud natural"* de los tres actores frente a la interacción durante la atención clínica odontológica.

El segundo elemento es el "*mode of appearing*", que corresponde a la forma que la persona expresa concretamente su "mundo de la vida". Lo que el investigador busca es que la persona elabore su "actitud natural" frente a este mundo que vive en sentimientos, actitudes, reflexiones. El foco del investigador está en realizar preguntas descriptivas, considerando que una experiencia puede ser vivida de muchas maneras. Lo relevante es que el entrevistador haga las preguntas con un adecuado equilibrio con la escucha activa para que el entrevistado reflexione sus experiencias. De esta forma es más probable recoger las distintas perspectivas rescatando la complejidad de la experiencia u objeto de estudio (Bevan, 2014; Fuster, 2019).

El tercer elemento es conocido como *"epojé*" (entre comillas) que corresponde a poner de lado la actitud natural del propio investigador frente al fenómeno. Si esta actitud natural del investigador aflorara durante la entrevista, limitaría su comprensión del objeto de estudio desde la "actitud natural" del entrevistado, quien es la persona que está viviendo la experiencia o el objeto. Por otro lado, la "epojé" exige una "actitud de toma de posición crítica" para no dar por sentado los significados, sino más bien escuchar de forma activa, pero también crítica, lo que narra el entrevistado (Bevan, 2014).

Por último, está la "*clarificación del fenómeno*" que tiene mayor relevancia a la hora de ordenar la información entregada, articulando posibles explicaciones a las experiencias relatadas y de considerar las perspectivas de los distintos actores involucrados. Aquí lo que se busca son similitudes y diferencias entre estas perspectivas. El objetivo es evitar interpretaciones o variaciones absurdas, procurando estar lo más cercana posible de la experiencia original, otorgando credibilidad y confiabilidad a los posteriores resultados e interpretaciones (Bevan, 2014).

Bevan (2014) propone un esquema para auxiliar en la construcción de las preguntas de una pauta semi estructurada, que se muestra en el siguiente cuadro:

Tabla 4. Esquema para Construcción de Pautas de Entrevistas Semi Estructuradas

ACTITUD FENOMENOLÓGICA	ENFOQUE INVESTIGADOR	ESTRUCTURA ENTREVISTA	MÉTODO	EJEMPLO
Reducción fenomenológica (Epojé) Colocar entre corchetes o separarse de toda teoría o conocimiento previas sobre el fenómeno	Aceptación actitud natural de participantes	Contextualizar (provocar modo de la vida y actitud natural)	Descriptivo Normativo Preguntas de contexto	"Cuéntame cómo te enfermaste"
	Reflexión crítica Conversación consigo mismo	Aprehensión del fenómeno (modo de aparición en la actitud natural)	Descriptiva Estructurada Preguntas sobre modo de aparición	"Cuéntame cómo te preparas para ir a la sesión de diálisis"
	Escucha activa	Clarificar el fenómeno (significado a través de la variación de la imaginativa)	Variación imaginativa Variando la estructura de la pregunta	"Descríbeme como cambiarías la experiencia de esa unidad si el doctor estuviese siempre presente"

Fuente: Bevan M. (2014) Un método para la entrevista fenomenológica

5. Material y Métodos usados en la Investigación

El nuevo modelo investigativo fue aprobado por enmienda presentada al Comité de Ética de la Investigación de la UC con fecha 5 de noviembre de 2020.

El diseño del estudio es exploratorio y descriptivo. Exploratorio, pues es una propuesta innovadora en lo metodológico y en su perspectiva interdisciplinaria entre salud y comunicación. Además, se fundamenta en el hecho que el objeto de investigación ha sido poco estudiado, como lo muestra el marco teórico. Tiene un alcance descriptivo, pues espera retratar las situaciones de interacción del binomio con el odontólogo, en el contexto de la atención clínica del niño, desde la perspectiva de los tres actores que interactúan. Al recoger sus perspectivas personales, se avanzará en la comprensión que cada uno tiene sobre el autocuidado de la salud oral del niño y sus roles en esta labor.

El diseño de la investigación original era observar la atención odontológica clínica de los niños de seis años. Sin embargo, al realizar el cambio metodológico, esta edad se amplió a un rango etario de seis a ocho años. Esta muestra consideró, además de los niños, a sus padres o cuidadores y a los odontólogos que atienden niños de ese rango etario. Los cuidadores fueron fundamentalmente madres, salvo un padre que fue entrevistado solo y dos que participaron junto a sus parejas.

Para la definición del número de entrevistados el esquema fue organizado según la propuesta realizada por Bevan (2014), considerando los siguientes criterios:

- El diseño exploratorio de la investigación.
- Los distintos contextos clínicos donde ocurre la interacción del odontólogo y el binomio niño/cuidador: Centros de Salud Familiar (Atención Primaria en Salud, consulta privada, mega prestadores[42], clínicas docentes de las Escuelas de Odontología, clínicas privadas).
- Las posibles diferencias en la experiencia de niños, padres y profesionales en la Región Metropolitana u otras regiones del país.

[42] Son entidades de salud donde se ofrece la atención de diversas especialidades, organizados en cadena, los cuales debido a la cobertura, magnitud o volumen de prestadores cubren gran parte del mercado privado de atención odontológica. Presenta un sistema de atención fragmentado, donde el paciente es diagnosticado por un profesional, pero el plan lo realiza otro. Las relaciones laborales no son formales, el profesional recibe un porcentaje de lo cancelado por los pacientes. Algunos se integran de forma vertical con algunas Instituciones de Aseguradoras Provisionales (ISAPRES).

- La cantidad de años de egreso desde la formación de pregrado de los odontólogos entrevistados.
- La realización o no de la especialidad de odontopediatría.
- El género de los niños y los odontólogos.
- Nivel educacional de los padres.

En estudios que usan entrevistas semiestructuradas para posterior análisis de su contenido, el tamaño de una muestra normalmente se define en la medida que se alcanza lo que se denomina "saturación de datos". Esto se traduce cuando no se encuentran nuevos hallazgos que adicionen información a la categoría conceptual que se investiga (Francis et al., 2010).

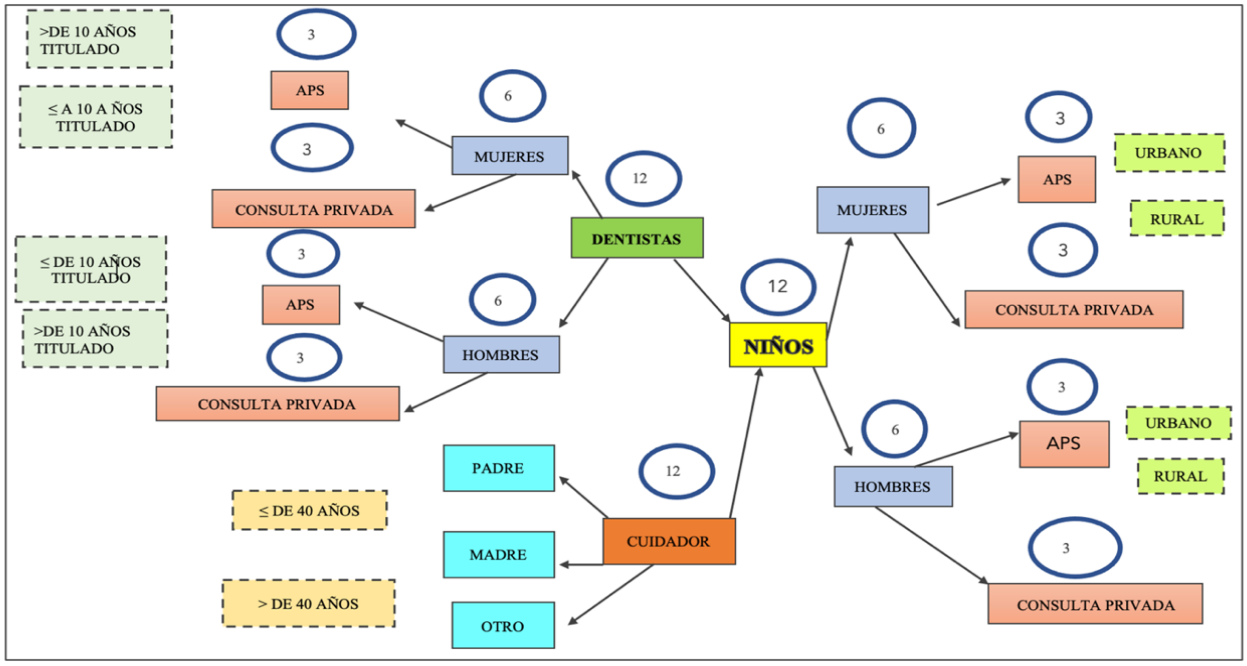
Francis et al (2010) sugieren algunos principios para esta definición, los que fueron usados en esta investigación. El primero se relaciona con la complejidad de las preguntas de investigación, el formato de pauta de preguntas, la diversidad que se requiere en la muestra y la naturaleza del constructo que se desea analizar. El segundo considera cuantas entrevistas se debe realizar según los temas que emerjan durante la realización de las primeras entrevistas. Sugieren que una vez que se considera que se ha llegado a la saturación de hallazgos, se debe agregar tres nuevas entrevistas para asegurar que efectivamente no surjan nuevos aspectos relevantes para ser analizados. Finalmente, destacan que se explicite en materiales y métodos de la investigación, la definición de la saturación de los hallazgos, para que quien conozca la investigación pueda evaluar de mejor forma la evidencia que se presenta.

En el caso de esta investigación, que es de carácter exploratoria, se buscó contar con variedad de contextos de atención y perfiles de niños y odontólogos. También se consideró que, al ser una investigación interdisciplinaria, los aspectos a indagar en las entrevistas necesitaban recoger aspectos comunicacionales y de salud, dándoles un carácter de mayor complejidad. Estos aspectos fueron:

a) Encuadre[43] de la interacción odontólogo/paciente.
b) Elementos de la comunicación interpersonal.
c) Agenda de los actores involucrados en la interacción clínica odontológica (expectativas, preocupaciones que influyen en situación de salud y enfermedad del paciente).
d) Autocuidado de la salud oral.
e) Literacidad en salud oral.
f) Setting clínico o puesta en escena.
g) Tipos de relación establecidas entre paciente/dentista.
h) Cultura del cuidado de la salud oral y el rol del odontólogo.

Según todo lo anteriormente señalado, se definió en un inicio un total de 12 entrevistados para cada grupo que participa en la interacción clínica odontológica, según el esquema que se presenta a continuación:

Figura 17: Esquema de la Definición del Número de Entrevistas en Profundidad



[43] Se define como los significados construidos por las personas cuando interactúan entre sí y cómo se modifican a través de un proceso interpretativo realizado por cada participante de la interacción (Blumer, 1986),

Todas las entrevistas fueron realizadas por videoconferencias, usando la plataforma Zoom, grabando tanto imagen como audio. Cada entrevistado dio su consentimiento informado, en el caso de los adultos, y el asentimiento, en el caso de los niños.

Para llegar a los grupos de interés se realizaron varias estrategias. La invitación de posibles entrevistados se canalizó por distintas vías:

- Solicitud de colaboración a actores vinculados con el mundo de la educación: profesores, directores, profesionales vinculados a fundaciones e instituciones relacionadas al mundo educativo, con envío de un mail explicativo.
- Solicitud de la colaboración al programa PUENTE UC, con vínculos con autoridades y funcionarios de municipalidades del país, enviando un mail a la Encargada de dicho programa.
- Solicitud de apoyo a autoridades universitarias de Escuelas de Odontología UC, a través de carta formal enviada a la directora de Pregrado.
- Difusión, a través de WhatsApp, de una invitación dirigida a odontólogos y padres a través de las redes sociales, además del envío de mails a personas conocidas. El formato de las invitaciones enviadas se encuentra a continuación:

Figura 18: Invitación a los niños para participar en las Entrevistas



Fuente: Elaboración propia

Figura 19: Invitación a los padres para participar de las Entrevistas en Profundidad



Fuente: Elaboración propia

Con relación al diseño de las pautas de las entrevistas semi estructuradas se construyó el esquema de preguntas, de acuerdo con las consideraciones hechas por Bevan (2014): a) actitud fenomenológica; b) enfoque del investigador; c) estructura de la entrevista y d) método. Luego, esta propuesta fue traspasada a un primer borrador de pautas para cada uno de los grupos a ser entrevistados: odontólogos, niños y padres o cuidadores. Esta pauta fue testeada en dos entrevistas piloto a padres, niños y odontólogos y ajustadas según la calidad de información que rescataban. En los Anexos se encuentran las pautas de entrevista semi estructuradas elaboradas luego del testeo de los pilotos (ANEXO 1, 2 y 3).

Particularmente la entrevista a los niños fue planificada siguiendo las recomendaciones de O'Reilly y Dogra (2017). Estas señalan la importancia de crear un ambiente de confianza para conocerse y hacer preguntas relacionadas con la investigación. Para generar confianza, se consideraron dos entrevistas para cada niño y para abordar la conversación hacia los temas de la investigación, se le solicitó al participante que dibujara

su visita al dentista. La literatura plantea el dibujo como una metodología adecuada para crear un ambiente de confianza y libertad con el niño (Foster & Whitehead, 2019a).

Este formato teórico presentó en la práctica algunos problemas. Uno fue la dispersión del niño al ser entrevistado virtualmente, sin que le quedara claro lo que se esperaba de esta conversación, al dividirla en dos momentos. A pesar de existir un ambiente amable de interacción, rápidamente la conversación se iba a otros temas, como presentar al hermano, mostrar el pino de Navidad o mostrar su casa. En algunos casos, los niños estaban en lugares de tráfico de otros miembros de la familia, generando ruido ambiente que dificultaba que se entendiera lo que se conversaba.

Otro problema fue el dibujo de la visita al dentista, pues despertó poco interés y los niños demostraron que el tema no era algo significativo. Entonces había que llegar a un acuerdo para que dibujaran otros temas tangenciales a la investigación. Cuando ocurría la segunda reunión, no siempre tenían el dibujo, se les había olvidado hacerlo o no tenían mucho que comentar al respecto. Además, tener la segunda sesión no fue garantía de que la entrevista fluyera sobre los temas a ser abordados, más bien había que empezar nuevamente a crear el ambiente de confianza. Algunos no estaban en su casa cuando se conectaban (en la playa o en la casa de parientes) y eso aumentaba la dispersión.

Con estos resultados, se revisó el formato de las entrevistas, identificando cuáles eran los aprendizajes de las entrevistas pilotos:

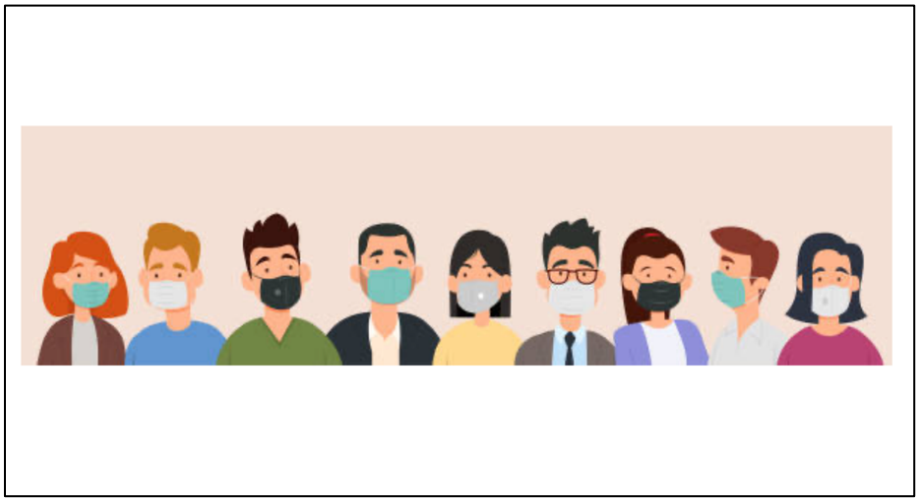
a) Los niños se interesan en conversar sobre eventos significativos de su vida.
b) Los niños se interesan cuando escuchan historias cotidianas de quien los entrevista.
c) La entrevista requiere de un guion que facilite la participación del niño.
d) Cuando la entrevista es de interés del niño, ellos no están preocupados por el tiempo de duración.

Con estos elementos, se planificó una nueva estrategia de entrevista en una única sesión. Esta consistió en elaborar un Power Point que sirvió como guion para la entrevista, el que constó con imágenes alusivas a los temas propios de la investigación, con una introducción que favoreciera una relación de confianza y el interés del entrevistado por participar. En ella se plantearon varios temas para lograrlo, como la emergencia COVID, actividades de las vacaciones, cómo celebró Navidad, sus actividades en las vacaciones, sus amigos y sus juegos preferidos. Entre los propios de la investigación estaban su agenda

setting, la que él percibía de sus padres y del odontólogo, qué decisiones puede tomar en su rutina diaria, qué le podrían sugerir a los profesionales que atendían niños, etc.

A continuación, se reproducen algunas de las diapositivas usadas. Toda la presentación tipo se encuentra en el ANEXO 4.

Figura 20: Imágenes usadas en Power Point usado en las Entrevistas de los Niños







En el inicio del Power Point se dejó un espacio en blanco donde se pusieron imágenes del entrevistado enviadas por los padres. Lo relevante era que los padres seleccionaran tres o cuatro fotografías significativas para su hijo(a). La entrevistadora también puso imágenes de su quehacer diario para presentarse frente al entrevistado. Este nuevo formato fue informado al Comité de Ética de Investigación UC a través de una segunda enmienda, la que fue aprobada.

6. Tabulación y Análisis de los Datos

Al finalizar el trabajo de campo se les solicitó a dos personas, de forma independiente y con experiencia en transcripción de audios, para que realizaran la transcripción de las entrevistas.

Cada entrevista fue evaluada en varias etapas, siguiendo el proceso de análisis fenomenológico interpretativo (AFI) (Duque & Aristizábal Díaz-Granados, 2019; Fuster, 2019). Este análisis procura comprender el significado del objeto de estudio para quienes fueron entrevistados. En este análisis, la experiencia y su significado son un todo y requieren un abordaje holístico (Fuster, 2019). El esquema planteado por Duque & Aristizábal Díaz-Granado (2019) fue aplicado para el análisis de cada entrevista y luego para el conjunto de entrevistas de cada grupo en particular: odontólogos, niños y padres.

6.1 Comentarios iniciales:

En una primera revisión, se realizó una lectura de cada transcripción, anotando en la margen derecha los comentarios y preguntas surgidos de este proceso. Luego, se efectuó una segunda lectura anotando en el margen izquierdo los diversos "*mode of appearing"*, indagando de qué forma cada uno de estos actores expresaban concretamente su "*mundo de la vida"* durante la interacción clínica.

En todo este proceso, se procuró aplicar el *"epojé*": poner de lado la actitud natural de la investigadora frente al fenómeno en estudio, sin dejar de lado una reflexión crítica de lo expresado por cada entrevistado.

6.2 Recolección de la experiencia vivida: reflexionar la experiencia vivida

Se organizaron las citas de cada grupo de entrevistados que mejor reflejaban el proceso de la etapa uno y del análisis AFI. Todo el proceso fue organizado con la ayuda de programa computacional. Considerando los recursos disponibles, se optó por utilizar hoja de cálculo Excel de la versión de Microsoft 365, en vez de algún programa específico de análisis cualitativo existente en el mercado.

6.3 Identificación los temas emergentes: clarificando los significados

Con este primer borrador de resultados, se hizo un nuevo análisis de los temas, considerando ahora la "*clarificación del fenómeno*". Aquí, lo que se buscó fue un análisis crítico y reflexivo sobre posibles explicaciones de los "*mode de appearing*" para cada entrevistado de cada uno de los tres grupos. De esta forma se buscó otorgar credibilidad y confiabilidad a los posteriores resultados e interpretaciones. En el caso de dudas sobre cómo organizarlos, se discutió junto al supervisor de la tesis, llegando a acuerdos en las definiciones. Por ejemplo, para identificar el lenguaje que el odontólogo adopta para comunicarle al niño temas relacionados con su salud oral, optó por la siguiente etiqueta: *Los odontólogos utilizan palabras que distorsionan su quehacer clínico.* Luego, al discutir con el supervisor lo que se deseaba expresar, se evaluó que la etiqueta no era adecuada, se centraba en el odontólogo y no en el efecto que producía en el niño, dificultar su

empoderamiento frente a su autocuidado. Lo detectado era que el odontólogo explicaba estos temas alejados de la ciencia, decorando con palabras lejos de la ciencia, como si un niño de 6 a 8 años no fuese capaz de entender información con los términos correctos. Luego de discutir distintas aproximaciones, se optó por la etiqueta definitiva: *El niño sólo entiende información sobre la salud oral si le hablo sin ciencia.*

6.4 Delimitación de las unidades temáticas naturales

A continuación, los resultaos fueron nuevamente etiquetados para cada grupo de entrevistados: odontólogos, niños y padres. Este proceso fue realizado repetidamente hasta llegar a un número óptimo de unidades temáticas. Estas definiciones fueron discutidas en reunión con el supervisor de la investigación y analizadas según su marco teórico. Este proceso terminó con cuatro áreas temáticas: autocuidado, encuadre de la salud oral, interacción odontólogo/niño y modelos de atención.

6.5 Elaboración de tabla de temas

Para cada área y respectivo grupo de entrevistados, se organizaron los temas emergentes, organizando todo este material en nuevas hojas de Excel.

6.6 Articulación de las tablas temáticas de los tres grupos de entrevistados.

En esta última etapa, se articularon los hallazgos de los tres grupos de entrevistados, contrastando los encuadre concordantes y discordantes entre ellos frente al fenómeno investigado: la interacción ocurrida durante la atención clínica del niño y el fortalecimiento del autocuidado de su salud oral.

CAPÍTULO 9: RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNIDAD SEMI ESTRUCTURADAS

1. Introducción

Este capítulo tiene por objeto presentar los resultados obtenidos en las entrevistas en profundidad realizadas a odontólogos, niños y padres, obteniendo evidencia para responder las preguntas de investigación.

Estos resultados surgieron del análisis de las entrevistas realizadas a partir de un enfoque fenomenológico interpretativo (AFI), que propone comprender la experiencia que la persona vive de acuerdo con su conciencia frente a los objetos o experiencias íntimas dentro de un determinado contexto: el *modo de la vida* propuesto por Husserl (1907). El contexto de esta investigación es la interacción comunicacional que ocurre durante la atención clínica odontológica pediátrica, donde interactúan odontólogo, niño y padres. Las entrevistas fueron analizadas siguiendo la propuesta de Duque et al y Fuster (Duque & Aristizábal Díaz-Granados, 2019; Fuster, 2019), detallada en el capítulo de metodología de investigación.

La literatura sobre investigaciones cualitativas señala distintos puntos de vista de cómo se debe presentar sus resultados. Goldberg & Allen (2015) consideran fundamental esta etapa, pues es donde se plantea de qué forma estos hallazgos aportan para comprender mejor el objeto de estudio. Señalan que la decisión varía dependiendo de la cantidad de hallazgos, pero no basta sólo identificar los temas que emergieron, se requiere construir una narrativa fundamentada en datos y con un marco que le dé una estructura subyacente al fenómeno encontrado (Goldberg & Allen, 2015). En el caso de esta investigación, se ha optado por esta forma de presentar los hallazgos emergentes de cada grupo de entrevistados; identificar el tema apoyado con datos al respecto. El propósito fue asegurar que cada uno tuviese su debida reflexión teórica. Existen algunos que pueden parecer reiterativos, pues aparecen más de una vez, pero lo relevante es que surgieron de distintos grupos de entrevistados: niños, padres u odontólogos; de ahí la necesidad de rescatarlos. En el próximo capítulo de la discusión, se realizará un análisis articulado entre todos los temas relevantes para padres, niños y odontólogos.

Estos resultados se obtuvieron por la aplicación de una pauta semi estructurada para cada grupo con preguntas específicas. En el capítulo de la Metodología de Investigación se describe el método usado, sus fundamentos teóricos y las modificaciones que se debieron hacer para sortear los problemas enfrentados durante el trabajo de campo.

Se realizaron 55 entrevistas en total. La definición de este número de participantes consideró el carácter exploratorio y descriptivo de la investigación, procurando abarcar distintos contextos y experiencias de interacción entre odontólogo y binomio. Además, hubo especial preocupación para contar con diversidad de experiencias relatadas en "primera persona" y, de esta manera, identificar a través de sus relatos cómo cada uno percibe la experiencia clínica odontológica del niño y cuál creen es su rol en el autocuidado de la salud oral. En la revisión del estado del arte del marco teórico no se encontró diseños investigativos que hicieran este mismo abordaje. En consecuencia, estos resultados son un aporte innovador para la evidencia existente hasta ahora.

El análisis de las entrevistas de los distintos entrevistados arrojó más hallazgos de los esperados y son, en sí mismos, un gran aporte de nuevo conocimiento. En cada grupo surgieron más de 20 temas relevantes. Los resultados que se presenta ahora son los que responden a las preguntas de investigación y los otros se indicarán en los comentarios finales y conclusiones, como sugerencias para futuros estudios.

Para resguardar el protagonismo de los entrevistados, el análisis AFI resultó ser una buena opción metodológica pues permitió que la experiencia clínica y formación profesional de la entrevistadora quedaran "*en epojé*" y no distorsionara el análisis de los temas identificados al revisar las entrevistas.

Las entrevistas se llevaron a cabo entre los meses de diciembre de 2020 y mayo de 2021. Ocurrió una suspensión en el mes de febrero por ser vacaciones de verano en Chile. A cada participante adulto se le solicitó su consentimiento informado y a los niños su correspondiente asentimiento.

Todas fueron realizadas por videoconferencia usando la plataforma Zoom, grabando tanto imagen como audio. Hubo la excepción de una odontóloga que consintió que se grabara sólo el audio. La duración promedio de las entrevistas fue de 53 minutos para los odontólogos, 45 minutos para los padres y 40 minutos para los niños.

De las 55 entrevistas, 21 corresponden a odontólogos, 17 a niños con sus respectivos 17 cuidadores (16 eran madres, dos de ellas acompañadas por los padres, más un padre como cuidador principal), cada una realizada individualmente. Estos números se alcanzaron siguiendo a Francis et al (2010), que propone que, si se produce saturación de datos, se realicen tres entrevistas más para asegurar que no emergen nuevos hallazgos. Si bien el plan de la metodología planteaba menos entrevistados, durante la realización de las entrevistas emergieron temas que obligaron aumentar el total de participantes.

Los nombres verdaderos de todos los entrevistados fueron cambiados por pseudónimos para asegurar su confidencialidad. El reemplazo por nombres propios fue para mantener la riqueza de un relato en primera persona. El propósito de la investigación no fue analizar cada caso particular (por eso no hay una reflexión específica de la dinámica que ocurre entre los padres y su hijo), sino los encuadres de cada grupo (niños, padres y odontólogo).

Luego de hacer las observaciones libres de cada entrevista en particular, se fueron identificando los temas específicos para finalmente congregarlos en áreas conceptuales que confluyeron en cuatro: 1) autocuidado, 2) encuadre de la salud oral 3) interacción odontólogo/niño y 4) modelos de atención. A continuación, se presentan las cuatro áreas con su definición operacional:

- **Autocuidado:** En esta área conceptual se congregaron todos los temas relacionados con los roles asignados a los tres grupos de entrevistados, en especial al niño. Además, cuál es el concepto que tienen del autocuidado, las facilidades o dificultades que existen para que se integre el autocuidado de la salud oral del niño y sus prácticas en la vida y cómo se fortalece con el acceso de información de calidad de forma oportuna y comprensible
- **Encuadre de Salud Oral**: En este grupo se encuentran los distintos elementos que construyen la comprensión que cada grupo entrevistado tiene de la salud oral y qué esperan de la atención clínica odontológica del niño.
- **Interacción Odontólogo/niño:** Aquí se organizaron los temas que inciden en la construcción de la relación del odontólogo y el niño en la atención clínica, las actitudes y roles involucradas desde los tres actores entrevistados.

- **Modelos de Atención**: Aquí se congregan los temas relacionados con enfoques de los modelos de atención, que inciden en el tipo de relación que se establece entre el odontólogo y el niño. También la articulación entre los contextos en los cuales se realiza la atención clínica odontológica y cómo son evaluados por los entrevistados.

La presentación sigue el siguiente orden: Primero se presentarán los resultados de los niños, luego los padres y posteriormente los odontólogos.

2. Resultados de las entrevistas a niños

Todos los niños entrevistados habían vivido la experiencia de relacionarse con un adulto a través de la plataforma Zoom, pues por la pandemia las actividades escolares fueron virtuales.

Los temas abordados por la entrevista se relacionaban con las preguntas de investigación, las cuales no están en la conversación o reflexión cotidiana de los niños. Por la pandemia, su última visita a la clínica odontológica había ocurrido entre seis meses y un año atrás y por eso el recuerdo de los detalles no era algo que pudiese surgir de inmediato. Se iniciaron las entrevistas con el supuesto que los niños tendrían algunas dificultades para responder el cuestionario semi estructurado. Sin embargo, los entrevistados no sólo respondieron y participaron de las preguntas específicas de la investigación, sino también plantearon sus opiniones sobre varios aspectos concretos y significativos de su vida Esta apreciación es importante porque la investigación de infancia en general se ha centrado en una comprensión de aspectos como su desarrollo cognitivo, afectivo, social, transformando al niño como objeto de estudio. En cambio, esta investigación busca es alinearse con el enfoque de las últimas décadas donde son considerados más bien como sujetos y agentes del proceso, centrándose en sus actitudes y sus derechos (O'Reilly & Dogra, 2017).

Los participantes fueron seleccionados considerando las siguientes variables de control: edad, género, área geográfica donde viven y tipo de centro de salud donde fueron atendidos. La tabla a continuación muestra esta caracterización de los participantes.

Tabla 5. Caracterización de los Niños Entrevistados[44]

Centro de Atención	Total	Hombres	Mujeres	Hombres – Edad			Mujeres - Edad		
				6	7	8	6	7	8
Privada	8	4	4	1	0	3	0	3	1
Megaprestador	2	1	1	0	0	1	0	1	0
Cesafam	6	3	3	1	2	0	1	0	2
Junaeb	1	0	1	0	0	0	0	0	1
				2	**2**	**4**	**1**	**4**	**4**
TOTAL	**17**	**8**	**9**	**Reg Metropolitana**		**Otras Regiones**	**Reg Metropolitana**		**Otras Regiones**
				4		**4**	**5**		**4**

De las entrevistas emergieron 19 temas que fueron organizados en las cuatro áreas temáticas. En el caso de los niños, algunos temas pueden parecer que se traslapan, pero fueron organizados así para destacar matices que son importantes para comprender la perspectiva global frente a la salud oral y su cuidado. A continuación, se presentan las áreas conceptuales con sus respectivos temas

Tabla 6. Síntesis de Áreas Conceptuales y Temas Emergentes de las Entrevistas a los Niños

AREA CONCEPTUALES	TEMAS
AUTOCUIDADO	a) Hay hábitos de salud oral que me dan lata. b) Puedo asumir responsabilidades o acuerdos en varias áreas de mi vida. c) Soy capaz de aprender temas de salud. d) Mi mamá es muy significativa en mi vida. e) El cuidado de mi salud oral es de responsabilidad de mis papás. f) Cuidar mi salud oral es básicamente “lavarme los dientes”. g) Me falta orientación de cómo cuidar mejor mi salud oral.

[44] En el grupo etario de 8 años, se agregó 1 mujer y 1 hombre, que tenían 9 años y algunos meses, considerando las dificultades enfrentadas en a pandemia y que no ponía en riesgo los resultados de la investigación

AREAS CONCEPTUALES	TEMAS
ENCUADRE DE LA SALUD ORAL	a) Voy al dentista para que "haga cosas" en mis dientes. b) Creo que los demás niños le tienen miedo al dentista. c) Tengo una opinión positiva del dentista. d) Mi salud oral no es un tema que me preocupe.
INTERACCIÓN ODONTÓLOGO/NIÑO	a) Para mí es importante poder confiar en el dentista. b) Tengo una opinión clara sobre mi experiencia de interactuar con el dentista. c) Me asusta no saber lo que pasará cuando voy al dentista. d) El dolor es algo relevante para evaluar mi experiencia de ir al dentista. e) Tengo sugerencias para los dentistas que atienden niños. f) El equipamiento de la consulta odontológica puede ser entretenido.
MODELOS DE ATENCIÓN	a) A mí no me consultan sobre aspectos relacionados con mi salud oral. b) Mi rol en la consulta es portarme bien y dejar que el dentista trabaje.

2.1 AUTOCUIDADO

Esta área conceptual recoge los temas relacionados con el autocuidado, considerando para eso, la definición que considera que toda persona es capaz de hacerse cargo del cuidado de su salud. En el caso de un niño, su agencia de autocuidado la comparte con un adulto, normalmente los padres. Los niños identifican los roles que ambos asumen en el autocuidado de su salud oral, qué significa llevar a la práctica esta actitud, qué dificultades o fortalezas presentan y cómo evalúan la calidad de la información que tienen acceso para poder asumir activamente el autocuidado de su salud oral.

AUTOCUIDADO	a) Hay hábitos de salud oral que me dan lata b) Puedo asumir responsabilidades o acuerdos en varias áreas de mi vida. c) Soy capaz de aprender temas de salud. d) Mi mamá es muy significativa en mi vida. e) El cuidado de mi salud oral es de responsabilidad de mis papás f) Cuidar mi salud oral es básicamente "lavarme los dientes" g) Me falta orientación de cómo cuidar mejor mi salud oral

a. Hay hábitos de salud oral que me dan lata

La RAE define "lata" en su sentido coloquial como "cosa que causa hastío y disgusto a alguien". Esa es la connotación o, en lenguaje fenomenológico el "*mode of appearing*", que los entrevistados le dan a uno de los hábitos que hace parte del cuidado de la salud oral, como es el cepillado dental o higiene oral*:*

- *Me da mucha lata porque no me quiero cepillar los dientes (*Francisco, 8 años)

Este "*mode of appearing*" del cepillado como algo aburrido puede explicarse por varias razones. Los hábitos se pueden definen como "secuencias aprendidas de actos que han sido reforzados en el pasado por experiencias gratificantes y que son desencadenadas por el entorno para producir un comportamiento en gran parte fuera de la conciencia de las personas" (p. 279) (Gardner, 2015). Para formar una actitud positiva hacia un determinado objeto influyen muchos factores, como los estados de ánimo, los contextos que construyen los contenidos a nivel cognitivo y las experiencias vividas previamente que generan un valor positivo. En consecuencia, se puede señalar que la fuerza de la actitud de la práctica del cepillado dental puede ser consecuencia de cómo el niño la percibe de acuerdo a sentimientos, creencias o experiencias previas que se concretarán o no en esa conducta (Vogel T; Wanke, 2016).

La percepción que la higiene oral como una "actividad latosa", puede venir como una respuesta que recurre a lo afectivo o emocional, que considera el cepillado como un

obstáculo para la realización de una experiencia considerada como placentera. Es lo que relatan Gabriela y María. En ambas situaciones, la conducta surge como una orden de los adultos:

- *Porque a veces estoy viendo tele y estoy viendo cosas, entonces no quiero ir (a lavarme los dientes)*. (Gabriela, 9 años)

- *Me cuesta ir al baño porque estoy ocupada en otras cosas*. (María, 6 años)

Esta actitud negativa pareciera no contar con elementos cognitivos, pues estos requieren reflexión y aprendizaje de un determinado objeto, en este caso, la importancia del cepillado o el bienestar de prevenir una enfermedad. Por otro lado, las emociones son más veloces para procesar información comparada con la mente racional, surgen de forma inmediata sin que la conciencia intervenga, para luego consolidarse en modelos afectivos y esquemas intelectuales. Eso puede dificultar una adecuada deliberación entre cognición y emoción (Del Valle, 1998). Sin estos aspectos cognitivos, puede que sólo prime el placer generado por la actividad que realiza y que ha sido interrumpida sin su consentimiento por una persona externa (los padres).

Frente a esta evidencia, lo que se puede inferir es que el problema radicaría en el hábito en sí, sino en lo inoportuno que se ha indicado para que lo realice, interrumpiendo una actividad evaluada como más interesante. En otras palabras, la dificultad no estaría en la práctica en sí misma, sino en las condiciones en las cuales se le ordena que la realiza.

Las características de un niño de 6 a 8 años de observación de ritos y dividir tareas y compromisos, podría ser una motivación para una valoración afectiva de las prácticas de autocuidado como el cepillado dental. Para que esto pueda ocurrir, se requiere contar con una vinculación emocional hacia el objeto de su interés. Cuando se excluye lo lúdico y la imaginación por la formalidad técnica (“anda a lavarte los dientes”), el niño puede desarrollar una actitud formalista, dejando de lado el placer y la alegría, sin una realización personal (Bordignon, 2005). Pareciera que “la lata” no es una actitud per se contra el cepillado dental, sino más bien se plantea desvinculado de aspectos significativos, tanto emocionales como

cognitivos, pues se ordena su realización en momentos inoportunos, donde aparece como un obstáculo a las actividades que el niño está realizando.

b. Puedo asumir responsabilidades o acuerdos en varias áreas de mi vida.

En el tema abordado anteriormente los niños asocian la práctica del cepillado dental con algo aburrido. Son los padres quienes ordenan que el niño cumpla con esta práctica. Pareciera que los hábitos requieren de esta vigilancia para realizar determinadas rutinas diarias. Sin embargo, los entrevistados demuestran ser capaces de asumir labores y compromisos en otras áreas de su vida que no son evaluadas de forma negativa. Frente a otros aspectos del "mundo de la vida" de los entrevistados, los hábitos pueden ser asumidos de forma positiva.

Gabriela, la misma entrevistada que señala en el punto anterior que *le da lata lavarse los dientes*, relata cómo se organiza frente a otro hábito cotidiano, como es prepararse para dormir:

- *Yo me voy a acostar sola. Le voy a dar un besito a mi mamá y luego me voy a acostar, y después me viene a dar un besito a la cama (*Gabriela, 9 años)

Es interesante destacar que esta mayor autonomía de la entrevistada se asocia con aspectos emotivos, como recibir el beso de buenas noches. Esto refuerza la construcción de hábitos sobre la base de experiencias emocionales significativas. La entrevistada no relata que requiere que la mamá insista para realizar este hábito, ni lo adjetiva de forma negativa.

Esta capacidad del niño para llegar a acuerdos con los padres genera algo similar a un ritual que articula varias conductas entre sí, como si fuesen una sola, evaluadas como positivas. Es lo que expresa Flavia, quien describe de esta forma su ritual de ir a acostarse por las noches:

- *En general yo como y después de comer mi mamá me dice: 'ya, anda a lavarte los dientes o anda arriba' es porque se refiere a lo típico: que me lave los dientes, me ponga el pijama y elija mi cuento y me vaya a la cama (*Flavia, 7 años)

En el capítulo sobre comunicación interpersonal se describe el valor que tienen estos rituales para construir una experiencia comunitaria, como podría ser la familia. Los rituales son acciones simbólicas que conforma la experiencia de hogar (Han, 2020). En la construcción del ritual que conlleva acostarse, no hay una declaración explícita de parte de la mamá de todo lo que la entrevistada debe hacer. Más bien existe una construcción simbólica donde están implícitos los elementos que tiene señalar *anda a lavarte los dientes y anda arriba.* En este caso, la única acción explícita del ritual es *lavarse los dientes*, o anda arriba, pero en la práctica está asociada a otras como ponerse el pijama, destacando una actividad lúdica placentera que es *elegir un cuento*. Lo que se observa es un ritual tácito diario, que asocia varias actividades que contienen un elemento cognitivo. La entrevistada entiende lo que debe hacer y la secuencia con que se ejecutan, asociados a un elemento emotivo (escoger un cuento).

Es destacable que los entrevistados demuestran ser capaces de llegar a acuerdos con sus cuidadores sobre rutinas de su vida cotidiana. Algunos se caracterizan porque los niños hacen elecciones dentro de un marco de opciones establecidas por los padres:

- *Cuando llego a la mesa ya están las cosas ahí y cuando me siento elijo lo que está en la mesa.* [puede organizar su desayuno]. (Javiera, 8 años).

- *El papá de repente me dice: yogurt con cereales, yogurt con frutas o leche. Tengo esas opciones o pan. Y yo le digo leche de repente, de repente le digo yogurt con frutas o de repente le digo pan.* (Bernardo, 7 años).

En otras situaciones, los niños señalan claramente ser capaces de asumir un rol activo y ser autónomos para tomar decisiones como, por ejemplo, qué ropa escogen para ponerse y vestirse solos.

- *Yo* [escojo la ropa que me pongo] (Catalina, 7 años).

Esta capacidad no es una característica extraordinaria de los entrevistados, sino una capacidad que el niño desarrolla en la medida que se ejecute actividades por iniciativa propia

en su propio medio, donde pueda ensayar y adquirir seguridad de sus propias acciones. Esta autonomía puede fomentarse específicamente en áreas como cuidar y conocer su cuerpo, normas de higiene y de alimentación (MINEDUC, 2014). Puede parecer una obviedad que un niño entre 6 a 8 años elija la ropa que usará ese día, pero se debe enfatizar que esa misma capacidad la puede usar para construir prácticas de cuidado de su salud oral como, por ejemplo, cepillarse los dientes.

En esta misma perspectiva, los entrevistados señalan que son capaces de llegar a acuerdos y evaluar de forma positiva la práctica del cepillado de los dientes, sin que evalúen como una lata su realización. Estos relatos permiten sugerir que existe un espacio no adecuadamente explorado para promover su autonomía en el autocuidado de la salud oral:

- *Yo lo hago solo. Yo siempre lo hago solo (...) me dice que me lave la boca, me lo dijeron una vez, otra vez y ya me acostumbré* [cepillarse los dientes] (Rodrigo, 8 años).

- *Si,* [le gusta lavarme los dientes]...*Voy por mi cuenta (*Pedro, 8 años*)*.

Como se puede observar, un niño de 6 a 8 años ya tiene la capacidad de participar de decisiones rutinarias de su vida. Esta facultad no exime a los adultos de su labor formadora, sino que recoge las características de los niños de este grupo etario, que valoran que se establezcan normas y que se le asignen responsabilidades y sean reconocidos por sus logros.

c. Soy capaz de aprender temas de salud.

La pasividad del niño frente a hábitos como cepillarse los dientes puede ser porque falta el elemento afectivo, prevaleciendo aspectos cognitivos en su construcción. Uno de los elementos importantes para esta construcción (ya sea afectiva o cognitiva) es que el niño cuente con información clara y oportuna. Las entrevistas demostraron que los niños, cuando cuentan con información clara, son capaces de articular la ciencia con el cuidado de la salud.

Por ejemplo, ellos fueron capaces de describir la enfermedad del COVID, identificando su agente etiológico, sus posibles consecuencias y medidas de prevención:

- *Que las personas presten un poco más de atención a como se ponen las mascarillas, porque he visto a millones de personas que se ponen mascarillas hasta aquí, y eso no sirve de nada* [la máscara bajo la nariz] *(*Flavia, 7 años).

- *(El Covid) Es un bicho que enferma a personas. Es como si no usai' la mascarilla y estornudas, o estornuda alguien en la cara, esa persona podría tener coronavirus y te lo contagia a ti. (…) Yo creo que se podría morir o se podrían quedar días, semanas o meses en el hospital. Hay que lavarse las manos por doce, o sea por veinte segundos, em… pasarse jabón por las manos y enjuagarse bien* (Juana, 7 años).

Es posible que esta adquisición se deba a la gran divulgación de información a través de distintos medios de comunicación, redes sociales y porque están presentes en los ambientes comunitarios que conviven, como escuela, familia o centros de salud. Esto demuestra que la entrega de información fundamentada en evidencia, oportuna y masiva puede ser una estrategia que permitiría que los niños supiesen qué hacer para cuidar su salud y pueden impactar en la adquisición de prácticas de cuidado de la salud.

d. Mi mamá es muy significativa en mi vida.

Cada persona al nacer trae consigo un conjunto de destrezas comunicacionales básicas que le permite iniciar su comunicación interpersonal con las personas a su alrededor. La persona más gravitante en estos primeros pasos comunicacionales es la cuidadora que suele ser la mamá. La primera experiencia comunicacional con ella se da al sentir su aroma y melodías vocales. Luego, la segunda ocurre a través de la sincronización y percepción de las miradas del bebé y su mamá, construyen un primer vínculo social a través de este encuentro visual. Más tarde ocurrirá la tercera, que consiste en una sintonía intersubjetiva que se conoce como apego. Esta interacción tiene un rol fundamental en la vida del niño, que lo acompañan hasta la adultez. (Cespedes, 2007)

De acuerdo con lo expuesto, no es de extrañar que los entrevistados hayan destacado el rol significativo que la mamá tiene en su vida. María relata este vínculo cuando fue atendida de urgencia en el centro de salud familiar:

- *Estaba triste* [su mamá] p*orque le dio pena. Porque yo estaba llorando muy fuerte. Y mi mamá se quedó muy triste, le dio penita (*María, 6 años).

Este apego tiene un rol clave en la forma que el niño procesa sus experiencias cognitivas y afectivas entre los seres humanos, en este caso con la madre. Este sistema se activa cuando el niño se encuentra enfrentado a situaciones que sean amenazantes o de angustia, con el propósito de retornar a una situación de bienestar (Grimalt & Heresi, 2012).

En Chile, desde la primera infancia, las madres asumen la responsabilidad de diversas actividades de cuidado del niño como prepararle su comida, darle el baño, acostarlo, fomentar hábitos como el cepillado, hacer tareas y construir el vínculo con el mundo de la atención en salud y con la comunidad escolar. En el caso de los niños de 0 a 5 años, la diferencia entre el rol de las madres y el de ambos padres para llevarlos al control médico es de 70% y 23%, respectivamente (Unicef et al., 2010).

Existe un rol preponderante de las madres en el desarrollo de hábitos en salud oral de sus hijos. En el caso que la mamá no pueda asumir esta tarea, ella la delega en otros referentes también femeninos como la abuela o una hermana (Humeres-Flores et al., 2020). Para los entrevistados, la mamá surge como primera respuesta cuando se le pregunta sobre quien toma las decisiones en distintas áreas de su vida.

- *Mi mamá me echa una fruta, juguito parece, y a veces me pone una cosita con Nutella y parece un pan o galletas (…) y yo me lo comía (*Javiera, 8 años).

- *Mi mamá me dijo* [que irían al dentista] (Gabriela, 8 años).

- *Mi mamá* [escoge la colación para el colegio] (Flavia, 7 años).

Este protagonismo no se da sólo en decisiones cotidianas, sino que se concreta en un vínculo de confianza y afecto que ellos sienten con sus mamás:

- *Mi mamá siempre hace lo que me gusta, sí. A veces me hace pan con queso, otras veces unas tortillas con queso también, algunas veces galletas* [quien decide qué comerá al desayuno] (Rodrigo, 8 años).
- *Porque mi mamá siempre me cuenta lo que vamos a hacer al dentista o a cosas a donde vamos… o me lleva a cosas así (…), sé que ella me está diciendo la verdad* (Pedro, 8 años).

Este tema es sensible al momento de fortalecer el autocuidado, pues la agencia del autocuidado del niño es compartida con el cuidador y esta figura es mayoritariamente la madre. Los entrevistados confían en ella, comparten y delegan muchas de sus labores cotidianas mientras están formando sus valores, su personalidad y sus capacidades. En consecuencia, puede ser un factor que favorezca su autonomía y su motivación frente al cuidado de su salud oral.

Sin embargo, es importante recordar que en el mundo de un niño de 6 a 8 años existen otros referentes importantes como el mundo escolar. Esta situación es una oportunidad para que las madres deleguen su protagonismo, coordinando estrategias de autocuidado que empoderen al niño en el cuidado de su salud oral con profesores y sus compañeros, en vez de asumir toda la responsabilidad sobre sus hombros.

Los padres varones son los grandes ausentes de los relatos de los niños, salvo un entrevistado que relata que su padre es quien le prepara el desayuno. En esta situación, queda la duda si esta rutina es de largo tiempo, pues ocurre que acaba de nacer un nuevo hijo y la mamá está ejerciendo su rol en la lactancia libre demanda.

- *Mi papá siempre me da leche con Quaker todas las mañanas...Mi papá la escoge* (Francisco, 8 años).

Aún persiste una cultura que fomenta creencias que presentan como algo natural la división del trabajo según género y de roles estereotipados, con una alta carga en las mujeres

respecto a la responsabilidad del cuidado de los hijos, evidenciando una inequidad entre hombres y mujeres (Unicef et al., 2010).

e. El cuidado de mi salud oral es de responsabilidad de mis papás

Como se ha señalado anteriormente, el concepto de participación de la familia en el cuidado de la salud del niño se sustenta en el equilibrio del poder entre ellos, profesionales y padres, donde se apoya al niño para que avance hacia roles más activos de participación (M. Kelly et al., 2012). Esta participación es esencial para que el cuidado de la salud sea visto desde una perspectiva colaborativa en vez de una relación paternalista.

La agencia de autocuidado de la persona debe ser compartida con otro, cuando ella no tenga las competencias para asumir de forma autónoma el cuidado de su salud oral. El modelo de autocuidado de Orem se fundamenta en la convicción que toda persona es capaz de tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y la agencia sólo es compartida cuando exista un déficit de autocuidado.

Esto se observa claramente en los primeros años de vida. Sin embargo, entre los 6 y 8 años, los niños ya presentan características sociales, cognitivas, afectivas y motoras que les permite asumir más protagonismo en su agencia, con un traspaso progresivo de poder desde sus padres. El traspaso no se da automáticamente, es un proceso progresivo, resguardando que estas labores tengan una significación cognitiva y afectiva importante para el niño. La evidencia muestra que este proceso aún es lento; los niños asumen un rol más bien pasivo frente a la adquisición de hábitos saludables para su salud oral. Son los adultos que discuten cómo realizar prácticas de cuidado, y este rol lo asume casi siempre la madre con el odontólogo (Humeres-Flores et al., 2020).

Estas pueden ser algunas de las razones para que los entrevistados sean categóricos al afirmar que son sus padres quienes deben hacerse cargo de que se realice el hábito de cepillado, ordenando o avisando cuando se debe realizar. Esta decisión, con niños de este grupo etario, debiera ser más bien una decisión compartida. Sus respuestas dejan claro este rol que se lo adjudican a sus padres:

- *"Mi papi y mi mami tienen que decirlo*" [cuando realizarlo] (Sara, 8 años).

- "*Sí, que me digan que me lave los dientes: Lavarse los dientes como '¡Juana, Juana, Juana…!'" (*Juana, 8 años).

- *"A mí me lavan…"* [los dientes] (Daniel, 6 años).

Pareciera persistir, de forma incorrecta, la concepción que los niños aún no tienen la capacidad de ser autónomos y responsables por este hábito; los padres aún mantienen su protagonismo al igual que en la primera infancia. Mantener esta situación traerá problemas cuando inicie la adolescencia, donde el niño desea independencia y surgen los conflictos porque los hijos ya no les obedecen. Esta situación es muy frecuente en la atención clínica. "Dígale doctora, que se lave los dientes, seguro que está lleno de caries" es la queja que habitualmente se escucha de los padres, mientras los pacientes normalmente se levantan de hombros. Este tipo de concepción puede hacer perder el enorme potencial que un niño de 6 a 8 años tiene de asumir labores, compartir tareas, poder llegar a acuerdos frente al autocuidado de su salud oral.

f. Cuidar mi salud oral es básicamente "lavarme los dientes"

La Federal Dental International (FDI) se ha enfocado en los últimos años en ampliar el concepto de salud oral, con el objetivo de favorecer una nueva representación social de ella hacia una visión más amplia que la actual. Esto permite una labor más coordinada con otros profesionales de la salud y evidencia el protagonismo de la persona en el cuidado de su salud (FDI, 2020). El concepto propuesto es: "La salud bucal es multifacética e incluye la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una variedad de emociones a través de expresiones faciales con confianza y sin dolor, malestar y enfermedad del complejo craneofacial (p.1)"(Glick et al., 2016).

Lamentablemente este esfuerzo a nivel macro aún no logra impactar en el encuadre de la salud oral en el día a día de las personas, especialmente de los niños, que aún perciben que su cuidado es restringido a los dientes. Cuando se les consultó sobre el concepto de autocuidado de la salud oral, la respuesta refleja esta comprensión exclusiva de los dientes:

- *De los dientes…No sé (*Rodrigo, 8 años).

A su vez, la gran mayoría de los niños respondió lo mismo que dice Flavia:

- *(Tengo que) Lavarme los dientes y no sé qué más (*Flavia, 7 años).

Al decir "Y *no sé qué más"* la entrevistada contesta y luego le surge la duda como si se necesitara agregar algo más a su respuesta. Esta construcción descontextualizada de la salud oral es un obstáculo para fomentar su autocuidado. El concepto al que se adscribe esta investigación, propuesto por Orem, considera a la persona como un ser integral y estas definiciones que centralizan el solo en el cuidado de los dientes no favorecen a esta visión integral. Como se dijo en capítulos previos, la cavidad oral de una persona se relaciona con expresiones de afecto y realiza funciones vitales como la alimentación, el habla, la respiración. Cuando es afectada causa sufrimiento, afectando la calidad de vida y bienestar de forma integral (Nowak, 2011; Sheiham, 2005).

Lamentablemente al ser la caries la patología más prevalente, los esfuerzos para disminuir su prevalencia han producido una distorsión del encuadre de la salud oral enfocándose en el diente como la unidad de estudio e interés. El diente sigue en el epicentro de la investigación y la práctica clínica, olvidando que la salud es también un fenómeno social que requiere la labor de los odontólogos dentro de equipos interdisciplinarios con las ciencias sociales en un diálogo constante entre todos, buscando comprender las circunstancias que relacionan distintas disciplinas (Payares González, 1997).

Un elemento que puede influir en la comprensión de los niños es la forma que existe para identificar la labor del odontólogo en distintos contextos. Por ejemplo, en los lugares donde ellos acuden para ser atendidos, los carteles dicen "atención (o clínica) *dental*", donde mayoritariamente se usa el diente como un símbolo.

Ampliar la señalética usando un concepto de salud oral más amplio puede favorecer que el niño descubra lo importante que son los propios dientes, pero no como fin sino como medio para hablar, alimentarse y respirar correctamente.

g. Me falta orientación de cómo cuidar mejor mi salud oral

Para lograr una adecuada participación y fortalecer el autocuidado se requiere contar con información clara y oportuna. Si no se cuenta con este tipo de información, existen pocas posibilidades para que el niño pueda tomar decisiones y participe del cuidado de su salud oral. La evidencia señala que los profesionales odontólogos aún no están debidamente capacitados para abordar estas necesidades de pacientes adultos. Esto se traduce en que entregan información de forma oral, sin asegurarse que sea comprendida adecuadamente (Horowitz & Kleinman, 2008, 2012; Rozier et al., 2011). Está pendiente medir esta comprensión en los pacientes de la odontopediatría.

Es posible identificar que los entrevistado cuentan con información incorrecta y/o incompleta sobre aspectos de su salud oral. ¿Cómo esperar entonces que asuman el autocuidado?

Un ejemplo: su comprensión de la acción más importante de la pasta de dientes durante el cepillado dental, que es un efecto terapéutico de los fluoruros en el control del avance de lesiones de caries, tanto en aquellas que no son posibles de diagnosticar clínicamente como las que ya han progresado y generado una cavidad. Al consultar por qué debe usar pasta de dientes, un entrevistado responde con información incorrecta:

- *Es como jabón de la boca* (Pablo, 8 años).

Con relación a la enfermedad de la caries, los entrevistados relacionan información adecuada, pero con aspectos incorrectos, como que la caries es una entidad estática, que el cepillado debiera durar 20 minutos o que el cepillado mata bacterias:

- *Hay que cuidarse la boca. Lavándose los dientes, porque si comes algo después no salen las caries. Sí, el dentista me dijo que era algo negro y que se ponen en los dientes y hacen hoyos (Tomás, 6 años).*

- *Cuando… cuando como cosas como galletas, cuando estoy comiendo, después me lavo los dientes con pasta de dientes... se mueren las bacterias (María, 6 años).*

- *Cuidarse al lavarse los dientes por 20 minutos, y eso* (Daniela, 8 años).

Esta situación tiene impacto cuando estamos frente a enfermedades crónicas, que requieren que la persona tenga el rol activo en su autocuidado, interactuando activamente con el odontólogo. Informar adecuadamente requiere preparación: qué decir, cómo decir, en qué momento decir y qué es lo que el niño desea saber. El mundo de la educación ha avanzado en estos nuevos enfoques, definiendo distintos aspectos para que los estudiantes alcancen sus aprendizajes: objetivos, metodologías y formas de evaluar. En el campo de la educación en salud, se debiera contemplar estos mismos pasos. Elwyn y colaboradores (2001) han aportado con evidencia al respecto, elaborando guías y esquemas que apoyen la práctica clínica siguiendo ciertos referentes (Elwyn et al., 2001).

Al consultar sobre materiales e instrumentos usados frecuentemente en la atención clínica odontológica del niño, prácticamente ninguno de ellos supo decir qué eran y para qué servían. Esta respuesta grafica las respuestas dadas por casi todos los entrevistados:

- *No me acuerdo…Eso no sé lo que es* (Gabriela, 8 años).

Uno de los elementos reconocido fue el espejo de examen, tal vez porque se asocia con el odontólogo en otros lugares como anuncios, afiches, dibujos animados, plataformas digitales.

- *Eso lo vi, eso ahí es como para verte mejor los dientes* (Daniela, 8 años).

Esta falta de información impacta en la toma de decisiones y los acuerdos de autocuidado frente a enfermedades crónicas. Esto requiere contar con la adecuada evidencia, que permita identificar los posibles beneficios y daños a cada situación particular del paciente. (Stiggelbout et al., 2012). Cuando se les pregunta a los niños sobre formas concretas de su autocuidado, responden de forma poco segura:

- *¿Lavarme los dientes más seguido…? No sé* (Gabriela, 8 años).

Por otro lado, cuando enfrentan algún problema para cuidar su salud oral, tienden a delegar su solución a los adultos, sin demostrar compromiso para encontrar una salida:

- *No encuentro mi cepillo de dientes, así que no he podido lavarme los dientes… No sé* [qué más puedo hacer]… *¿comprarme otro? (*Javiera, 8 años).

Javiera es una niña que demuestra frente a otras preguntas una gran personalidad; su sueño es visitar Nueva York y ser cantante. Sabe explicar qué pasa si las personas se contagian de coronavirus, conoce los aportes positivos de una alimentación saludable. Sin embargo, frente a la dificultad concreta de no tener cepillo para mantener su boca limpia, duda, no tiene estrategia clara, como podría ser: "tengo que recordarle a mi mamá que compre uno".

El odontólogo está ausente de este problema. No aparece en ningún espacio de conversación o a la hora de elaborar un plan de autocuidado una vez que el niño fue dado de alta; plan que pueda ser conversado en el próximo control. Tanto Joaquín como Daniela señalan que no se construyó nada similar entre ellos y el odontólogo que visitaron:

- *No* [no se estableció un plan de acción de autocuidado una vez dada de alta] (Bernardo, 6 años).

- *Es que no me acuerdo mucho. No (acordamos con el dentista) nada en especial (*Daniela, 8 años).

El autocuidado requiere fortalecer prácticas cotidianas con una actitud positiva. Para avanzar en esta dirección, se requiere un conocimiento claro de los temas relacionados, como la fisiopatología de las enfermedades, sus factores de riesgo asociados, formas de prevención, control de la progresión de las enfermedades crónicas. (Bonal Ruiz & Cascaret Soto, 2009).

Para que el niño pueda participar efectivamente del cuidado de su salud oral, requiere una labor conjunta con su odontólogo y sus cuidadores. El plan de autocuidado requiere tareas concretas, asignación de responsabilidades para los tres actores involucrados, metas a ser alcanzadas. Todas son acciones posibles de realizar con un niño entre 6 a 8 años. El

objetivo no debiera ser sólo una orden general (“lavarse los dientes”), sino una visión integral de salud, incorporando una perspectiva afectiva, pues es lo que ha demostrado ser un importante factor de movilización de las personas hacia el autocuidado (Uribe, 1999).

2.1.1 Síntesis

Se puede resumir los temas que congrega esta área conceptual, surgidos de las entrevistas de los niños en los siguientes puntos:

1. Los niños no cuentan con información clara que les permita comprender adecuadamente la situación de su salud oral. Esto dificulta que tomen decisiones y que se interesen por asumir responsabilidades en su autocuidado.
2. La salud oral está enfocada básicamente a los dientes y a su limpieza. No cuentan con una visión integral de la salud oral más allá de los dientes o de la salud oral articulada con su salud general.
3. Pareciera que la falta de información y vinculación afectiva y cognitiva con su salud oral favorece que deleguen en los padres la responsabilidad por su práctica de cepillado dental.
4. La madre es una persona altamente significativa en la vida de los niños y en especial en aspectos de definir rutinas y prácticas en su vida.
5. Los padres están ausentes de los relatos de los niños en cuanto a participar más activamente de su día a día.
6. Los niños no cuentan con estrategias para fortalecer su autocuidado. No aparece en sus relatos un plan construido colaborativamente entre ellos, el odontólogo y sus padres.
7. El rol de los adultos en el autocuidado de la salud oral de los niños (padres y odontólogos) no favorecen su empoderamiento en el cuidado de su salud oral y en la división de tareas y roles entre estos tres actores. Son los padres los asignados para que asuman la responsabilidad sobre las prácticas, tal como la realización del cepillado dental.
8. El niño de 6 a 8 años tiene capacidades sociales, cognitivas y afectivas que podrían favorecer su participación activa en el autocuidado, tales como su curiosidad, búsqueda de respuestas, necesidad de autoafirmarse frente a los demás, la capacidad de dialogar y

relacionar distintas informaciones, con un pensamiento más lógico. Esto se puede observar cuando describen aspectos del cuidado contra el coronavirus, sus sueños para cuando lleguen a adultos y toma de decisiones en otras áreas de su vida. Esta proactividad no se visualiza cuando el tema es el cuidado de su salud oral.

9. Los hábitos de cuidado de salud oral, como el cepillado, son evaluados como "latosos" por los entrevistados. Podría ser porque su realización se da en momentos inoportunos, compitiendo con otras actividades más significativas para el niño.

2.2 ENCUADRE DE LA SALUD ORAL

Esta área conceptual aborda la definición de la salud oral, qué se espera de la labor profesional del odontólogo y cómo los niños evalúan la experiencia de la atención clínica. Estas experiencias no son situaciones aisladas; más bien son vividas dentro de una cultura acordada socialmente. Esta comprensión influye en el "mundo de la vida" que el niño percibe la salud oral y su experiencia de atención clínica odontológica. A continuación, se presenta el cuadro resumen con los temas organizados en esta área conceptual.

ENCUADRE DE LA SALUD ORAL	a) Voy al dentista para que "haga cosas" en mis dientes. b) Creo que los demás niños le tienen miedo al dentista. c) Tengo una opinión positiva del dentista. d) Mi salud oral no es un tema que me preocupe.

a. Voy al dentista para que "haga cosas" en mis dientes

Existe evidencia contundente en el campo de la salud que señala que el cuidado de la salud oral no puede restringirse a los aspectos rehabilitadores del daño existente, ya sea en los dientes u otras partes que componen la cavidad oral. Los odontólogos han sido formados por décadas con otro concepto, donde la mejoría requiere que ellos sean altamente competentes en realizar acciones rehabilitadoras, incluyendo la extracción de un diente cuando el daño es irreversible (Kriger, 2003).

Por eso, no es de extrañar que los niños también comprendan la labor del odontólogo como un acto de "hacer cosas". Incluso Pablo, que es hijo de un odontólogo, tiene un "*mode de appearing"* de su visita a la consulta odontológica:

- *Me arreglan los dientes, que no voy a tener caries (Pablo, 8 años).*

Aún está arraigada la idea incorrecta que la caries es una enfermedad aguda, que se diagnostica de forma dicotómica: se tiene o no se tiene. Esta perspectiva olvida que esta enfermedad es una patología crónica y, por lo tanto, lo que se requiere es un control para evaluar si hubo o no progreso y cómo controlar los factores de riesgo que aumentan las probabilidades que se llegue a la cavidad. En este proceso, el trabajo colaborativo entre el profesional y el niño y su familia es clave para alcanzar logros positivos. Mientras la salud oral mantenga un encuadre de patología aguda, que requiere rehabilitación, será más difícil que el niño se interese y asuma un rol más activo en el cuidado de su salud oral. Parece prudente que el niño piense: la salud oral se cuida haciendo cosas en mi boca y quien estudió para eso es mi dentista. Con este encuadre, el objetivo de su visita a la consulta es que él lo revise y dé su veredicto. Sara ilustra este enfoque al referirse al objetivo que ella piensa que tiene su dentista cuando ella lo visita:

- *(El dentista va a) Revisármela bien (la boca) y decirme lo que tengo que hacer para cuidarme (Sara, 8 años).*

El año 2018 se realizó un importante esfuerzo entre las distintas universidades que imparten la carrera de Odontología en Chile para generar un consenso sobre las competencias que se requiere formar en los futuros odontólogos del país en el área de la cariología.[45] El artículo presenta un detalle de las competencias necesarias y sus áreas específicas. Sin

[45] Cariología: disciplina de la odontología que estudia la enfermedad de la caries, sus factores etiológicos, buscando la solución de los problemas del paciente, basado en intervenciones soportadas en evidencia disponible, tomando en cuenta la pericia del profesional y las necesidades de tratamiento de los pacientes, con el objetivo de mantener o re establecer su salud oral y preservar las estructuras dentarias (Giacaman et al., 2018).

embargo, en ninguna parte se menciona la necesidad de avanzar hacia un enfoque que saque el rol protagónico del odontólogo y se centre en una labor colaborativa con el paciente.

Es importante señalar que el estudio plantea el control de esta patología con alta prevalencia, sin mencionar lo relevante que es incorporar el autocuidado y la participación activa del paciente desde sus primeros años de vida. Tampoco aborda otros elementos que la evidencia muestra como fundamentales para el control de las patologías crónicas, como el empoderamiento del paciente, el modelo centrado en la persona, la toma de decisiones compartida, el fortaleciendo de la literacidad, la formación profesional interdisciplinaria. La responsabilidad aún está centrada en el profesional enfatizando "la necesidad del desarrollo de competencias sobre el manejo no operatorio en Cariología, estrategias preventivas, métodos para la preservación de la estructura dentaria, éxito en el manejo de la enfermedad y reconocimiento de las tasas de fracaso, tanto como su evaluación a corto y largo plazo. Sobre el manejo operatorio, se destacó la necesidad de una alta habilidad psicomotora, aspecto crítico para el ejercicio profesional" (p.67) (Giacaman et al., 2018).

Este enfoque biomédico y paternalista favorece que permanezca este encuadre de los entrevistados de que el dentista tiene como labor clínica "arreglar los dientes". Además, está centrada en el diente como unidad de trabajo y no la persona como un ser integral. La labor de un odontólogo debe contemplar la consejería y educación en salud. La consejería en salud es una herramienta de prevención y la promoción construye una relación de ayuda, mediada por una comunicación efectiva, con el propósito de mejorar la salud, favoreciendo la toma de decisiones, generando espacios de comunicación al interior de las familias y creando una labor colaborativa para adoptar prácticas seguras para la prevención del progreso de enfermedades y fomento del autocuidado (Saenz, R; Vargas, 2018).

Este rol aún no está validado como una de las actividades clínicas a ser realizadas en una atención odontológica, a pesar de que su propósito tiene relación directa con los desafíos que las personas tienen para cuidar su salud oral.

b Creo que los demás niños le tienen miedo al dentista

Al finalizar la entrevista se les consultó a los niños sobre cuál sería la opinión de los niños, en general, sobre los odontólogos. Fue sorprendente que la mayoría opinó que los niños le tenían miedo al dentista, a pesar de que ellos evaluaron su propia experiencia como positiva. Francisco fue claro en su evaluación, aunque no supo dar razones que justificaran esta percepción:

- *Que tienen miedo al dentista…no sé... pero creo que le tienen miedo (*Francisco, 8 años).

María también indicó el miedo como el sentimiento que permea la visión de los niños sobre los odontólogos. Incluso pone de ejemplo a su amigo Juan, pero tampoco supo explicar por qué se sentirían de esta forma los demás. También afirma que no conoce algún niño que le guste ir a la consulta odontológica:

- *Ay no sé. Un amigo que se llama Juan le tiene miedo… No sé... Ninguno* [si tiene algún amigo al que le guste ir al dentista] (Catalina, 7 años*).*

Una primera explicación a esta discordancia puede darse porque el miedo a la atención odontológica puede ser evaluado como algo vergonzoso y, por lo tanto, se busca esconderlo detrás de un discurso políticamente correcto. Exponer el miedo y la ansiedad frente a otras personas puede ser una situación de vulnerabilidad que es mejor evitar (Wang, Vinall-Collier, Csikar, & Douglas, 2017).,

Esta actitud se conoce como la deseabilidad social, definida como "la tendencia psicológica a atribuirse a sí mismo cualidades de personalidad socialmente deseables y rechazar aquéllas socialmente indeseables, produce un efecto distorsionador que, en extremo, puede invalidar una medición psicológica" (Lemos, 2005, p. 77). La evidencia señala que esta dicotomía entre lo que se declara y lo que se piensa ya ocurre en niños mayores de 6 años.

Es importante considerar que en esta respuesta puede haber algo de verdad, pero más bien en un encuadre social, no personal. Esto es ratificado con los datos existentes, que señalan que el miedo y la fobia son una realidad presente en la población infantil que varía entre 5 a 60% (Wang et al., 2017). Esta evaluación no invalida su evaluación personal positiva.

La fobia o miedo a la atención odontológica surge de evaluaciones subjetivas que se repiten y no siempre son evitables, porque el cuidado sanitario puede requerir exponerse regularmente a esta experiencia desagradable debido a alguna necesidad de cuidado de su salud oral. Pero el miedo no surge sólo por experiencias personales, sino también por un miedo existente en la población. Se suma el uso de implementos usados en la clínica que tienen una connotación negativa transversal al área de la salud, como las agujas.

Además, la construcción de la imagen del odontólogo en los medios de comunicación ha sido un retrato negativo, distorsionando la percepción general de las personas, más allá de su experiencia individual. La visita al dentista es considerado como el segundo miedo más frecuente en la población (Lima Álvarez & Casanova Rivero, 2006). En el caso de Joaquín, él indica un elemento objetivo que pareciera justificar el miedo de los niños:

- *Tenerle miedo (al dentista). Por las herramientas (que usa)* (Bernardo, 7 años).

En este caso vale la pena aclarar que el miedo no es sólo una construcción social, un encuadre adquirido a través de la cultura. Una atención clínica puede conllevar dolor, tanto como motivo de consulta como por consecuencia de un procedimiento clínico realizado de forma inadecuada, o porque en el binomio se refuerza esta imagen negativa del profesional.

Esta representación cobra un valor mayor, pues existe evidencia que relaciona el miedo a la atención odontológica a la pobreza como factor de riesgo de mayor daño. Una explicación es el aprendizaje vicario que realiza de las experiencias vividas por la familia y amigos, con especial influencia de la madre (Lin et al., 2014a).

c. Tengo una opinión positiva del dentista

Se les consultó a los entrevistados sobre qué imaginan que siente un odontólogo cuando atiende o cuida la salud oral de los niños. Las respuestas aluden a aspectos afectivos y no cognitivos o procedimentales. Pese a los aspectos traumáticos recién reseñados, prima una evaluación positiva de los sentimientos que pueden primar en el profesional cuando recibe al niño en su consulta:

- [El dentista debe sentir] *Felicidad, porque uno si escoge tal profesión es porque le gusta, le debe gustar y revisar y hacer esas cosas, y dos, porque me lo contó mi tía* (Flavia, 7 años).

- *[El dentista] Dice que está muy contento porque va a conocer a alguien nuevo* (Sara, 8 años).

Esta evaluación de la labor de cuidado de la salud oral usa adjetivos como "felicidad", "alegría (estar contento)"; evalúa que un odontólogo está feliz de cuidar la salud oral del niño cuando lo recibe en la clínica. Esta percepción genera un terreno fértil para la confianza y el vínculo del profesional con el niño.

Contar con este voto de confianza hacia la labor del odontopediatra debiera reforzar su compromiso en el cuidado de la salud oral de los niños. Esta invitación no busca perpetuar las relaciones paternalistas, sino ir más allá; hacia el cuidado de la salud.

El cuidado es una actitud propia del ser humano; significa inquietud, preocupación, interés afectivo e intelectual. Heidegger afirma que es consustancial a la existencia humana y Foucault define el cuidado como una forma de conocerse, formarse y así, cuidar a los demás. El cuidado es una acción social, porque se comparte con otros: el cuidado mutuo. Lamentablemente el cuidado de la salud se percibe como deshumanizado y requiere un vuelco hacia lo espiritual que traspase todas las labores que los profesionales realizan, ya sea de orden administrativa, educativa o clínica. El cuidado reconoce la diversidad de personas, de significados, de valores, modos de vida y símbolos que cada cultura posee. El cuidado invita a la creatividad, a la negociación y una reorientación hacia las necesidades de las

personas, de su salud y bienestar. Finalmente, requiere un actuar intencionado, reconociéndose a sí mismo, acompañando a los niños en sus transiciones y en sus sentimientos, con humildad y capacidad de escucha. El cuidado es un proceso eminentemente humano que genera la relación con el otro, donde se expresa el conocimiento, las actitudes de compasión y hospitalidad y la competencia técnica (S. Rodríguez et al., 2017).

Esta reflexión nace desde la disciplina de la enfermería y debiera ser apropiada a la hora de asumir la misión del cuidado de la salud oral de los niños.

d. Mi salud oral no es un tema que me preocupe

Este último tema del encuadre del niño frente a la salud oral ilustra lo que puede ocurrir cuando se construye una visión incompleta de su valor en su vida. Si está restringida a los dientes, si su cuidado se limita a cepillarlos, si es responsabilidad exclusiva de los padres, en horarios que interrumpen otras actividades que son de mayor interés y, si, además, la atención se realiza bajo una interacción de poca confianza y con temor al dolor, es razonable que un niño señale que lo que ocurra con sus dientes no es algo relevante. Es interesante ver cómo Francisco describe la destrucción y pérdida de un diente:

- *Porque se echan a perder y se caen y se pudren (los dientes). Y a mí se me pudrió una muela. Me lo saqué al tiro…. Me lo saqué en la casa y olía súper mal. Me da lo mismo* [ir o no al dentista] (Francisco, 8 años).

Frente a este relato, queda la interrogante si se expresase con la misma soltura y tranquilidad si se le hubiese "podrido" una mano y se la tuviese que haber amputado. La diferencia puede estar en el sentido de "permanencia" que tiene una mano, versus la visión de un diente primario (de leche) como algo provisorio, temporal.

Se asemeja al encuadre de la calidad de vida y la salud oral medida por la Encuesta Nacional de Salud. En ella 60% de los jóvenes consideran que su calidad de vida es muy buena a pesar de que 40% de ellos ya tiene cavidades de caries. A su vez, 36% de los adultos entre 45-56 años la evalúan como muy mala, al haber perdido un promedio de 6 dientes. Pareciera que recién cuando se pierden se valora lo que significaba contar con ellas

(MINSAL, 2018). Algo similar puede ocurrir con los dientes primarios, conocidos como “de leche o temporales”. Esta connotación de vida limitada pareciera que los encuadra en algo desechable.

Esta visión de una salud oral dentocéntrica que no se evalúa en su real dimensión hasta el momento de la pérdida definitiva de dientes y el impacto que eso tiene en la calidad de vida, debe ser revisada para rediseñar la atención odontopediátrica hacia una visión más ecológica, que apunta hacia un cuidado de la salud oral no en momentos específicos de la vida, sino a lo largo de todo el ciclo de la vida (Nicolau et al., 2007). Esto podría favorecer la valoración de la cavidad oral con todos sus componentes aportando en la realización de las funciones que le son propias, en la estética y en el encuadre del bienestar y de la autoestima.

2.2 1 Síntesis:

A continuación, se presenta un resumen de los principales hallazgos de las entrevistas a los niños, congregados en esta área conceptual,

1. La labor esperada del odontólogo es que realice acciones en la boca cuando el niño visita la consulta. Esa es la expectativa del niño. No se percibe que, dentro de las funciones del profesional, esté la consejería en autocuidado y/o la enseñanza de prácticas de higiene oral.
2. Los niños califican la labor del odontólogo con adjetivos positivos, relacionados con aspectos afectivos y relacionales.
3. Cuando los niños reflexionan sobre la visión de otros niños sobre el odontólogo surge una visión negativa, asociada al dolor. Evalúan que a otros niños no les gusta ir a una consulta odontológica y la razón es el miedo a la atención clínica.
4. La comprensión de la salud oral es fundamentalmente enfocada a los dientes y su cuidado a la realización del cepillado dental.
5. La salud oral es para algunos niños un tema de poco interés, encuadrando los dientes primarios como algo sin importancia y desechables.

2.3 INTERACCIÓN ODONTÓLGO/NIÑO

Esta área conceptual reúne los temas relacionados con la interacción del odontólogo con el niño. Para organizarlos se consideró la perspectiva de esta investigación: comprender el diálogo entre ambos como fruto del mundo simbólico personal, vale decir, de acuerdo con las creencias y valores de cada uno, que se influyen en la construcción de una relación personal.

En esta interacción, los niños destacan algunas actitudes que valoran. También los elementos que pueden influir positiva o negativamente en su interacción con el odontólogo. Además, destacan la influencia de experiencias directas vividas anteriormente y del condicionamiento indirecto, fruto de la cultura y de referentes significativos de los ambientes que comparte habitualmente.

INTERACCIÓN ODONTÓLOGO/NIÑO	a) Para mí es importante poder confiar en el dentista b) Tengo una opinión clara sobre mi experiencia de interactuar con el dentista. c) Me asusta no saber lo que pasará cuando voy al dentista. d) El dolor es algo relevante para evaluar mi experiencia de ir al dentista. e) Tengo sugerencias para los dentistas que atienden niños. f) El equipamiento de la consulta odontológica puede ser entretenido.

a. Para mí es importante poder confiar en el dentista

La interacción entre el odontólogo y el niño requiere de un ambiente que genere confianza. La mayoría de los participantes demostró interés de entablar una relación con su dentista, sintieron que esto mejoraría su confianza en él y en el tratamiento propuesto. Wang y col (2017) entrevistaron a adultos que presentan ansiedad frente a la atención odontológica y entre los resultados destacan la confianza como un elemento esencial para los entrevistados. La mayoría valoró contar con una instancia de fortalecer su relación con el profesional, pues

consideraron que ese fortalecimiento aumenta su confianza en el plan de tratamiento y en las sugerencias dadas por el odontólogo (Wang et al., 2017).

Esto exige que el profesional demuestre alta competencia en el ejercicio clínico, en las decisiones que toma, en la forma que procede. Ese es uno de los elementos que los niños valoran a la hora de evaluar al odontólogo que los atiende:

- *(Valoro) Que se sientan seguros de lo que le van a hacer* (Gabriela, 8 años).

- *A ver… me dijo que no me iba a pasar nada con lo que me iba a hacer* (Pedro, 8 años).

Otro elemento que incide en el fortalecimiento de la confianza es el vínculo personal que se haya construido previamente, ya sea porque formalmente exista (el odontólogo es un pariente) o porque el niño se atienda hace un tiempo con el mismo profesional. En este último punto, es interesante señalar que Javiera valora ser atendida por un profesional que ya conoce, debido al modelo de atención en el módulo de JUNAEB. Este programa consiste en otorgar atención odontológica durante la enseñanza básica dentro del módulo instalado en la escuela. Esto favorece que el niño se sienta familiarizado con el equipo de salud.

- *Sí* [le gusta ir al dentista], *porque casi a todos los que vemos ya los conozco* (Javiera, 8 años).

- *La verdad es que la roja* [color de la luz para evaluar la calidad de la experiencia con el odontólogo]. *Eso cuando voy al dentista porque me preocupo un poquito. Si es que mis dientes están malos* [esa es su preocupación]*, si me dicen algo*, *pero cuando sé que viene mi tía me pongo un poco de verde* [luz con que evalúan la calidad de la experiencia con el odontólogo] *porque sé que voy a estar con una conocida y estaré menos nerviosa (*Flavia, 7 años).

La confianza es un gran valor para los niños a la hora de crear la relación con el profesional. Una forma de fortalecerla es a través de la escucha activa, sin hacer juicios previos y centrada en el niño, que genere un ambiente de hospitalidad donde él se sienta

acogido, permitiendo que se construya la relación sin presiones. Este encuentro puede generar una sensación de vulnerabilidad, que si no es reconocida adecuadamente por el profesional, dificultará en la creación del vínculo de confianza (N. Apelian et al., 2017; Browning & Waite, 2010). La investigadora sobre vulnerabilidad Brown (2016) hace un alcance sobre esta experiencia. No se trata de las vulnerabilidades físicas, económicas o sociales, sino de miedo, vergüenza, tristeza o decepción; emociones que pueden ser vividas por el niño al estar en una situación física (sentarse en el sillón dental) y/o emocional (interactuar con un desconocido), vulnerable. La interacción debiera ser una oportunidad de amor, de inclusión, de empatía, de creatividad, de esperanza y de autenticidad (Brown, 2016).

La vulnerabilidad está asociada, lamentablemente, a la debilidad, y los niños han vivido esta experiencia cuando se les exige *ser valientes, no hacer mañas*. La confianza es la clave para avanzar hacia la aceptación incondicional y al encuentro de dos personas profundamente humanas y, por lo tanto, imperfectas, pero con un genuino interés por conectarse.

Daniela ejemplifica una situación de vulnerabilidad al no entender lo que se le dice y sintiendo vergüenza por eso. Por eso prefiere dirigir sus preguntas a su madre, en quien confía:

- *Es que no dijo nada difícil. No le dije nada a mi mamá cuando salí. Y es que yo le pregunto a mi mamá cuando no entiendo algo, porque me da un poco de vergüenza decirlo* (Daniela, 8 años).

Rogers (1970) señala que escuchar y generar confianza requiere no sólo de los oídos, sino también de los ojos, la mente, el corazón y la imaginación (J. García et al., 2014). También requiere esfuerzo y concentración, cosa que no ocurre con tan solo oír (J. García et al., 2014). Abrir el corazón y escuchar de forma profunda y activa no es una habilidad que se adquiere sólo a través de la experiencia personal, que es lo que ocurre con los odontólogos que reciben una formación profesional centrada en lo técnico clínico, sin profundizar en estas competencias relacionales (Browning & Waite, 2010).

b. Tengo una opinión clara sobre mi experiencia de interactuar con el dentista

Este tema es muy relevante, pues uno de los pilares de esta investigación es el respeto a los derechos del niño que fueron promulgados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1989. En ella se reconoce la dignidad del niño y la necesidad de su protección y desarrollo. Además, el derecho a expresar su opinión y que sea considerada de acuerdo con su edad y madurez. También tiene el derecho a buscar, recibir y difundir información y de disfrutar del más alto nivel posible de salud (UNICEF, 2015).

Es desde esta perspectiva que una de las preguntas importantes de las entrevistas fue sobre su experiencia de interactuar con el odontólogo en la consulta. Para facilitar esta evaluación y su relato, se le presentó un semáforo indicando que la luz verde era positiva, la luz amarilla regular y la roja era negativa. Todos los niños fueron capaces de reflexionar y entregar una opinión al respecto.

- *La verde, porque me gusta ir al dentista, que son amables y me tratan bien y no me tratan mal (*Sara, 8 años).

- *Luz verde. Siempre nos abrazamos cuando no había cuarentena* [al despedirse del dentista cuando finaliza la sesión] (Rodrigo, 8 años).

- *La verde. Es que yo cuando era chico yo tenía una dentista que siempre me veía (…) y era muy simpática. Ella me saludaba. Cada vez que me iba me daba un sticker* (Rafael, 7 años).

- *El amarillo* [color amarillo]. *Es que… que me da miedo. Es que es muy miedoso. Lo que hacen los dentistas. bien, pero igual se enoja (…). El dentista fue muy brusco. Lloraba porque se me dolió la muela…que no se quería salir* [la dentista reclamó mientras hacía la extracción dental] (María, 6 años).

- *Me da lo mismo (Francisco, 8 años).*

Las evaluaciones de la interacción tienen un fuerte componente afectivo, destacando comunicacionales verbales y no verbales; por ejemplo, una expresión de saludo y el lenguaje no verbal como un abrazo. Esto ilustra que la comunicación no se limita al lenguaje oral simbólico, sino que incluye también lo que se comunica de otras formas. Eso considera un lenguaje que usa el cuerpo, el tiempo y el espacio, los movimientos, los gestos, el tono de la voz o los objetos; todo comunica (Bermeosolo, 2007).

En la evaluación positiva de su propia experiencia, la amabilidad aparece como un atributo valorado, que se traduce en una definición general "ser amable" o se ilustra con otros elementos como "tratar bien" o "saludar". Se podría asociar esta amabilidad con la hospitalidad, pues estos gestos pueden ser interpretados como una relación interpersonal entre "anfitrión y huésped", donde el primero busca el bienestar del segundo, en el espíritu del "buen samaritano". Con estas actitudes aparece el profesional más allá de lo técnico, que atiende de forma compasiva usando pequeños gestos, que generan bienestar no sólo para él, sino también para quien lo recibe (R. Kelly et al., 2016).

Esta actitud hospitalaria y compasiva adquiere mayor relevancia cuando el niño se encuentra con el odontólogo en una situación de urgencia por dolor. María lo expresa muy bien cuando evalúa a la profesional como brusca y centrada en el diente que desea extraer, en vez de estar centrada en ella que es quien padece el dolor. La compasión es considerada una competencia cultural, calidad humana para comprender el sufrimiento de otros y disponerse a hacer algo concreto, procediendo con acciones clínicas competentes (Papadopoulos & Ali, 2016). Tal vez si hubiese primado la compasión, María se habría sentido primeramente protegida, acompañada y posteriormente se podría haber procedido a la acción clínica, jerarquizando en primer lugar la creación de un vínculo personal.

Por otro lado, hay evaluaciones como la de Francisco, que no le da mayor importancia a la interacción vivida con el odontólogo, señalando que "le da lo mismo". Esta actitud se complementa con "la lata" que le genera, al mismo entrevistado, los hábitos de cuidado de la salud oral en la casa. Aquí aparece una posible caracterización de niños, que, por alguna razón, no demuestran interés por todo lo relacionado con el cuidado de su salud oral. Sería importante que futuras investigaciones indaguen con mayor profundidad las razones de esta indiferencia. Algunas posibles explicaciones podrían ser la falta de una experiencia más profunda y afectiva que fortaleciera una valoración de la salud oral y su cuidado. También

entregar información de una forma clara sobre los factores que pueden alterarla, de una forma que despertaran su interés por cuidarla, que favorezca su participación activa, como algo valioso para su vida.

Al no indagar sobre las motivaciones de estos niños, se puede justificar con un razonamiento simplista, etiquetando a Francisco como un niño descuidado o desinteresado por opción libre y consciente. Sin embargo, durante la etapa de la entrevista que procuraba crear un vínculo más cercano con el entrevistado, él pareció muy orgulloso que estaba aprendiendo a tejer y hacer croché, mostrando un chaleco que estaba tejiendo, evaluando que para él estas manualidades eran fáciles de hacer. También compartió su experiencia de haber pintado huevos para la Pascua. Tejer y pintar son artes que requieren concentración, motricidad fina de calidad, paciencia, creatividad, habilidades compartidas con prácticas como la higiene oral. Al compartir estas labores con entusiasmo, Francisco demostró que cuando alguna actividad le es interesante, logra realizarla con entusiasmo. Queda la reflexión, ¿cómo aprovechar esta motivación en un plan de autocuidado de su salud oral? La potencialidad existe.

c. Me asusta no saber lo que pasará cuando voy al dentista

Este tema se relaciona con la incertidumbre que el niño vive al momento de interactuar con el odontólogo. La incertidumbre es un elemento que puede afectar la interacción del paciente con el profesional de la salud. Se define como "la incapacidad para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad" (p.35)(Trejo Martínez, 2012). Esta incertidumbre, en el caso de la consulta odontológica, puede tener un origen cognitivo, por ejemplo, falta de información clara de lo que consiste ir a la consulta. Pero también puede surgir debido a representaciones simbólicas de lo que podría ocurrir, considerando la cultura en la cual el niño se desarrolla o sus experiencias previas en otros ámbitos de la salud, lo que puede generar ansiedad y dificultar la interacción.

Gabriela, por ejemplo, hace una construcción simbólica de lo que pueda ocurrir con ella en la consulta, al señalar:

- *Estaba como un poco nerviosa cuando iba a ir, porque no sabía qué me iban a hacer. Yo me imaginaba que me iban a meter una cosa larga por la boca… (*Gabriela, 8 años).

El niño usa para construir sus experiencias en salud una combinación entre realidad e imaginación, creando una mezcla de confianza y temor frente a su situación de salud o enfermedad y el ambiente y profesional relacionado con esta situación, influenciada por experiencias previas que el niño considere que comparten elementos en común (McPherson & Thorne, 2000).

En el caso de Rodrigo, su experiencia es construida considerando lo que la imaginación le sugiere, que es el miedo frente a una posible amenaza de la experiencia. Pero luego dice sentir tranquilidad pues lo vivido no fue negativo.

- *Siempre me llevan al dentista, estoy acostumbrado... siempre pienso que me va a doler. Después, cuando me hacen lo primero, ya sé que no me va a doler* (Rodrigo, 8 años).

Los niños valoran que los adultos se preocupen por ellos, desean escapar de experiencias que puedan generar dolor y prefieren la alegría de sentir que los profesionales cuidan su salud (Foster & Whitehead, 2019a; Tates et al., 2002).

Un elemento importante en la evaluación que hicieron los entrevistados es el miedo. Este miedo puede deberse a la incertidumbre de lo que les sucederá. El miedo, en los niños, constituye una respuesta de activación, que les permite actuar frente a situaciones que consideren amenazantes. Los temores en la infancia pueden deberse a posibles situaciones de daño físico y es una emoción que acompaña a la persona a lo largo de su vida (Peredo Videa, 2009).

El miedo a la atención odontológica puede surgir debido a experiencias negativas en el pasado o una experiencia vicaria de los padres que traspasan su ansiedad a sus hijos (Ríos, Ronda Herrera, & Rojas, 2014). Este rol vicario es importante, porque así como pueden experimentar miedo (Mårtenson & Fägerskiöld, 2008). La falta de confianza genera inseguridad y expectativas también en aquellos que asisten por primera vez y desconocen los

procedimientos que se realizarán. En este caso, el modelado vicario de miedo de los padres puede ser la fuente de una sensación de inseguridad en el niño que no tiene un sustento en la realidad (Ledesma, 2018).

Los niños deben aprender a manejar situaciones de enfermedad y, por lo tanto, la interacción positiva con el odontólogo puede generar un ambiente que les dé la oportunidad de aprender cómo abordar y comunicar aquellas que siente que es un riesgo su salud. Al exponerlo y ser acogido, favorecerá que tenga una participación más activa mientras interactúan con el odontólogo (Tates et al., 2002).

d. El dolor es algo relevante para evaluar mi experiencia de ir al dentista

En el tema anterior se presentó la evaluación positiva que los niños hicieron de su experiencia en la clínica odontológica. Sin embargo, también se destacó que el dolor fue una variable crítica para cambiar de parecer. En esta perspectiva, la experiencia de María es muy ilustrativa. Al inicio de la entrevista, antes de hacer alguna de las preguntas del cuestionario, ella preguntó:

- *¿Te puedo hacer una pregunta? Eh… Es que a mí me dan miedo los dentistas… Porque el dentista fue muy brusco. Lloraba porque se me dolió la muela. Cuando me sacaban el diente, me, me dio mucho miedo y mi corazón se ponía a llorar* (María, 6 años).

Dado el impacto que puede generar no sólo el dolor, sino la experiencia de vulnerabilidad que vivió María, este hallazgo tuvo este destaque como tema. Esta necesidad de expresar su miedo puede reflejar la experiencia de otros niños. Un aspecto recurrente en la literatura odontológica es el miedo y la ansiedad de las personas que los puede llevar a postergar asistir a la consulta para ser atendidos (Marquez, MC, Navarro, 2004). La ansiedad en los niños está relacionada con una experiencia mayor de caries y piezas extraídas, con dolor dental, impactando en su calidad de vida. Es probable que esa experiencia permanezca cuando estos niños lleguen a la adolescencia y a la adultez, con implicancias negativas en la calidad de su salud oral (Morgan et al., 2017).

María relata el miedo que siente frente a una situación real, concreta: tiene dolor en su diente y le duele el procedimiento clínico que se está realizando. El dolor es una experiencia emocional y sensorial, que presenta manifestaciones observables en la persona que lo padece, como aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración corporal, apriete de ojos y/o manos. Además, los factores emocionales del dolor aumentan su severidad, pues exacerban la liberación de neurotransmisores relacionados con esta sensación, a través de una vía sensorial y otra emocional. El dolor dental es objetivo, se manifiesta a través de los factores recién enunciados. Además, impacta en la vida del niño, genera alteración en la masticación y el sueño, impactando su calidad de vida. Es una "sensación dolorosa sorda y opresiva, que en ocasiones es pulsátil, ardorosa o quemante, aunque puede existir dolor lancinante momentáneo" (p.168) (Amez, J; Díaz, 2010). Con esta descripción, se puede entender mejor la experiencia vivida por María en su atención de urgencia.

Lamentablemente las situaciones de dolor en la infancia se han enfrentado de formas poco apropiadas. Muchas veces prevalece el discurso académico o profesional por sobre el del niño que es quien lo padece. Es importante contar con parámetros que permitan medirlo, pero con la perspectiva que el dolor es en sí mismo una experiencia subjetiva (Lin et al., 2014b).

Martomaa y col (1996) realizaron una investigación donde los niños fueron invitados a señalar abiertamente qué procedimientos les generaban dolor mientras fueron atendidos, sin presentar una pauta de opciones cerrada de posibles opciones. Versloot (2004) señala que los procedimientos que reciben notas más altas debido a dolor provocado en los niños de 4 a 8 años es la inyección de anestesia local. Lo interesante es que los odontólogos la evaluaron con notas menores a los de los niños, vale decir, estimaron que no eran tan dolorosas. Los odontólogos evalúan que las notas de los niños son más altas porque tienen ansiedad (objeto no claro y que aún no sucede) y no por dolor (objeto claro y específico). Es más, gran parte de los profesionales evaluaron con un "de acuerdo" las afirmaciones que afirmaban "aprender a sobrellevar el dolor es parte de la vida" y "una situación indolora totalmente es una utopía" al evaluar la experiencia del dolor en la atención odontopediátrica. Las acciones indicadas por los niños como más dolorosas fueron la infiltración de anestésico y la extracción de una pieza (Ghanei, Arnrup, & Robertson, 2018).

María estuvo expuesta a ambos procedimientos. Su experiencia debiera dejar de manifiesto que el dolor puede ser una realidad en la atención odontológica, una realidad que tiene dimensiones fisiológicas y emocionales, que debieran ser responsablemente asumidas por los profesionales. Hay un último elemento a considerar, su condición social. Ella pertenece a un grupo de personas de alta vulnerabilidad social, atendida en un Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Puente Alto. La pobreza es uno de los factores de riesgo más prevalentes en el desarrollo del miedo a la visita al odontólogo. Los niños de mayor riesgo social presentan más problemas de conducta en la atención odontológica. Este miedo se relaciona con el que reportan los padres, donde la madre pareciera tener un rol relevante (Lin et al., 2014b). Esta investigación desea destacar que esta situación requiere de una urgente reflexión entre los profesionales que trabajan en este sector.

e. Tengo sugerencias para los dentistas que atienden niños

Como fue señalado al inicio de la presentación de los resultados de las entrevistas a los niños, se realizaron con un supuesto que sería un desafío lograr que participaran y dieran sus opiniones sobre temas que parecían de bajo interés. Sin embargo, eso no fue así y la mayoría dio varias sugerencias para mejorar la atención odontológica de sus pares. Los consejos hacia el dentista apuntan en gran medida hacia el fortalecimiento de actitudes durante la interacción y comunicación, usando las habilidades sociales:

- [Que el dentista sea] *Simpático. También que sea amable (*Catalina, 7 años*).*

En el caso de María, su consejo puede ser fruto de su propia vivencia, que debiera ser escuchada por los odontólogos cuando se requiere atender a un niño por una urgencia:

- *Que* [el dentista] *tenga paciencia* (María, 6 años*).*

Esta paciencia debiera enfocarse en la pesquisa de la *agenda setting* de niños como María. Los pacientes traen dudas, temores y expectativas que deben ser debidamente investigadas. Cuando esto no ocurre, los temores tienden a amplificarse, dificultando el

proceso terapéutico. (Marvel et al., 1999). Al ser paciente y reconocer la agenda de María, el odontólogo podría haber activado una actitud compasiva, lo que habría permitido comprender y conocer el sufrimiento de esta persona, buscando actuar para poner fin a esta condición (Papadopoulos & Ali, 2016).

Otra sugerencia la hace Pablo, que le aconseja al odontólogo que no use *el taladro*, instrumento conocido técnicamente como turbina, usada para desgastar el esmalte dentario, el tejido más duro del cuerpo humano. Lo interesante es que, cuando se le preguntó por qué este instrumento debiera ser evitado, señaló que le da miedo, pero también que nunca ha vivido esta experiencia en su propia atención clínica y por lo tanto no logra explicar por qué le da miedo.

- *Es que no usen el taladro. ...No sé, porque me da miedo* (Pablo, 8 años).

Pareciera que el miedo o fobia están activados por una forma de condicionamiento externo, por experiencias de terceros que influyen vicariamente en la percepción del niño. Es interesante recordar que uno de los hallazgos de la investigación fue una discrepancia entre la evaluación positiva de su experiencia de atención odontológica y su evaluación que los demás niños le tienen miedo al dentista.

Los consejos de Daniela enfatizan, por un lado, lo afectivo, "ser amable", para evitar emociones negativas como "asustar, enojarse, gritar" y le agrega otra actitud muy importante para la atención centrada en el paciente, que es el respeto:

- *O sea, que (el dentista) no asuste mucho (al niño), que no le diga que va ocupar tal cosa, porque se van a asustar y no va a querer ir, que… que sea bueno, que sea amable, que no sea tan gruñón, que respete, que tenga paciencia, hay unos que no tienen paciencia, como que se enoja, te grita. Eeeh, o sea, que, en el fondo, que sea amable, que no maltrate, (…) (que) sea bueno* (Daniela, 8 años).

Por su lado, Juana sugiere elementos que debieran ser parte de la misión de un odontopediatra: ser competente tanto en lo disciplinar técnico como en actitudes, colocando los dos aspectos por igual, visando cumplir la misión de *ayudar más a los niños*:

- *Yo diría (al dentista) como… como que estudies más y seas mejor como persona, como dentistas y ayudes más a los niños (*Juana, 7 años).

Se podría señalar que los entrevistados sugieren que el odontólogo tenga la capacidad de integrar y reconocer en su quehacer clínico la situación en que se encuentra la salud del paciente y también comprender su biografía, para que la atención se revista de esa bondad y amabilidad que los niños tanto valoran. No basta que la odontología sea competente en lo "indiciario", vale decir, en la búsqueda de signos y síntomas de las enfermedades que alteran la salud. El rigor científico debe estar acompañado con el estudio de la empatía, de la compasión, de la hospitalidad, de la escucha activa. Esto favorece la comprensión de los significados de los mensajes que el niño desea expresar y también permite su empoderamiento para cuidar su salud (Nareg Apelian et al., 2014; Charon, 2001; Quadrelli, Cardoso, & Castiel, 2014).

f. El equipamiento de la consulta odontológica puede ser entretenido

El encuentro del odontólogo con el niño no ocurre en un espacio inocuo. En la consulta odontológica existen muebles para guardar los insumos usados durante la atención clínica, el equipo con un sillón para que el paciente se siente e implementos anexos necesarios para realizar los procedimientos, resguardando la bioseguridad y la técnica apropiada. Es en este ambiente que ocurre la interacción de ambos durante la atención clínica.

Este encuentro encierra una dimensión de comunicación no verbal con un lenguaje proxémico, pues el odontólogo trabaja en un área del cuerpo de gran intimidad de la persona, la cavidad oral. Este órgano es un espacio corporal íntimo, relacionada con sensaciones de seguridad, placer y satisfacción (Bermeosolo, 2007). Estas dimensiones de la comunicación en la atención odontológica tienen importantes implicancias, pensando que los sentidos son activados de distintas formas y de forma simultánea: olores, luces, ruidos, proximidad del profesional al examinar la cavidad oral, ruidos.

El encuentro del profesional con el niño se realiza, como señala Goffman (1956), en una *puesta en escena*, donde el profesional realizará su *perfomance* cuando se encuentre con el niño (Ardèvol-Abreu, 2015). Lo que se procuró indagar es si esta puesta en escena favorecerá que el odontólogo obtenga la respuesta que espera y si esa respuesta genera un encuentro con la agenda y necesidades del niño o las propias.

Los entrevistados expresaron en su mayoría sentimientos positivos por el equipo usado en la atención. Su aproximación fue desde lo lúdico y evaluaron como una "aventura" interactuar con un equipamiento. Es interesante la opinión de Francisco, que fue entusiasta en señalar:

- *(El equipo del dentista es) Bacán, porque se movía y tenía una luz y se podía echar para atrás* (Francisco, 8 años).

Esta opinión entrega información valiosa, porque este entrevistado es quien declaró que los temas del cuidado de su salud oral no eran de su interés. Sin embargo, su expresión positiva al relatar su interacción con el equipamiento de una clínica odontológica podría ser un punto de inicio para despertar en él un interés por cuidar su salud oral.

Esta percepción de Francisco es compartida por otros entrevistados que consideraron "entretenido" experimentar el movimiento del sillón dental.

- *¡Entretenido! Te levantan, te echan para atrás. Cuando te están viendo la boca te echan para atrás y después te echan para delante* (Bernardo, 7 años).

Esta aproximación desde lo emocional es importante para construir una experiencia positiva de la visita a la consulta odontológica.

Las experiencias que viva el niño influyen en su relación con el mundo, que es la base para formar su personalidad. El niño percibe y se apropia de la realidad concreta que está inserto y, con esta información, logra conocer su medio social y los objetos que lo componen (Tuleski & Silva, 2014). Por lo tanto, una experiencia emocional positiva del objeto (el ambiente y los equipos usados en la consulta odontológica) favorecen una construcción de una realidad que genera un aprendizaje significativo de la experiencia de interactuar en un

ambiente odontológico. Un buen ejemplo que esto es posible es lo que indica Catalina como aspectos positivos de la consulta de su dentista:

- *Un taladrito. Para hacerme un agujerito pequeñito. Me gustó. Da cosquillas [cuando identificaba material clínico usado]* (Catalina, 7 años).

Este taladrito es la turbina, un instrumento que fue señalado anteriormente, según evidencia, como un elemento que influye una evaluación negativa de la experiencia clínica del niño. Catalina muestra que modificar este encuadre favorece una aproximación positiva hacia los implementos usados en la atención clínica.

3.1.1 Síntesis

En el cuadro a continuación, se hace una síntesis de los hallazgos de esta área conceptual relacionada con la interacción odontólogo/niño:

1. La confianza es un gran valor para los niños a la hora de crear la relación con el profesional.
2. En la evaluación positiva de su propia experiencia, la amabilidad aparece como un atributo valorado. Esta valoración se relaciona con una actitud hospitalaria y compasiva por parte del profesional.
3. Estas actitudes (ser hospitalario y compasivo) adquieren mayor relevancia cuando el niño se encuentra con el odontólogo en una situación de urgencia por dolor.
4. La incertidumbre que el niño vive al momento de interactuar con el odontólogo es un elemento que puede afectar la interacción del paciente con el profesional de la salud. Los entrevistados valoran que los adultos se preocupen por ellos y evitar experiencias relacionadas con el dolor y el miedo.
5. El dolor es una experiencia objetiva que el niño vive en la atención clínica, con dimensiones emocionales y sensoriales que deben ser adecuadamente evaluadas por los odontólogos cuando atienden a los niños.

6. Esta experiencia dolorosa puede estar más presente en los niños con mayor vulnerabilidad social y debiera ser considerado al momento de diseñar guías y protocolos clínicos de la atención de salud pública.
7. A la hora de hacer sugerencias para los odontólogos que atienden niños, éstas se direccionan a una elevada competencia clínica profesional y al manejo de habilidades sociales, como la paciencia, la hospitalidad, la compasión.
8. Los entrevistados evalúan positivamente su interacción con el odontólogo, salvo que el dolor sea su motivo de consulta.
9. Los entrevistados expresaron sentimientos positivos por el equipo usado en la atención. Su aproximación fue desde lo lúdico y evaluaron como una "aventura" interactuar con un equipamiento que es dinámico.

2.4 MODELOS DE ATENCIÓN

El niño de 6 a 8 años, como se ha expuesto anteriormente, posee un nivel de desarrollo cognitivo, afectivo y social que lo capacita para tomar decisiones, apoyado por sus cuidadores, asumiendo responsabilidades y llegando a acuerdos. Las competencias propias de la infancia entre los 6 a 8 años son claves para pensar en un modelo de atención centrado en el niño, donde se construyan estrategias de autocuidado consensuadas con responsabilidades y metas concretas tanto para él, como para los padres y el odontólogo. (Lopez, 2020). Los niños evalúan si los modelos de atención favorecen para que participen en su autocuidado y las decisiones sobre su salud oral.

Esta relación no se da sólo con el niño y los padres, sino que se pueden establecer en otros niveles como con otros profesionales de la salud y el sistema de salud en su conjunto, todos articulados para promover el autocuidado de la salud del niño (Suchman, 2005).

4. MODELOS DE ATENCIÓN	a) A mí no me consultan sobre aspectos relacionados con mi salud oral. b) Mi rol en la consulta es portarme bien y dejar que el dentista trabaje.

a. A mí no me consultan sobre aspectos relacionados con mi salud oral

En este punto, los niños abordan un aspecto fundamental para el autocuidado: la participación, que conlleva colaboración, relaciones de mutuo reconocimiento y aceptación. Ella se construye como un proceso de diálogo y transacción entre adulto y niño, donde ambos negocian y recrean los significados, y donde el niño es protagonista (Albornoz & Silva, 2015).

Lamentablemente, la odontología y el cuidado de la salud oral del niño aún no ha incorporado el valor de la participación cuando planifica y realiza el enfoque de la atención clínica. Todos los entrevistados relatan sus experiencias de atención odontológica centradas en los adultos, dejándolos en un papel de espectadores de las decisiones. Cuando se le pregunta a Flavia sobre la posibilidad de participar en las decisiones que son tomadas cuando visita al dentista, ella responde:

- *No, no me dejan tomar esa decisión. En general se lo explica a mi mamá, mi papá. En general cuando voy al dentista solo me saluda y me dice lo que va a hacer y las conversaciones las tiene mi mamá, así que no sé mucho sobre ese tema* (Flavia, 7 años).

Cuando se plantea la importancia que el niño participe de las decisiones no quiere decir que se deje de lado el rol formador y cuidador que tienen los padres. El autocuidado que esta investigación aborda en su marco teórico recoge la propuesta de Orem (1971), donde la persona es capaz de hacerse cargo y establecer una estrategia de autocuidado. Sin embargo, cuando esta persona es un niño y, por lo tanto, un ser aún en desarrollo comparte su agencia con un cuidador adulto; en el caso de los entrevistados, la madre. Los niños presentan demandas y requisitos para mantener su salud oral, también requieren aspectos relacionales y emocionales como la autonomía para asumir responsabilidades, fortalecer su autoestima, vincular el cuidado de la salud oral a experiencias positivas y significativas, asistir oportunamente a controles con el odontólogo. Todas son tareas que requieren del apoyo de los padres.

Este apoyo debe considerar las características particulares de cada niño. Aunque no existe una regla uniforme para todos, la evidencia fundamenta que ellos están capacitados para establecer conversaciones, hacer relaciones causales, profundizar en un pensamiento

más científico y desarrollar su autonomía sobre la base de experiencias que sean significativas. Por lo tanto, si asiste a la consulta del odontólogo sin participar de lo que ahí ocurre, esto impacta no sólo en ese momento de su vida, sino que puede dificultar que tenga el adecuado empoderamiento en su vida adulta.

Sara tiene la misma experiencia de Flavia: va a la consulta, pero lo que recibe son instrucciones sin mayores explicaciones:

- *Nadie me explica lo que está haciendo, solo me dice: "ya, tienes que lavarte bien esto"* (Sara, 8 años).

Como se ha descrito, el autocuidado exige contar con información comprensible y oportuna y participar en las decisiones relacionadas con el cuidado de la propia salud, lo que demanda una readecuación de las habilidades de los profesionales y del sistema clínico de modo que apoyen un empoderamiento progresivo del niño. Esto implica reducir o eliminar las brechas entre la capacidad de los pacientes para obtener, comprender y actuar con la información que obtienen y las expectativas y las características de los profesionales de la salud y de los sistemas para que brinden la información necesaria (L W Koo, Horowitz, Radice, Wang, & Kleinman, 2016).

Los niños deben tener el derecho de obtener información clara, usando métodos que promuevan su curiosidad, su participación y su interés por cuidar su salud oral. Joaquín destaca que él se encuentra capacitado para entender lo que se le explique y que desea obtener información:

- *(El dentista) Me explicó una vez y entendí al tiro. Le preguntaría*, [en el caso que no quede claro] *porque igual tenía el derecho de saber. Yo encuentro que igual me tienen que decir, porque yo entiendo* (Pedro, 8 años).

Es hacia esta participación que la odontología centrada en el niño debe avanzar. El niño debiera tener el derecho de ser informado, por ejemplo, que asistirá a una consulta odontológica, las razones que motivan esta visita y cuál es su propia *agenda setting*. Daniela ejemplifica las situaciones donde el niño tiene un rol pasivo frente a sus visitas a la consulta

odontológica por falta de una preparación previa, asumiendo que el cuidado de su salud oral es responsabilidad exclusiva de sus padres:

- *Es que no pensé nada, yo solamente ni sabía a qué iba al dentista. Yo recién cuando recién entré ahí decía dentista, ahí entonces dije ¡ah! ¡Entonces ese es el dentista!* (Daniela, 8 años).

Esta preparación previa debiera ser también una preocupación del profesional. Especial atención en la participación del niño son aquellas situaciones donde la consulta ocurre dentro de un contexto de urgencia y dolor, como fue el caso de María. Esta situación requiere de una preocupación particular del profesional en explicarle al paciente lo que está ocurriendo, lo que se requiere hacer generar el vínculo de confianza y ajustar las expectativas. Lamentablemente, según su experiencia, la interacción fue realizada con la madre y no con ella:

- *A mi mamá* [le explicaron lo que el dentista me iba a hacer] (María, 6 años).

La literatura sobre atención centrada en el niño y la familia destaca la importancia que tiene la participación del aquél en las situaciones relacionadas con su salud, para generar una sensación de dominio frente a situaciones le que provocan dolor o desconcierto: generar la participación es una fuente de auto respeto. Un requisito básico para la participación es que el niño sea informado de lo que se le va a realizar y por qué se debe realizar (Runeson, Ingrid; Hallstrom, I, Gunnel E, Hermmeren, 2002).

b. Mi rol en la consulta es portarme bien y dejar que el dentista trabaje

Las relaciones entre profesional de la salud y paciente se generan en función de los enfoques que fundamenten la interacción. El enfoque biomédico favorece una relación más autoritaria, donde lo que prevalece es el conocimiento técnico del profesional. El enfoque biopsicosocial puede generar pacientes autónomos y relaciones más horizontales, pero también puede tender a un paternalismo que genera pacientes dependientes y con bajo empoderamiento.

Cuando los entrevistados señalan que lo que se espera de ellos en la consulta es que *se porten bien y dejen al profesional trabajar*, se está construyendo una relación autoritaria o paternalista. Gabriela y Daniel apuntan a esta actitud más bien de sumisión cuando indican qué es lo que creen que el profesional espera de ellos:

- *[Estuvo bien] Porque me tranquilicé, porque me quedé quieta y me hicieron las cosas que tenían que hacerme y me quedé quieta (*Gabriela, 8 años).

- [Hay que] *Portarse bien. Saludar y hacerle caso (al dentista)* (Daniel, 6 años).

Esta forma pasiva de interacción no sólo dificulta que el niño aborde el cuidado de su salud oral en este periodo, sino que puede perpetuar una actitud dependiente de las decisiones de otros. Para fortalecer aspectos afectivos y de autoestima, los reconocimientos pueden ser una herramienta valiosa. Los niños del rango etario de los entrevistados valoran que sean reconocidos sus logros. Gessel (1974) señala que entre los 6 y 8 años las personas atraviesan una transición formando su carácter y para eso la interacción con su entorno puede ser un input positivo para esta construcción subjetiva. Las experiencias exitosas pueden ayudarlos a tener una visión positiva de sus actitudes y favorecer su participación en actividades y desafíos en su vida (Eccles, 1999).

Javiera valoró que le entregaran un premio, y se alegró de ser reconocida por su buen comportamiento en la consulta:

- *Teníamos un dentista allá y un día me tocó y me gané un premio, ya que me porté muy bien. Me quedé tranquila* (Javiera, 8 años).

El peligro de esta dinámica es por qué se premia al niño y hasta qué punto se está corriendo el riesgo de fortalecer un refuerzo de corte conductista. En este enfoque, el aprendizaje del niño es más bien reactivo a los estímulos, principalmente externos y a los refuerzos. El aprendizaje ocurre por la repetición frecuente de estímulos externos. En este caso, la conducta es determinada por el instructor (en este caso el odontólogo) que organiza los esfuerzos y organiza la situación y estímulo (Bermeosolo, 2019). Esto no favorece la autonomía, un vínculo afectivo más vaya más allá de la evaluación que haga el adulto de la

conducta del niño, sin crear espacios de reflexión y aprendizaje frente a las dificultades. El premio debiera ser una celebración, no una aprobación al niño porque cumplió las expectativas del profesional.

Tates y col (2002) investigaron atenciones de pacientes niños y propusieron acciones que apoyan o no su participación en la atención médica. Esta propuesta es un aporte para evaluar hasta qué punto ellos han sido incorporados en la atención clínica asegurando su participación, o más bien lo que se busca es su colaboración pasiva para que el profesional realice lo que ha determinado con los padres. Algunas actitudes que apoyan pueden ser invitar al niño que señale el motivo de consulta, involucrarlo al momento del diagnóstico y de definir el plan de tratamiento, o asegurar que los padres den el espacio para que el hijo responda a las preguntas del profesional. Por otro lado, las que van más en la dirección de que el niño "se porte bien" son, por ejemplo, que el profesional expresamente le pregunte a los padres el motivo de consulta, que el diagnóstico y el plan se conversan sólo con ellos o que los padres hablen en nombre del hijo (Tates et al., 2002).

2.4.1 Síntesis

A continuación se presentan un resumen con los principales hallazgos de esta área conceptual sobre modelos de atención, según lo relatado por los niños entrevistados.

1. El modelo de atención del niño en la odontología considera al niño en un rol más bien pasivo.
2. Esta pasividad se verifica en que no se le informa sobre las opciones de tratamiento, ni se le considera a la hora del diseño de planes de autocuidado.
3. El odontólogo establece relaciones más bien autoritarias o paternalistas con el niño, donde el reconocimiento ocurre cuando cumple con las expectativas de los adultos y permite que el profesional realice lo que él, unilateralmente, ha definido realizar en la sesión clínica.

3. Resultados de entrevistas a padres

Los padres entrevistados correspondieron a 17 personas: 16 madres y 1 padre. Dos entrevistadas asistieron al encuentro virtual junto al padre, lo que aumentó la cantidad de entrevistados a 19. La edad promedio fue de 36,4 años, 9 residentes en la Región Metropolitana, 2 en la Región de Valparaíso, 2 en la Región de Los Ríos y 4 de la Región de Los Lagos. En cuanto a las actividades laborales, 8 trabajaban en actividades que requerían formación universitaria, 4 en labores de nivel técnico, 2 eran microempresarias, 3 eran dueñas de casa y 1 era estudiante universitaria y 1 era estudiante universitaria en Nutrición.

A continuación, se muestra tabla con la caracterización de los entrevistados:

Tabla 7. Caracterización de los Padres Entrevistados

Nivel Laboral o Educacional	**Total**	**Hombres**	**Mujeres**	**Hombres - Edad**			**Mujeres - Edad**		
				21 a 30	**31 a 40**	**41 a 50**	**21 a 30**	**31 a 40**	**41 a 50**
Universitario	9	1	8	0	1	0	2	4	2
Técnico	5	2	3	0	1	1	0	3	0
Microempresa	2	0	2	0	0	0	0	1	0
Labores de Casa	2	0	2	0	0	0	0	2	1
Estudiante Universitaria	1	0	1	0	0	0	1	0	0
				0	**2**	**1**	**3**	**10**	**3**
TOTAL	**19**	**3**	**16**	**Región Metropolitana**		**Otras Regiones**	**Región Metropolitana**		**Otras Regiones**
				2		**1**	**9**		**7**

Todos los entrevistados demostraron interés por el cuidado de la salud oral de sus hijos y se sentían muy responsables por asegurar un adecuado cuidado. Pilar dice:

- *El autocuidado de los niños depende totalmente de los papás, creo yo, en esta etapa. Porque si uno no se lo dice, nadie se lo va a decir, menos ellos que están aprendiendo. Yo creo que el autocuidado de los niños es cien por ciento de los papás en esta edad. Hasta cuando ya se hagan el hábito y hasta donde tengan que atenderse, no más depende de uno* (Pilar)

Este compromiso incide en la conducta del niño, los distintos medioambientes donde se desarrolla tienen influencias variadas, siendo la familia el grupo más relevante. En estas interrelaciones del niño con el medio, los padres ejercen un rol formador, son responsables por su estimulación y socialización. Las limitaciones para esta labor pueden ser sus ideas sobre sus propias capacidades, sus experiencias previas como padres, su profesión, nivel educativo, bienestar económicos, sus personalidades y experiencia vividas durante su infancia (Ramírez, 2005).

La forma que los padres en Chile asumen este rol ha tenido cambios y la familia ha dejado de ser el referente estable. El modelo de familia nuclear cerrado se ha modificado, lo que no se traduce en pérdida del rol de sus parentescos; al contrario. Estas relaciones toman nueva fuerza y son un valor sólido dentro de la incertidumbre que generan estos cambios (Jadue J, 2003).

La familia aún es clave para brindar apoyo, protección a sus miembros, pudiendo generar mayor bienestar. Un estudio del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) realizado el año 2000 que evaluó la percepción de los chilenos sobre la familia, mostró que el 70% de los entrevistados valoraba esta institución como algo fundamental, especialmente a los hijos, lo que significa que, en Chile, gran parte de su población valora la familia como algo esencial en sus vidas (Jadue J, 2003). Los entrevistados no están exentos de estas tensiones según el rol que asumen en la familia. Heine (2002) propone tres perspectivas para estos roles: los que entregan orden, seguridad y tienden a ser autoritarios; los que procuran establecer relaciones más horizontales y pueden ser más permisivos; y los que valoran las relaciones afectivas y la comunicación frente a un mundo que es evaluado como frío y demandante y, por eso, pueden tender a ser sobreprotectores (Heine, 2002).

A continuación, se presentan los temas emergentes en las entrevistas a los padres, organizados en las cuatro áreas conceptuales:

Tabla 8. Síntesis de Áreas Conceptuales y Temas Emergentes de las Entrevistas a los Padres

AREA CONCEPTUAL	TEMAS
AUTOCUIDADO	a) Las madres tenemos un rol importante en la vida de nuestros hijos. b) Promuevo que mi hijo(a) vaya asumiendo más autonomía en el autocuidado de su salud oral. c) Es mi responsabilidad realizar las prácticas de autocuidado de la salud oral de mi hijo(a). d) Mi hijo(a) aún no tiene edad para participar activamente de la interacción clínica. e) La labor del odontólogo debiera integrar la consejería y educación en la clínica. f) No me doy cuenta de que la información que tengo para apoyar el autocuidado de mi hijo(a) es imprecisa, incompleta y/o incorrecta. g) El autocuidado de la salud oral se centra en cepillar dientes y control del azúcar. h) A los odontólogos les cuesta informar de una forma que podamos comprender lo que dice. i) No queda establecido un plan de autocuidado definido entre el odontólogo y nosotros en el hogar.
2. ENCUADRE DE LA SALUD ORAL	a) La salud oral es la tarjeta de presentación de una persona. b) Mi expectativa es que el odontólogo “revise” y “arregle” la salud oral de mi hijo. c) No quiero que mi hijo repita mi propia experiencia odontológica negativa. d) Ir a la consulta odontológica es una experiencia estresante y requiere valentía.

AREA CONCEPTUAL	TEMAS
3.INTERACCIÓN ODONTÓLOGO/NIÑO	a) Confiar en el profesional es fundamental. b) El odontólogo es el juez del autocuidado realizado en la casa. c) Lo que más valoro de la interacción del odontólogo con mi hijo(a) es la parte humana d) La incertidumbre de lo que ocurrirá con el dentista preocupa a mi hijo(a). e) La atención clínica odontológica del niño puede ser atractiva
4. MODELOS DE ATENCIÓN	a) El estado de salud oral de mi hijo(a) lo define el odontólogo b) Es muy importante para mí que el odontólogo se preocupe de realizar una atención centrada en mi hijo(a). c) Atender niños requiere de competencias específicas. d) El modelo de atención odontológica actual está deshumanizado. e) La atención odontológica pública es deficiente en muchos aspectos.

A continuación, se presentan los temas de cada área conceptual

3.1 AUTOCUIDADO

Esta área conceptual congrega los temas relacionados con el autocuidado en el hogar. Los padres son quienes desempeñan el rol fundamental en la iniciación y mantención de los comportamientos de autocuidado en sus hijos, particularmente las mamás. Son ellas las iniciadoras de las prácticas de autocuidado y se sienten responsables por ellas al interior del hogar.

Son los padres quienes deciden consultar a un odontólogo y compran los insumos necesarios para el autocuidado, indicados por el profesional. Ellos están conscientes de su responsabilidad en fortalecer el autocuidado de la salud oral de sus hijos en el hogar. Los

entrevistados identifican temas que consideran relevantes, así como la calidad y cantidad de información que necesitan para asumir su rol formador de prácticas en sus hijos. Los entrevistados destacan labores que podrían realizar los odontólogos para apoyar el fortalecimiento del autocuidado en el hogar y evalúan la competencia comunicacional de los profesionales que han atendido s sus hijos.

1. AUTOCUIDADO	a) Las madres tenemos un rol importante en la vida de nuestros hijos. b) Promuevo que mi hijo(a) vaya asumiendo más autonomía en el autocuidado de su salud oral. c) Es mi responsabilidad realizar las prácticas de autocuidado de la salud oral de mi hijo(a). d) Mi hijo(a) aún no tiene edad para participar activamente de la interacción clínica. e) La labor del odontólogo debiera integrar la consejería y educación en la clínica f) No me doy cuenta de que la información que tengo para apoyar el autocuidado de mi hijo(a) es imprecisa, incompleta y/o incorrecta. g) El autocuidado de la salud oral se centra en cepillar dientes y control del azúcar. h) A los odontólogos les cuesta informar de una forma que podamos comprender lo que dice. i) No queda establecido un plan de autocuidado definido entre el odontólogo y nosotros en el hogar.

a. Las madres tenemos un rol importante en la vida de nuestros hijos.

Uno de los hallazgos de esta área temática es la conexión estrecha de la madre con la vida y decisiones de sus hijos. Las entrevistadas destacan su vínculo con ellos, con quienes

comparten espacios de intimidad y complicidad en lo cotidiano. Cristina ejemplifica esta relación de la siguiente manera:

- *Un hábito que tiene él (su hijo), desde siempre, es leer en la noche. Antes le leíamos nosotros. Entonces, ahora, que está más grande y lee, se acuesta conmigo un rato y leemos un par de hojas él y un par de hojas yo. A veces le digo: 'hijo tengo sueño, porque no te vienes a acostar al lado mío, léeme un cuento para yo dormirme*'. (Cristina)

Esta conexión afectiva en la rutina del hijo hace que la madre sea una figura significativa para el niño. Este protagonismo de las madres incluye que ella asume como propia, la responsabilidad de realizar las prácticas de autocuidado como el cepillado dental o el aseo personal diario. Amalia ilustra este rol multitarea de las madres, cuando relata cómo se organiza en la casa para que las prácticas sean realizadas:

- *Están en ese proceso: 'ya pues, métanse a la ducha, y (lávense)el pelo' (...). Ese es el proceso, cuesta para que entren y cuesta para que salgan (...), terminamos de almorzar 'ya, está fría la boca, vamos a cepillarnos, ya pue'. A veces yo estoy con tanta cosa.* (Amalia)

Es interesante que Amalia use de una estrategia frecuentemente usada por los odontólogos para orientar a los pacientes sobre la duración del cepillado. Esta consiste en usar una música significativa que tenga una duración equivalente al tiempo usado para la higiene. Su actitud demuestra que cuando una estrategia educativa es significativa para el binomio, es más probable que pueda ser incorporada en la rutina de las prácticas diarias de los niños:

- *Después de la cena tiene que ser el cepillado de dientes perfecto y demorarse, 'acuérdense que es más de una canción y que quede bien todos los dientes y la lengua, para que se vayan a acostar'*. (Amalia)

Este protagonismo de las madres se observa también en su interés para que sus hijos tengan la capacidad de autorregularse frente a las prácticas y actitudes sobre su autocuidado

de salud. Lucía ilustra esta preocupación cuando señala que ella procura que sea su hijo quien establezca los límites frente a situaciones de mayor riesgo para su salud:

- *Sí, po'. Entonces, desde chico como que tiene que tener conciencia de lo que come, es súper importante para toda la vida (...) por mucho que sea niño y tenga ganas de comer golosinas, también él solito se tiene que medir, y de chico igual aprendió a decir que no, si le ofrecían ciertas cosas a hora que no correspondía o si le ofrecen helado muy tarde, él sabe que no*. (Lucía)

Este interés de las madres para que sus hijos sean capaces de autorregularse es importante, aunque el proceso es más complejo que sólo sepan qué decir frente a situaciones que exigen autorregulación. Esta actitud se relaciona también con la capacidad para controlar sus emociones, lograr interacciones positivas con otras personas, evitar acciones inapropiadas y poder llevar a cabo un aprendizaje auto gestionado (Pandey et al., 2018). Para que un niño se autorregule debe pasar por tres etapas: previsión, control del desempeño y autorreflexión. Esto significa que la persona debe ser capaz de preparar el escenario para realizar la acción, estableciendo metas, lo que puede ser afectado por factores que alteran su atención y su acción, como las comparaciones o la retroalimentación. Por eso hay que evaluar si está alcanzando la meta que se ha establecido, haciendo readecuaciones si fuese necesario (Schunk & Zimmerman, 2007). La preocupación de Lucía es importante, pero no ocurre como causa-efecto, vale decir, el niño que cuenta con información sobre alguna conducta no actúa automáticamente en concordancia a ese conocimiento. Es más complejo y requiere gradualidad y evaluación. Esta es una responsabilidad del adulto que comparte la agencia de autocuidado con su hijo.

Otra forma usada por las madres para garantizar que su hijo se comprometa con el autocuidado de su salud es el uso del miedo frente a las posibles consecuencias de una decisión incorrecta. Lucía usa esta estrategia con su hijo:

- *(...)él tuvo compañeras que tenían los dientes negros, entonces yo le decía, cuando, por ejemplo, uno está en la consulta ve a un niño con los dientes negros, 'después te tienen que sacar toda la dentadura para que te salga la nueva, para que ojalá salga así. sin caries,' (...). Entonces uno tiene que explicar todo eso para que ellos entiendan el por qué tienen que lavarse los dientes (...).* (Lucía)

El miedo es frecuentemente usado en la comunicación en salud confrontando a la persona con una serie de amenazas en el caso de ignorar las recomendaciones del profesional de la salud. Esto se fundamenta en la creencia que el miedo actúa como motivador y, por lo tanto, promueve un comportamiento determinado. Sin embargo, también el miedo genera ansiedad, que a su vez lleva a la negación y, a su vez, evitar el mensaje (lo que se conoce como evitación de información), obteniendo un efecto opuesto a lo deseado. Un mensaje de miedo contiene tres componentes:1) estructurales (el discurso, introducción al tema, presentación de la amenaza, las consecuencias negativas y las formas de evitarlas); 2) modulares (manipula los sentidos y la intensidad deseada, el interés emocional y la capacidad de impactar de las imágenes); y 3) extra mensaje (variables que son capaces de persuadir y que no se relacionan directamente con el mensaje, como por ejemplo la credibilidad de quien informa la amenaza) (Ordoñana Martín, Gómez Amor, & Galvañ Olivares, 2000). En el caso de los niños, el miedo puede provocar ansiedad y esto puede resultar que evite una determinada situación de riesgo, logrando el objetivo. Sin embargo, también puede evaluar que la amenaza es lejana o no es real y, por lo tanto, no cambie su conducta.

Las madres son críticas frente a la conducta de otras mamás, pues evalúan que su comportamiento favorece el deterioro de la salud oral de sus hijos:

- *Es que yo creo que eso viene por los padres. Si a uno le dicen: 'no le dé tantos dulces porque el niño tiene cincuenta caries', si me están diciendo que mi cabro chico tiene cincuenta caries, obviamente yo no le voy a dar más dulces, o voy a estar más preocupado de lavarle más los dientes, ser más constantes al dentista, (...) yo creo que es más cuidado de uno como papá.* (Gladys)

- *¡Justamente! todos saben las consecuencias, si de repente le ven el diente negro ahí, y dicen: "si le niego la bebida hacen show, o los dulces"; pero tampoco exigen que se los laven", cosas así*. (Cristina)

Gladys y Cristina critican otras madres, pero Gladys exculpa al padre de esta responsabilidad, pues considera que supervisar las prácticas de autocuidado de los hijos es labor de las mamás. Esta evaluación es la misma que tiene Patricia, otra entrevistada a la hora de evaluar los roles parentales en el autocuidado de la salud de la hija:

- *No, solamente es una pega mía. Mi esposo no se preocupa de eso*. (Patricia)

Esta relación entre la responsabilidad de las madres en la calidad de la salud oral de los hijos tiene un componente de género importante por razones sociales, culturales, económicas y políticas que definen el rol a los padres y madres (Ramírez, 2005). Este fuerte vínculo afectivo, cultural y social existente entre las madres y sus hijos se traduce en sentimiento de culpa cuando evalúan que ellas no están logrando que su hijo tenga una adecuada salud (Escobar-paucar & Sosa-palacio, 2011). Esta evaluación no refleja la realidad multifactorial y multidimensional de las enfermedades más prevalentes de la cavidad oral, donde su aparición y progresión depende de otros factores, más allá del rol supervisor de los padres. Cristina expone su sentimiento de culpa frente a posibles problemas en la salud del hijo:

- *Lo que pasa es que nosotros igual somos buenos para el chocolate, por ejemplo, para las cosas dulces, yo lo reconozco. Yo soy golosa. Rafael estuvo súper restringido hasta hace un año atrás, pero ahora ya consume más azúcar. Y yo dije: '¡chuta!, Este ser humano chiquitito que tengo aquí es mi responsabilidad, entonces si él tiene algo que se puede prevenir, yo estoy permitiendo que pase es mi culpa, básicamente es mi responsabilidad'.* (Cristina)

El sentimiento de Cristina se fundamenta en el vínculo que la madre tiene con su hijo, que se construye de forma primaria y privilegiada, fruto de la interacción de factores psicológicos y ambientales que surgen mucho antes de que el niño nazca y que se consolidan durante el primer año de vida. Este vínculo de apego sirve como fundamento para la seguridad del niño, siendo un lugar de comodidad y afecto en aquellas situaciones de angustia (Muñoz, Poo, Baeza, Bustos, & Acosta, 2017). El vínculo madre e hijo puede constituir una experiencia significativa (negativa o positiva), que acompaña al niño a lo largo de su desarrollo.

Este protagonismo puede ocurrir a través del modelado para los hijos, fundamentado en la teoría del Aprendizaje Social de Bandura (2000). La teoría propone que las personas pueden adquirir conductas a través del modelado social, proceso por el cual los niños modelan sus conductas o creencias según lo que observan de sus modelos, que pueden ser las madres. Por eso, la alianza de las madres, junto a sus hijos y el odontólogo, pueden ser

una oportunidad para identificar riesgos para la salud oral del niño y establecer, en conjunto, las metas a seguir con el debido conocimiento y habilidades. Cristina destaca este rol de modelo que ella y su marido buscan ser para su hijo:

- *Nos lavamos los dientes juntos: ahora la lengua, ahora arriba, ahora abajo. Tratamos estar los tres en el fondo para que él vea y se motive, porque si no "que lata me tengo que lavar los dientes, me paso el cepillo por acá, por acá y me voy", es como "ya si ya me los lavé", "tan rápido hijo", "no, si me los lavé mamá".* (Cristina*)*

Pilar también les asigna a ambos padres esa responsabilidad de promover el autocuidado en sus hijos, considerando como meta que sean ellos los responsables por su realización:

- *El autocuidado de los niños depende totalmente de los papás creo yo en esta etapa. Porque si uno no se lo dice, nadie se lo va a decir, menos ellos que están aprendiendo. Yo creo que el autocuidado de los niños es cien por ciento de los papás en esta edad. Hasta cuando ya se hagan el hábito y hasta donde tengan que atenderse no más. Depende de uno.* (Pilar)

b. Promuevo que mi hijo(a) vaya asumiendo más autonomía en el autocuidado de su salud oral.

Los niños deben contar con espacios que favorezcan su autocuidado, considerando que ya son autónomos en muchas de sus actividades diarias como vestirse, comer, bañarse o hacer una tarea del colegio. Este fomento requiere metas claras y cierta flexibilidad por parte de los padres, considerando las características particulares de cada hijo y el contexto en el cual ocurre su desarrollo integral.

Por ejemplo, Carla relata cómo ha establecido una estrategia para supervisar la práctica del cepillado dental de su hija, de acuerdo con sus características y a las necesidades concretas que tiene:

- *Es muy fácil que la Ame se distraiga, se ponga a cantar y a comerse el cepillo en vez de lavarse los dientes, o se lo pasa por un solo lado y no por toda la boca. Entonces estar ahí, no lo hago todos los días ya, pero sí me paso una vuelta y la miro: 'por dónde pasaste' y me mira y me dice: 'no sé', entonces le digo: 'no te estas lavando los dientes con consciencia, tienes que saber por dónde pasar'.* (Carla)

Fortalecer el autocuidado requiere modular las expectativas con los resultados esperados. Para poder planificar este proceso y llegar al objetivo, se requiere conocimientos y habilidades. (Schunk & Zimmerman, 2007). Carla, al identificar las dificultades concretas que tiene su hija, procura definir sus expectativas de acuerdo a un juicio de realidad de las características de su hija, cuáles son sus dificultades y cómo ella puede apoyarla. El autocuidado debe considerar la capacidad que tiene la persona para alcanzar un adecuado desarrollo de forma individual y en el medio ambiente que interactúa, ya sea familia, escuela, sociedad (Akhter, Ghayas, & Adil, 2012).

Carmen, por su lado, también está interesada en promover la autonomía de su hija:

- *Ella es responsable de lo que come, como cuida sus dientes. Y obviamente de la higiene bucal ella tiene que encargarse, yo ya le entregué las herramientas ahora tú tienes que trabajar. Ella se lava, se preocupa: "mamá, me los lavé bien*. (Carmen)

Esta mamá desea promover la autonomía en su hija; para eso debe considerar que ella está expuesta a una serie de interacciones recíprocas personales como pensamientos y creencias, además de la influencia de características ambientales y de conducta (Akhter et al., 2012). La promoción de autonomía es importante, pero no suficiente si sólo se limita a la delegación de una actividad al hijo. Es necesario fortalecer su empoderamiento que reconoce, promociona y fortalece su capacidad para satisfacer sus necesidades, permitiendo que encuentre soluciones a sus problemas de salud y organice los recursos requeridos para controlar el cuidado de su salud en este contexto y a largo plazo (Bravo et al., 2015b). El constructo de agencia compartida de Orem del niño es justamente considerando que el cuidador (en este caso, la madre) apoye, guíe y favorezca el autocuidado del hijo hasta que él alcance total autonomía.

Pilar considera que fue clave estar más presente en el hogar para fomentar prácticas de higiene, procurando empoderar a su hijo frente a la realización del cepillado:

- *Lo otro es como uno va educando a los niños, al Rodrigo para que se vaya cuidando su dentadura, en cuanto a la alimentación y el lavado que es súper importante. No sé si esto es autocuidado, pero (…) el año pasado que yo estuve más con ellos en casa, logré que Rodrigo se levantara y se lave los dientes solo sin que yo le diga, eso es un hábito de él, que no tengo que estar detrás de él, salvo en las noches que se pega en otras cosas. Creo que ese tema lo he logrado con él en tiempo de pandemia y creo que también va en el autocuidado hacia él.* (Pilar)

Se puede observar que la madre realiza un proceso de empoderamiento; primero ofrece su apoyo con su presencia física y luego establece un acuerdo con el hijo en cuanto a la práctica misma, para que sea él que lo realice de forma autónoma. Su rol en la agencia es recordar por las noches, en los momentos que el hijo olvida de realizarlo.

Esta preocupación de los padres por apoyar progresivamente la autonomía en sus hijos no es un tema menor y va más allá de la mejoría en la salud oral. Una crianza efectiva con padres que apoyan a sus hijos, están asociadas a mejores resultados en la infancia como mejor rendimiento académico, mejor desarrollo afectivo y social, menos síntomas depresivos, mayor autoestima (de Jong-Lenters et al., 2014). Considerar este encuadre más amplio del cuidado de la salud oral puede fortalecer un mejor bienestar general de niño.

c. Es mi responsabilidad realizar las prácticas de autocuidado de la salud oral de mi hijo(a).

El tema anterior destaca a entrevistados que declararon un interés para que sus hijos vayan asumiendo labores de autocuidado de su salud oral. Sin embargo, la mayoría de los entrevistados evaluaron que su hijo no es capaz de asumir estas labores, no por problemas concretos personales (limitaciones cognitivas, motoras, físicas, psicológicas) o del ambiente familiar (problemas familiares, económicos). Más bien, consideran que su hijo aún no es capaz de hacerse cargo de su autocuidado.

Paula ha asumido junto al marido la labor de fiscalizar que su hija se lave los dientes. Esta labor fiscalizadora requiere vehemencia y elevado control parental:

- *Yo creo que es el tema de la ocupación diaria de cepillarse sus dientes, en este minuto, yo soy la responsable de ella, y somos nosotros los que estamos… Sara, lávate los dientes, Sara, cepíllate los dientes, Sara no te acuestes sin cepillarte, porque ellos, por lo menos la mía, no tiene el hábito por sí misma.* (Paula)

Cabe recordar que el autocuidado es una capacidad de la persona, que, como otras, requiere de un proceso para alcanzar un adecuado desarrollo. Este desarrollo no ocurre de forma individual, sino que se desarrolla en una comunidad, ya sea la familia, la escuela, la sociedad "[46].Al asumir esta labor fiscalizadora, se deja de lado la perspectiva que el autocuidado se construye en comunidad, es una actitud compartida en la familia.

La hija de Paula tiene 8 años. Una niña de ocho años es capaz de acoger instrucciones sistemáticas de los adultos, observar ritos, normas, realizar tareas, dividir compromisos y responsabilidades. Los padres deben favorecer el desarrollo de estas competencias, pues cuando el niño enfrenta obstáculos surge un sentimiento de incapacidad y de inferioridad, llevando más bien a ritualismo. Por otro lado, cuando el niño logra ejercitarlas se genera una cultura tecnológica,[47] sentimientos de competencia y participación. (Bordignon, 2005). Los aprendizajes para que sean permanentes requieren de la estimulación afectiva que los transforme en significativos para quien aprende. Por lo tanto, delegar las prácticas de autocuidado al hijo debe contar con una estrategia que fomente un aprendizaje significativo que promueva que la persona sea protagonista de su vida de acuerdo con las competencias que tiene. No basta sólo con delegar.

Gladys afirma que la dificultad no está en la edad de los hijos, sino más bien porque lo normal es que los niños no tengan interés por el autocuidado de la salud oral:

- *Yo creo que todos cuando chicos hemos sido flojos en cepillarnos los dientes.* (Gladys)

[46] Recuperado de https://eldiariodesalud.com/internacional/nuevas-directrices-de-la-oms-sobre-autocuidados).
[47] Definición de tecnología: Se conoce como tecnología a un producto o solución conformado por un conjunto de instrumentos, métodos y técnicas diseñados para resolver un problema. Recuperado de: https://www.significados.com/tecnologia/

Según la teoría de autocuidado de Orem, toda persona tiene la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimenta y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismo y para otros" (Navarro Peña & Castro Salas, 2010, p. 3). La infancia no es una excepción a esta visión; lo que importa es considerar los requisitos y demandas específicas requeridas para poder mantener su salud, dependiendo de su situación particular (Watt et al., 2006; Wilson & Gramling, 2009). No hay evidencia que respalde que la infancia se caracteriza por el desinterés por prácticas de autocuidado de salud oral.

Los niños de 6 a 8 años presentan requisitos del desarrollo diferentes a los que presenta un niño en la primera infancia. Por ejemplo, son autónomos en muchas áreas como caminar sin ayuda, vestirse y comer solos, expresarse de forma escrita y oral, actividades que no hacen parte del repertorio de un niño de 3 años. Es importante destacarlo porque en distintos momentos los entrevistados pareciera que mantienen a sus hijos con las características que tiene un niño en la primera infancia. Si no se tiene una comprensión clara de los requisitos y demandas propios de esta edad, se corre el riesgo de dejar pasar las oportunidades de fortalecer la autonomía y el empoderamiento del niño de este rango etario hacia su autocuidado, llegando a la adolescencia sin estas competencias adecuadamente desarrolladas. Gonzalo, papá de Daniel de 6 años reflexiona con relación a esta "infantilización" de los hijos:

- *Daniel podría ser más autónomo para su edad (…). Si bien él, cuando uno se pone un poco más estricto, ya se puede lavar los dientes solo, no estoy seguro de que sea la técnica más óptima (…) porque de repente además mi amigo es un poco frustradito, entonces no le resulta y va a tender a como frustrarse. Así como decir, ¡Ay, no puedo hacer esto! Por lo mismo es culpa nuestra…eeeh. Pero que lo haga sólo muchas veces, no. Entonces vamos y le lavamos nosotros los dientes.* (Gonzalo)

Esta reflexión muestra que los padres optan por realizar ellos mismos el cepillado no porque su hijo no pueda hacerlo, sino más bien porque tienen dudas si realizará una técnica adecuada. La pregunta es, ¿y los padres saben cuál es la mejor técnica para su hijo de 6 años? La literacidad en salud oral de los adultos no es una garantía per se. Es importante tener en la mesa las dificultades del hijo (tiende a frustrarse), pero, además, un plan de cómo ayudarlo

a que se empodere y supere este obstáculo. Si se conocen sus demandas y requisitos, se buscarán formas de superar su déficit de autocuidado. Identificarlas adecuadamente permite abordar mejor este déficit, haciendo una acuciosa evaluación de lo que necesita, considerando género, edad, factores socio-económicos, dinámica familiar, los reconocidos determinantes sociales de la salud (Watt et al., 2006; Wilson & Gramling, 2009). Pablo señala de forma muy explícita que considera que su hijo aún presenta un déficit importante en su agencia de autocuidado:

- *A ver, el Francisco todavía no tiene esa cuestión del autocuidado. Seamos honestos. Si no está uno ordenándole que se vaya a lavar los dientes no lo hace. No sé si todos los niños estará en su ADN que se tiene que lavar los dientes después de cada comida, o sea, por más que en el jardín le están enseñando o los mandaban a lavarse los dientes después del almuerzo, pero era una orden.* (Pablo)

Francisco, que ya tiene 8 años, ya cuenta con las habilidades y destrezas que le permiten cumplir con las demandas o requisitos de autocuidado de su salud oral. Tal vez lo que falte sean motivaciones que dependen del desarrollo sociocultural (Cancio-Bello Ayes et al., 2019). En el caso del niño de 8 años, él comparte su agencia con sus padres o cuidadores. Pero eso no significa que la agencia sea estática, más bien debiera ser un proceso de traspaso de autonomía. Mantenerlo en un estado de cierta "infantilización", favorece que sea dependiente de un cuidador en más áreas y por más tiempo del adecuado. Por ejemplo, Cristina señala que aún baña a su hijo de 7 años. Paula confiesa que su hija (que tenía 6 años cuando consultó al dentista) aún usaba mamadera, que es un hábito que no corresponde a un niño de esa edad. Viviana se ríe al pensar que su hijo de 8 años pudiese participar de la toma de decisiones de aspectos básicos de su vida como qué tomar al desayuno, qué vestir, a qué hora acostarse, qué llevar de colación al colegio:

- *Y yo la verdad (...), como que yo le hago todo. Ahora ya no lo hace, pero en ese minuto todavía tomaba mamadera, porque ella tomaba mamadera en la noche. Entonces, claro me pidió que por favor le cortáramos el tema de la mamadera, sobre todo la de la noche.* (Paula)

Se puede señalar que promover la autonomía del niño favorece a la construcción del "*self*" que plantea Mead (1986) que designa y construye su imagen, su relación con otros, se comunica con él mismo y en consecuencia que interactúe y conozca el mundo y se relacione con él (Blummer, 1998).

d. Mi hijo(a) aún no tiene edad para participar activamente de la interacción clínica.

Los niños tienen un estado de integridad y expectativas, lo que requiere que sea respetada su dignidad al igual que la de los adultos. Cuando se trata de un niño en una edad que tiene su agencia de autocuidado compartida con un adulto, estos estados pueden ser compartidos, pero nunca reemplazados por otra persona. La integridad se relaciona con el derecho a hablar, a tener opinión y una autonomía no reducida. Esto significa tener el poder de tomar decisiones libres sin restricciones de agencias externas. El cuidador que comparte la agencia con el niño no debiera confundir su rol con imponerle sus propias prioridades (Mårtenson & Fägerskiöld, 2007).

Los niños participantes de la investigación son competentes en varios aspectos que pueden ser muy valiosos para fortalecer su autonomía en el autocuidado de su salud oral. Los entrevistados tienen dificultades para identificar estas potencialidades y sus respuestas ilustran una visión del niño que aún dependen de ellos para realizar actividades diarias de su vida. Entre estas labores, se encuentra definir el motivo de consulta a la visita a la consulta odontológica. Cecilia, por ejemplo, considera que una niña como su hija de 6 años no tiene la capacidad de identificarlo y declararlo cuando es entrevistada en la consulta odontológica:

- *No, a mí* [el dentista me consulta el motivo*] porque Daniela es chica todavía. Claro, me preguntó a mí porque la traía, yo fui la que le respondió* (Cecilia)

Puede ocurrir que los motivos de consulta no sean los mismos a los de los padres, incluso sean discordantes, pero esta situación no impide que el niño los haga notar. Superar esta dicotomía favorece que el niño fortalezca sus competencias personales y su proyección de lo que desee. Lo que debiera ser un momento de placer y alegría y un momento de realización personal e integración social, como la visita al odontólogo, puede transformarse

en un proceso formalista de cumplimiento de una norma sin un significado para él (Bordignon, 2005).

Si los padres que comparten su agencia de autocuidado no favorecen que su hijo sea protagonista en la experiencia de visitar la consulta odontológica, favorecen que el niño permanezca en una definición personal de incompetencia frente a aspectos concretos como, por ejemplo, señalar cuáles son sus dudas o inquietudes sobre su salud oral y plantear su propia *agenda setting.* Esta agenda puede incluir "*no me interesaba asistir a esta sesión, fue una decisión de mi mamá".* Esta información es valiosa para que el profesional se interesarse en profundizar el porqué de esta agenda, indagar las razones de su desmotivación, presentando una atención que revierta esta actitud hacia algo positivo. Explicitar su agenda puede ser un primer paso de aproximación hacia una experiencia significativa.

e. La labor del odontólogo debiera integrar la consejería y educación en la clínica.

El deterioro de la salud oral impacta severamente a las sociedades con una carga económica que incluye costos directos (gastos en tratamientos), costos indirectos (pérdida de productividad y ausentismo laboral y escolar) y costos intangibles (dolor, problemas para masticar, saborear, hablar y expresar emociones como sonreír). Ellos involucran al niño, sus familias y la sociedad con un costo mundial calculado en US$ 356 mil millones en costos directos y US$ 187 mil millones en costos indirectos (Peres et al., 2019).

Esta realidad obliga a los odontólogos y a los profesionales de la salud involucrados con la salud de la infancia a potenciar habilidades como la de fortalecer la literacidad de los pacientes y la promoción de un rol activo de las personas en el cuidado de su salud oral (U.S. Departement of Health and Human Services, 2000). Al empoderar a los niños es posible dejar en el pasado el modelo paternalista en la relación profesional de la salud y paciente y construir modelos más equitativos y horizontales (Bravo et al., 2015b; Holmström, I; Röng, 2010).

Los entrevistados también aluden a estas habilidades, valorando que existan espacios de diálogo entre el profesional y el binomio para compartir las dudas, recibir orientación considerando su realidad y los desafíos concretos que enfrenta. Cristina es una de las entrevistadas que mostró interés por contar con este espacio de interacción:

- *Poder consultar, que me dé la confianza para decirle (al dentista): "doctora, yo estoy haciendo esto bien, lo estoy haciendo mal, qué es lo que puedo mejorar, qué cree usted, debemos usar esta pasta no la debemos usar, le cambio el cepillo", no sé. Ese tipo de cosas, yo sentí que no había esa disposición.* (Cristina)

Surge a partir de este interés la necesidad de una educación en salud que se fundamente en la promoción de la salud oral y cuidados preventivos, como parte del bienestar del niño. En este nuevo paradigma se debiera procurar no sólo la educación de las personas, sino la de los futuros odontólogos, investigadores, gestores de los centros de salud y de los propios académicos que forman a estos futuros profesionales. Considerar la salud oral en mediciones de la calidad de vida puede generar la oportunidad de enfocar la labor clínica en una atención verdaderamente centrada en el paciente, que sea culturalmente competente y capaz de trabajar desde una perspectiva interdisciplinaria (Bennadi & Reddy, 2013). Al respecto, la comunicación surge como una habilidad valorada por las entrevistadas, evaluando positivamente la entrega de información oportuna, clara y atractiva, como el caso de Cecilia:

- *Claro. Y también una comunicación efectiva que nos entregaran el mismo documento al adulto, porque la memoria es frágil, y si es con dibujitos, porque creo que los dibujitos igual cuando estamos hablando de un niño, son mucho más entretenidos que diga: 'uno, hay que hacer tal cosa; dos'.* (Cecilia)

Esta forma de comunicación que sugiere Cecilia va en la dirección del modelo deliberativo de relación profesional/paciente, donde no sólo existe la preocupación de entregar información basada en evidencia y de considerar la autonomía del paciente, sino que sea una entrega que vaya al encuentro de los valores del binomio. No basta ser fundamentada, debe ser atractiva (Emanuel & Emanuel, 1992). Esta preocupación en el paciente también se encuadra en el modelo de atención propuesto por Apelian (2017), que plantea que la comunicación del odontólogo con el paciente debe ser bilateral, contando con su participación, chequeando que la información fue comprendida. Esto establece un vínculo de confianza para conversar también otros temas de la *agenda setting* del binomio, que pueden

ser relevantes para la toma de decisiones para el autocuidado de la salud oral del niño (N. Apelian et al., 2017).

Por su lado, Pilar destaca la valoración de contar con una labor del odontólogo que salga del contexto físico de la clínica y genere otras instancias de interacción educativa y de consejería en salud oral:

- *Yo creo que ellos (los dentistas) deberían hacer talleres, me imagino yo, para los niños. Citarlos. (...) Se me ocurre como idea hubieran mandado material educativo tal vez, un poco más de preocupación para los niños que están en casa, que están todo el día en realidad* [época de pandemia] (Pilar)

Esta inquietud permite pensar en una atención odontológica más inclusiva, que abra el campo de acción del odontólogo más allá de la clínica, actuando en labores de consejería para el autocuidado. Esto genera una comunidad entre el profesional y el niño y su familia, que exige que profesional cuente con formas de comunicación efectivas (Dieppe, P; Horne, 2002). Se genera una alianza terapéutica más allá del encuadre de la labor de "revisar y arreglar" los dientes, generando un vínculo personal con un profesional afectuoso, sensible, comprensivo fuera de su ambiente clínico (Mead & Bower, 2000).

f. No me doy cuenta de que la información que tengo para apoyar el autocuidado de mi hijo es imprecisa, incompleta y/o incorrecta.

Los padres entrevistados muestran que tienen conocimientos de varios temas y conceptos relacionados con la salud oral, pero al compararlos con la evidencia son imprecisos. Para ejemplificar, se presentan cuatro relatos de los entrevistados que son muy frecuentes en la consulta clínica odontopediátrica y que no se condicen con la evidencia existente. Por ejemplo, Lucía tiene una idea sobre el consumo de dulces:

- *(...) de chico también yo le decía… por ejemplo, lo de los dulces. Aparte de que no me gusta que comiera dulce, no puede mascarlos (...).* (Lucía)

La relación entre azúcar y progresión de la caries ha sido suficientemente evidenciada. Su rol es ser substrato que favorece el aumento de aquellas bacterias que son capaces de

sobrevivir en un ambiente con pH ácido, y que favorece que el esmalte sufra desmineralización. La idea de Lucía que se debe controlar el consumo de azúcar está correcta, pero su relación no es tan lineal, vale decir, a mayor consumo, mayor presencia de lesiones de caries. Falta investigar más sobre el rol del azúcar como factor de riesgo en cantidad y consistencia del alimento azucarado y su relación con los otros factores de riesgo (Burt & Pai, 2001).

El relato de Lucía muestra que no sólo le preocupa que consuma azúcar, sino que su hijo evite masticarlos. Una razón puede ser porque relaciona dureza y azúcar y mayor daño, pero no tiene sustento científico, a pesar de ser una creencia común entre los padres. El riesgo de la salud oral con la dureza de un alimento se relaciona más con la fractura del diente que para que eso ocurra, debe presentar otras alteraciones como problemas periodontales, presencia de rehabilitaciones parciales o totales entre otros factores (Alfaro et al, 2012).Otro problema que podría ser una preocupación, puede ser el desgaste de las superficies oclusales[48] de los molares, conocido como atrición, que se caracteriza por desgaste del esmalte en camadas, haciendo que el diente quede más plano, pero eso no conlleva fracturas (J. C. García, Carmona Concepción, González García, González Rodríguez, & Labrador Falero, 2014). La información que maneja la mamá es imprecisa y el foco debiera estar en el consumo racional de los alimentos azucarados según el riesgo individual del hijo, más allá de que sean duros.

Otro tema abordado por los entrevistados fue el tiempo de cepillado, que normalmente es medido de forma subjetiva, vale decir, sin un reloj que indique el tiempo efectivo. Un tiempo correcto cepillado debe considerar en qué fue usado ese tiempo, si fue usado de forma eficaz para remover la placa dentaria de todas las superficies dentarias. Pablo tiene esta preocupación, asignándole valores que el considera adecuado y evaluando que su hijo lo realiza en menos tiempo:

- *La verdad que en algún momento dado le enseñaron, me ha visto a mí, se pone al lado mío a lavarse los dientes, yo estoy cinco minutos, diez minutos, pero de repente cuando yo no estoy él puede estar treinta segundos y ya se lavó los dientes, está listo. No te sabría decir (en)qué minuto.* (Pablo)

[48] Superficie dentaria donde se tritura el alimento ingerido.

El tiempo de cepillado es una variable que ha sido ampliamente analizada y aún genera controversia en la investigación odontológica. Existen autores que indican un tiempo promedio de cepillado adecuado de 2 minutos. La preocupación de Pablo es adecuada, pero su valor es incorrecto. Además, no considera otras variables que influyen en el logro de una correcta higiene, como, por ejemplo, si el movimiento usado es el adecuado, o si se limpiaron todas las superficies de los dientes.

Esta definición subjetiva es común en las personas. Vinaychandra (2017) evaluó esta variable, pidiéndole a los participantes que se cepillaran los dientes de la misma forma que lo realizaban en su hogar. El tiempo fue de 30 a 80 segundos. Sin embargo, cuando consultados cuanto tiempo ellos consideraban que duraba esta práctica, la respuesta fue entre 2 a 3 minutos, lo que demuestra que las personas sobreestiman sus esfuerzos cuando responden esta pregunta a los profesionales, tal vez para responder lo que creen que es correcto. Un cepillado minucioso requiere no sólo de un determinado tiempo, sino que varía dependiendo de las habilidades del niño, las características de la cavidad oral, la motivación, el apoyo de los padres (Baruah, K; Khetani, 2017). La remoción de placa dentaria ha estado asociada al objetivo de remover algo que es indeseable, pero la placa es parte de la ecología propia da la cavidad oral de toda persona y no debiera ser eliminada. El concepto más adecuado es control regular de la placa, para prevenir que ocurran desequilibrios en la cantidad y tipos de microrganismos que la componen y que alteran su ecología (Nigel B Pitts, Twetman, Fisher, & Marsh, 2021).

Otro tema abordado por los padres es la preocupación con el desgaste de los dientes. Esa es la preocupación de Cecilia con los dientes de su hija:

- *Típico que cuando tenemos un paquete de no sé, un paquete de algo plástico y no tenemos una tijera y utilizamos los dientes. De repente la veo rompiendo los paquetes de algo con los dientes, entonces le digo: no, porque si se te llega a romper alguna pieza dental.* (Cecilia*)*

La preocupación de esta mamá tiene una parte de verdad, porque el sistema que la boca hace parte, (sistema estomatognático), tiene ciertas funciones que deben ser cuidadas y otras que no son funcionales y que deben ser prevenidas o intervenidas para que no impacten negativamente en la función y/o estructura de las partes que componen el sistema. Estos

hábitos son denominados para-funciones e interfieren en el desarrollo correcto del sistema. Un ejemplo es el bruxismo, la succión digital, la onicofagia (comerse las uñas), la respiración bucal. Estas alteraciones pueden hacer daño en la articulación, deformaciones dentarias, incluso pueden ser factores de riesgo para la progresión de la caries, la enfermedad periodontal y las alteraciones dento-maxilares (Aguirre-siancas, 2017; Cortese & Biondi, 2009; Zapata-Dávalos & Anchelia-Ramírez, 2017). Sin embargo, en la revisión de la literatura no se menciona como etiología de estas alteraciones abrir paquetes con los dientes y que pueden llegar a su fractura. Es importante la preocupación de la mamá, pero hace una relación causa-efecto incorrecta. La función de los dientes es cortar, desgarrar y triturar comida, no abrir bolsas, pero la consecuencia que ella imagina no está presente en la evidencia.

Finalmente, aparece otro tema en los relatos de los padres, relacionado con la frecuencia del cambio de un cepillo dental del hijo. Sonia tiene una opinión al respecto:

- *Claro, ahí voy, le tomo el cepillo, le trato de lavar y lo otro es supervisar los cepillos, si el cepillo está muy chascón yo soy el que se lo cambia. Es estricto; que sea cada tres meses, pero uno pierde esa noción. Estarlos mirando, si está medios chascones los vamos cambiando, que tenga su pasta de dientes* (Sonia)

Las encuestas aplicadas a odontólogos demuestran que la mayoría le indica a sus pacientes que reemplace su cepillo de dientes manual (no los eléctricos o a pilas) cada 2 a 3 meses. Los propios fabricantes también indican este plazo como referencia para hacer el recambio. La inferencia es que luego de este plazo, el cepillo pierde eficacia para remover la placa dentaria (Tan & Daly, 2002). El parámetro que se ha usado para identificar el cambio de cepillo ha sido que los filamentos o cerdas se encuentren dobladas, lo que los padres han denominado como “cepillos chascones”. Considerando esta evidencia, Sonia está en lo correcto para preocuparse ella en el cambio del cepillo de su hija.

Sin embargo, existen otras variables que se debe considerar. Por ejemplo, cuantas veces efectivamente el cepillo fue usado diariamente, si fue poco usado, puede ser que a los tres meses aún no presente alteraciones en su forma. Si, por el contrario, fue usado frecuentemente y la persona aplica mucha fuerza en la técnica, las cerdas pueden doblarse en

menos tiempo. Un cepillado con mucha fuerza puede traer como consecuencia alternaciones como la erosión del esmalte (Salgado, Scougall, Rodríguez, Velázquez, & Bermeo, 2016).

Tan (2001) realizó un estudio para evaluar efectividad del cepillado usando un cepillo nuevo y uno con 3 meses de uso y concluyó que no existe fundamentos suficientes para que se les indique a los pacientes que el cepillo debe ser cambiado en ese plazo de uso. El desgaste del cepillo no es per se un elemento que dificulte la eficacia de la remoción de la placa dentaria. (Tan & Daly, 2002). Sonia está correcta en preocuparse con el cambio del cepillo de su hija, pero es impreciso usar como parámetro "si el cepillo está chascón".

Lo que se puede verificar es que los padres se preocupan por aspectos relacionados con la salud oral, pero hacen ciertas inferencias que debieran ser corregidas para que su rol de promotores de salud oral se fundamente con información correcta. Esta labor debiera ser asumida por los odontólogos.

g. El autocuidado de la salud oral se centra en cepillar dientes y control del azúcar.

Desde temprana edad se ha inculcado en las personas que la salud oral se traduce en mantener los dientes sanos y para eso se ha enfatizado el uso del cepillo dental y en menor medida el uso de la seda dental. Sin embargo, la salud oral involucra encías, el tejido de sostén de los dientes, paladar, la mucosa que reviste de la boca, lengua, labios, glándulas salivales, músculos masticatorios, nervios y maxilares (Benjamin, 2010).

El cuidado de la salud oral ha estado centrado por décadas en el cepillado dental y el control del consumo de azúcar para prevenir la caries. Viviana confirma esa visión, pues cuando consultada sobre qué significa el autocuidado de la salud oral, ella destaca estas dos prácticas como los elementos que constituyen este cuidado:

- *Eh… Bueno el lavado de dientes, en la mañana y en la noche (…). Que no coman demasiado dulce, y que nunca se duerman después de haber comido calugas sin lavarse los dientes, una cosa así. (*Viviana)

Efectivamente, el biofilm o placa dentaria y el consumo de azúcares son factores de riesgo para la progresión de la enfermedad de la caries. El cepillado y el control de alimentos azucarados son medidas importantes, pero no son únicas para definir el autocuidado de la

salud oral. La salud oral es esencial para que una persona sea sana, pues la cavidad oral se relaciona con funciones vitales como la alimentación, el habla, la respiración. Su deterioro afecta la calidad de vida y su bienestar (Glick et al., 2012; Nowak, 2011; Sheiham, 2005).

El autocuidado conlleva el cuidado de la cavidad oral en su conjunto, donde los dientes son fundamentales para varias funciones como la fonación y la alimentación. Sin embargo, ellos no pueden mantenerse en boca si no cuentan con estructuras de sostén sanas como el tejido óseo de ambos maxilares, el ligamento periodontal, la encía. Además, para realizar las funciones de la cavidad oral se requiere de la lengua, paladar, mucosa, labios. Cuando se busca cuidar la cavidad oral, el foco no debiera ser preservar los dientes como un fin, sino más bien, como un medio para preservar las funciones y la estética de la cavidad oral.

Cecilia plantea el autocuidado también enfocado en el azúcar y el cepillado de dientes, como si el acto en sí mismo, realizado repetidamente, sea sinónimo de autocuidado:

- *Bueno, (la salud oral se consigue) partiendo por la alimentación y después terminaríamos con la limpieza después de cada comida, que es lo que nos recomiendan y lo que nos están diciendo desde chiquititos que tenemos que hacer* (Cecilia)

Esta preocupación de cepillado después de cada comida está enfocada normalmente a prevenir la aparición de lesiones de caries observables clínicamente. La caries es la enfermedad más prevalente en la cavidad oral y, por lo tanto, es una práctica relevante.

Sin embargo, existe una premisa incorrecta en este enfoque de autocuidado que es eliminar la placa dentaria. Se ha comunicado equivocadamente la de que es siempre nociva. Pero esto no es exactamente así; la microbiota (comunidad de microorganismos) que se congregan en el hábitat de la cavidad oral es parte del ser humano (Castillo, 2018). Esto conforma una biopelícula en la superficie de los dientes que se denomina placa dentaria, compuesta de más de 600 tipos de microorganismos y que dentro de sus funciones está participar de una adecuada fisiología digestiva y proteger la salud de patógenos que ingresen por la cavidad oral. La composición del microbioma de la cavidad oral se encuentra bajo la influencia de factores como el flujo salival o tipo de dieta. La progresión de la caries no ocurre por la pura presencia de la placa, sino por la variación de estos elementos y entre una

población nativa y la prevalencia de patógenos que consiguen multiplicarse frente a determinados factores de riesgo para la caries (Nigel B Pitts et al., 2021).

El microbiota oral de cada persona es particular, por lo tanto, las medidas de autocuidado no son las mismas para todas las personas. Este elemento es muy importante, pues la propuesta de esta investigación es reconocer una atención centrada en el niño que fortalezca una comunicación hacia el autocuidado. Por lo tanto, el control de la placa dentaria requiere de una evaluación individual para diseñar planes de atención centrados en los requerimientos y las fortalezas de cada niño (Philip, Suneja, & Walsh, 2018).

Pareciera que se ha fortalecido una receta única que contiene como ingredientes cepillar los dientes muchas veces al día y controlar los dulces, sin rescatar los aspectos sociales que influyen en la salud que requieren de una conversación del odontólogo con el binomio durante la atención clínica para adecuar estas prácticas a sus determinantes sociales y sus factores de riesgo. Prevalece la mirada de que una boca sana está asociada solo a la ausencia de caries o de residuos de alimentos en los dientes. Ambas características están centradas en el diente y no en la boca como un órgano (Escobar-paucar & Sosa-palacio, 2011).

h. A los odontólogos les cuesta informar de una forma que podamos comprender lo que dice.

Los profesionales de la salud tienen dificultades para abordar las dudas e inquietudes del binomio de forma oportuna y clara. Entregan información de manera oral, aunque sin asegurarse de que sea comprendida adecuadamente. Esta dificultad será un obstáculo para la participación de las personas en el cuidado de su salud oral (Horowitz & Kleinman, 2008, 2012; Rozier et al., 2011). La literatura indica que los profesionales usan materiales que ellos creen educativos, pero el paciente no sabe para qué sirven. Los pacientes a su vez se muestran reacios a admitir que no entienden lo que el profesional les explica y por ende no preguntan o no saben cómo formular sus dudas. Sienten vergüenza de reconocer sus dificultades (Horowitz et al., 2014).

Así lo perciben Carla, Pablo y Cristina, quienes destacan que el lenguaje y la forma que el odontólogo explica es muy técnica y no favorece una adecuada comprensión de la

información. Los tres tienen esta experiencia y sus hijos han sido atendidos en tres ambientes clínicos distintos: consulta privada, CESFAM y mega prestador:

- *A veces (el dentista) es muy técnico y yo he pedido que lo digan en otras palabras, yo lo entiendo, pero quiero que la Flavia lo entienda también. Entonces digo 'ya está bien, hay que decirlo de la forma técnica pero después tradúcela, bájala a palabras más sencillas'.* (Carla)

- *(El lenguaje del dentista es) Técnico total, es como el mal de los abogados, de los ingenieros, de toda acá la gente, mientras más técnico más, no sé, 'como que me siento mejor'. Al final al paciente lo deja mucho más colga'o.* (Pablo)

- *Que entendamos lo que quiere decir (el dentista), está todo el aspecto técnico que ustedes manejan y uno queda como "ah, que están hablando, háble me en castellano", si en el fondo usa un lenguaje cotidiano, más cercano, enfocado a la realidad diaria de uno como niño, uno va a poder entender las cosas y las va a llevar a cabo.* (Cristina)

Es esencial para fortalecer el autocuidado de la salud oral que exista una comunicación eficaz entre el odontólogo y el paciente. Esta se traduce en una escucha activa y presentar la información en un formato claro y apropiado. No basta informar, se requiere poner el foco en la comprensión el mensaje. El encuentro entre odontólogo y binomio debiera ser una oportunidad de aprendizaje para todos (Horowitz & Kleinman, 2008).

Una mayor literacidad en salud oral se relaciona con percepciones más positivas de los pacientes frente a la comunicación que establecen con el profesional, lo que tiene impacto en un mejor uso de los servicios de salud oral. Además influye en una reducción de la ansiedad del paciente y una percepción de un profesional más competente (Fico & Lagoe, 2018).

El uso de un lenguaje adecuado y una comunicación que usa distintos medios de apoyo favorecería una mayor satisfacción de los padres frente a la atención del odontólogo en la clínica. Los entrevistados destacan que esta mejor comunicación incluye a su hijo y que a juicio de los entrevistados debiera ser más bien lejano a la ciencia. Gladys y Marcela ilustran qué es lo que significa el uso de este tipo de lenguaje:

- *De cómo la dentista le diga las cosas a los niños, que sea clara en decirle las cosas, por ejemplo: 'a ti te está saliendo un nuevo diente', explicarle, para que el niño, porque le están hablando en otro idioma (...). Yo creo que deberían, que el niño les pudiera entender a lo que se están refiriendo. Lo mismo que le pasó a Bernardo: 'te vamos a sacar el dientecito'. Siempre ocupan diminutivo, 'vas a sentir una abejita, pero no te va a doler, no te va a pasar nada' (*Gladys)

- *(...) a la Javiera (el dentista) le dice: 'ahora abre la boca, ahora tu muela está enferma, esta, mira te voy a poner esta masita, a ver, permiso' y le pone la anestesia y la Javiera no dice nada.* (Marcela)

El lenguaje es una competencia del ser humano que permite construir realidad a través de signos considerando representaciones relacionadas con la realidad, con las interacciones sociales y con la expresión de identidad personal (Bermeasolo J, 2016). Este construye cultura que se comprende como un entramado de significaciones que permiten a las personas interpretar sus experiencias y orientar sus acciones sobre las cuales se establecen las relaciones humanas (Bech, 2013b). Este aspecto es relevante en este tema específico, donde los entrevistados muestran cómo construyen culturalmente la identidad del profesonal y la experiencia de la atención clínica odontológica.

Los niños entrevistados demostraron que tenían la capacidad de aprender temas relacionados con el cuidado de la salud, desde la ciencia y el conocimiento, como en el caso de la pandemia por el coronavirus. Para que sean permanentes, los aprendizajes requieren de la estimulación afectiva que los transforme en significativos para quien aprende. Frente a esto, es interesante percibir que los entrevistados valoran que a los niños se les explique situaciones de su salud oral con un lenguaje que consideran es más comprensible para su hijo, alejado de la ciencia, en una visión más bien simplista de los fenómenos de la salud y enfermedad. Ejemplo de eso es "la abejita o la masita", sin aproximarse a la ciencia.

La atención odontológica construida bajo el modelo de atención centrada en el paciente tiene como uno de sus ejes que los profesionales tengan la responsabilidad de ayudar a sus contrapartes a que tengan acceso a una información útil para participar en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud. (L W Koo et al., 2016). Esto requiere de información clara, basada en la ciencia, presentada de forma atractiva que genere una conversación.

i. No queda establecido un plan de autocuidado definido entre el odontólogo y nosotros en el hogar

Una visión amplia de la salud oral requiere generar una adecuada comunicación con los pacientes, fomentando esfuerzos de promoción más amplios y coordinados. Esta construcción de la salud oral permite crear formas para evaluarla de forma más integral y situar a los individuos como protagonistas. Además, favorece el diálogo con los pacientes para comprender lo que cada uno espera lograr en esta labor más colaborativa.

Así, con esta nueva mirada, la odontología podría avanzar hacia un cuidado sostenible de la salud de las personas, integrando finalmente sus diversas dimensiones en una única mirada (FDI, 2020). El énfasis está en comunicar que el autocuidado requiere prácticas, hábitos, actitudes o comportamientos, considerando los aspectos sociales que impactan la calidad de la salud oral en una determinada conducta. Esto favorece que la persona aprenda conductas que la conducen al autocuidado (Wilkinson & Whitehead, 2009).

Elaborar un plan de autocuidado de forma colaborativa significa que se construye una alianza terapéutica entre los tres actores. Sin embargo en Chile aún existe un modelo de atención centrado en lo curativo, donde la atención primaria posee baja capacidad resolutiva, caracterizándose más bien como un sistema fragmentado que genera insatisfacción en la población, principalmente en aquellos más vulnerables, quienes tiene mayor riesgo de sufrir deterioro en su salud (Tellez, 2006).

Amalia describe cómo su hija fue dada de alta desde este enfoque de enfermedades agudas al señalar que ella estaba “sin caries”, sin considerar el carácter crónico de esta enfermedad. No se observa ninguna acción que fortalezca una labor clínica dentro del concepto de alianza terapéutica.

- *No* [hubo sesiones de consejería y práctica]. *Le han enseñado sólo la técnica. Porque además las visitas odontológicas han sido muy esporádicas. El hecho de hayan tenido buena dentadura o que no tengan caries, no, no te (lo) ponen como meta. Se acabó y ahí quedó.* (Amalia)

Esta alianza debe fortalecer un trabajo colaborativo para elaborar un plan de autocuidado. También identificar y apoyar buenas prácticas y fortalezas al interior de la

familia. Los cambios no ocurren de la noche para el día y por eso esta reevaluación de los objetivos de autocuidado y del nivel de salud del niño son esenciales (F. J. Ramos-Gomez, Crystal, Domejean, & Featherstone, 2012)

En los relatos de las entrevistadas no se observa este enfoque. En especial en aquellas situaciones donde el niño fue atendido en CESFAM. En el sistema público las orientaciones son más bien estandarizadas según metas y protocolos establecidos desde el sistema central, sin considerar ninguna participación del binomio en el diseño de un plan de apoyo al autocuidado en el hogar una vez que el niño es dado de alta. Se busca cumplir las metas establecidas según los criterios establecidos en los protocolos clínicos. Pilar y Cristina son madres que han llevado a sus hijos para ser atendidos en centros de atención primaria de salud y lo reportan así:

- *Mira, acá [*ciudad de la Región de Los Ríos] *no es mucho lo que asesoran posterior al término del proceso del calendario que les corresponde a los niños. Es el control a lo que va, un par de consejos a los niños como para el cuidado bucal, lavado de dientes después de cada comida, la entrega y eso sería. Y después ya no hay más relación con el dentista acá, posterior, a través del consultorio, salvo alguna urgencia no más. Pero no es mucho lo que te orientan posterior*. (Pilar)

- *La verdad que no hubo mucho plan, lo único que me dijo es: "ya mamá, vamos a tener que seguir igual como están, lavándose los dientes tres veces al día, y después cuando él tenga doce años vamos a solicitar una interconsulta", (...), pero tampoco hubo más explicación que esa*. (Cristina)

Este modelo más bien se centra en cumplir con "las normas y recomendaciones" establecidas por el odontólogo en vez de comprender el cuidado de la salud oral como un bien en sí mismo o una necesidad del niño. La falta de una propuesta de plan acordado deja fuera los determinantes sociales de la salud, que son lo que explican en gran parte la situación de la salud oral que se encuentra el niño. La tendencia en la odontología cada vez más "tecnificada, fragmentada y mal comprendida" es "vigilar" la boca con la idea de que la misión del odontólogo es "disciplinar la boca", quedando el binomio marginado a un plano invisible (Escobar-paucar & Sosa-palacio, 2011).

No es posible pensar un alto nivel de salud oral en el niño considerando objetivos a corto plazo. Los objetivos a largo plazo requieren de una relación de confianza con los padres

y el niño, acordando planes de autocuidado y controles con el odontólogo que deben ser cumplidos. La experiencia de Sonia es más bien de esta atención de corto plazo sin objetivos que aseguren un plan de autocuidado que le den sentido a los controles acordados:

- *Si tú ves, en general, la gente va al dentista y aparte que uno está con la boca abierta y no lo conoce muchas veces, entonces no te dicen nada, a lo más te dicen: "vuelva en tanto tiempo, tenía caries o no tenía caries, vuelva en tanto tiempo". Si se tiene que estar tan concentrado viendo un diente, qué se puede decir*. (Sonia)

Existe un movimiento en el campo de la salud oral comunitaria que enfatiza un enfoque sociocultural y antropológico para superar este carácter centrado en lo técnico de la odontología, que ha persistido desde sus orígenes con falencias conceptuales y de interpretación del contexto de la persona. Eso impacta en la forma que el odontólogo encuadra su labor clínica. Esto tiene implicancias en cómo se aborda el cuidado de la salud oral y la relación que establece con el binomio que tiende. más al paternalismo o ser autoritario. Weinstein (2008) plantea que cuando un niño requiere atenciones invasivas, que pueden ser incómodas y el plan acordado queda a medio camino, el mayor aprendizaje del niño es el miedo. Eso influye en la decisión de postergar los controles odontológicos futuros. (Weinstein, 2008).

3.2.1 Síntesis

En el siguiente recuadro, se presenta un resumen de los principales hallazgos de esta área conceptual, de acuerdo con los relatos de los padres entrevistados

1. La mamá tiene un vínculo estrecho con su hijo que incide en las rutinas del niño.
2. Las madres asumen como propias las prácticas de autocuidado del hijo, utilizando en ocasiones el miedo como medio para traspasarles un mayor grado de compromiso sin quedar claro de que esto sea eficaz.
2. Los padres asumen como suya la labor de cuidar la salud oral del hijo, dejando al niño en un segundo plano. El cuidado se resume fundamentalmente en realizar el cepillado dental y controlar el consumo de dulces.

3. Existen algunos padres que procuran estrategias para fomentar la autonomía de sus hijos, pero la mayoría de los entrevistados consideran que sus hijos de 6 a 8 años no son capaces de hacerse cargo del cuidado de su salud oral.
4. La información que los entrevistados tienen para poder asumir un rol de apoyo al autocuidado de la salud oral de sus hijos contiene errores y no considera la evidencia, lo entorpece su labor educativa hacia sus hijos.
5. Los entrevistados consideran que los odontólogos carecen de la habilidad de explicar asuntos relacionados con la salud oral en un lenguaje que sea comprensible.
6. Consideran que el lenguaje más adecuado para que sus hijos comprendan aspectos de su cuidado de la salud oral es uno distante de la ciencia.
7. No hay planes o estrategias de autocuidado definidos entre odontólogo, padres e hijo cuando se da por terminado el plan de tratamiento que se ha realizado en la clínica. Los mensajes que son entregados son uniformes, lejos del modelo centrado en el paciente, principalmente en el sector público.

3.2 ENCUADRE DE LA SALUD ORAL

En esta área conceptual se agrupan todos los temas que emergieron en las entrevistas a los padres relacionados con la construcción de significados de la salud oral. El significado tiene la influencia de interacciones previas, de las imágenes de situaciones vividas con otros grupos humanos y sociales. Los padres entregan criterios por los cuales valoran la salud oral y por qué ellos consideran que sus hijos deben cuidarla. Entre ellos se encuentran sus propias experiencias al ser atendidos clínicamente por un odontólogo.

Es amplia la literatura en salud oral que aborda el miedo y/o el desagrado de la atención clínica odontológica. Los entrevistados se pronuncian sobre esta relación, lo que refuerza el estereotipo que socialmente se ha construido de la labor del odontólogo. A continuación, se muestra cuadro con todos los temas relacionados con esta área conceptual.

ENCUADRE DE LA SALUD ORAL	a) La salud oral es la tarjeta de presentación de una persona. b) Mi expectativa es que el odontólogo "revise" y "arregle" la salud oral de mi hijo. c) No quiero que mi hijo repita mi propia experiencia odontológica negativa. d) Ir a la consulta odontológica es una experiencia estresante y requiere valentía

a. La salud oral es la tarjeta de presentación de una persona.

El atractivo físico facial se relaciona con una sonrisa atractiva que significa simpatía, aprobación, aprecio. Estos atributos son considerados una ventaja para mejores perspectivas de empleo y mejores oportunidades para relacionarse (Escobar-paucar & Sosa-palacio, 2011). Este juicio tiene una influencia de componentes sociales, culturales e históricos. Tener dientes destruidos o ausentes y visibles, transmiten supuestas características negativas de una persona, como "sucio" o "antihigiénico", en una sociedad que pareciera enaltecer una sonrisa de dientes perfectos y uniformes. (Exley, 2009).

Los entrevistados se aproximan a este encuadre. Pilar hace el esfuerzo por cuidar la salud de sus hijos porque considera que ella puede influir en las oportunidades laborales que ellos tengan en su vida adulta:

- *Lo básico que uno sabe en cuanto a la salud bucal, que hoy día me preocupa es el tema de las caries de los chicos y su dentadura que sea buena, porque a futuro el tema de los dientes es la carta de presentación de uno, en lo laboral y en todo ámbito* (Pilar)

Esta preocupación no es poco frecuente entre las personas. Según la oficina estadounidense *US Surgeon General*, las patologías orales impactan negativamente en la autoestima de las personas, las desmotivan para interactuar socialmente de forma normal e interferir en labores cotidianas como el trabajo, la escuela o la vida familiar (Bennadi & Reddy, 2013). Se han establecidos parámetros de belleza que valoran aspectos físicos como dientes bien alineados, favorece una bonita sonrisa, evaluada como atrayente y bonita. Este

referente estético se contrapone a la realidad que viven las personas que pertenecen a un nivel social más desfavorecido, que tienen un acceso limitado a la atención profesional, dejando expuesta la brecha que existe entre el ideal de belleza y aquella que parece factible de acceder (Ferreira, Antunes, Sauza, & Leandro, 2005).

La salud oral influye en distintos aspectos de la vida de las personas. Las mujeres tienden a aislarse del mercado laboral cuando presentan problemas de su salud como falta de dientes o mal aliento. Otras escogen trabajar en horario nocturno o que no tengan que relacionarse con público, sumando a su dolor físico el sufrimiento emocional y deterioro funcional con una peor calidad de vida y costos personales considerables (Palomer Roggerone, 2016).

Estas pueden ser algunas de las razones que explican la preocupación de los entrevistados con el futuro de sus hijos y cómo puede influir su condición oral en sus oportunidades cuando lleguen a ser adultos. Se suma a esta "tarjeta de presentación" el alto costo de mantenerla. Esa es una de las razones que Cecilia le da a su hija para que cuide su salud oral:

- *Y yo siempre le estoy repitiendo constantemente que mucho cuidado con sus dientes, que su dentadura es su carta de presentación y que además es muy caro acá en Chile hacerse un arreglo dental así que por favor se cuide sus dientes todos los días. Todos los días le repito lo mismo* (Cecilia)

La pérdida de piezas dentarias tiene un valor elevado para una gran mayoría de los chilenos. A modo de referencia, el sueldo mínimo para mayores de 18 años a inicios de 2021 era de $337.000[49] y el valor de un implante de un diente perdido es al menos de $600.000[50]. Esta acción clínica no es cubierta por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) donde están inscritos más del 80% de los chilenos. El daño provoca además un impacto en la vida social y afectiva.

[49] Valor del sueldo mínimo a partir del 1 de mayo del 2021 Recuperado de https://www.dt.gob.cl/portal/1628/w3-article-60141.html

[50] Valor referencia según señala mega prestador de atención odontológica en Chile. Recuperado de https://www.cajalosandes.cl/salud/salud-dental/convenio-redsalud

b. Mi expectativa es que el odontólogo revise y arregle la salud oral de mi hijo.

La expectativa de que el odontólogo "revise y arregle" conlleva la noción que lo que se está cuidando es el de la cavidad oral frente a enfermedades agudas[51]. El cuidado de este tipo de enfermedades requiere identificar sus signos y síntomas y definir un tratamiento correcto, según le evidencia disponible, para así volver al estado de salud. Sin embargo como las patologías orales son de carácter crónico, lo que se requiere no es "revisar y arreglar", sino "controlar y prevenir", fortaleciendo el autocuidado en un trabajo colaborativo entre el profesional y el paciente, en este caso, con el binomio (Espinosa & Ordúñez, 2010).

Dada esta visión de las enfermedades orales, es comprensible que, en la expectativa de Alejandra, sea que el odontólogo haga un diagnóstico de su hijo dentro de una dicotomía de "estar o no enfermo":

- *El tema es que lo revisaron y no le encontraron nada y uno como que se relaja y dice está todo bien.* (Alejandra)

Este encuadre de Alejandra no se ha construido de forma aislada. Por décadas los odontólogos han sido formados para dominar con excelencia las técnicas restauradoras y rehabilitadoras, enfocados en detectar signos de enfermedad en vez de ser capaces de cuidar o mantener la salud de las personas (Kriger, 2003). Pero el control clínico odontológico no debiera resumirse a "encontrar o no algo", como fue la expectativa de Alejandra, sino evaluar las condiciones intra y extraorales, además de los determinantes sociales de la salud del niño y su familia. Esto requiere planificar en conjunto un plan de autocuidado como parte del bienestar del niño.

Dentro de este encuadre de patología aguda, Cecilia buscaba respuestas a sus inquietudes en un formato de "*consulta express*" para su hija:

[51] Se dice de la enfermedad o proceso orgánico de súbita aparición, curso rápido y duración relativamente breve. Recuperado de https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/agudo

- *Es que (la consulta odontológica) fue como súper express. Me dejó satisfecha en el fondo, porque yo quería saber si mi hija necesitaba, si, en primer lugar, tenía caries.* (Cecilia*)*

La preocupación de Cecilia era contar con una respuesta simple de "tiene o no caries", se centra en la presencia o no de cavidades fruto de la destrucción del tejido dentario. Cuando la caries es evaluada de esta forma, se deja de lado la evidencia que demuestra que esa cavidad es un signo que la enfermedad ha progresado. Considerando la cronicidad de la enfermedad, lo que correspondía era evaluar los factores de riesgo y protectores para verificar en qué etapa se encuentra su desarrollo para definir los pasos a seguir para rehabilitar y para controlarla en conjunto con el binomio. Esta visión requiere de pacientes informados y activos y de una odontología que se haga cargo de la entrega de información desde la evidencia que ya no sustenta más este enfoque de enfermedad aguda "que revisa y arregla" (Edelstein & Ng, 2015).

Esta atención fundamentada en una labor técnica de "revisar y arreglar" tiene especial impacto en los niños que son atendidos en el sistema público de salud. En este ambiente, la atención se fundamenta en los protocolos que no consideran espacios de participación de los niños y la familia, con una mirada de "sistema preventista". Esta mirada busca proteger la infancia con un supuesto de que garantiza la salud a lo largo del ciclo de la vida (OPS, 2006). Pilar atiende su hijo en el sistema público. Ella describe la atención de su hijo en el CESFAM desde ese enfoque de cumplimiento de metas:

- *En le CESFAM de acá* [ciudad donde vive] *la atención que nosotros hemos tenido con Rodrigo ha sido por calendario, de cumplir el calendario, no es más allá.* (Pilar)

Este "cumplimiento de calendario" caracteriza el enfoque descrito anteriormente. Establecer una atención "según calendario" definido sólo por el profesional no se condice con la condición crónica de las patologías más prevalentes en la infancia. Esta política fortalece en los padres adscritos al sistema público el encuadre de "revise y arregle" que restringe el cuidado de la salud oral a lo inmediato. Es lo que ocurrió con Patricia, que luego de una atención de urgencia de su hija en el sistema público, que fue una experiencia negativa en lo relacional, optó por llevarla al sistema privado por otra pieza dañada y quedó conforme

porque su expectativa fue cumplida, “dejar la muelita lista”, sin que se realizara un diagnóstico de factores de riesgo y un plan para que estas situaciones no vuelvan a pasar:

- *En el fondo se resolvió ese problema de esta muelita y quedó lista. ...No, (el dentista) no me dijo nada [*sobre cómo controlar la patología crónica]. (Patricia)

Esta atención paternalista donde el profesional es quien decide lo que es mejor de realizar pasa a llevar la autonomía del paciente, quien cumple con su expectativa porque “la muelita quedó lista”.

c. No quiero que mi hijo repita mi propia experiencia odontológica negativa.

Hay vasta evidencia que relaciona malos indicadores en salud oral con la ansiedad de las madres frente a la atención odontológica. La ansiedad de las madres se debe, entre otros factores, a experiencias negativas vividas previamente en sus propias atenciones clínicas (de Jong-Lenters et al., 2014; De Oliveira, Da Costa, Marcelo, & Lima, 2006; Ramos-Jorge, Marques, Pavia, Serra-Negra, & Pordeus, 2006). Cristina relata lo que significó su experiencia personal negativa:

- *Lo que pasa es que yo le tengo miedo al dentista, yo siempre le he tenido miedo al dentista. Sí, yo vengo de una generación que no se visitaba periódicamente al dentista, ni se tenía mucho tratamiento dental a no ser que uno fuera a sacarse una muela, a taparse una muela. Uno no iba para que le hicieran un control para ver cómo estaba la dentadura. Entonces mi primera experiencia que tuve a los dieciocho años me sacaron una muela en un hospital público, me la quebraron cuando me la sacaron, me tuvieron que poner puntos, casi me dio una hemorragia, yo quedé traumada de por vida con los dentistas.* (Cristina)

Esta evidencia que relaciona los niveles de ansiedad de las madres con peores indicadores de salud oral en sus hijos no ahonda en las razones de su presencia. Tampoco recoge cómo ellas procesaron su experiencia negativa que estará presente en su *agenda setting* cuando sus hijos sean atendidos.

Fortalecer una escucha activa y la compasión para construir el ambiente de confianza permitiría escuchar a las madres contar sus experiencias y a partir de ello, sus expectativas

frente a la experiencia de sus hijos. Esto podría indicar cómo intervenir este impacto negativo de la madre en la de su hijo.

Muchas experiencias de estas mamás fueron experiencias concretas de miedo; no experiencias donde el objeto fue poco claro o que no sucedió (Yuwannisa, Runkat, & Indriyanti, 2013). Será difícil avanzar para mejorar los indicadores de salud oral de sus hijos sino existen prácticas reparadoras de las experiencias negativas de sus progenitoras. Además, estas madres tienen la presión de sentirse evaluadas como las responsables por el cuidado de sus hijos, por lo tanto, implica una carga extra para estas mujeres que ya son demandadas por múltiples labores del hogar (Unicef et al., 2010). Estos miedos se fundamentan en experiencias dolorosas que construyen realidades. Paula nos cuenta su experiencia:

- *Sí, de todas maneras, de todas maneras (me asusta ir al dentista). (...) yo me acuerdo que yo la sufrí, no quiero que ella la sufra así también, y un dolor de caries es un dolor fuerte po'. Entonces no era una atención muy particular, no, sino que era la atención del Cesfam, yo tuve muchas caries, yo sufrí po', para mí era terrible, era terrible.* (Paula)

El dolor no sólo tiene un carácter objetivo que se procura medir, sino es también una experiencia personal que congrega emoción y sensación, con manifestaciones observables en la persona que lo está padeciendo (Amez, J; Díaz, 2010).

Las madres entrevistadas tenían 36 años en promedio, vale decir, nacieron a mediados de la década de los años 80. En esa época ya se contaba con evidencia sobre el proceso de la caries, principios básicos de la odontología no invasiva y medidas preventivas eficaces. Además, fármacos y productos eficientes para manejo del dolor durante la atención clínica. Queda la reflexión de por qué persisten estas experiencias de dolor que dejan profundas huellas no sólo en las entrevistadas, sino también en la experiencia futura de sus hijos, cuando ya se contaba con todos estos avances.

d. Ir a la consulta odontológica es una experiencia estresante y requiere valentía

Frente a madres que han vivido experiencias negativas que generan una construcción cultural negativa frente a la atención clínica y que asocia al odontólogo con el dolor, es

comprensible que los entrevistados evalúen la consulta odontológica como una experiencia estresante que exige valentía de sus hijos. Pablo ilustra muy bien esta construcción:

- *Yo encuentro que las herramientas que tienen los dentistas son horribles. Y meten miedo, ver como un garfio que te lo meten a la boca y te hace saltar porque duele, pucha no sé. En el caso de los niños es más difícil. Pero cuando te van a sacar una muela y ves esos alicates que son iguales a los que tiene mi papá para martillar la casa, tú dices, cresta, hagan algo un poquito más bonito. O por último hagan algo entretenido con todo ese cuento.* (Pablo)

Este encuadre que hace Pablo de la situación que se vive en la atención odontológica tiene elementos objetivos, pero también sufre la influencia de encuadres subjetivos. En los estudios que se han hecho sobre las razones de las fobias de los pacientes aparece de forma recurrente aspectos bien concretos que originan esta experiencia negativa, como la inyección de anestesia. El lenguaje que usa Pablo es rico en adjetivos y detalles, y comunica una realidad que transmite significados sociales. Es la forma de construir realidad según el interaccionismo simbólico. Esta construcción requiere de un individuo que interprete el mundo (Pablo relata lo que el percibe de una atención clínica odontológica), de un dinamismo entre individuo y mundo que interactúan entre sí (Pablo responde a la puesta en escena que existe en la consulta del odontólogo) y la definición simbólica de un acto o una situación social (ir al dentista es una experiencia traumática). Por lo tanto, lo relevante en este relato no es la realidad misma, sino la forma que el entrevistado la construye, porque genera el constructo que la atención odontológica está rodeada de elementos que amenazan al paciente, fortaleciendo esta imagen negativa. Sonia agrega otros elementos simbólicos que ella traduce como las fuentes del miedo que todo paciente tiene al consultar un odontólogo.

- *Tú te sientas afuera a esperar y escuchas esas máquinas y después te van a llevar una tremenda jeringa y como que no te explican mucho, entonces uno está muy asustado y estás tenso todo el rato.* (Sonia)

Se puede notar en su relato figuras literarias como la hipérbole cuando señala que la jeringa es “tremenda”. Ese lenguaje construye una realidad que cataloga la atención clínica como una que “asustan y dejan tenso”. Lo importante no es evaluar si es correcta,

sino reconocer que se está construyendo una realidad con un significado social para la visita a la clínica odontológica. Esta representación social considera nuevos significados a los esquemas que ya existían previamente. Para que las impresiones sensoriales adquieran significado para las personas, deben ser construidas a través de redes conceptuales que le dan realidad al mensaje percibido. Mucho del conocimiento que las personas tienen no tiene asidero en la ciencia, lo que no significa que para ellas sea menos verdadero (García Fernández, 2006).

Lo que prima en estos relatos son las representaciones sociales, más allá si tienen o no asideros científicos. Ellas generan una actitud que permitiría "enfrentar la amenaza" que es la valentía, ser estoico o ser "duro". Es lo que Marcela describe de la actitud de su hija cuando asiste a la consulta odontológica:

- *Ella va feliz al dentista, no es tema. Es como bien dura, es bien extrema, es como "no hay dolor".* (Marcela)

Lo que relata esta entrevistada es una mezcla de dos conceptos que podrían ser antagónicos: ser duro y ser feliz. Por un lado, aparece la posible amenaza que exige "ser duro" y por otro, una consecuencia positiva: "ir feliz". Vale decir que, para alcanzar esta felicidad, se requiere previamente tener la capacidad de "ser dura". Por lo tanto, para ser feliz hay que ser duro frente a lo que significa la atención clínica. Es lo que plantean Patricia y Amalia, al relatar la experiencia de sus hijas:

- *La Javiera quedó asustada, llegó llorando, saltaba, eh… no, es que 'mamá, es que la dentista, no quiero ir nunca más'. Escuchaba la palabra dentista y ella no quería nada con dentistas, nada, nada, nada.* (Patricia)

- *Yo creo que en algún minuto le dolió algo, cuando le hicieron una tapadura (…) y ella dijo: 'parece que me dolió un poco', como que salió un poco angustiosa. 'Javiera ¿tú crees que eso va a volver a pasar'?, 'Es que puedo traerme mi masa, con eso se me quita'. Ella busca al tiro un mecanismo como de defensa. Entonces yo digo: 'perfecto, cuando vas al dentista yo te compro una masa y tú la llevas', ese es nuestro acuerdo cada vez que tiene que ir, que tengo que comprar la masa.* (Amalia)

En estas experiencias existe una realidad concreta de dolor, una realidad objetiva, que conlleva una amenaza que requiere de una preparación previa para superarla. Estos elementos hacen parte de la *agenda setting* del binomio que requiere ser pesquisada para empatizar con las experiencias personales. Ese paso puede abrir la puerta para conocer las historias personales y encontrar en conjunto formas específicas para cambiar esa situación que ha sido documentada por la evidencia por décadas.

3.1.1 Síntesis

A continuación, se presenta un resumen con los principales hallazgos de las entrevistas de padres, congregados en esta área conceptual.

1. La salud oral es valorada como un elemento que puede abrir puertas y oportunidades en la vida adulta, como por ejemplo encontrar empleo.
2. La expectativa es que el odontólogo resuelva problemas desde un enfoque biomédico, donde él tiene la autoridad de decidir y resolver los problemas de la salud oral como si fuesen agudas.
3. Las madres no desean que sus hijos repitan su misma experiencia de dolor cuando eran niñas.
4. La atención odontológica es representada socialmente como una experiencia estresante per se. Se requiere de valentía y de ser duro si se desea ser feliz durante la atención odontológica.

3.3 INTERACCIÓN ODONTÓLOGO/NIÑO

Esta área temática aborda la interacción del odontólogo con el niño desde la perspectiva de los padres. Los entrevistados destacan aspectos que valoran y aquellos que les preocupa en esta relación y qué esperan de la atención clínica de su hijo. También señalan cuál es su evaluación de la experiencia en la consulta odontológica. A continuación, se muestra cuadro con todos los temas relacionados con esta área conceptual.

INTERACCIÓN ODONTÓLOGO/ NIÑO	a) Confiar en el profesional es fundamental. b) El odontólogo es el juez del autocuidado realizado en la casa. c) Lo que más valoro de la interacción del odontólogo con mi hijo(a) es la parte humana. d) La incertidumbre de lo que ocurrirá con el dentista preocupa a mi hijo(a). e) La atención clínica odontológica del niño puede ser atractiva.

a. Confiar en el profesional es fundamental

La confianza, como concepto general, es un mecanismo usado por los individuos para reducir la complejidad de su entorno. Cuando dos personas interactúan no es posible saber a ciencia cierta lo que ocurrirá en este encuentro, cómo cada uno actuará o reaccionará. La confianza actúa en este encuentro como un elemento que disminuye la incertidumbre, al creer que se cumplirán las expectativas de ambas partes. Además, la confianza se construye considerando atributos como la benevolencia, integridad, honestidad buena voluntad o previsibilidad (Godoy, Labarca, Somma, Gálvez, & Sepúlveda, 2015).

Goffman también plantea la confianza cuando dos personas interactúan en su libro "La presentación de la persona en la vida cotidiana" (1959). El autor señala que cuando ocurre una interacción, un encuentro, la realidad no se conduce de acuerdo con la estadística y ciencia, más bien se realiza por inferencia. Por ejemplo, si una persona se hospeda en una casa, el anfitrión asume que su huésped no le robará sus pertenencias y quien es alojado inferirá que no corresponde actuar de esa manera (Goffman, 1959). El encuentro del odontólogo con el binomio es una oportunidad para crear este vínculo de confianza que también se hace por inferencia, validando y respetando el rol que tiene un profesional de la salud, a quien se le atribuye probidad y calidad en su desempeño. No se requiere presentar estas credenciales explícitamente.

- *Claro, uno va al dentista y dice él es el que sabe y hay que hacer esto…Claro, o sea, algo que te parezca muy raro y a lo mejor no te quedó lo suficientemente como explicado. Entonces, ahí yo me generaría algo como pedir una segunda opinión*. (Gonzalo)

Gonzalo toma la decisión de llevar a su hijo a la consulta del odontólogo con la información que maneja y que le parece necesaria para confiar que su hijo será bien atendido. Salvo que aparezca un dato nuevo, el confiará en lo que le diga el profesional sobre la salud oral de su hijo. Esta información previa tiene un rol importante en las expectativas que se tenga de la interacción clínica. Dependiendo de cómo se construya la relación y cómo avance en esa sesión en específico o las sesiones clínicas posteriores podrán surgir modificaciones en la conducta.

Para Lucía este conocimiento previo al primer encuentro es vital porque es el origen de la confianza que ella tiene en el profesional que atiende a su hijo:

- *Bueno, yo creo que también parte de que al odontólogo (...), lo conozco, entonces ahí ya parte por una confianza. Que quizás no hubiese ido donde él, quizás lo hubiese pensado un poco más, lo hubiese averiguado yo quizás por mi cuenta. Otra opinión, me entiende, pero como es más confianza con él, sí po', yo le creí y me quedé tranquila con esa respuesta y lo encontré súper acorde.* (Lucía)

Cuando esta confianza se quiebra o no se logra construir, existe menor probabilidad de tener un mismo odontólogo de referencia habitual. La desconfianza puede ser un indicador del tipo de relación comunicacional, y también puede influir en la frecuencia que se asistirá a la consulta y controles. Experiencias comunicacionales negativas con el odontólogo facilitan la desconfianza y genera una evaluación negativa de la interacción clínica con el profesional. La temporalidad con que se relacionen estos actores será esencial para definir con mayor precisión cómo se comunicarán en la atención clínica y de qué forma esta afecta el autocuidado de la salud oral del niño (Fico & Lagoe, 2018).

La sociedad se ha organizado para que la persona tenga el derecho moral de que los otros lo traten y valoren adecuadamente. Esto obliga a quien establece la relación con la persona, a valorarla y tratarla de forma digna. Cristina preparó a su hijo para el encuentro con el odontólogo definiendo sus expectativas sobre la interacción con el profesional. En la

medida que el profesional cumpla esa expectativa, se generará la confianza porque cada uno será lo que previamente declaró ser.

- *Le expliqué antes: "hijo vamos a ir donde la doctora que te ve los dientecitos, no hay que tener miedo, ella te los revisa para que no tengas nada, que no te salgan caries". Entonces él llegaba con eso: "¿me va a ver mis dientecitos?, para que mis dientecitos estén bonitos" decía él, él siempre ha sido súper comunicativo.* (Cristina)

Un tercer elemento que incide en la construcción del vínculo de confianza es lo que se comunica verbalmente o no, definida por Goffman (1959) como una comunicación teatral y contextual. Ella puede ocurrir de forma involuntaria y puede ser manejada de forma intencionada o no. Lo relevante para la relación no es lo que la persona desea transmitir, sino lo que finalmente las personas interpretan, aunque sea incorrecto. Pilar describe esta interpretación de la conducta del odontólogo:

- *En ese tiempo el dentista que nos atendió fue súper joven y uno igual nota como papá el temor de atender a los niños. Como que no hay una voz firme, tal vez una sugerencia que uno va a quedar con eso y lo va a hacer. Yo creo que más que nada es la atención verbal de los dentistas, en su acción, su forma. Porque el cuerpo también habla mucho de la atención de la persona en su seguridad. Entonces, yo creo que eso les falta a los chicos acá, un poco más de seguridad.* (Pilar)

Esta experiencia muestra que no siempre la situación ocurre según lo esperado o lo planificado. En este caso, el odontólogo puede tener una actitud positiva para actuar en la situación con el niño, pero si los interactuantes no identificaron coherencia entre lo verbal y no verbal, la interpretación va por un camino distinto a lo esperado por el profesional. En la práctica esto influye en el vínculo de confianza. La situación se definirá si la comprensión es coherente con lo que se deseaba transmitir. Esta lectura no verbal es un aspecto sensible para la construcción de la confianza (Goffman, 1959).

Gladys expresa el costo que tiene cuando el vínculo de la confianza entre el odontólogo y el paciente se rompe:

- *Sí, es que hay muchos, los mismos pacientes comentan: 'no te atiendas con esta dentista porque es horrible de mala'* (Gladys)

En lo que la entrevistada relata no hay elementos concretos del por qué el profesional es evaluado de forma negativa, más bien se puede haber generado una situación de desconfianza o un actuar incoherente distinto a lo esperado y lo vivido, y con eso se optó por recomendar no ser atendido por ese profesional.

b. El odontólogo es el juez del autocuidado realizado en la casa.

La familia es la comunidad más relevante en los primeros años de desarrollo del niño. Es donde adquieren sus primeras habilidades y conductas que luego serán importantes para su vida. También surgen los adultos significativos a cargo de su formación, que tienen la responsabilidad de entregar pautas y valores. En las sociedades occidentales la autoridad en la familia ha sido ejercida por los padres pero interpretada y ejecutada distintamente entre los hombres y las mujeres, dependiendo de cómo se valora el rol de ambos en la cultura que la familia está inserta (M. Álvarez, 2010).

Durante la infancia, los padres son quienes deciden sobre las reglas familiares, definiendo lo que sus hijos pueden o no hacer. Cuando los hijos llegan a la adolescencia, las relaciones entre ambos se transforman y la comunicación pasa a ser cooperativa entre los padres y sus hijos que están en esta etapa (Pérez, M; Alvarado, 2015).

Este proceso de construcción de la autonomía no ha sido adecuadamente resuelto a la hora de fortalecer la autonomía para el autocuidado de su salud oral. Los entrevistados consideran que sus hijos no son aún competentes para esa autonomía y asumen las responsabilidades de este cuidado. En esta perspectiva, dar el paso hacia la total autonomía en la adolescencia pareciera que ocurrirá de forma repentina, sin un proceso progresivo de empoderamiento. Son las madres las que asumen estas responsabilidades quedando los papás en un rol secundario, como fue expuesto anteriormente.

La visita a la consulta odontológica se transforma en una instancia de evaluación no sólo de las condiciones de la salud oral del hijo, sino también en su labor de cuidar su salud oral. Lucía ejemplifica este encuadre de enfrentarse al juicio por parte del profesional:

- *Aquí vamos a ver, le dije (a mi hijo), como va a salir. Ojalá y nos vaya bien, pero…pero si nos va mal... El esperaba que le fuera bien, que se estaba lavando bien los dientes, porque ahí yo le decía tienes que decir la verdad porque a él se le olvida lavarse los dientes también po'.* (Lucía)

Esta actitud puede influir en el tipo de relación que las madres establecen con sus hijos durante la atención clínica. Freeman (2008) plantea que estos distintos tipos de relaciones de las madres y sus hijos pueden favorecer o dificultar la comunicación durante la atención. Esperar que el odontólogo tome este papel de juez, que entrega un juicio moral del comportamiento del niño y la mamá (bien o mal) se aproxima a una relación del binomio que tiende a ser autoritaria y de control estricto, donde se inhibe la participación activa y autónoma del niño.

Amalia tiene la expectativa que el profesional tenga un rol de juez en la práctica del cepillado dental de su hija y que demuestre apoyo en su labor formadora:

- *Sí, (los dentistas) le preguntan (a mi hijo). Entonces yo le digo: "yo te voy a acusar que no te lavaste los dientes". Entonces en el fondo yo también le cargo la mata a los dentistas.* (Amalia)

Esta postura de las madres también refleja el enfoque biomédico que se traduce en una relación paternalista entre odontólogo y binomio, pudiendo llegar a una relación autoritaria (Emanuel & Emanuel, 1992). El discernimiento es una facultad del profesional, sin considerar la autonomía y empoderamiento del binomio como conjunto. Cristina tiene además la expectativa del reconocimiento público "de la tarea bien cumplida":

- *Hijo, si vas a comer dulces, tienes que lavarte los dientes, porque si no después se nos pican los dientes, nos van a encontrar los dientes feos y no nos van a felicitar".* (Cristina)

Esta expectativa de las madres de contar con un juicio positivo o negativo del odontólogo también favorece una tensión frente a la autoridad de padres e hijos, más allá de las prácticas propias de autocuidado.

Estas relaciones entre padres e hijos son complejas y pueden construirse de diversas formas. Pueden ser más coercitivas, donde las prácticas disciplinarias son más inconsistentes, ambiguas o muy exigentes, que trae como consecuencia un grado de resistencia e incumplimiento por parte del hijo. Pueden ser, por otro lado, demasiado permisivas, con poco control de las conductas de los niños, tendiendo a ser indulgentes con sus deseos (por ejemplo, cuando quieren comer dulces) para evitar posibles conflictos, porque su hijo no desea cooperar, por ejemplo, como lavarse los dientes (de Jong-Lenters et al., 2014). La consecuencia es que el odontólogo se ve puesto en un rol de juez frente a decisiones o acuerdos que debieran ser construidas entre padres e hijos.

c. Lo que más valoro de la interacción del odontólogo con mi hijo(a) es la parte humana.

Al investigar aspectos que las personas valoran cuando son atendidos por odontólogos, los más mencionados son el respeto y la dignidad. Los profesionales de la salud deben tener especial cuidado para promover estos principios en su atención diaria (Henríquez-Tejo & Cartes-Velásquez, 2016).

Los niños son personas que se encuentran en pleno desarrollo en distintas áreas. Entre ellas, el área de lo psíquico o mental considera las experiencias individuales, los procesos psíquicos, las experiencias personales y relacionales. El área ética social considera los ambientes culturales éticos y espirituales y los valores (Bordignon, 2005). Al atender niños se debe comprenderlo de forma integral, evitando enfocarse sólo en las alteraciones que puede presentar en su cavidad oral como parte de los sistemas orgánicos.

Los entrevistados señalan que su mayor preocupación cuando su hijo se atiende en la consulta odontológica es que sea acogido y comprendido como esta persona que tiene derecho al respeto y a la dignidad. Esperan que la experiencia no tenga impactos negativos en su desarrollo integral. En ese sentido Carla y Paula clarifican que el foco no está sólo en la competencia técnica, sino en el encuentro de dos personas que se relacionan:

- *Estoy tratando de pensar tanto en los niños, no sé si tanto en la Flavia (mi hija), pero es como el factor humano, insisto, más que el mueble, que todo sea blanco, más que el olor, es la calidez humana de la persona que recibe, el que te va a buscar a la*

puerta, el que te dice que detrás de todo este disfraz hay una cara, hay una persona con un nombre que quiere saber tu nombre, que se detenga a explicarte las cosas, porque no sé si tanto cambiaría si estuviera todo rodeado de Mickey Mouse y fuera lo mismo, una experiencia que vas al choque y como todo rápido no tiene sentido para mí. Va en la calidez humana. (Carla)

- *No, súper bien. Súper bien porque la conversación con ella (la dentista) fue de niño po', y cuéntame, Sara en qué curso estás y quienes son tus compañeros, entrar en lograr de tener una cercanía con ella, no fue nada de lenguaje técnico para ella, solamente felicitarla porque sus dientes estaban, estaban bonitos, estaban sin caries, entonces el lenguaje fue como corresponde nomás para una niña de seis años.* (Paula)

Esta preocupación con la calidez de la relación apunta a una atención desde una bioética personalista que se fundamenta en el ser humano. Esta centralidad en el ser humano concibe a la persona con tres aspectos ontológicos: es un sujeto individual e irrepetible, tiene una estructura tridimensional (cuerpo, psique y espíritu) y un carácter autónomo, que se origina y se estructura en la afectividad. La afectividad es una estructura vital y originaria de la persona. Un ser humano es, en esencia, sentimientos, afectividad, corazón (Burgos, Manuel, 2012). Es importante recordar que estas tres dimensiones se articulan entre sí; el ser humano posee una mente que piensa y una que siente, ambas se entrelazan para que la persona adquiera conocimiento y guían la vida interrelacionadas, pero con circuitos propios (Del Valle, 1998).

El encuentro con el niño es un vínculo entre el odontólogo y el niño, en una comunicación empática, que se traduce en demostrar interés y respeto por el paciente, considerando sus valores y preocupaciones. La empatía requiere de una comprensión cognitiva, sensible y vicaria de lo que el niño está experimentando (Kumagai, 2008). Carmen enlaza la comunicación empática con una actitud de la profesional centrada en el niño, que debe buscar siempre caminos innovadores para crear esta relación comunicacional afectiva:

- *Tiene que haber una empatía, tiene que haber una comunicación asertiva, tiene que haber un material de apoyo didáctico, tiene que haber las ganas de hacerlo. Si no están las ganas, el niño lo siente; si no está ese sentimiento de querer, que el niño lo entienda, entonces se mantiene más reacio. Yo creo que también va en un trabajo de personalidad de cómo poder llegar a un niño.* (Carmen)

Para crear una experiencia de atención odontológica positiva en el niño, el profesional debe tener una actitud, un lenguaje corporal y habilidades comunicacionales para generar el vínculo de confianza que, como ya fue mencionado, es valorado por los padres (Pandiyan & Hedge, 2017).

d. La incertidumbre de lo que ocurrirá con el dentista preocupa a mi hijo(a).

Como fue planteado en el primer tema, para los padres es fundamental confiar en el profesional. Además, evalúan que la incertidumbre perturba a su hijo frente a lo que podría pasar durante la atención.

La incertidumbre en salud ha despertado interés para la investigación en las últimas décadas. Se define como un estado de inadecuación del sistema cognitivo para interpretar la enfermedad y su impacto en la vida de la persona. En otras palabras, es una incapacidad para determinar qué significan los hechos que suceden a consecuencia del estado de enfermedad, impidiendo a la persona dar valores concretos a estos hechos y, en consecuencia, dificulta las predicciones para el futuro. Normalmente esta situación se origina por falta de información y conocimiento (Torres A. & Sanhueza A., 2006).

En el caso concreto del niño que asiste a la consulta odontológica, la incertidumbre se suma a otros elementos. Él puede ser vulnerable frente a una situación nueva, puede evaluar que le provocará daño o dolor. Paula identifica ese elemento de lo desconocido al interpretar la actitud de su hija cuando asistió a la consulta del odontólogo:

- *Yo creo que esa era su preocupación, de qué me irá a hacer, me irá a hacer daño, iré a llorar, iré a pasarlo bien, ese rollo me imagino.* (Paula)

La incertidumbre surge frente a lo indeterminado, a la falta de referentes que apoyen las acciones, reacciones o pensamientos. Esta situación rompe el orden rutinario conocido del niño y, por ende, su control frente a lo que pueda ocurrir. Por eso la confianza es tan importante. La confianza puede surgir como una decisión de dejar de buscar el control de las acciones y apoyarse más en la expectativa que ha surgido entre odontólogo y paciente a partir del encuentro. Al confiar se genera una disposición positiva en las conductas o intenciones

de cada interactuante de la relación. Es una apuesta hecha en el presente, mirando hacia el futuro (María Leonor Conejeros, Jorge Rojas, & Teresa Segure, 2010).

El niño está en un lugar desconocido cuando asiste a la consulta, con implementos que no hacen parte de su rutina, ubicada en una posición física que pueden favorecer un sentimiento de indefensión en el caso de que la situación la evalúe como amenazante. No sabe qué ocurrirá en esta interacción, cuánto tiempo durará, qué esperan de ella como participante de la situación creada. Una forma de superar la incertidumbre es abordarla con transparencia, enfatizando la honestidad y la integridad, actitudes valoradas por las personas. Para dejarla atrás se requiere el protagonismo de lo cognitivo y lo afectivo, que permite hacer el cambio de la incertidumbre hacia la curiosidad (Bermejo Higuera, 2021). Carla considera que la incerteza no necesariamente debe llevar a la ansiedad, sino puede ser una situación que genere curiosidad e interés:

- *Las primeras veces yo creo que (mi hija estaba) curiosa, interesada y tal vez como atenta, expectante, mirando todo.* (Carla)

La curiosidad favorece una actitud positiva para vivir una experiencia nueva, generando el deseo de saber más sobre algo o alguien. Esta curiosidad puede tener un componente perceptual o perceptivo que surge de estímulos sensoriales. La otra dimensión es cognitiva o epistémica, que surge del interés por saber orígenes, naturaleza, búsqueda del conocimiento. La hija de Carla está expuesta a elementos que pueden despertar ambas curiosidades. Lo que propone esta entrevistada es que sea una oportunidad para crear el vínculo de afecto.

Lucía plantea la importancia de contar con información para bajar la incertidumbre de los niños frente a la atención odontológica:

- *También van de lo que uno le dice antes de entrar a cualquier lugar al niño, porque si uno no le explica a lo que va, o lo que le van a hacer, 'te van a sentar, te van a abrir la boca, te van a poner la luz', (...) si van a algo totalmente desconocido seguramente hay niños que se asustan.* (Lucía)

Este cambio de eje, desde la incertidumbre hacia la curiosidad, puede ser clave para generar una interacción empática entre el odontólogo y el niño. Este proceso permite presentarle al niño la evidencia y la ciencia, una odontología menos procedimental y artesanal y más científica. La ciencia está definida desde distintas perspectivas, pero en este contexto es más bien verbo que sustantivo, pues se hacen cosas, preguntas, experimentos y se aprende de forma activa, manipulando, experimentando, ensayando y errando (Ortiz & Cervantes, 2015). Avanzar hacia un lenguaje científico comprensible ayudaría a disminuir la incerteza de lo que significa la labor del odontólogo.

e. La atención clínica odontológica del niño puede ser algo atractivo.

Pandyan & Hedge (2017) encuestaron a padres sobre la atención clínica odontológica de los niños; 74% señaló que el sonido y ruido de los instrumentos tienen efectos en la conducta de los niños. Los autores aluden a otros estudios que confirman esta cifra, donde 77% de los encuestados evalúan que la ansiedad de los niños se debe al uso la fresa del micromotor y la turbina Los investigadores sugieren que eliminar los estímulos sensoriales, los sonidos o las sensaciones -como la vibración de la fresa en el diente y los olores- pueden ayudar a eliminar la ansiedad en la atención (Pandiyan & Hedge, 2017).

Sin embargo, los padres entrevistados señalaron que sus hijos no demostraron miedo o ansiedad frente a la atención, muy por el contrario:

- *No sé, en un principio yo pensé que (mi hija) quería puro jugar en la silla, ella lo único que quería era subirse y que le echaran agua (...). Claro, la subió a la silla, la acostó, la levantó, la giró un poco, le puso las cosas cerca, le bajó la luz, entonces le hizo todo ese proceso de: "mira, no hay nada peligroso para ti". (...) Para la Javiera no es tema el asiento del dentista, no es tema las luces que están encima y que se mueven y se suben y se bajan y que le molesta en los ojos y ella los cierra y los abre de nuevo, o que le acomode el asiento.* (Amalia)

- *Él era como 'vamos para allá' nada que lo asustara, al contrario, no iba asustado para nada. (…) 'Yo quiero ir donde la doctora para que me felicite, para que vea que mis dientecitos están bien', entonces con esa expectativa siempre, no le generó ansiedad, Él encuentra que es súper choro la máquina que trabaja. Super choro, si una vez me dijo: 'mamá, yo quiero ser dentista'. Tiene una visión súper positiva, además sabe que yo trabajaba con dentistas, eso lo ha reforzado.* (Cristina)

El juego y lo lúdico tienen un rol importante en el desarrollo del niño. A través de los juegos construye realidades diversas que vive intensamente. La realidad donde los niños viven la experiencia del juego muchas veces es invisible a los ojos del adulto, porque sale de la lógica determinista que permite que las cosas y los hechos sean previsibles y comprensibles y lleva la realidad a una construcción de movimiento. Los juegos para los niños no son sólo una actividad más, impuesta desde afuera, sino que son acciones con significados para quien juega y que se traducen en una vida cultural. Por lo tanto, la experiencia lúdica permite configurar un espacio habitable, comprometerse, desarrollar su capacidad creativa para comunicar, representar y expresar la realidad, desde una elaboración original propia que nace de los sentimientos, ideas, experiencias y sensibilidad. Esto permite satisfacer necesidades personales, sociales, lúdicas y cognitivas dentro de lo incierto (Langdon, E; Braune, 2010).

Posibilitar que el juego y lo lúdico, unido a sentimientos positivos entren en la relación que el odontólogo establece con el niño, es mucho más que disfrazar la realidad de la clínica con metáforas. Es permitir un espacio de construcción donde el niño es el protagonista, despejando la incertidumbre, favoreciendo este espacio habitable que comunica y expresa la realidad.

3.1.1 Síntesis

A continuación, se presenta un cuadro resumen con los principales hallazgos de las entrevistas de los padres en esta área temática, los cuales son:

1. Los padres confían en el odontólogo validando y respetando el rol que tiene un profesional de la salud, a quien se le atribuye probidad y calidad en su desempeño.
2. La información que tengan del profesional influye en sus expectativas de la interacción clínica.

3. Las experiencias comunicacionales negativas con el odontólogo facilitan la desconfianza y genera una evaluación negativa de la interacción clínica con el profesional.
4. La confianza la construyen no sólo con lo que el odontólogo comunica explícitamente, sino está influida por lo perceptivo. Esto puede construir una reputación negativa del profesional aun cuando no existan elementos concretos que la justifiquen.
5. La visita a la consulta odontológica se puede transformar en una instancia donde los padres consideran que serán juzgados por su capacidad de cuidar la salud oral de su hijo en el hogar.
6. Para los padres es el profesional quien define los caminos a seguir en el plan de tratamiento, pudiendo llegar a una relación autoritaria.
7. Lo más valorado por los entrevistados es que sus hijos sean acogidos por el odontólogo con respeto a su dignidad.
8. Los entrevistados estiman que la incertidumbre perturba a sus hijos al no saber lo que pasará durante la atención.
9. La puesta en escena de la consulta odontológica genera en los niños más curiosidad y entretención que ansiedad. El juego puede ser la forma de que la experiencia clínica sea atractiva.

3.4 MODELOS DE ATENCIÓN

El modelo de atención en odontología se ha centrado en un enfoque biomédico, promoviendo una relación más bien paternalista entre el odontólogo y los pacientes, Los padres ratifican con sus relatos este tipo de relación entre el odontólogo, ellos y el niño.

Este tipo de relación está presente en la atención pública, que tiende a ser reactiva para responder a las necesidades “urgentes” y deja en un segundo plano las estrategias de prevención, promoción y de autocuidado establecidas una relación más horizontal entre el odontólogo y el niño. Los grupos más vulnerables presentan condiciones de vida que dificultan su empoderamiento, como su baja educación y es donde se presentan los peores indicadores de salud oral. Al respecto, los padres se quejan de que la atención en ese sector se ha deshumanizado y son críticos por varias razones hacia la atención odontológica.

En las últimas décadas, han surgidos otros modelos que buscan integrar una visión ecológica y multidisciplinaria que considera a la persona a lo largo de su ciclo de vida. Esto facilita en control y mantención de la salud o bienestar de las enfermedades crónicas, retrasando la aparición de sus consecuencias visibles (Nicolau et al., 2007).

Los profesionales que trabajan con infancia deben ser los garantes de la participación de los niños, que es diferente a la de los adultos: el niño vive su experiencia de salud y enfermedad desde sus percepciones, acciones y condiciones. Ello requiere competencias en el área del desarrollo infantil, de las condiciones de vida en general y de cada niño en su situación específica (Mårtenson & Fägerskiöld, 2008; Quaye et al., 2019; Tates et al., 2002).

A continuación, se muestra cuadro con los temas relacionados con esta área conceptual.

4. MODELOS DE ATENCIÓN	a) El estado de salud oral de mi hijo lo define el odontólogo. b) Es muy importante para mí que el odontólogo se preocupe de realizar una atención centrada en mi hijo(a). c) Atender niños requiere de competencias específicas. d) El modelo de atención odontológica actual está deshumanizado. e) La atención odontológica pública es deficiente en muchos aspectos.

a. El estado de salud oral de mi hijo lo define el odontólogo.

Como se ha dicho antes, la labor de los profesionales de la salud se ha comprendido desde el modelo biomédico, donde la relación con sus pacientes construida desde una actitud paternalista o autoritaria (Loayssa Lara & González García, 2001). Este énfasis en el control de la enfermedad como un fenómeno biológico interviniendo la cavidad oral con procedimientos invasivos ha prevalecido en la odontología (Neville & Waylen, 2019). En consecuencia, la atención en los diversos servicios de salud enfatiza una relación donde los pacientes depositan en los odontólogos su salud y la definición de los planes de tratamiento.

Esa cultura ha permeado las expectativas de los padres, quienes esperan que sea el profesional quien decida lo que se debe hacer en la atención clínica. Pablo considera este estilo de atención como la más adecuada:

- *(Mi hijo) Fue hacerse las tapaduras y, a Dios gracias, nos tocó una doctora de la escuela antigua, una doctora que podría haber sido mi mamá, hablando las cosas, así como son y que ella dijo: 'el Francisco es muy chico para esto, esto sí es necesario, esto no es necesario y le vamos a hacer esta tapadura y le voy a sellar los dientes*'. (Pablo)

Los padres confían que el profesional está capacitado para hacerse cargo del cuidado de la salud oral del su hijo. Cambiar el enfoque de atención no es algo obvio, ni tampoco una expectativa clara de los padres, acostumbrados a la cultura biomédica de la atención clínica. Paula, por ejemplo, se retiró conforme de la consulta odontológica a pesar de que su interés de sellar los molares de su hija no fue considerado por el profesional:

- *Por eso la llevamos ahí, em… y yo quería que le sellaran sus dientecitos porque como estaban todos sanitos y limpiecitos, yo quería que le sellaran. Recuerdo que el dentista me dijo eso, que todavía era muy chica para sellar.* (Paula)

El desafío del cambio de enfoque está en que los padres sean adecuadamente informados y las decisiones sean acordadas entre todos los involucrados. El profesional sabe lo que es mejor para esa situación clínica, pero es el paciente y sus padres quienes saben mejor que nadie los elementos particulares de la salud oral del hijo. Por lo tanto, la decisión de sellar o no los molares (que es la situación que relata Paula), puede contar con una adecuada fundamentación, con evidencia. En el enfoque centrado en el paciente ya no cabe señalar "el profesional decidió lo que era mejor hacer", sino la información existente indicó que lo mejor era no sellarlos por el momento y evaluar más adelante nuevamente.

Para que esto ocurra, se requiere no sólo informar, sino empoderar al binomio en un proceso interactivo y personal (Anderson & Funnell, 2005). Una relación más horizontal requiere que el modelo educativo de los futuros odontólogos salga de la entrega de un conocimiento fragmentado y rígido, donde no se incorporan principios más modernos de atención integral, con un pensamiento crítico y la consideración del paciente como un agente

activo de la toma de decisiones (Loayssa Lara & González García, 2001). Este cambio no es sólo un desafío para los académicos, sino también lo es para los odontólogos que actúan en la atención clínica y para los padres que no siempre se sienten cómodos con su rol activo en la toma de decisiones. Lucía señala lo relevante que es confiar en el profesional y obedecer lo que él decida, pues el conocimiento está en él y ella no tiene interés de participar:

- *No, no hubo plan (de tratamiento). No hubo, así como (que el dentista dijera) 'si tú quieres* arriesgar'*, no hubo esa conversación. Me acomoda que me diga... la experiencia de él. Porque él sabe. Aparte que confío en él, eh, sí. Prefiero que me den su opinión.* (Lucía)

No sólo persisten situaciones donde los padres prefieren que los profesionales toman las decisiones. Existen otras donde se pasan a llevar sus derechos y la dignidad del niño, provocando una experiencia que tiene costos más allá de la sensación de no haber sido escuchados. Es lo que ocurrió con Patricia y su hija, a través de la atención que recibieron en el servicio de urgencia al que concurrieron:

- *Yo no quería que le sacaran la muela (a mi hija). Yo quería que hubiera una solución, pero ella (la dentista) fue súper drástica, me dijo que la muela había que sacársela no más*. (Patricia)

La práctica clínica debe estar guiada por modelos de atención centrados en principios morales básicos. Las decisiones en atenciones de urgencia requieren de un profesional que actúe con rapidez, pero considerando la incertidumbre de la decisión clínica a ser tomada, la capacidad del paciente (el niño y el cuidador) de participar de la decisión y el tiempo que se dispone para este proceso. La literatura sugiere, para estos casos, que la atención de urgencia debiera guiarse por la persuasión compasiva. Ella es el intento de convencer al binomio para que el niño reciba la atención que inicialmente no es de su preferencia o no es compatible con sus valores. En ella se consideran argumentos racionales y emocionales guiados por el principio ético de la beneficencia. El proceso abre un espacio para explorar los porqué del niño y del cuidador, la *agenda setting* que cada uno tiene para generar el espacio de confianza fortalecido por una escucha activa para luego encontrar un equilibrio entre el respeto y la autonomía y el bienestar (Probst, Kanzaria, & Schoenfeld, 2017).

b. Es muy importante para mí que el odontólogo se preocupe de realizar una atención centrada en mi hijo(a).

Tradicionalmente, los programas de atención de la infancia han ofrecido a los padres y al niño recomendaciones genéricas, como "cepillar sus dientes dos veces al día y no comer dulces", que han demostrado un éxito limitado. El uso de recomendaciones personalizadas y centradas en la familia son más prometedoras pues aumentan el compromiso de los padres y el niño con el cambio de prácticas específicas. Esto incluye establecer un ambiente que genere simpatía y confianza, haciendo preguntas para ayudar a los padres y a sus hijos a identificar sus problemas, escuchando lo que dicen, alentando que participen por motivación propia, preparándose para el cambio, discutiendo los obstáculos que interfieren con la acción, preparándolos para los inevitables obstáculos en el camino (F. J. Ramos-Gomez et al., 2012). Carla y Carmen valoran esta forma de atención odontológica de sus hijas:

- *Yo creo que evaluar el cepillado, la técnica, preguntarle a ella como se relaciona con su higiene bucal, si cree que lo está haciendo bien, en qué puede mejorar. Ese tipo de cosas.* (Carla)

- *Le explicó también por qué era importante la higiene bucal y a ella le encantó. Se enamoró, no sé si del doctor o de la atención. Así que, desde ahí, ella quiere ser doctora de los dientes.* (Carmen)

Esta atención centrada en el niño debiera ser una preocupación desde los primeros minutos que el niño llega a la consulta, creando el ambiente de hospitalidad. Esa primera impresión puede tener un efecto importante en el niño, que se sienta cómodo y se integre mejor en la relación con el odontólogo y favorezca los acuerdos en el plan de tratamiento. (Weinstein, 2008).

Una estructura de entrevista del paciente que ha probado ser eficiente para esta comunicación es la guía de Calgary-Cambridge, desarrollada por Silverman, Kurtz y Draper (1998). Esta propuesta plantea ejes que favorecen la atención centrada en el niño: 1) construir relación, 2) recolectar información y 3) acordar un plan de manejo de la enfermedad. Esto requiere identificar la *agenda setting* del paciente, que entrega oportunamente información y favorece los acuerdos (Main et al., 2010).

Una estrategia eficiente para centrarse en el niño puede ser el juego, que puede surgir en la sala de espera, donde el encuentro personal ocurra fuera del ambiente propio de la clínica, incluyendo a los padres en alguna actividad más lúdica. Estas estrategias favorecen la hospitalidad que ayuda a fortalecer el vínculo interpersonal. Puede ser clave no apurar la creación de este vínculo previo al inicio de la consulta propiamente tal. Cuando el niño ingrese al box es importante no perder este espíritu lúdico, pues el juego le genera al niño la oportunidad de ser reconocido por los adultos que le son significativos, como, por ejemplo, los padres. El resultado de este proceso de la atención centrada en el niño es que ello genera una mejor disposición frente a las acciones clínicas, mayor participación en las decisiones y valoración de la experiencia como algo positivo. Eso facilita la adherencia a los acuerdos que establezcan y el hábito de hacer controles periódicos en la consulta del profesional (Weinstein, 2008).

Alejandra agradece el lenguaje y la preocupación de la odontóloga en presentar previamente la consulta:

- *Cuando entramos a mí me gustó mucho ella (la dentista) que, que en el fondo, le presentara las cosas que tuviera alrededor al Daniel (mi hijo). Y que, en el fondo, ella le estuviera diciendo dentro del lenguaje, no sé, que yo creo que utilizan ustedes en el momento de explicar a los niños como todas las cosas, porque claro si de repente te dicen, abre la boca y tú no cachai en el fondo qué es lo que te está metiendo, que tú estás mirando a través de eso, es bueno que les vayan explicando a los niños.* (Alejandra)

Otros entrevistados son más concretos y enfáticos en la centralidad del hijo durante la atención. No basta sólo generar el ambiente de hospitalidad. También debe ser explícita con el niño, para que él sepa que es lo más importante en ese minuto. Partiendo por saber su nombre, como señala Pablo, y dirigiendo las preguntas hacia el niño, no hacia los padres:

- *A ver, yo creo que primero que nada (es necesario) que el dentista se sepa el nombre el paciente. O sea, eso es fundamental, y no que lo estén leyendo a cada rato.* (Pablo)

- *(Se requiere que el dentista tenga) Una actitud directa al niño, no a la mamá, directo al niño. Enfocarte siempre en él, en él. Claro, a lo mejor puedes hacer una pregunta: '¿le preguntamos a tu mamá?', pero que sea a él, porque es él el que se está atendiendo. Yo siempre he pensado que eso es primordial. Entonces creo que cuando te están atendiendo eres tú lo principal.* (Amalia)

En la hospitalidad no basta "recibir bien", sino que es una experiencia que permite generar un ambiente de bienestar y alegría mutua, una experiencia compartida. La hospitalidad como concepto considera cuatro elementos: 1) un huésped que se encuentra fuera de su casa, 2) el encuentro de huésped y anfitrión, 3) la interacción e intercambio mutuo y 4) la preocupación del anfitrión de otorgar seguridad, bienestar psicológico y fisiológico al huésped (R. Kelly et al., 2016). En concreto, esto significa reconocer que el niño está fuera de su ambiente conocido, que el encuentro odontólogo paciente requiere construir relación, que se traduce en un interés genuino de conocer al niño en su integralidad, demostrando una preocupación por su bienestar. La hospitalidad trae como consecuencias tranquilidad, esperanza, libertad, creatividad y calidad en la atención (Gilje, 2004).

Estos elementos favorecen la atención centrada en el niño. Los entrevistados valoran que su hijo sea una preocupación central, con gestos concretos como saludarlo y escuchar sus propuestas para su autocuidado Pilar define los siguientes elementos para ilustrar lo que es una atención que cumpla con las expectativas que ella tiene:

- *Para mí es una atención completa, partimos desde el saludo hacia el niño, preguntarle cómo está, qué siente, qué tiene, explicarle que es lo que le van a hacer, atenderlo, y sus controles después, será, me imagino, un seguimiento post*. (Pilar)

c. Atender niños requiere de competencias específicas.

La evidencia relacionada con un mejor cuidado de la salud oral señala que se requieren cambios profundos en los diseños curriculares y en las políticas públicas en odontología. Los entrevistados destacan competencias biopsicosociales de los profesionales que se relacionan con la atención centrada en el niño, que lo comprende de forma integral. Cristina señala claramente que, desde su perspectiva, atender a niños requiere de competencias específicas que no están garantizadas en un odontólogo general:

- *Primero que todo, (se requieren) profesionales idóneos. Yo creo que no es lo mismo un odontopediatra que un dentista sin el título, sin título de odontopediatra, para mí no es lo mismo, porque no tiene esa cosa como la llegada con los niños, no tienen esa paciencia, se le nota que no tiene ese trato. Están acostumbrados a tratar con adultos y no es lo mismo que tratar con niños*. (Cristina)

Si se analiza lo que valora la entrevistada, se puede inferir que ella considera que un odontólogo general no posee las competencias necesarias para atender niños. Sin embargo, el desafío de todo profesional es la comprensión de la salud como un fenómeno social y que tiene particularidades; es una competencia transversal a la odontología como disciplina y no es exclusiva del profesional con la especialidad de odontopediatría.

De hecho, en la literatura de odontología pediátrica no existen modelos que garanticen la idoneidad que la madre espera. La investigación en esta área se ha centrado más bien en la ansiedad y miedo del niño frente a la atención odontológica y estrategias psicológicas para el manejo de ella.

Los entrevistados destacan dentro de las competencias que esperan de quienes atienden niños habilidades sociales, comunicacionales y actitudinales. Carla destaca la empatía y Patricia los gestos no verbales que demuestren interés por generar una relación:

- *Yo creo que (se requiere tener) como empatía o acoger bien al niño en el momento de que lo tienen sentado ahí en el silloncito, yo creo que es eso más que nada. Eso, si hay alguien que no te explica nada y si te mira, así como… yo creo que tenís que ser empático, sobre todo por los niños.* (Carla)

- *Sí, yo encuentro que ayuda, porque los niños igual son curiosos y les gusta la maquinita, la luz... y uno igual, yo he visto que hay profesionales que, que igual tienen esa vocación y le dicen te voy a dibujar un monito, una princesa*… (Patricia)

Es importante destacar que no basta lograr la experiencia positiva del niño con la interacción con el profesional si al final se construye una relación paternalista. La salud oral requiere autocuidado y, por lo tanto, estas competencias debieran estar al servicio del empoderamiento del niño, evitando las situaciones de dolor y urgencia, que ponen en jaque todas estas competencias tan valoradas por los padres.

d. El modelo de atención odontológica actual está deshumanizado.

Uno de los mayores problemas que los pacientes adultos reclaman de sus atenciones odontológicas es la falta de empatía de los profesionales frente a sus expectativas, una falta de comprensión de su *agenda setting*. Además, reclaman que reciben tratamientos innecesarios, poca información para participar en la toma de decisiones, lo que se suma a sus malas experiencias clínicas previas. Un odontólogo tiene una práctica clínica con una rotación promedio del 50% de pacientes cada cinco años. La mitad de estos pacientes que cambian de profesional se debe a deficiencias en las habilidades interpersonales y comunicacionales del profesional con el paciente (Nareg Apelian et al., 2014). Pablo ejemplifica esa discrepancia entre lo que el paciente espera y cómo evalúa el actuar del profesional frente al cuidado de su salud oral:

- *No puede ser posible que yo vaya al consultorio y de lo que están hablando es de sacarme los dientes. O sea, por qué, es más cómodo que ande con dientes plásticos que arreglarme los míos.* (Pablo)

Establecer la *agenda setting* es una estrategia conversacional que puede prevenir esta percepción. El profesional puede presentar de forma explícita la propia, con alternativas para construir una conjunta con el paciente. Esto puede ser valioso en aquellas situaciones donde se requiere definir y jerarquizar el foco de conversación, debido a que existen muchas prioridades interrelacionadas (N. H. Gobat, 2014). En el caso que plantea Pablo, puede ser que el profesional no busque reemplazar sus dientes por unos de plásticos. Pero esta afirmación muestra su impotencia frente a una atención que parece no reconocer el fin de la profesión, es cuidar la salud oral y el bienestar del paciente.

Los entrevistados tienen mayoritariamente una percepción negativa de la labor del profesional y consideran que la atención en odontología varía dependiendo del poder económico de las personas. Vale decir, que aquellos que pueden pagar pueden acceder a un control preventivo regular y aquellos que no pueden dependen de tratamientos mutiladores de atención de urgencia o “a ponerse dientes plásticos”.

Los altos costos de la atención de la salud oral hacen que las personas de bajos ingresos tengan una percepción del odontólogo como alguien codicioso, egoísta y que no

tienen interés por atender en el sistema público. Eso genera una sensación de cierta injusticia en la atención que las personas pueden acceder (Henríquez-Tejo & Cartes-Velásquez, 2016). Pablo ejemplifica esto que la evidencia señala:

- *A ver, yo creo que uno no espera mucho tampoco, dada la situación de hoy en día, como que todo esto se ha transformado en un negociado gigante. Tú ya no esperas ese tipo de cercanía. Por último, inviertan un poco de tiempo, no vean todo lo que sea lucas, ¿ya? Del momento que estás cobrando cincuenta, sesenta lucas, (…) hazle una evaluación de cómo se están lavando los dientes, por último. O sea, si ya te pagaron, preocúpate de que el gallo aprendió lo que tú le estabas explicando.* (Pablo)

Los costos que conlleva la labor del odontólogo pueden impactar con la calidad de la atención y la gran inversión que los profesionales hacen en tecnología y formación de pre y posgrado. Al final del día, los entrevistados consideran que estos gastos juegan en contra de una atención que demuestre respeto por su dignidad. Pareciera que quedan en un segundo plano aspectos relevantes para hacer frente a la mejoría de los indicadores de salud oral, como son las habilidades comunicacionales, interpersonales y competencias socio- culturales. Esta situación genera una sensación de exclusión por parte de la población de menores ingresos (Nareg Apelian et al., 2014).

Las personas perciben que la atención odontológica prioriza recuperar esta inversión, deshumanizando su labor profesional. Pablo y Patricia demuestran su desconfianza con la probidad de los odontólogos:

- *Partimos haciendo un proceso de diagnóstico, por decirlo así. Ese diagnóstico lo hacía un bichito, te estoy hablando de un cabro, de una cabra súper joven que en el fondo es ella la que hace la evaluación (…). Obviamente, de tratarse de un plan de salud privado, nos metieron todas las cuestiones habidas y por haber con tal de aumentar la facturación al respecto.* (Pablo)

- *He escuchado muchos casos así, pero si uno tal vez puede tener sus lucas y va a otro lugar, donde hay médicos particulares, te atienden súper bien po'. Entonces es fome, porque a final de cuentas yo creo que la vocación tiene que estar tanto en un médico particular como en un médico de consultorio*. (Patricia)

La atención odontológica se ha construido validando su labor en la medida que realiza procedimientos en los dientes, en la cavidad oral, enfatizando el proceso, a veces con poca claridad de los objetivos más a largo plazo. Esta mirada "dentrocéntrica" requiere avanzar para un enfoque de trabajo en equipo entre las distintas especialidades de la disciplina y con otros profesionales de la salud, creando una red de profesionales que identifica y comprende las necesidades globales del paciente, previniendo esta deshumanización de la atención (Nareg Apelian et al., 2014). Sonia evalúa que el odontólogo pierde en humanidad porque tiende a no integrarse en un trabajo en el equipo de salud:

- *(Los dentistas son) Un poco fríos. Un poco distantes, por lo mismo, porque uno ve que está muy metido ahí en su diente. Por ejemplo, yo soy matrona y 'tenemos que aumentar la cobertura de PAP' y resulta que con los únicos que no contamos es con los dentistas porque más que le pregunte si quiere la señora, si se ha hecho el PAP, por preguntarle algo. Entonces viven en un mundo muy separado del resto del equipo*. (Sonia)

e. La atención odontológica pública es deficiente en muchos aspectos.

El objetivo de esta investigación es comprender la comunicación interpersonal del odontólogo con el niño en el contexto clínico. En ese sentido, la evaluación que los entrevistados tienen del sistema de salud escapa de ese foco, pero no es posible analizar esta interacción sin contextualizarla en los ambientes donde ocurre.

En este análisis, las políticas públicas destinadas a las personas de nivel socioeconómico más vulnerable debieran ser una propuesta para toda la población, sin excepción. Los niveles de atención deben organizar los recursos para que todas las personas puedan satisfacer sus necesidades, sin que medien aspectos socioeconómicos (Julio, V; Vacarezza, M; Álvarez, C; Sosa, 2011).

Existe poca evidencia sobre cómo varía la percepción de las personas sobre su salud oral de acuerdo con los grupos etarios, sociales y geográficos, tanto en Chile como en otros países; aún menos cuando se trata de la experiencia de los niños. Comprender estos encuadres puede ser un aporte para mejorar la fundamentación de los diseños de las políticas públicas y la gestión de los sistemas de salud, pues 80% de la población chilena se atiende en el sistema público.

Portela (2013) realizó un levantamiento de los reclamos de pacientes odontológicos chilenos realizados a la Superintendencia de Salud y determinó que gran parte de las insatisfacciones de las personas no se relacionan con los procedimientos clínicos, sino con la mala comunicación con los pacientes y falta de respeto de su dignidad (Portela León, 2013).

El modelo que aún prevalece en el sistema público tiene un enfoque biomédico, incluso considerando las acciones preventivas para la enfermedad de la caries, donde se favorece la definición de acciones preventivas en la clínica por parte del odontólogo y una labor educativa sin mayores orientaciones, que le otorga centralidad al diente (Peres et al., 2019). Carmen enfatiza esta centralidad del diente por sobre una visión de la persona de forma integral:

- *Yo creo que puede ser en el trato, (en los dentistas) se va perdiendo la vocación en el sistema público o quizás pierden esa preocupación hacia el paciente. Él (mi hijo) estaba traumado con el dentista. Lo que pasa es que de por sí en el sistema público se optimizan mucho los recursos, partiendo por esa base. Entonces en el procedimiento práctico, se les olvida la parte humana, dan como por hecho que la labor que están haciendo es directo con el diente, chao el paciente.* (Carmen)

Desde el año 2018 el Ministerio de la Salud en Chile desarrolla el programa CERO que tiene por objetivo "establecer una línea de trabajo que oriente y estandarice las acciones para la implementación de la población en control con enfoque de riesgo odontológico (CERO) en la Atención Primaria de Salud del país" (p. 5) (Ministerio de Salud de Chile, 2018). Este programa se enlaza con la Garantía Explícita de Salud (GES) de Salud Integral de los 6 años, donde varios de los hijos de los entrevistados son beneficiarios. Ambos programas siguen un modelo biomédico, que establece desde los profesionales y las autoridades en salud los criterios de diagnóstico, la periodicidad de los controles y la definición de los planes de autocuidado. No existe en sus orientaciones elementos de un modelo de atención centrado en el niño. El hijo de Pilar se atiende en el sistema público y su relato ilustra este modelo:

- *De acuerdo al programa, ellos (los dentistas te dicen que te van a llamar, entonces finalmente pasan meses, meses y no te llaman hasta que uno como mamá tiene que ir a preguntar qué pasa con la atención y ahí recién se acuerdan y comienzan a darte la hora. Porque es todo calendarizado (...).* (Pilar)

Ramos y col (2012) presentan un protocolo de seis pasos para controlar la caries en los primeros años de la infancia que podría optimizar la calidad de la atención en el sector público. En esta propuesta se plantea la importancia de una relación continua entre el odontólogo y el paciente que permita una atención de salud oral accesible y coordinada de manera integral, mientras se involucra activamente la participación de la familia (F. J. Ramos-Gomez et al., 2012).

El enfoque biomédico favorece la mantención de las desigualdades en la salud oral, lo que es grave pues son los más vulnerables los que más requieren de atención y cuidado oportuno. La atención privada suele ser cara. El Estado sólo cubre algunos grupos etarios específicos. De esta forma, los entrevistados evalúan que la situación económica juega un papel decisivo en la situación de salud oral de sus hijos y de los chilenos de forma general. Ellos evalúan que eso impacta de forma negativa en la población más vulnerable. Se visualiza la labor del odontólogo íntimamente relacionada con la capacidad de pago de las personas, lo que transforma el cuidado de la salud oral en un negocio, distanciando a quien no posee capacidad de pago de una atención odontológica oportuna (Nareg Apelian et al., 2014). Es la experiencia que relatan Marcela y Amalia:

- *Sí, atienden diferente. Por el dinero, en el fondo todo es plata. Sí, me patearon un año la atención [consultorio público]. Y yo iba, él sabe, me conoce. "No puedo" me decía. Y yo, a ver ¿qué hago?* (Marcela)

- *Tiene que haber vocación de servicio. No porque no estén en un sector donde no estén pagando, porque a lo mejor nosotros no estamos pagando... exactamente. Y al Estado le estoy pagando yo. Yo creo que mucha gente no piensa eso, que yo misma estoy pagando tu sueldo.* (Amalia)

Los entrevistados se sienten invisibles o impotentes frente a las decisiones que se toman en la atención pública. Sienten que no son escuchados, que el sistema no responde oportunamente a sus necesidades y que la atención que reciben es impersonal, incluso

indigna. Anhelan contar con un espacio de atención donde los escuchen y puedan participar y recibir información para cuidar de mejor manera su salud oral. Esas características hacen parte del modelo de atención centrada en la persona que ha demostrado ser eficiente en otras áreas de la salud.

- *Yo sentí que fue mala la atención, incluso hasta que nos vinimos fue pésima, pésima, pésima. Como yo le digo, la Sofía es llorona, entonces le dio miedo, la tuvieron que afirmar otro técnico, la enfermera, la afirmó y la Javiera gritó. Se la sacó así: 'abre la boca,' le decía, 'porque o si no, nos va a costar mucho', fue como pésima la atención.* (Patricia)

- *No tenemos el acceso, yo estoy hablando ahora en mi calidad de usuaria del sistema público. Yo ahora, recién a mis cuarenta años, yo estoy haciendo uso del sistema público (...) Cuando uno va a pedir hora no hay hora, nunca hay hora. 'Sabe que necesito una hora porque me duele una muela', 'ya tengo hora para dos meses más', pero me duele ahora, no hay espacio aquí para la revisión. De ir al dentista para que me vean como estoy, que me evalúen, para ver si estoy lavándome bien los dientes, a uno no le enseñan a lavarse los dientes cuando uno va al dentista.* (Cristina)

- *Es que ya me había hecho una tapadura y terminé con contracciones. Entonces un proceso no puede llegar a dejarme con contracciones en donde yo puedo perder a mi hijo. Entonces le dije: 'deme el alta y yo me voy a un dentista particular'. Aunque tenga que pagar, prefiero que sea más llevadero, más relajado*. (Amalia)

Examinar cómo se están construyendo las relaciones del odontólogo con los pacientes en el sector público, permitiría analizar críticamente cómo las decisiones clínicas y de autocuidado se ven influenciadas por factores personales, sociales y económicos (Exley, 2009).

El equipo de profesionales de odontología de un determinado CESFAM debiera considerar cómo crear oportunidades para obtener mejores indicadores de salud, enfatizando el autocuidado. Los niños y sus familias podrían participar de los planes de tratamiento y los profesionales abrir el encuadre de su labor para actividades de consejería y no sólo de acciones clínicas. Es relevante considerar las funciones de la salud oral, físicas, sociales y culturales, procurando superar estas inequidades (Exley, 2009).

3.4.1 Síntesis

A continuación, se presenta un resumen con los principales hallazgos encontrados en esta área conceptual sobre modelos de atención.

1. Aún prima un enfoque biomédico en la atención odontológica de los niños, donde los padres asumen más bien un papel de espectadores frente a las decisiones que son tomadas por el odontólogo.
2. En situaciones de urgencia, este enfoque puede impactar negativamente la experiencia pasando a llevar la autonomía del binomio, con una atención poco compasiva.
3. El modelo de atención odontológica aún se centra en el diente como unidad de atención, dejando en un segundo plano a la persona.
4. Los padres consideran que, para poder atender niños, los odontólogos deben presentar competencias específicas relacionadas con la amabilidad, la empatía y la capacidad para que el niño se sienta valorado por el profesional.
4. La atención pública presenta falencias para cumplir con las expectativas de los padres.
5. La calidad de la salud oral depende del nivel socioeconómico del niño y su familia.
6. Se evalúa que la atención odontológica ha sufrido una deshumanización y, frecuentemente, lo que prima son las condiciones económicas que tienen los padres para pagar una mejor atención.
7. Los usuarios del sistema público consideran que a los odontólogos que trabajan en esta área les falta más vocación de servicio y trabajar en conjunto con los otros profesionales de la salud.
8. Los padres valoran la atención centrada en su hijo, destacando los aspectos relacionales como uno de los más valorados.

4. Resultados de entrevistas a odontólogos

Fueron entrevistados 21 profesionales, nueve hombres y doce mujeres, varios de los cuales se desempeñaban clínicamente en distintos ambientes. Además, en algunos casos, eran académicos. Entre los veintiún profesionales, diecisiete viven en la Región Metropolitana y cuatro en otras regiones (Valparaíso, del Maule, del Biobío y de los Ríos); doce realizaron la especialidad en Odontopediatría y nueve son dentistas generales que han optado por atender niños. Con relación a los lugares de trabajo, catorce declaran desempeñarse en el sector privado (megaprestadores[52], consulta particular y clínicas privadas) y los otros siete atienden en el sistema público (CESFAM, módulo odontológico JUNAEB y atención en hospital de referencia[53]). De los entrevistados, ocho son académicos en pre o posgrado de Odontopediatría. Once tienen menos de 10 años de ejercicio de la profesión y los otros diez tienen más de 10 años de experiencia laboral.

La tabla que se muestra a continuación resume la caracterización de los profesionales entrevistados:

[52] Son entidades de salud donde se ofrece la atención de diversas especialidades, organizados en cadena, los cuales debido a la cobertura, magnitud o volumen de prestadores cubren gran parte del mercado privado de atención odontológica. Presenta un sistema de atención fragmentado, donde el paciente es diagnosticado por un profesional, pero el plan lo realiza otro. Las relaciones laborales no son formales, el profesional recibe un porcentaje de lo cancelado por los pacientes. Algunos se integran de forma vertical con algunas Instituciones de Aseguradoras Provisionales (ISAPRES)

[53] Es el lugar donde se reala evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutiva a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio.

Tabla 9. Caracterización de los Odontólogos Entrevistados

Centro de atención	Total	Hombres	Mujeres	Hombres				Mujeres			
				< 10 años de profesión		> 10 años de profesión		< 10 años de profesión		> 10 años de profesión	
				con espec.	sin espec.	con espec.	sin espec.	con espec.	sin espec.	con espec.	sin espec.
Privada	3	1	2			1		1		1	
Privada - Académica	8	4	4			4		1		3	
Mega prestador	3	1	2		1				2		
Cesfam	4	2	2		2				2		
Junaeb	1	0	1						1		
Ancora	1	1	0		1						
Hospital	1	0	1							1	
TOTAL	**21**	**9**	**12**	**0**	**4**	**5**	**0**	**2**	**5**	**5**	**0**
				9				**12**			
				Región Metropolitana		Otras Regiones		Región Metropolitana		Otras Regiones	
				7		**2**		**10**		**2**	

Todos los entrevistados demostraron preocupación por entregar un alto grado de profesionalismo en su atención clínica, pues señalan saber la responsabilidad que significa atender al grupo del ciclo vital que es más vulnerable. La infancia aún no tiene una agencia de autocuidado del todo autónomo y depende del compromiso de los adultos que están a cargo. Les preocupa generar una experiencia positiva como lo describe la Dra. Silva[54]:

- *Somos como la primera etapa, como esta semillita que se siembra y si queda bien sembrada, bueno perfecto, (los niños) van a evolucionar bien, van a generar buenos hábitos, van a estar preocupados, van a asistir a sus controles, pero también depende de toda la historia familiar que ellos tengan.* (Dra. Silva)

Esta preocupación puede hacer la diferencia como señala la Dra. Silva. La evidencia empírica ha establecido que las condiciones en las cuales crece un niño pueden impactar en la salud de la persona a lo largo de su vida (de Jong-Lenters et al., 2014).

[54] Los nombres de los entrevistados no son los verdaderos, como fue explicado al inicio del capítulo

La interacción positiva entre profesional y familia crea una oportunidad para reforzar la educación en salud, promoviendo prácticas de autocuidado que favorecen el bienestar psicosocial del niño. Además, puede identificar factores que ponen en riesgo su salud. Estas oportunidades son especialmente relevantes durante las actividades educativas grupales organizadas en los centros de atención primaria (APS), establecimientos escolares, visitas domiciliares e instancias de entrevistas como las que se suceden en las atención clínicas (Aguayo, F; Correa, P; Kilelman, 2012).

La infancia es un momento del ciclo de la vida clave para fortalecer el autocuidado. Al compartir la agencia entre el cuidador y el niño, el adulto puede impactar en el desarrollo de prácticas saludables. Este niño, a su vez, un día será adulto y podrá tener a cargo otros niños, a los cuales les transmitirá esta actitud positiva hacia el cuidado de la salud oral, generando un círculo virtuoso en el ciclo de la vida (Artnik et al., 2008; Broadbent et al., 2016; Folayan et al., 2014b; Hertzman et al., 2001).

En esta construcción de una actitud de autocuidado a largo plazo, el odontólogo tiene una gran responsabilidad en la medida que construye una relación con el niño y su familia durante la atención clínica. La medicina y la enfermería han avanzado hacia relaciones que enfatizan el autocuidado. Este nuevo enfoque deja en el pasado la visión biomédica, creando un entorno más asociativo, lo que no significa que el profesional abandone su liderazgo indiscutible en el área de la salud. Más bien se propicia que las personas tengan un rol activo (González Mestre, 2014).

La odontología tiene mucho que avanzar aún en la atención de los niños. Aún persiste una preocupación exagerada en el control de signos y síntomas de la enfermedad y en un rol del paciente que debe cumplir lo que se le ha indicado (Nareg Apelian et al., 2014).

A continuación, se presentan los resultados de las entrevistas en profundidad con los odontólogos. Una vez analizadas las veintiuna entrevistas realizadas, se organizaron los temas emergentes en las cuatro áreas temáticas ya definidas en las entrevistas a padres y niños. La tabla siguiente presenta el consolidados de las áreas temáticas y sus respectivos temas:

Tabla 10. Síntesis de Áreas Conceptuales y Temas Emergentes de las Entrevistas a los Odontólogo

AREA CONCEPTUALES	TEMAS
AUTOCUIDADO	a) La salud oral del niño depende fundamentalmente de los padres o cuidadores. b) El autocuidado y la salud oral se centra en el diente y la caries c) No considero al niño a la hora de tomar decisiones sobre su salud oral. d) Mi formación en comunicación es deficiente. e) La caries la abordo como una enfermedad aguda. 1.6 Yo defino los temas que se deben abordar con el binomo en la clínica. f) El niño sólo entiende información sobre la salud oral si le hablo sin ciencia. g) Es muy difícil cambiar prácticas del cuidado de la salud oral.
ENCUADRE DE LA SALUD ORAL	a) Los padres no valoran mi labor profesional a no ser que haga una acción clínica cuando asisten a mi consulta. b) La boca está separada del resto del cuerpo. c) Las experiencias clínicas previas del niño y su entorno influyen en nuestra interacción.
INTERACCIÓN ODONTÓLOGO/NIÑO	a) El vínculo con el niño está permeado por un encuentro personal. b) Los padres presionan para que yo asuma labores que les corresponde a ellos realizar. c) La puesta en escena clínica odontológica influye en la experiencia clinica del niño.

AREAS CONCEPTUALES	TEMAS
MODELO DE ATENCIÓN	a) Lo importante es que yo informe sobre lo que he decidido lo que es mejor para el plan de tratamiento. b) Es mi responsabilidad decidir lo que es mejor para el niño. c) Procuro que el niño se sienta valorado durante la atención. d) La forma de atender al niño está condicionada por mi ambiente laboral.

4.1 AUTOCUIDADO

En esta primera área conceptual ser recogen los hallazgos de las entrevistas a los odontólogos relacionados con la centralidad que se le otorga al diente como objetivo de su labor profesional promocional y preventiva. Además, jerarquizan las responsabilidades que ellos como profesionales, además de los niños y sus padres, deben asumir para cuidar la salud oral. En estas definiciones surge de forma implícita cómo se distribuye el poder en la toma de decisiones El empoderamiento de la persona es fundamental para que participe en la toma de decisiones y evalúe el conjunto de opciones disponibles para abordar su cuidado de acuerdo a su realidad (Stiggelbout et al., 2012).

Por otro lado, los entrevistados consideran su nula formación en habilidades comunicacionales (qué informan y a quien dirigen sus mensajes) como un obstáculo para generar cambios em prácticas y conductas de autocuidado en el niño al interior de su hogar. A continuación, se presenta un cuadro con el conjunto de temas definidos para esta área conceptual.

AUTOCUIDADO	a) La salud oral del niño depende fundamentalmente de los padres o cuidadores. b) El autocuidado y la salud oral se centra en el diente y la caries. c) No considero al niño a la hora de tomar decisiones sobre su salud oral. d) Mi formación en comunicación es deficiente. e) La caries la abordo como una enfermedad aguda. f) Yo defino los temas que se deben abordar con el binomo en la clínica. g) El niño sólo entiende información sobre la salud oral si les hablo sin ciencia. h) Es muy difícil cambiar prácticas del cuidado de la salud oral.

a. La salud oral del niño depende fundamentalmente de los padres o cuidadores.

Para la gran mayoría de los entrevistados, los únicos responsables por el cuidado de la salud oral del niño son los padres. Consideran que su rol como profesionales es informar e instruir técnicamente. Los niños pueden opinar en temas acotados, pero los padres debieran asumir y realizar las prácticas y cumplimiento de normas al interior del hogar. Tanto la Dra. Barros como el Dr. Soto son enfáticos en la definición de este rol:

- *Yo creo que el rol de los papás es la supervisión del autocuidado. La supervisión y el estar evaluando que el hijo lo esté haciendo bien. Tienen que estar chequeando, tienen que estar presentes, no pueden pensar que, porque el hijo se sabe lavar los dientes, no pueden estar nunca más presentes, yo encuentro que no está válido (…).* (Dra. Barros)

- *Yo creo que, sin desmerecer a los niños, que* [la responsabilidad entre el adulto y el niño*] es una proporción 80/20.* (Dr. Soto)

La literatura es vasta en evidencia que relaciona a los padres como responsables de la salud oral de sus hijos. En su gran mayoría este rol se relaciona con la construcción de los estilos de vida y a generar un contexto socioeconómico y cultural al interior de la familia. (Soussou, Aleksejūnienė, & Harrison, 2017).

No obstante, según la teoría de Orem, el rol de los padres es compartir la agencia de autocuidado con su hijo mientras va transitando hacia una etapa que pueda hacerse cargo de su autocuidado de forma totalmente autónoma. Esta responsabilidad es más evidente en los primeros años de vida, cuando el niño inicia sus primeros pasos en aspectos vitales de la autonomía, como caminar y comunicarse con otros usando algunas palabras o frases (Cespedes, 2007).

Un adecuado desarrollo desde los primeros años de vida impactan en las capacidades posteriores, como asumir responsabilidades de su autocuidado con un rol mucho más protagónico al que los odontólogos entrevistados les asignan. Hay una visión infantilizada de lo que el niño de este rango etario puede hacer. Se lo ve como no apto para asumir y realizar.

Los entrevistados indican obstáculos que ellos visualizan para que los padres asuman con propiedad esta función. Estas dificultades son caracterizadas por el estilo de vida que llevan las familias actuales que atentan contra la generación de espacios de encuentro y por una vida de alta exigencia que provoca cansancio en los padres, que optan por evitar acciones disciplinarias frente a sus hijos. La Dra. Moreno las describe de la siguiente manera:

- *Mira, lamentablemente, el autocuidado de los niños va a depender mucho del entorno familiar. Hay un cuento también de rutinas, de horarios, que no sé, porque la gente tiene que trabajar mucho, entonces ya no comparte mucho la familia, eeeeh. Muchos padres malcrían, porque llegan tarde y no importa que el cabro no duerma las horas que tiene que dormir, ¿ya? Entonces hay como un cuento social también ahí, que influye en el comportamiento de los padres.* (Dra. Moreno)

Según lo declarado, se podría inferir que los padres optan por no definir estrategias de disciplina, evitando así un elemento extra que aumentan su estrés generado por su estilo de vida. El desarrollo de estrategias disciplinarias ha sido relacionado con la generación de situaciones de conflicto. Sin embargo, el concepto disciplina tiene su origen desde la

enseñanza, el aprendizaje y dar instrucciones, para desarrollar capacidades para la vida. Su origen se aleja de la acepción que se ha asumido, de sinónimo de castigo para interrumpir una conducta (Siegel, D; Payne, 2015).

En esta suposición de falta de normas de los padres debe ser considerado también los contextos en que ellos asumen sus roles parentales. Estos contextos pueden sufrir el impacto de los determinantes sociales, considerando que los peores indicadores de salud se dan en los niños que pertenecen a los niveles socioeconómicos más desfavorecidos. Esta realidad es un obstáculo importante para que los padres cuiden la salud de sus hijos

Así, la evaluación de la entrevistada sobre el estilo de vida de los padres y las familias y la salud oral debiera contemplar también la pobreza como un elemento relevante que afecta la salud oral de los niños. Este factor impacta en las oportunidades de aprendizaje al interior de su hogar y en interacciones con los padres, de menor calidad y con mayor frecuencia de castigos más severos. Además, está el rol de la salud emocional y física de los padres que presentan mayor grado de irritabilidad y síntomas depresivos (Brooks-Gunn & Duncan, 1997).

Una forma de comprender los contextos familiares en los cuales se desarrollan los niños es agregar en las entrevistas preguntas que rescaten información sobre los determinantes sociales de la salud. Por ejemplo, cuáles son sus redes de apoyo, quién cuida al niño durante el día, cuáles son sus dificultades para asumir su rol educador en salud.

Los odontólogos entrevistados (al igual que los niños y sus progenitores) destacaron el rol de las madres como las principales responsables de la promoción de prácticas saludables al interior de las familias, quienes son autoexigentes por cumplir con las expectativas que se han generado al respecto. Este protagonismo contrasta con la escasa participación de los padres como consigna uno de los profesionales, el Dr. Rodríguez, quien destaca la ausencia de éstos en el día a día de sus hijos y durante la atención clínica dado que delegan esta responsabilidad a sus parejas:

- *Me da rabia que el papá se desligue del cuidado. De repente llega el niño con el papá y me responden: 'aaah, no sé, la mamá sabe'. ¡Es como loco! ¡¡Tú también erís el papá, hazte responsable!* (Dr. Rodríguez)

Identificar la ausencia de los varones de las labores parentales no basta. Se debieran considerar estrategias que permitan su integración a las tareas parentales como parte del compromiso de los profesionales por promover la equidad de género en las labores al interior de las familias. Esta distribución de responsabilidades ocurre más frecuentemente en hogares donde ambos padres trabajan remuneradamente, pues la mujer cumple no sólo con sus compromisos laborales sino con los parentales al interior del hogar, lo cual afecta su salud física y mental (Aguayo, F; Correa, P; Kilelman, 2012).

Aunque hay interés de los padres por comprometerse en las labores del hogar, aún se queda en una declaración de intenciones. La corresponsabilidad práctica se da más en instancias como el juego y tareas de cuidado más ocasionales realizadas en horarios diferentes a los laborales, como los fines de semana, días libres o vacaciones. En un estudio sobre la paternidad y el sistema público chileno realizado en 2012, sólo una de cada diez mujeres reportó que el padre es responsable por el cuidado diario de sus hijos (el 61,7% de éstos señalaron que se debía a motivos de trabajo). En contraste, el 80% de las mujeres señalaron que el cuidado diario de los hijos era "siempre o usualmente" de ellas, a lo que estuvo de acuerdo el 63,75% de los hombres (Aguayo, Barker, & Kimelman, 2016).

Los odontólogos entrevistados evalúan que esta sobrecarga en las madres genera un sentimiento de culpa a la hora de "ser evaluadas" cuando asisten a la consulta. Tanto la Dra. Silva como la Dra. Quinteros tienen esta impresión:

- *Las mamás son súper culposas (...), entonces se echan mucho la culpa. Entonces, pucha, es que el dentista anterior me retó, entonces, vienen con esa, él me retó. Yo creo que no tanto castigar ni juzgar.* (Dra. Silva)

- *Lamentablemente (el cuidado de la salud de los hijos) cae súper harto en la madre, porque normalmente es la mamá la que está más preocupada, aunque hemos visto que hay papás presentes. Hay papás que llevan a los niños, antes era impensable.* (Dra. Quinteros)

García y col (2011) demuestran en una investigación cualitativa que el sentimiento de culpa está presente cuando el cuidador evalúa que ha fallado en su labor de supervisor directo de la higiene de sus hijos y la presencia de lesiones de caries. Este sentimiento tiene un componente moralista frente a una enfermedad que puede ser controlada como ésta.

Cuando no ocurre, la persona es juzgada de forma negativa. Cuando el juicio moral es dejado de lado, es más factible negociar y acordar las formas de cuidado (De Lima, Palha, Zanetti, Maria, & Lima, 2011).

Este sentimiento también aumenta en los grupos sociales más desfavorecidos. MacIntyre, Officer & Robinson (2003) realizaron investigación cualitativa sobre la experiencia de la maternidad en mujeres de escasos recursos y sus hallazgos muestran que este grupo de mujeres experimentan culpa por la situación vulnerable que viven sus hijos (McIntyre, Officer, & Robinson, 2003). Este elemento no es menor al considerar que en Chile los niños de niveles más vulnerables tienen tres veces más lesiones de caries que los de nivel más alto (Ministerio de Salud de Chile, 2017b). Los determinantes sociales como la pobreza pueden condicionar las condiciones de la salud oral de las personas. Modelos teóricos y conceptuales han demostrado esta relación (Watt, 2012).

Otra forma en que los entrevistados ejemplifican esta culpa es frente al comportamiento del hijo durante la atención odontológica:

- *En realidad, las mamás vienen preocupadas porque el niño se porte bien y no les duela. (...) Yo pienso más por las mamás jóvenes, que se avergüenzan un poquito del comportamiento de los niños cuando se descompensan por la anestesia, incluso con el examen clínico, les da un poco de culpa el hecho de que su niñito se porte como monstruo.* (Dra. Ruiz)

Se puede inferir que la preocupación de la mamá, cuando la conducta del hijo es inadecuada, considera las prácticas sociales que han sido consensuadas como correctas. Freeman señala que el tipo de relación de la mamá con su hijo durante la atención puede ser clave para la comunicación que el odontólogo establece con el paciente (Freeman, 2008). El autor propone varios modelos.

Estas relaciones se establecen en un contexto social. La socialización es un mecanismo fundamental para generar condiciones para un adecuado desarrollo físico, psíquico y social. La primera instancia de aprender estas habilidades sociales es su interacción con los padres. La crianza busca orientar el desarrollo de los niños hacia direcciones socialmente aprobadas desde la práctica social (Aguirre-Davila, 2015). Esto afectan el estilo y la calidad del cuidado a los niños

b. El autocuidado y la salud oral se centra en el diente y la caries.

Todos los entrevistados demostraron compromiso e interés por aplicar medidas preventivas en la infancia para proteger la salud oral. Sin embargo, a la hora de describir cuáles son las acciones promocionales que ellos consideran responsabilidad de un odontólogo, el foco está fundamentalmente en el control de la enfermedad de la caries y el cuidado del diente, sin considerar la concepción de salud oral amplia. Los profesionales destacan educación de los pacientes enfocada en la comprensión de la caries y el control de los factores de riesgo de esta enfermedad, como lo señalan las Dras. Quinteros y Barros:

- *El autocuidado es hacerse entender primero de qué se trata, y que los dientes que yo tengo me tienen que durar toda la vida. (…) y eso también sacar como ideas de la cabeza que es normal tener caries. No es normal tener caries, es común, pero no es normal.* (Dra. Quinteros)

- *Principalmente caries, mala higiene, múltiple alimentación*. [todos factores de riesgo de la caries] (Dra. Barros)

Este énfasis de la caries también se observa cuando evalúan la salud oral del niño, usando básicamente pautas de factores de riesgo de esta enfermedad, como lo señala el Dr. Rodríguez:

- *Parto desde el riesgo* [de caries], *es lo que más me preocupa principalmente como le comentaba, cepillado, uso de fluoruro, la dieta, los momentos de ingesta y el tipo de dieta*. (Dr. Rodríguez)

Como se explicó en capítulos previos, este énfasis se debe a que la caries es la principal enfermedad de la cavidad oral (Fejerskov et al., 2013; Glick et al., 2012; Kidd, 2011; Petersen et al., 2005; Selwitz et al., 2007). Aunque existe evidencia suficiente para considerarla un problema de salud pública mundial, la salud oral está amenazada por otras patologías que quedan en un segundo nivel por el énfasis en la caries. Por ejemplo, el 50% de los problemas existentes en las encías de los adultos tiene relación con el hábito de fumar. El riesgo a padecer cáncer oral aumenta 15 veces en las personas que consumen tabaco y alcohol y estos dos factores de riesgo están relacionados con el 90% de esta patología en la cavidad oral (World & Federation, 2015). En el caso de la infancia en Chile, el 38,2%

presentan anomalías dento-maxilares (ADM)[55] y el 55% gingivitis[56] (MINSAL 2013; MINSAL 2010).

Las patologías orales además comparten una serie de factores de riesgo y determinantes sociales con otras enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, las respiratorias crónicas. Se requiere un enfoque común en los equipos sanitarios para mejorar la salud de forma integral (World & Federation, 2015).

c. No considero al niño a la hora de tomar decisiones sobre su salud oral.

En todos los entrevistados se manifiesta interés por el bienestar del niño, por su adecuada salud oral y por procurar que la experiencia clínica odontológica sea positiva. Sin embargo, no se identifica en sus relatos espacios de participación concreta del niño durante la atención como, por ejemplo, consultarle diversos aspectos de su vida directamente durante la entrevista clínica que se hace a todo paciente, como parte del proceso de atención clínica. Un ejemplo es lo que relata la Dra. López, quien señala que las preguntas propias de esta entrevista se las hace a los acompañantes adultos, pues evalúa que los niños de 6 a 8 años no son capaces de responder:

- *[La entrevista es] Más para adultos. Porque para los adultos pregunta si bebe alcohol, si es fumador, qué ejercicio hace, si siente que es respirador bucal. En los niños uno no puede preguntar mucho porque ellos no van a saber discriminar.* (Dra. López)

La Dra. López da ejemplo de preguntas que se realizan en una entrevista de rutina a un paciente adulto. Las preguntas que se hacen para un niño pueden ser cuántas veces se lava los dientes, qué toma al desayuno, qué colación lleva al colegio, si hace alguna actividad física, cómo se decide qué cepillo se comprará para su uso, cómo fue su

[55] "Las anomalías dentomaxilares (ADM) corresponden a un grupo de alteraciones en el desarrollo de los maxilares que se presenta frecuentemente junto a mal posición dentaria que repercuten en la forma, función y estética del sistema estomatognático. La etiología es multifactorial, existiendo predisponentes de carácter sistémico, hereditario y congénito". (Cueto, 2017)

[56] La gingivitis es el tipo de enfermedad periodontal que se observa con más frecuencia en los pacientes jóvenes; los tejidos blandos que rodean al diente son los afectados; se caracteriza por el edema, sensibilidad, enrojecimiento y sangramiento gingival. Está muy asociada a la deficiente higiene bucal ((Carvajal, 2016b).

experiencia cuando visitó al dentista. Son preguntas concretas, de hábitos de su día a día, que un niño es capaz de responder. Lo que se desea lograr con preguntas directas al niño es que participe.

No obstante, la relación que los entrevistados establecen con los niños tiene rasgos paternalistas, concentrando el poder en el profesional. Ellos conducen la entrevista y toman las decisiones sobre el cuidado de la salud oral, las acciones clínicas se deben hacer y el plan de acción clínico. Cuando explican estos planes, expresados como una lista de acciones, lo hacen dirigiéndose a los padres. Al niño más bien se le dice lo que se realizará en la próxima sesión usando expresiones infantilizadoras o eufemismos, como lo explica el Dr. Retamal:

- *El plan lo propongo yo y lo comento con los papás primero: ya papás hay que hacer una limpieza, tenemos que ponerle flúor, sellante y tenemos que sacar, por ejemplo, una muelita. Después voy al niño y le explico: lo que vamos a hacer en la próxima sesión es pintar los dientes*. (Dr. Retamal)

Cuando evalúan la sesión clínica, usan criterios que se asocian más bien al cumplimiento de sus propias *agenda settings*, Las Dras. Barros y López relatan cómo evalúan si una atención clínica fue positiva y cómo planifican la realización de un plan de tratamiento:

- *Primero, (evalúo) que, si el niño logró abrir la boca, ya es un check: lo pudimos sentar. Cuando se van, empiezo a hacer el presupuesto, la evaluación de ficha y ahí pongo: niño cooperador, qué le gusta, qué no le gusta, para poder manejar la siguiente sesión. Generalmente trato de prever la urgencia primero y después poco a poco lo que es menos dolor.* (Dra. Barros)

- *Él se sentó en el sillón solito, sin que la mamá le tomara la manito, que entrara y se sentara solito para mí "estoy regalada" ya lo logré, el niño se sienta solo. Obviamente puede tener miedo de la turbina, pero se sentó solo y me doy por pagada.* (Dra. López)

Los nuevos modelos de atención destacan que una planificación clínica debe enfatizar una comunicación centrada en el paciente, pues genera un ambiente que fortalece su autonomía y empoderamiento para plantear en conjunto una mejor manera del cuidado de su

salud. (Deci & Ryan, 2012; Thompson & Parrott, 2002). Así, el tiempo dedicado a la atención clínica debe contemplar un plan donde ocurra un cierto acuerdo de las *agenda settings*, recogiendo también las prioridades del niño (N. Gobat et al., 2015). El enfoque biomédico prioriza el problema de salud y la entrega de un diagnóstico y un tratamiento. Sin embargo, los niños tienen el derecho a ser consultados. Una atención clínica no se puede resumir a un *check list* de síntomas y signos.

En su investigación sobre participación infantil en procedimientos clínicos intrahospitalarios, Tates y col (2002) señala que las relaciones entre el profesional y el niño son mediadas por los padres, que pueden asumir actitudes de apoyo o no. Al valorar la participación del niño, se genera la preocupación por entregar información y promover un rol activo en su autocuidado. Los niños deben aprender a manejar su salud y, por lo tanto, la interacción con el profesional es una oportunidad de aprender cómo participar. Ejemplos concretos de esta participación pueden ser invitarlos a que señalen el motivo de consulta, involucrarlos al momento de dar el diagnóstico o definir el plan de tratamiento, asegurar espacios para que puedan hacer preguntas, tener espacios de decisión, incluso en aquellas situaciones de urgencia, para que el niño sienta que divide el poder con los adultos (Tates et al., 2002).

Las situaciones expuestas por los Dres. Ferrada y Cifuentes son aquellas donde el niño está expuesto a acciones clínicas más sensibles. Para enfrentar esta experiencia es clave la entrega de información y la pesquisa de su *agenda setting*, entregándole al niño alguna posibilidad de compartir el poder. Sin embargo:

- *Si es una exodoncia o un tratamiento de endodoncia, ahí se habla con la mamá antes de hacerlo. Pero si es algo un poco menos invasivo, ya sea restauración o sellante, lo hacemos y después hablamos con la mamá. A la mamá le explicamos qué es lo que encontramos, ya sea caries, surcos profundos, etc.* (Dra. Ferrada).

- *Si (..) voy a debutar con la extracción (...), cuando es una emergencia y hay que proceder, procedo y explico al papá, el papá siempre presente y explico mucho, explico mucho. Siempre mantengo contacto físico y visual con el paciente, o mi secretaria le toma las manos, la respiración también nos ha ayudado mucho, pero siempre que se sienta físicamente contenido. Algunas veces es el papá el que toma el rol, otras veces el papá no toma ningún rol y está expectante a lo que pase (...) Por dentro, yo tenga mucha rabia de que el paciente haya llegado dañado.* (Dr. Cifuentes)

Las experiencias del dolor y la realización de acciones más invasivas, como una exodoncia, son especialmente sensibles. Son situaciones emocionales que impactan en la *agenda setting* del niño. Los entrevistados saben que es una situación incómoda. Incluso despiertan rabia porque podría haber sido evitada. Pero su comunicación es con el adulto que acompaña, no con el niño. La preocupación hacia el niño es más bien resguardar su integridad con contención física, como en el caso del Dr. Cifuentes. No aparece preocupación de explicarle su diagnóstico ni las consecuencias de la acción clínica que se requiere realizar. Cuando sus preocupaciones y temores no son pesquisados, el proceso terapéutico se dificulta pues los pacientes pueden incluso negarse a la realización de la acción clínica por miedos que pueden ser infundados (Marvel et al., 1999).

Generar una experiencia negativa puede tener impactos a largo plazo que termina potenciando esta ausencia del niño en la toma de decisiones, pues al volver a consulta clínica su *agenda setting* estará permeada por el miedo. La Dra. Luco ejemplifica este posible impacto de una experiencia negativa en atenciones futuras:

- *Yo creo que, en la experiencia anterior, yo creo que tienen miedo. Tiene miedo. La mayoría de las veces lo logro sentar y adaptar un poco y si es con la fuerza… ahí no sé…se lo lleva y lo vuelvo a citar, pero siempre en la primera atención hay que tener en esos niños un poco de autoridad, sobre todo los más grandecitos.* (Dra. Luco)

La entrevistada destaca su autoridad como la estrategia para abordar situaciones de miedo del niño durante la atención, sin espacios para que los niños se expresen. Tener una *agenda setting* común puede ser valioso en aquellas situaciones donde hay muchas prioridades interrelacionadas. Lo que construye la relación no es la autoridad del adulto, sino una relación compasiva (N. H. Gobat, 2014).

Una sesión clínica evaluada como positiva usa como referencia si el niño permitió que se realizaran las acciones clínicas planificadas por el profesional. Se asume que un niño de 6 a 8 años no es capaz de comprender definiciones desde la ciencia que fundamentan su diagnóstico o las opciones de planes de tratamiento. La opción es usar un lenguaje indirecto como metonimias y eufemismos. La Dra. López identifica lo que ella considera una consulta positiva y cómo se comunica con el niño:

- *Que se entienda. Porque hay veces que uno no se da cuenta y habla con términos técnicos y ellos son niños. Entonces uno tiene que cambiar la forma de hablar: el bichito, la agüita, la abejita. A veces uno como que se queda sin ideas. De que lo fundamental que entienda es que yo, lo que estoy haciendo es ayudarlo. Y como le tengo que ayudar, con estos implementos.* (Dra. López)

Carlsson, Nygren & Svedberg (2017) constataron que los niños aún están ausentes en el cuidado de su salud y que los profesionales deben tener un compromiso en la defensa de los derechos de los niños, escuchando lo que desean expresar sobre las decisiones que se están adoptando a su nombre. Para que ella se haga efectiva, el lenguaje y la información deben ser claros y fundamentados en la evidencia (Carlsson, Nygren, & Svedberg, 2018).

Finalmente, los entrevistados plantean los planes de autocuidado desde una visión paternalista, con un énfasis en el cumplimiento de las normas que el profesional ha jerarquizado como importantes:

- *Yo hago mucho negocio con los niños para lograr mejores resultados. Incluso yo les pongo notas, los califico, les califico el cepillado con nota de 1 a 7 y en la ficha van anotados, del rojo pasamos al azul... eh... hago algunas estrategias que me permiten llegar al niño en algo que ellos están acostumbrados, que es una evaluación escolar, para poder mejorar su, su rendimiento. Marco los puntos importantes y (…) los anoto en la ficha, yo voy anotando lo que le digo al paciente, lo que le indico y lo que vamos a hacer en la próxima sesión, para estar bien claritos a qué vengo, porque eso también es importante. Yo comparto esa información con los papás, uso lápiz de color rojo, azul o destacador y, si se olvidan de lo que yo dije, entonces 'mire, esto dijimos en tal fecha, mire cómo vamos ahora…mire el control que tuvo el año pasado, mire le control que tiene ahora'.* (Dr. Cifuentes)

Se percibe que el interés del profesional es fortalecer conductas protectoras de la salud oral, el cepillado de los dientes. Sin embargo, la estrategia es autoritaria, donde el niño debe escuchar las normas del profesional y cumplirlas; luego será evaluado si cumplió lo indicado. Este enfoque tradicional comprende la motivación de la persona como un atributo de su personalidad y que, en caso de negación o resistencia a asumir una determinada práctica de autocuidado, debe tratarse a través de una confrontación más bien agresiva (Britt et al., 2004). Pero cuando el plan es consecuencia de una actitud obediente del paciente, sin considerar su

autonomía y sus intereses, la relación no es colaborativa y el autocuidado de la salud oral es más difícil de alcanzar (Nareg Apelian, Vergnes, Hovey, & Bedos, 2018).

Los profesionales que trabajan con infancia deben ser garantes de la participación de los niños, que se define como una perspectiva externa a la de los adultos, donde el niño puede expresar su experiencia frente a las dificultades con el cuidado de su salud desde sus propias percepciones (M. Kelly et al., 2012). El enfoque centrado en el niño debe ser un compromiso de los profesionales de la salud y requiere competencias en el área del desarrollo infantil, las condiciones de su vida en general y el conocimiento de cada niño en su situación específica (Mårtenson & Fägerskiöld, 2008; Quaye et al., 2019; Tates et al., 2002).

d. Mi formación en comunicación es deficiente.

Los entrevistados plantean de forma directa o indirecta que existe deficiencia en su formación de la competencia comunicacional, tanto en pre como en posgrado. Por otro lado, ella es valorada por todos y considerada de gran relevancia para ejercer con excelencia la labor clínica.

Lamentablemente, la Comisión Nacional de Acreditación no tiene la misma evaluación y le asigna un nivel complementario. La habilidad de comunicación es definida de una forma tan amplia como: "capacidad para interactuar en ambientes diversos e interaccionarse asertivamente con otros seres humanos" (p5) (Comisión Nacional de Acreditacion, 2009).

Los entrevistados con menos de 10 años de egreso de la formación de pregrado señalan que no recibieron formación sistemática de esta competencia e indican que tuvieron espacios más bien puntuales y sin mayor fundamento teórico, sin presencia a lo largo de su malla curricular. El Dr. Retamal señala que fue sólo en su internado de especialidad de odontopediatría en el 6º año que recibió formación sobre la comunicación con los niños. El Dr. Navarro, a su vez, evalúa que recibió más bien "recetas" de comunicación y que la formación de pregrado estaba más enfocada en cumplir con las altas de los pacientes:

- *Cuando estuvimos en el internado, yo creo que fue LA vez que pudimos ver eso* [comunicación]. *Yo creo que fue la vez que tuvimos esa cercanía en el proceso de comunicación con el paciente, una forma de adaptación de los niños y la forma de hablarle a los niños también.* (Dr. Retamal)

- *Me hicieron el intento, como en el segundo año, eeeh…(de) dar unos tips de comunicación (…), la comunicación que hay que tener y todo, pero que así que nos hayan dicho de sentado o hacer algo, jamás, jamás (…) siempre todo fue como tips, (…) pero claramente uno cuando está en pregrado como que está más preocupado de hacer la alta y chau.* (Dr. Navarro)

Esta situación en la formación de los odontólogos en Chile no es la misma que en otros países en el mundo. En otras universidades, las mallas curriculares y los perfiles de egreso recogen la importancia que tiene la competencia comunicacional, como es el caso de la formación europea y en universidades estadounidenses y canadienses (Cowpe et al., 2010)(Broder et al., 2015; Whitney, 2015).

Cuando los entrevistados hablan de este tema, confunden formación en comunicación con maniobras que se enseñan en odontopediatría para adaptar al niño para que se pueda realizar la acción clínica. La búsqueda de literatura sobre atención centrada en el niño y la comunicación clínica arrojó artículos relacionados con aspectos sobre fobia, miedo y manejo psicológico del niño para la atención clínica, lo que ratifica esta visión dada en la formación de pregrado. La Dra. Barros, que, al responder sobre la formación en comunicación con niños, ilustra este énfasis:

- *Sí, la tuvimos* [formación en comunicación] (…). *Tienes varias herramientas* [aplicación de la teoría relacionada con comunicación a la práctica clínica*], que el niño cante todo el rato, (…), que no lo pesque, el de contar o de subir la voz (…).* (Dra. Barros)

Estos ejemplos son más bien del área de la psicología para abordar dolor o ansiedad del niño frente a la atención odontológica. Su énfasis es más la persuasión para que acepte las acciones planificadas (B. Carter, 2004; Robles et al., 2008; Rolim et al., 2004).

En el caso de la formación de los especialistas, el Dr. Herrera hacer ver esta falencia al describir la forma de cómo los estudiantes buscan establecer una relación con el niño en la clínica:

- (…) *una cosa es establecer comunicación, la otra es meterle contenido a la comunicación. Entonces uno no sabe con qué chicha se está curando, ¿no es cierto? perdonando la expresión.* [Los estudiantes de posgrado de odontología] *No lo van a hacer muy bien comunicando*; *va a ser con frases así, como le enseñaban a uno, como decirle a los pacientes 'mira qué bien lo estás haciendo', ¿verdad? unas series de frases clichés, comillas incluidas; donde el niño con la agilidad que tiene a la segunda que lo dices, se da cuenta que tú eres insincero.* (Dr. Herrera)

Existe investigación sobre la comunicación del médico con el paciente, pero poca en el campo de la relación del odontólogo con los pacientes, especialmente con los niños. Una de las actitudes que favorece una comunicación adecuada es la empatía, lo que no significa una "emoción amorfa", sino una capacidad propia del ser humano, de comprender, de estar consciente, de ser sensible y ser capaz de experimentar vicariamente los sentimientos y pensamientos del otro. Es importante que exista un cierto afecto entre el odontólogo y el niño (Jones & Huggins, 2014; Kumagai, 2008). Si esta relación se establece desde una perspectiva teórica, se corre el riesgo que el niño perciba que no está siendo sinceramente comprendido por el profesional.

Además, la comunicación requiere de un enfoque afectivo pues entrega ese elemento emocional durante la interacción. La comunicación cuando es sólo instrumental puede generar malentendidos que afectan la relación (Jones & Huggins, 2014).Ello requiere de una habilidad propia del ser humano: la capacidad de percibir que existen otros individuos que tienen sus propias perspectivas y valores, que hace de cada persona un ser original (Kumagai, 2008). Uno de los entrevistados, con más años de experiencia laboral que el resto, describe la comunicación como el aporte de las ciencias sociales que favorece una formación profesional adecuada para comprender al ser humano:

- *Yo creo que es casi piedra angular de la profesión: la comunicación. Por eso que uno dice: yo soy, entre comillas, experto, pero en términos prácticos si estamos hablando de comunicación y pones el foco en el padecimiento del niño y de la familia (…) es más complicado. Uno tiene que buscar comunicación empática, todas esas cosas que creo que son necesarias (…) Empezar a considerar estándares mínimos de entender que nuestra labor profesional necesita una parte interesante en términos de ciencias sociales: comportamiento, sociología, antropología. (…) Se*

definieron los estándares mínimos de "cariología[57]*". Yo creo que, uno debiera decir, será hora de que empecemos a trabajar los estándares mínimos de entender el lado humanista de la odontología...* (Dr. Carrasco)

e. La caries la abordo como una enfermedad aguda.

El control de la caries se realiza como si el daño fuese inminente, como si si fuese una enfermedad aguda. Los planes de tratamiento se centran en acciones clínicas, preventivas o rehabilitadoras sin planes para un adecuado control de su progreso y que sean sustentables a largo plazo. Las metas son el cumplimiento de estas acciones, no la mantención de niños sanos:

- *Pero el tema es que nosotros tenemos que cumplir altas o metas, (…) y esas altas involucran que estén con todos los dientes sanos, sin caries, libres de caries. Entonces, a veces, desde el Centro de Salud nos piden tanto rendimiento. Entonces, como que los tiempos no se nos ajustan para hacer la parte del componente promocional, o sea la parte de promoción y prevención.* (Dra. Aguilera)

Los propios odontólogos, cuando examinan a los niños, validan este modelo estableciendo un cierto límite como si después de esa edad el niño pudiese mantener de forma automática esta situación. Al contrario, si sus propósitos fuesen fortalecer el empoderamiento del niño para el cuidado de su salud oral, se podría modificar este enfoque que ayudaría a una mejor equidad en salud. La participación es clave para el control de una enfermedad crónica. Sin embargo, la Dra. Luco relata su compromiso por cuidar la salud oral de los niños, pero desde una visión de enfermedad aguda:

- *A algunos los mando, es que vienen tan mal que tienen mucha susceptibilidad a la caries, tienen muchas caries, los controlamos y los controlamos para más o menos dejarlos listos hasta los nueve, diez años, con los premolares ya sellados, esa es la meta de nosotros, mandárselos a la APS, pero listos, bien. Porque se nos pierden, si los devolvemos, un niño de cuatro o cinco años si yo lo mando, como que se pierde y me llega con los molares de seis años mal.* (Dra. Luco)

[57] La cariología es la "rama de la odontología, que se ocupa del estudio, diagnóstico, prevención y tratamiento de la caries dental". (Recuperado de: https://dicciomed.usal.es/palabra/cariologia2)

Esta tradición en la odontología que enfoca la caries como una enfermedad aguda, que requiere rehabilitación y restauración en lugar de un proceso de enfermedad crónica que necesita de un adecuado plan de autocuidado para controlar los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores, debiera tener sus días contados (Edelstein & Ng, 2015).

En los primeros años de vida, la caries temprana de infancia puede destruir buena parte de la estructura dentaria. Esta forma específica de caries afecta los dientes primarios de más de 530 millones de niños mundialmente. Lamentablemente, como estos dientes son reemplazados por piezas definitivas, este enfoque agudo tiene mayor gravedad. La caries temprana de infancia influye significativamente en los niños, sus familias y la sociedad. Al no controlarla en los primeros años de vida, esta condición continúa en los dientes permanentes. Puede generar abscesos, causar dolor, comprometer la capacidad de comer, dormir y limitar el día a día del niño. Además, son una gran carga económica para las familias y para los Estados (World Health Organization, 2019).

La consecuencia de este encuadre como enfermedad aguda es una cultura de cuidado de la salud oral que se activa sólo cuando interfiere en la calidad de vida o que considera trivial reemplazar lo natural por lo plástico, sin ningún impacto en la funcionalidad del sistema estomatognático. La Dra. Moreno hace la alerta de esta situación, de la que los odontólogos deben reflexionar para diseñar formas de cambiar este encuadre.

- *O sea, cuando uno conversa con adultos corrientes, te dicen: 'no he ido al dentista porque no tengo molestias'. Ha fallado [la odontopediatría], no está, entonces claro, no es prioritario ir al dentista y como hay una toda una venta de pomada de que, si se te cae un diente, ahora te hacen un implante… no, no, importa, entonces me hago el implante, sin saber lo que biológicamente pasa. Después que te pusieron los implantes, cuánto duró o te hicieron una linda sonrisa, pero resulta que dos años te muestra mucho la parte estética, pero no la parte biológica.* (Dra. Moreno)

f. Yo defino los temas que se deben abordar con el binomo en la clínica.

Entre las preguntas que fueron hechas a los entrevistados, hubo una que indagaba sobre cómo se definián los temas a ser abordados en la consulta, cómo son jerarquizados, qué estrategias son usadas para clarificar dudas o explicar conceptos. Finalmente, si había alguna verificación en la comprensión del mensaje por parte del binomio. Todos demostraron interés por informar, explicar conceptos, responder dudas. Sin embargo, llamó la atención que la

definición de esta agenda no es negociada entre los tres presentes en la atención. Más bien, se define de acuerdo a las jerarquías, experiencias y preferencias del profesional. Usan medios de apoyo como el dibujo, videos en internet, envío de folletos o el discurso oral sin una planificación previa que considere los intereses y realidad propia de cada niño que atienden. . Y las temáticas enfatizan el procedimiento del cepillado dental.

- *Hay niños que, con el macro modelo, le enseño a pasar el cepillo, a pasar el hilo (…) Y a veces me ayudo de videos, todo depende del niño. A veces material gráfico, ahí voy viendo. Lo que más uso es el macro modelo (…) Entregar folletos, materiales educativos, informativo.* (Dr. Navarro)

- *Yo tengo cepillo y modelo y busco y digo, mire aquí tiene, a la mamá le digo, en esta zona es donde se le junta, le digo, acérquese y vea esa parte. Todo así, lo más práctico posible*. (Dra. Luco)

Cuidar enfermedades crónicas exige que haya cambios en la forma que se construye la comunicación con los pacientes y la comunidad. Requiere la promoción de la salud del paciente en su ambiente familiar particular, las variables sociales que influyen en la situación de salud que presenta. La misión clínica del odontólogo debe considerar una labor de consejería y promoción de salud (Nigel B Pitts et al., 2021). Esta nueva forma de comunicarse debe considerar tras aspectos: 1) obtener y comprender la perspectiva del paciente desde sus preocupaciones, expectativas y sentimientos, 2) comprender al paciente dentro de los determinantes sociales de su salud, 3) construir acuerdos con el paciente sobre la comprensión de los problemas y los posibles tratamientos, que concuerden con los valores del binomio (Epstein et al., 2005).

Considerando lo que Episten (2005) plantea, los entrevistados denuncian las deficiencias existentes en el sistema de salud que perpetúan la desinformación de las personas, con poco acceso oportuno a contenidos sobre cuidado de salud oral. Los Dres. Herrera, López y Barros, quienes se desempeñan en ambientes laborales de la atención pública y en mega prestadores, destacan estas falencias:

- *Tenemos una población adulta desinformada, que alcanza el tiempo para los grandes titulares y subtítulos y punto. Bien poco más que eso. Entonces… qué le pides a los niños.* (Dr. Herrera)

- *De hecho, a mí me ha tocado harto paciente que no sabe nada de* eso [sellantes, flúor], *pacientes con medidas de higiene mínimas.* (Dra. López)

- *Si hubieran tenido las herramientas, los papás y el conocimiento, de un principio, probablemente no hubieran llegado a eso. Porque la mayoría dice: no sabía que tenía que lavarle los dientes en la lactancia.* (Dra. Barros)

Los entrevistados fueron consultados cómo corroboran que el binomio comprendió la información que les fue entregada. Llama la atención que, a pesar de valorar mucho su labor informativa, frente a esta consulta, la mayoría no tiene estrategias para chequear si se expresaron adecuadamente y fueron comprendidos.

- *No hago tanto feedback de ¿entiendes?, lo veo más con su expresión facial… sus ojos, uno nota cuando la gente no entiende nada y está perdida, eeeh, como que no hago tanto chequeo.* (Dra. Ruiz)

- *Les pregunto: quedó claro, ¿alguna duda? y ahí me dicen sí o no. Les vuelvo a explicar. Ahora sí quedó claro. 'Sí' [respuesta de los padres*]. (Dra. Barros)

- *Chequear, chequear de inmediato, yo creo que no, yo creo que trato de dar mi WhatsApp, que es algo que no me gusta usar normalmente (…), pero claro, chequear la asimilación; yo claro que no lo he hecho. De hecho, no lo había cuestionado*. (Dr. Soto)

Revisar si lo que se ha conversado durante la consulta es un elemento de la interacción que no debe ser subvalorado. La comunicación centrada en el paciente o comunicación biopsicosocial considera estrategias, como realizar preguntas abiertas, confirmar la comprensión, conversar siempre en positivo y la búsqueda de la perspectiva del paciente con relación a las opciones de tratamientos. Un profesional que incorpora esta forma de comunicación debe asumir la responsabilidad de ayudar y garantizar que los niños y sus familias tengan información precisa, accesible y factible de llevar a la práctica. Esta forma de interactuar fortalece la satisfacción del paciente y favorece una mayor adherencia a los planes acordados y, a la larga, una mejoría en su salud (L W Koo et al., 2016).

Uno de los entrevistados ejemplifica la forma que chequea si fue comprensible su mensaje:

- *Cuando uno explica algo cree que lo está explicando de una manera perfecta, pero de acuerdo a la imagen que uno tiene en su cabeza, eh, y que, y que diría yo y de nuevo acá hay un cien por ciento, en un cien por ciento de las veces va a ser distinto de lo que la persona está percibiendo. Entonces el esfuerzo, porque te responden lo que están logrando captar, creo que nunca debe dejarse de lado, yo les pido que me devuelvan. Esa comunicación, eh, echándome la culpa a mí, yo creo que las palabras: ¿Entendió? ¿me entiende? hay que borrarlas del escenario. No, me echo la culpa, me echo la culpa. ¿Sabe qué me ha pasado? Que habitualmente no me he dado cuenta que no soy del todo capaz de darme a entender, entonces le gustaría que, que diga, a ver cuénteme, cuénteme, a ver, para verificar que efectivamente lo que yo quería decir fue lo que le dije.* (Dr. Pérez)

g. El niño sólo entiende información sobre la salud oral si les hablo sin ciencia.

El lenguaje construye cultura a través de la comunicación, que es una competencia llena de matices y significados. Ella es constituida por el contenido que comunica, ya sea verbal o no verbal. También es proceso de relación mutua, que construye vínculo de confianza (Kumagai, 2008; Ruiz Moral & Álvarez Montero, 2017).

La labor clínica profesional tiene un profundo impacto en la forma que se comprende y se fortalece el autocuidado de la salud oral, a través del lenguaje. Un primer aspecto que llama la atención es la forma que los entrevistados describen la experiencia de los pacientes al asistir a una sesión clínica odontológica. Ellos mismos ilustran esta descripción mediante sentimientos y adjetivos negativos, como si su atención tuviese intrínsecamente una connotación de desagrado. Los Dres. Herrera, Navarro y Merino muestran, en sus relatos, esta percepción de la experiencia de ser atendidos clínicamente por un odontólogo:

- *La única persona que piensa que la instalación de un dentista es una cosa racional es el dentista, para cualquier otra persona es una* monstruosidad. (Dr. Herrera)

- *(…) tratamos de conversar con los papás, tratar de que nos ayuden durante la atención porque sabemos que es una* experiencia traumática. (Dr. Navarro)

- *(…) si uno le pregunta a un papá o a un adulto ¿te gusta ir a un dentista? (...) no sé, tal vez* hay alguno raro que le diga que sí. (Dr. Merino)

Otra elemento del lenguaje usado con el niño, describiendo su labor clínica frente a un diente que ha perdido estructura, son palabras como "*obturación o tapadura*", en vez de señalar lo que técnicamente está correcto, que es rehabilitación o restauración. Los Dres. Silva y López ejemplifican este uso:

- *Al final les cuento, les digo: 'si ustedes supieran que finalmente lo que hace el odontólogo con respecto a hacer tapaduras,* ***(…)****, es nada, en relación a lo que ustedes pueden hacer en la casa para no tener caries'.* (Dra. Silva)

- *Aquí nos pasa que los papás vienen a lo que yo diga, si yo le digo: 'su hijo tiene diez caries y las diez hay que taparlas'* (…). (Dra. López)

Puede parecer un hallazgo irrelevante, considerando que son palabras usadas frecuentemente al aludir la labor de los odontólogos. El propio Ministerio de Salud usa este lenguaje para nombrar acciones ofrecidas por uno de sus preogramas: "realización de acciones de atención primaria como obturaciones[58] (…)"

También se verifica su uso por los medios de comunicación que publican: "la iniciativa gubernamental favorece a todos los adolescentes mayoares de 12 años y menores de 18 años, para las atenciones de obturación (tapadura de caries)"[59]

La RAE define el acto de obturar como: *"tapar o cerrar una abertura o conducto introduciendo un cuerpo"* y tapar como: "*cerrar una apertura o conducto introduciendo o aplicando un cuerpo"*[60]*. Al* usar este lenguaje, se estaría señalando que el odontólogo cierra aperturas, como quien corrige un defecto en el pavimento. Considerando la complejidad morfológica de un diente que tiene un fin para que la persona pueda realizar adecuadamente funciones como la masticación, fonoarticulación o deglución, no basta obturar o tapar la cavidad que existe en un deterninado diente. Además, la ciencia no sustenta la afirmación de la entrevistada cuando señala "*su hijo tiene diez caries y las diez hay que taparlas",* pues "la tapadura" se pone sobre tejido dentario sano, no sobre tejido afectado por la caries.

[58] Recuperado de::".(https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-bucal/informacion-a-la-comunidad-salud-bucal/preguntas-frecuentes/).
[59] Recuperado de: https://www.elmostrador.cl/ahora/2013/07/31/pinera-lanza-bono-dental-para-adolescentes-que-favorecera-a-620-mil-ninos-y-jovenes/)
[60] Recuperado de: *(https://www.rae.es/*

La labor del profesional es substituir la pérdida de tejido que permita rehabilitar, no sólo aspectos biológicos y fisiológicos, como también aspectos como el autoestima. La OMS señala que la rehabilitación es "un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno"[61]

Es la ciencia que respalda la afirmación que la labor profesional de un odontóogo se aproxima más a la rehabilitación y no sólo a producir una obturación o tapadura. Esta definición conjuga ciencia, habilidades y conocimientos sobre materiales, técnicas de restauración y métodos de rehabilitación, considerando cada situación en particular, que exige investigación y actualización (González Tirado, 2010).

Otro lenguaje que empobrece la labor del odontólogo es cuando los entrevistados definen que ellos "revisan" en reemplazo a lo que la ciencia ha definido en semiología[62] como "examinar". La revisión se define como un breve cotejo con el paciente de posibles alteraciones en los sistemas que componen el cuerpo humano y que no haya surgido naturalmente durante la entrevista. Sin embargo, "examinar" se inicia desde el momento que el paciente ingresa, observando las expresiones de su cara, forma de caminar, de sentarse, de describir las razones de su visita. Conlleva el examen físico del paciente, observando datos medibles, objetivos, para confirmar o refutar algún dato subjetivo obtenido en la entrevista y completar la información con una valoración integral de la persona (Santiago, 1978). El lenguaje usado por los entrevistados construye su identidad profesional bajo la perspectiva de la revisión, no del examen. La Dra. Figueroa define su labor profesional clínica usando este verbo:

- *Una vez que ya termino con todas las preguntas le digo al niño que vamos solamente a revisarlo, porque siempre la primera sesión es solamente de diagnóstico.* (Dra. Figueroa)

[61] Recuperado de: (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation).

[62] Es la disciplina que aglutina los saberes necesarios para lograr establecer una hipótesis sobre el estado de salud de una persona. Estudia los síntomas y signos de las enfermedades, es el arte y la ciencia metodizada del diagnóstico médico. (Recuperado de: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382011000300009).

Los odontólogos en realidad no tienen como misión (solo) la salud del diente. Su campo de acción es cuidar la salud del sistema estomatognático completo[63]. Todos los entrevistados al referirse a su espacio laboral o su rol en el equipo de salud como "dental". Así lo reflejan los Dres. Moreno y Navarro:

- *(...) algunos llegan un poco tímidos y todo, pero sabe un poco a que van a un box dental (...).* (Dra. Moreno)

- *(...) no sé, el nutricionista o lo que sea, dice: 'usted no ha ido a dental' (...).* (Dr. Navarro)

Weyne los ilustra de la siguiente manera: "Esa concepción 'dentocéntrica' aún tan arraigada en la Odontología, tal vez explique la tendencia de los dentistas para escoger, como regla, partes de las estructuras de la boca como símbolo de sus asociaciones de especialistas. No es posible olvidar que atrás de toda boca existe un ser humano completo. Cuando cambie este paradigma, el dentista perderá su imagen pública de artesano hábil y caro – el rey de la turbina – y se convertirá definitivamente en un verdadero profesional de la salud. Y nuestra profesión dejará de 'tratar dientes' para 'tratar personas', 'personas con dientes' (Kriger, 2003, p. 15)

Otro aspecto relevante para esta investigación son las palabras que el odontólogo elige para explicar y mediar la experiencia del niño en la clínica. Es una opción bastante generalizada entre los entrevistados el uso de analogías que se aleja de una explicación científica y clara sobre aspectos relevantes del cuidado de la salud oral. Los entrevistados demuestran interés por involucrar al niño en el cuidado de su salud oral, explicando procedimientos y prácticas de autocuidado; reconocen que un niño de 6 a 8 años ya tiene capacidades de comprender y participar en temas de su salud. Sin embargo, el lenguaje que usan se aparta de la ciencia. Se puede ejemplificar esta situación con lo que relata los Dres. Silva, Soto, Ruiz y Moreno:

[63] El sistema estomatognático, se define como la unidad morfofuncional o sistema biológico que se encuentra localizado anatómicamente en el territorio cráneo-cérvico facial, comprendiendo básicamente las estructuras combinadas de la boca y los maxilares, siendo responsable tanto de la función masticatoria como de la deglución y de la fonoarticulación (Aguirre-siancas, 2017)

- [Los niños] *De 6, 7, 8* [años], *ellos entienden perfecto, o sea, efectivamente tienen otro nivel de conocimiento, tienen otro nivel de estímulo (…). Al paciente en su ambiente de paciente…eeeh... que el bichito, que el diente se te va a hacer más fuerte, etc.* (Dra. Silva)

- *(…) les digo, mira hay un bichito acá, les voy a poner una pasta, plasticina o algo así (…).* (Dr. Soto)

- *Yo siempre trato de hablar con un lenguaje más cercano, nunca técnico; entonces hablo de la pinturita, de la tapadura y yo, a veces, me confío en que esa técnica es suficiente para la mamá.* (Dr. Ruiz)

- *Llegará el momento en que tendré que decirle, mira le voy a poner un paragüitas a tu diente, o lo voy a proteger o lo vamos a cuidar, le vamos a poner como un sombrero, no sé.* (Dra. Moreno)

Usar palabras cambiadas para explicar la sensación de la aplicación de la aguja en la mucosa como una picadura de una abeja, aplicar un barniz a base de flúor como una pintura, poner un sombrero para restaurar la parte destruida de un diente por la lesión de caries o un traumatismo no favorece conocer la cavidad oral y la labor del odontólogo. Los profesionales alejan la ciencia como una estrategia para que los niños entiendan mejor lo que se está realizando. Sin embargo, desperdician el interés del niño por la ciencia al usar un lenguaje figurado. El autocuidado requiere contar con una información clara, oportuna para permitir la participación y el empoderamiento.

Uno de los entrevistados hace un análisis muy apropiado sobre el uso del lenguaje por los odontólogos, sugiriendo hacer cambios:

- *Claro, los verbos asociados a lo que hacemos son terribles pues…cortar, extraer, eh…perforar, esos verbos hay que sí… no… cambiarlos (…), hay que acompañarlos con otros verbos, que al menos ayuden en parte a neutralizar esa carga negativa...ah, hay que poner verbos del tipo de acoger, de comunicar, de sonreír, del hablar, del dialogar, del consensuar formas de relacionarnos, (…) y eso sin dudas nos va a volver mucho más humanos... nos hablan de humanizar la salud, pero nadie hace nada.* (Dr. Pérez)

h. Es muy difícil cambiar prácticas del cuidado de la salud oral.

El autocuidado es fundamental para el cuidado de la salud oral, pues las patologías más prevalentes en la infancia son crónicas El control de la condición de enfermedad exige conocer factores que influyen en el comportamiento y el medio ambiente. La odontología ha prestado poca atención a la relación del estado de la salud oral con aspectos sociales o modelos psicológicos que ayuden a comprender los cambios de conductas de las personas (Kakudate et al., 2009).

El autocuidado se da en una situación y cultura específica, que implica la capacidad de actuar y tomar decisiones de acuerdo con el conocimiento que se tenga, las habilidades, los valores, la motivación, el locus de control y la eficacia. Su centro es la atención de salud bajo el control del individuo. La cultura entrega el contexto en el cual la persona aprende las conductas que la conducen a esta actitud (Wilkinson & Whitehead, 2009).

Frente a este desafío y responsabilidad, el odontólogo requiere contar con formación teórica y práctica para acordar planes de autocuidado en conjunto con el niño y su familia, considerando que los cambios son procesos no lineales y súbitos. Los Dres. Herrera y Silva enfatizan esta dificultad para abordar el cambio en las familias:

- *(Hay) Familias que han tenido así, que uno trata de decirle y que no logra cambiar las conductas; no hay nada más duro que cambiar conductas en la familia (...) es como un poco a veces como predicar en el desierto. Y no por eso uno va a renunciar.* (Dr. Herrera)

- *Los cambios de hábitos es un proceso lento (...) yo también me frustro porque digo: 'ya, bueno'.* (Dra. Silva)

El cambio de hábitos requiere de una comprensión más profunda de lo que significa un hábito, que consiste en una respuesta comportamental frente a un estímulo u objeto externo y refleja una actitud de la persona como consecuencia a una evaluación que haga de este objeto o pensamiento (Vogel T; Wanke, 2016). Los encuestados identifican un objeto concreto: que el niño realice prácticas de autocuidado de forma habitual.

Los entrevistados conciben que entregar información adecuada al niño y su familia se traduce automáticamente en cambios actitudinales. Pero se requieren cambios cognitivos

y afectivos (cuánto valoro la actitud que propone y comprendo que es importante cambiar, ergo, cambio). Los Dres. Merino y Cifuentes consideran que en la medida que no existan las condiciones en el hogar, los cambios en la conducta en el niño es algo excepcional:

- *El decir que… aquí sí lo logramos, es cuando uno logra ver un hábito en pacientes. Y eso es muy difícil, cuando logramos pasar de un paciente que efectivamente llega mal, pero vemos que sí se está preocupando, eso ya va en un cambio que tú lograste acá y eso yo lo considero extraordinario. Ojalá lo pudiese lograr siempre… porque es difícil* [lograr cambios]. (Dr. Merino)

- *Porque, a veces, (…) los niños no se lavan los dientes y uno les dice a los niños: 'no te lavaste los dientes' (…) pero…. en la casa, NADIE se lava los dientes'.* (Dr. Cifuentes)

El desarrollo de un hábito conlleva procesos más complejos, no es un proceso rígido de repetición sin que medie la consciencia. El hábito se construye de una forma más dinámica, la deliberación se genera en contextos cambiantes que exigen una forma flexible, adaptable a estos cambios. Un hábito tiene automaticidad e inconsciencia, pero también se realiza de forma flexible, adaptable, con niveles de deliberación, como forma de responder a situaciones cambiantes que implican atención plena y deliberación (Gardner, 2015; Ramírez-Vizcaya & Froese, 2019).

Esta investigación no busca profundizar en la perspectiva y alcances psicológicos de la formación del hábito, sino más bien desea ilustrar la necesidad de estudiarlo mejor, así como las actitudes de los odontólogos para promover el autocuidado de la salud oral en la agencia compartida entre el niño y el cuidador. El desafío está en recordar que el niño está dentro de diversos contextos cambiantes, incluso adversos, que dificultan las opciones que cognitivamente han sido elegidas y que permanezcan en el tiempo. Es un tema pendiente para la formación continua de los odontólogos que deseen comprometerse con una promoción de autocuidado que sea sustentable a largo plazo.

4.1.2 Síntesis

El cuadro a continuación presenta una síntesis los hallazgos relacionados con esta área conceptual, fruto de las entrevistas a odontólogos.

1. Los dentistas consideran al niño de 6 a 8 años como un individuo que puede participar y comprender aspectos de la atención y cuidado de su salud oral. Sin embargo, en la práctica, la comunicación con él usa un lenguaje figurativo, sin conceptos científicos que explican correctamente lo que ocurre en la cavidad oral y en la atención clínica.
2. La comunicación es una competencia profesional muy valorada para el quehacer clínico. Sin embargo, no es debidamente enseñada en la formación de los odontólogos. Cuando señalan alguna capacitación en el área, ésta se focaliza más bien en estrategias que permitan que el niño colabore mientras es atendido clínicamente. La comunicación se relaciona con una capacitación humanista de contenidos para los profesionales.
3. Los entrevistados consideran que los padres son los grandes responsables por la salud oral de sus hijos. Ni el niño, ni el odontólogo tienen esa misma relevancia en el autocuidado. Sus mensajes apuntan a resaltar ese rol de los padres y motivarlos para que la asuman con propiedad.
4. Consideran que los padres enfrentan obstáculos culturales (horarios de trabajo, roles de género) para poder ejercer su rol de cuidadores de la salud oral de sus hijos.
5. Las madres son vistas como las cuidadoras principales de la salud oral, y que los papás están muy ausentes. A su vez, evalúan que las madres se sienten culpables cuando hay deterioro de la salud oral o cuando el comportamiento del niño es inadecuado.
6. El niño aún no tiene papel activo en el cuidado de su salud oral.
7. El discurso de los entrevistados está centrado en la pieza dentaria como el objetivo de su quehacer profesional y la caries como su preocupación principal.
8. Los planes de autocuidado de la salud oral son definidos por el odontólogo, quien informa una lista de acciones a realizar según su parecer profesional. No se observan espacios para discutir con el binomio diagnósticos u opciones de planes a seguir según evidencia científica y las prioridades del binomio.

9. Existe una tendencia a la atención paternalista o autoritaria, donde el profesional es quien tiene el poder del conocimiento, ordena, jerarquiza y asigna tareas y responsabilidades, con énfasis en los padres. El niño es un actor secundario en el plan.
10. Existe una visión del niño entre 6 a 8 años como un individuo que carece de la capacidad de participar, asumir responsabilidades y comprender su salud desde la ciencia.
11. El odontólogo se siente un tanto impotente frente a su capacidad de incidir en cambios de conductas que él considera importantes para que el niño tenga mejor salud oral.

3.2 ENCUADRE DE LA SALUD ORAL

Esta área conceptual congrega las formas que los dentistas encuadran su labor en el cuidado de la salud oral del niño, su percepción sobre cómo la sociedad evalúa su labor como profesionales en la clínica y cómo definen la salud oral y la salud de las personas. Además, identifican cómo las experiencias propias de su ambiente próximo influyen en la actitud del niño frente a la atención e interacción clínica con el odontólogo. A continuación, se presentan los tres temas que están agrupados en esta área conceptual del encuadre de la salud oral, según los relatos de los entrevistados.

ENCUADRE DE LA SALUD ORAL	a) Los padres no valoran mi labor profesional a no ser que haga una acción clínica cuando asisten a mi consulta. b) La boca está separada del resto del cuerpo. c) Las experiencias clínicas previas del niño y su entorno influyen en nuestra interacción.

a. Los padres no valoran mi labor profesional a no ser que haga una acción clínica cuando asisten a mi consulta.

El foco de la labor del odontólogo ha estado en el énfasis por resolver enfermedades, sus signos y síntomas, fundamentalmente en las lesiones de caries y sus consecuencias (Nigel B Pitts et al., 2021). Este encuadre de la labor profesional se construye desde la formación universitaria de los odontólogos, que está enfocada en cumplir número de

tratamientos clínicos específicos en lugar del cuidado integral del paciente (Ballweg, Ruth; Berg J, DeRouen T, Fiset L, Mouradian W, 2011; Lynch, Chris & Chadwick Barbara, 2010; Ph, Hannigan, & Sc, n.d.). La Dra. Hernández enfatiza esta relación entre la forma de abordar la vida clínica odontológica y la formación de pregrado:

- *Yo creo que eeh... estamos al debe. Estamos muy al debe. Partiendo de la formación de los odontólogos, porque todavía estamos formando dentistas productores de palitos digo yo, hacedores de palitos. ¿Ya? Entonces, cuando no cambiemos la visión esa de la universidad, vamos a estar al debe con la familia, eso, por un lado. Estos programas de salud* [públicos de salud oral], *que son por grupos etarios de los 5 a los 4, a los 12 ¿y los cabros entremedio? No sé, poh.* (Dra. Hernández)

Los entrevistados plantean que esta visión del odontólogo "hacedor de cosas" no es sólo fruto de su formación, sino por una presión también de los propios padres cuando asisten con sus hijos a sus consultas. La presión no es sólo para que "actúen en la boca" de sus hijos, sino que muchas veces desean que sea una atención rápida y resolutiva, sin demostrar mayor interés por el diseño de planes de autocuidado de largo plazo. Varios colegas plantean esta solicitud de los padres, tanto desde el mundo privado como del público:

- *Que me solucione, que sea rápido, ojalá que se pueda hacer todo en una sesión, se puede hacer todo en una sesión. Y que sea todo indoloro, incoloro, todo lo menos tangible posible y de ahí todo rápido, todo listo. Es como hacer un trámite, es como el cajero automático estuviera llena de plata la cuenta me entiende, o sea, algo rápido, bueno, instantáneo.* (Dra. Silva)

- *Hay otros que llegan como que quieren que les hagan todo, vienen con esa actitud: 'hola doctora, hace un año que no va a control, necesito que lo haga todo, tiene muchas caries, casi que hoy día le termine el tratamiento'.* ((Dra. Figueroa)

Este encuadre de abordar problemas es una forma simplista de ver el cuidado. Pero éste requiere considerar aspectos estéticos y funcionales, evaluar la situación pasada y actual, además de planificar una estrategia que considere aspectos biológicos, los determinantes sociales de la salud y los sistemas de salud disponibles para recibir controles oportunos (Fisher-Owens et al., 2007).

Los entrevistados señalaron que este encuadre de la labor clínica del odontólogo desvaloriza otras competencias como la consejería y la educación en salud. Estas labores tampoco son valoradas por el sistema clínico, que enfatiza acciones restauradoras o preventivas, pero todas en la cavidad oral. La Dra. Quinteros demuestra esta impotencia al señalar que estas labores son minimizadas por la sociedad:

- *Te das el tiempo para explicarlo, porque hay que educar a la gente, es que, si tú vas y conversas y le das esta indicación al paciente, es tiempo que tiene un valor económico también para el dentista. Eso tiene un valor profesional y tiene un valor económico que también ha sido minimizado, desprestigiado por los mismos dentistas y todo. Consultas gratis ¿por qué va a ser gratis?* (Dra. Quinteros)

Cabello y col (2011) realizó un estudio donde mide la cantidad de recurso humano que el sistema de salud requeriría para atender el daño por caries en niños de 12 años, pertenecientes a los niveles sociales alto, medio y bajo. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las necesidades odontológicas de los adolescentes entre el nivel alto y el medio y entre el alto y el bajo nivel socioeconómico, dando cuenta de las inequidades en el nivel de salud oral en Chile. Además, sus resultados plantean que para cerrar la brecha de atención de adolescentes, que representan el 1,7% del total de la población, es del 9% del total de la dotación profesional que atiende en el nivel primario (Cabello Ibacache et al., 2011). Sin embargo, el encuadre de esta investigación es desde una labor clínica odontológica, sin considerar acciones como consejería o educación en salud.

Considerando que la caries no es una enfermedad aguda, actividades como las que la Dra. Quinteros señalaba que eran minimizadas por las personas y el sistema de salud son cruciales para pensar en mejorías a largo plazo.

Finalmente, tanto la Dra. López que trabaja en el sistema público, como el Dr. Retamal, que trabaja en un mega prestador, señalan que lo que prevalece en su ambiente laboral es un encuadre de un modelo informativo planteado por Emanuel, E & Emanuel, L (1992). En este modelo la relación entre el odontólogo y el paciente se fundamenta en el cumplimiento, por parte del profesional, de las exigencias del paciente, que tiene la libertad de tomar las decisiones que desee. Los odontólogos pasan a ser más bien como proveedores

de la técnica, de acuerdo con lo que el paciente (en este caso los padres) ha decidido que es lo mejor:

- *Hay mamás que vienen muy preocupadas: 'necesito que me ayudes con mi hijo por esto, por esto otro, quiero hacerle un control, que lo mire'. Y otras definitivamente: 'te traigo al cachito, sáquele los dientes, lo que podai', y listo.* (Dra. López)

- *Yo creo que el perfil de padres de mega prestadores que están pagando por el tratamiento del niño y quieren que uno lo haga bien y que el niño sufra lo menos posible. Y lo otro es que lo hagan rápido, al tiro. En la primera sesión, el paciente llega como prestado y dice [el papá]: 'pagué por la resina, así que me tienen que hacer la resina'. Entonces pude haber sido un dentista más simpático, pero si le quedó la resina bien, bien. Pero si le queda mal, va a poner el grito en el cielo, aunque haya sido un dentista simpático.* (Dr. Retamal)

En estas interacciones no hay un espacio previo para la conversación ni para la entrega oportuna y clara de información para que las decisiones sean tomadas sobre la base de la evidencia, considerando los contextos propios de cada paciente y sin que el niño sea escuchado y considerado en estas decisiones.

Otros señalan que la política pública presiona al odontólogo para que realice acciones clínicas en boca, creando una noción que su labor sólo se valida en la medida que se encuentra atendiendo junto a su equipamiento. La Dra. Moreno señala con desazón el encuadre que ella percibe de las personas frente a la labor del odontólogo.

- *Lo triste es que la mayoría de la gente, casi toda, relaciona la odontología con el motor y el sillón dental y la odontología se puede hacer* afuera [de estos implementos]. *Los papás nos ven como dentistas en el sillón, con el motor, con la turbina, con eso ya y con una jeringa.* (Dra. Moreno)

b. La boca está separada del resto del cuerpo.

Los entrevistados consideran que los dientes son subvalorados por las personas en relacion al cuidado de otras partes de su cuerpo. También que las patologias que el niño presenta en la cavidad oral son consideradas menos graves que otras de la salud general. Algunos señalan que esta diferencia en la valoración de la salud oral y de la salud general

también ocurre entre otros profesionales de la salud. La Dra. Figueroa ejemplifica esta desconexión al relatar cómo aborda este tema con las familias:

- *Yo creo que está muy aparte la boca [del* resto del concepto de salud] *y de hecho (…) muchas veces cuando me dicen: 'es el que el abuelo lo tapa en dulce', yo le digo: 'si tuviese diabetes, apuesto que no lo taparían en dulces, este es un tipo de enfermedad. Su boca está enferma'. Y les trato de hacer entender que la caries es del ambiente oral, que el diente está enfermo. Está súper separada la salud oral del resto del cuerpo.* (Dra. Figueroa)

Este encuadre que separa molestias de la salud oral de la salud general se puede ejemplifcar con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud del 2017 en Chile. En ella 60% de los más jóvenes consideraron que su calidad de vida no se ve alterada con las condiciones de su salud oral, a pesar que 40% de ellos ya presentaban lesiones de caries cavitadas (MINSAL, 2018).

La discusión sobre la salud oral aún no es prioridad en las agendas de las políticas públicas o de los organismos internacionales. Como se explicó en los capítulos iniciales, esto puede ocurrir porque su deterioro no pone, per se, en riesgo la vida de las personas y más bien impacta fuertemente en su calidad de vida (FDI, 2020). Sin embargo, descontextualizar la cavidad oral de la persona es olvidar que ella es responsable de funciones vitales como la alimentación, el habla, la respiración. Su deterioro causa sufrimiento, afectando su calidad de vida y su bienestar (Nowak, 2011; Sheiham, 2005). La Dra. Silva concuerda que la salud oral está de alguna forma desvalorada, pero no sólo a nivel de autoridades, sino en el quehacer mismo de los equipos de salud:

- *Como profesionales de la salud tenemos ese vicio…o sea, hoy ¿me tengo que sacar los diente? Da lo mismo, pero, no se saca un dedo, por ejemplo. No solamente los papás, sino que, en general, la percepción de la salud oral es como es otra cosa. De hecho, los mismos profesionales de salud estamos (aislados) (…), los dentistas son otra cosa, no están en conexión con otros profesionales de salud, no lo vemos de manera global. Entonces, también los mismos pacientes lo ven de esa misma forma.* (Dra. Silva)

Otra situación concreta de esta separación de la salud oral de la salud general es la revisión de los documentos de organismos oficiales internacionales como la OMS o la OPS, o nacionales como el MINSAL, donde abordan la grave situación de la prevalencia de las enfermedades crónicas y no hacen referencia en este disgnóstico a las enfermedades orales (Fejerskov et al., 2013; OMS, 2017a; WHO, 2009).

La Dra. Moreno hace ese alcance en el sentido de que falta aún por avanzar para abordar la salud oral junto con el salud general cuando se plantean políticas de autocuidado de la salud de los niños:

- *A mí me da la impresión de que el autocuidado de la salud oral va absolutamente separado del autocuidado de la salud general. Como que los dientes están… me da la impresión de que se siente que la boca está separada del cuerpo. Un autocuidado de la salud general es levantarse, bañarse, limpiarse, tomar un desayuno, etcétera, pero eso nunca se relacionan en conjunto con la salud oral.* (Dra. Moreno)

c. Las experiencias clínicas previas del niño y su entorno influyen en nuestra interacción.

Los entrevistados tienen una visión común sobre el impacto que tienen las experiencias previas de los niños y/o los relatos de los adultos que hacen parte de su entorno en la forma que el niño interactúa con el odontólogo cuando es atendido en la clínica. El niño no tiene mayor control sobre estas influencias negativas, depende de los adultos y por eso este tema tiene una expecial relevancia. Por eso enfatizan en la responsabilidad que tienen los adultos en construir el encuadre del niño frente al cuidado de su salud oral.

En este tema surge el impacto que puede tener en el niño una interacción adversa con el odontólogo, donde las situaciones de dolor son el motivo de consulta, o dolor frente a la acción clínica que se realizó en la atención clínica. La ansiedad de los niños frente a la atención odontológica se puede relacionar con experiencias previas de dolor, como extracciones de dientes. Estas experiencias pueden marcar su actitud en la adolescencia y adultos (Morgan et al., 2017). Las Dras. López y Barros ilustran estas experiencias negativas durante la atención odontológica:

- *A mí me pasa que me llegan muchos niños traumados desde el hospital y la mamá me dice: 'haga lo que sea, como pueda, si lo tengo que traer todos los días para que se siente en el sillón, hágalo, porque yo al hospital no vuelvo más'. De hecho, una vez, una niña se dibujó en la dentista amarrada. Me entregó el dibujo y ella estaba amarrada en una sábana. Todos sabemos que eso pasa, pero es fuerte.* (Dra. López)

- *Logramos sentar a la niña, le expliqué que no le íbamos a hacer nada doloroso, (..) según lo que me contaba la abuela, la niña venía con un antecedente de poli extracciones* [muchas extracciones de dientes] *y venía muy traumatizada y todo. (...) La mayoría viene traumatizado por algo que tenían. Nos han tocado muchos niños que han tenido traumas previos por dentistas que no han sido muy amorosos, por decirlo así. Y el niño llega súper asustado.* (Dra. Barros)

Un segundo elemento son los relatos traumáticos de experiencias vividas por los padres, que consideran que influyen en el surgimiento de ansiedad o miedo de los niños frente a la interacción clínica.

- *También una idea preconcebida de los papás, que quizás tuvieron experiencias traumáticas a la atención dental antiguamente. Entonces, ellos les transmiten el miedo a sus hijos. (...) '¿me van a poner una vacuna?'*, (…) *¿qué me va a hacer? Y ahí uno le explica. ¿Qué me van a hacer? Como que es reiterativa esa pregunta.* (Dra. Aguilera)

- *Yo te diría que los que no se dejan atender es porque han tenido malas experiencias anteriores o porque están muy asustados por lo que han escuchado en su alrededor (...), sobre todo lo que escuchan en la mesa del comedor cuando están los papás en que llegan y después indaga… y claro, se trata de un papá que venía al dentista y venía con la mano en la cara o le habían puesto anestesia o inyección, etc.* (Dra. Moreno)

El miedo y ansiedad son temas ampliamente investigados en la odontología. La permanencia de experiencias negativas en la infancia pueden impactar en la forma que esa persona, cuando adulta, influye en la atención odontológica de un niño que esté a su cuidado (Ríos et al., 2014).

Dentro de este traspaso de los miedos, desde los padres hacia los niños, hay un aspecto que los entrevistados destacan, el encuadre de la visita a la clínica odontológica como un castigo o una experiencia mutiladora. Las Dres. López y Soto ejemplifican esta evaluación:

- *A veces los mismos acompañantes le traspasan miedo. Y lo otro, que yo estaba batallando harto acá, es que no le digan que el dentista es un castigo. Sí, que los dentistas son un castigo: '¿viste?, te portaste mal, te traje al dentista'. Entonces los niños eso lo van guardando. Lo que a mí me juega más en contra en toda la atención clínica son los papás. Son el miedo que le transmiten los papás a los niños. Me dicen: 'no, es que yo venía, me dolía acá y me sacaban el de atrás, entonces venía, decía que tenía un picadito y me lo sacaban, y si me dolía no me ponían más anestesia'. Por la odontología antigua, como ellos lo describen.* (Dra. López)

- *Hay un grupo pequeño que vienen con susto y que lo han amenazado con que el dentista les va a sacar los dientes, que le van a poner así una aguja (...) Yo creo que influye porque muchos niños ya traen un recuerdo emotivo de vacunas, de emergencias, de hospitalizaciones, de delantales.* (Dr. Soto)

Un estudio realizado con niños de 7 a 9 años demostró una relación entre acceso a información amenazante, asociando al odontólogo con adjetivos como "monstruo", lo que generaba la creencia de que la atención odontológica era una amenaza, más allá de contar con evidencia concreta de eso. El encuadre se construye a partir de la amenaza verbal que genera miedo y que viene de una figura que tenga algún grado de autoridad frente al niño (A. E. Carter, 2014).

Un entrevistado relata justamente esa asociación entre la experiencia de los padres y el encuadre que se puede crear en los niños. De la misma manera que pueden relacionar la odontología al miedo, los padres también pueden ser mediadores para que la experiencia sea positiva:

- *Es difícil, porque yo creo que la visión que tienen los niños de los dentistas depende mucho de la visión que tienen sus papás. Si el papá les dice que va a doler, que lo van a pincharlo, los niños ven que casi el dentista es el enemigo del niño, pero cuando los papás vienen con otra actitud como: 'él es el doctor de los dientes', me carga esa frase en verdad, 'pero ya él te va a ayudar que los dientes estén limpiecitos', vienen con otra disposición, '¡ah!, me van a ayudar a tener mis dientes limpiecitos'.* (Dr. Retamal)

3.1.1 Síntesis

A continuación se presenta un cuadro con la síntesis de los hallazgos de esta área conceptual, de acuerdo a lo relatado por los odontólogos entrevistados.

1. El encuadre de la labor profesional del odontólogo se centra en la realización de acciones clínicas en la cavidad oral, sin contemplar los demás aspectos de la salud.
2. Los entrevistados consideran que las competencias como la consejería o educación son subvaloradas por los padres cuando sus hijos son atendidos por el profesional.
3. Las patologías orales, principalmente la caries, son abordadas como enfermedades agudas, pero la evidencia las define como crónicas.
4. La salud oral aún no se encuadra como parte de la salud integral de la persona.
5. Existen padres que tienen como expectativa de la atención odontológica una solución rápida a un problema puntual de la salud oral del hijo.
6. El miedo que los niños pueden sentir frente a la atención odontológica puede surgir de los adultos o de su ambiente más cercano. Esto puede surgir por experiencias reales o porque se presenta la experiencia en la consulta como una amenaza o castigo.

3.3 INTERACCIÓN ODONTÓLOGO/NIÑO

Esta área conceptual congrega temas especialmente relevantes relacionadas con la interacción del odontólogo con el niño durante la atención clínica. Surgen aspectos actitudinales del profesional y de los padres que, a juicio de los entrevistados, influyen en la construcción de la relación. En esta misma línea, evalúan los beneficios o dificultades que presenta la puesta en escena de la clínica para favorecer una relación y experiencia positiva. Este aspecto ambiental también puede ser comprendido desde lo planteado por Goffman (1956), quien le otorga un lenguaje teatral a las interacciones que ocurren entre las personas, destacando la ambientación o la “puesta en escena”, donde ocurre el encuentro de los actores o, dicho con el lenguaje de Goffman, ocurre el *encounter* de quienes interactúan. (Rizo, 2011; A. Ruiz, 2013)

3. INTERACCIÓN ODONTÓLOGO//NIÑO	a) El vínculo con el niño está permeado por un encuentro personal. b) Los padres presionan para que yo asuma labores que les corresponde a ellos realizar. c) La puesta en escena clínica odontológica influye en la experiencia clinica del niño.

a. El vínculo con el niño está permeado por un encuentro personal.

El concepto de relación es nuevo en salud. Tradicionalmente los profesionales del rubro concebían su labor como una interacción con las lesiones, incorporando más tarde la fisiología humana. Esto favoreció la idea que la relación se establecía con un objeto o una función. En consecuencia, era construida según sólo la perspectiva del profesional.

Los entrevistados, sin embargo, destacaron lo relacional con el niño. Consideran la comunicación no como un proceso unidireccional, sino más bien como un proceso de relación mutua donde se construye un lazo personal entre ambos actores. La comunicación se comprende como una habilidad propia del ser humano que va percibiendo poco a poco que existen otros individuos que tienen sus perspectivas y valores particulares que hacen a cada persona original (Kumagai, 2008).

La comunicación en la consulta debiera promover el encuentro construyendo comunidad sin necesitar de que sea explícita al respecto, sino más bien recurriendo a símbolos con significados para quienes la constituyen. Byung-Chul Han define esta construcción de comunidad que se comunica por símbolos como hogar que genera estabilidad a la existencia de la persona (Han, 2020). Estos símbolos son gestos, miradas, abrazos.

Los entrevistados transversalmente valoraron un encuentro personal con el niño, lo que se debiera traducir en una oportunidad para que dos personas, desconocidas entre sí, construyan un ambiente de intimidad. En el caso específico del encuentro entre el odontólogo y el paciente, es destacable que cuando se consolida, permite que éste comparta aspectos privados dentro de un ambiente seguro y constructivo (Kaba & Sooriakumaran, 2007). Lo que movilizaría a los profesionales que se encuentran con el niño es la compasión. Para ilustrar esta inferencia, están los relatos de los Dres. Carrasco y Hernández:

- *Uno se puede dar cuenta en cinco segundos si (el niño) viene con dolor, si viene asustado, si viene desbordado, si peleó con la mamá o el papá porque lo trajeron. Dependiendo de cómo uno capta al niño, uno puede partir con bromas o si tiene hermanos o si le gusta algo, pero en general es captar el foco del paciente para que entienda que uno es un foco de ayuda en sus problemas.* (Dr. Carrasco)

- *Y es más que nada la relación, el cómo uno habla, cómo uno se expresa, el lenguaje corporal a qué le ponemos atención. Yo le pongo mucha, mucha atención al gesto de los niños, de repente sus caritas o aprietan las manos y les digo ¿te dolió? ¿Te molestó algo? (...) En verdad, relacionarse como más horizontal, como no tan un adulto-niño (...) Que entiendan de que yo soy un amigo o un profesor, un educador, no sé, pero que entiendan que lo único que yo quiero es que estén más felices y más sanos.* (Dr. Rodríguez)

Los entrevistados desean comunicar preocupación por el niño, más allá de la patología que lo aqueje y la compasión es una actitud que la favorece. La compasión posee un aspecto afectivo en la relación que fortalece la confianza en el profesional, pues transmite que está comprometido con lo mejor para el paciente. Como gestos compasivos concretos valorados por las personas están ser "atentos", estar en alerta hacia sus necesidades, mostrar empatía o consultan a las personas sobre sus prioridades en la atención. (Papadopoulos & Ali, 2016).

La relación no surge por un encuentro puntual en la clínica, también puede y debe fortalecerse en otros espacios que hay encuentro con el niño. Todo encuentro donde el odontólogo favorezca construir relación favorecerá la formación de comunidad. Epistein (2005) señala como la relación requiere el cultivo a lo largo del tiempo. Considerando que las patologías orales son fundamentalmente crónicas, la relación toma importancia, pues se puede generar confianza para una labor colaborativo a lo largo del tiempo. El Dr. Merino va en esa dirección, cuando destaca su interés por generar un vínculo personal con el niño:

- *Lo primero que yo hago es saludar a mi paciente para ganarme la confianza del paciente primero. Yo siento que eso siempre marca…una diferencia, identificar algún elemento con el cual yo pueda conectar de entrada con el niño (...) que es un plus que puede tener, y hay veces que invento no más, invento historias y los niños lo que finalmente me interesa. Que exista, que exista esa pertenencia que yo logre*

personalizar la atención con ellos y que ellos lo logren captar, van a tener esa sensación, ese sentimiento de querer volver a atenderse conmigo. (Dr. Merino)

Otra herramienta usada para construir esta relación con el niño es el juego. El Dr. Pérez considera que es una estrategia positiva para crear una relación personal y centrarse en el niño, favoreciendo un ambiente de confianza:

- *La palabra mágica acá es 'juguemos', ningún niño se resiste a esta palabra, forma parte de lo que ellos hacen. Es su manera de aprender el mundo a través del juego. También es un tema importante, o sea, que ellos empiecen a confiar en tus palabras.* (Dr. Pérez)

Goffman (1981) señala que el juego tiene varios beneficios, porque posee reglas claras para quien participa, genera relaciones de respeto y más horizontales entre los participantes, construyen rituales y se asumen roles. El juego no es sólo un momento de entretención, sino una oportunidad de crear una relación (Goffman, 1981). El juego considera dimensiones humanas como las emociones, reconoce en las personas la necesidad de sentir, expresar, comunicar y producir con los otros en un contexto social. Por lo tanto, el carácter lúdico de una relación es un punto de partida para generar motivación e integración, favorece un ambiente que motiva y promueve la participación (Giraldo & Soto, 2016).

Lo relevante, finalmente, es generar oportunidades de participación al niño, recordando que él es el paciente y el objetivo es cuidar su salud oral. Su empoderamiento pode ocurrir de distintas formas, como señala la Dra. Hernández:

- *Entonces, yo no los obligo ni siquiera a sentarse en el sillón, entonces le digo: 'de acuerdo, ¿te parece que lo dejemos para otro día? ', porque eso de estar que siéntate en el sillón, que siéntate, que, si no te sientas, que no; yo hace años ya que evito eso y que le digo a la mamá: 'si él no quiere, es no'. Es, es como, es como que le das, si le das el poder, el poder de decidir que me voy a sentar o no me voy a sentar.* (Dra. Hernández)

Quaye y col (2019) plantean que la participación activa del niño debe considerarse como un proceso que implica transferencia de información y poder para que las opiniones de quienes participan influyan en la toma de decisiones. Esto conlleva considerar los niveles

aceptable de participación activa según la edad, madurez del niño, guías clínicas, entre otros (Quaye et al., 2019).

Esta creación de comunidad y de relación rescata otro anhelo de los odontólogos que es ser vistos como "una persona normal". Los Dres. Ferrada y Herrera explican muy claramente este hallazgo:

- *O sea, por ejemplo: 'Margarita, qué lindas tus zapatillas'. Como siempre de ese tipo o me encantó tu polera… es como que entren un poco más relajados, que se den cuenta como que yo no soy de otro mundo.* (Dra. Ferrada)

- *La otra historia es que tengo que humanizarme yo, …. Era mi última paciente de la tarde, una rubiecita llena de cachitos, preciosa, de ojitos verdes, una faldita repolluda, tenía las dos manitos en la espalda y me dice: '¿tú vives aquí?' Y ahí me di cuenta de que ella pensaba que cuando se iba el último paciente yo me quedaba debajo de alguno de estos sillones por ahí hasta que llegue el próximo niño... Me pasó cuando me los encuentro en la playa, o en un lago, encuentro pacientes míos que me miran absolutamente perplejos porque yo estoy metido igual que todos los demás.* (Dr. Herrera)

b. Los padres presionan para que yo asuma labores que les corresponde a ellos realizar.

Como se señaló anteriormente, lo entrevistados visualizan a los padres como los principales responsables por el cuidado de la salud oral de sus hijos. Sin embargo, esta asignación de rol genera tensiones a la hora de atender a los niños, pues la gran mayoría considera que los papás delegan en ellos atribuciones que no les corresponden. Critican que los progenitores son pasivos frente al compromiso que debieran asumir en el cuidado de la salud oral del niño y descargan esta responsabilidad en el odontólogo lo que provoca mucha molestia.

Un hecho que ejemplifica esta percepción es cuando el profesional necesita conversar sobre el diagnóstico o dar una indicación al finalizar un procedimiento, y el cuidador que acompaña al niño no da ningún signo de interés en involucrarse. Pareciera que consideran que su responsabilidad se limita con llevar al niño a la consulta del odontólogo y que sea él quien resuelva los problemas. Es lo que comenta el Dr. Rodríguez:

- *De repente los veo y es como, o están metidos en el celular y les estoy hablando y ni siquiera me miran. Ahí es como, Dios los salve, no sé qué va a pasar con ese niñito si, cuando lo vuelva a ver (...).* (Dr. Rodríguez)

Evaluar durante la entrevista qué tipo de binomio existe entre la madre y el hijo ayudaría a tomar medidas para prevenir situaciones donde los roles de los adultos interfieren en la relación del odontólogo con el niño (Freeman, 2008). Como se ha discutido anteriormente, las mamás son las que asumen la responsabilidad del cuidado de la salud oral del hijo, quedando los padres más ausentes de esta labor. En este caso, según la clasificación de Freeman, este entrevistado se encontraría frente a un binomio agresivo, donde el cuidador tiene una conducta inconsistente, le cuesta establecer límites al comportamiento del hijo, está desatento hacia la experiencia del niño y es emocionalmente más distante.

El niño presenta una conducta negativa, controladora y el cuidador responde de forma inconsistente o agresiva (Freeman, 2008). Evaluar la forma que los padres interactúen con el hijo debiera ser una conducta de quien atiende niños, no para asumir labores desde la psicología relacional, sino para identificar estrategias enfocadas al autocuidado del niño.

Otra situación donde los entrevistados evalúan que se tensionan las relaciones con los padres es cuando consideran que el padre debe demostrar autoridad y mayor compromiso con las orientaciones de autocuidado del hijo. Las Dras. Quinteros y Luco evalúan con cierta impotencia esta falta de autoridad y la no definición de límites para la conducta de los hijos que interfieren en su labor profesional:

- *La familia (porque a ti te debe pasar también) te dicen 'ay, el niño es tan bueno para comer dulces'. Bueno, pero ¡quien compra los dulces! Claro, dígale que se lave los dientes (...) o llegan con la galleta tritón pegada en los molares porque estaban en la sala de espera comiendo. (...) yo creo que es tanto más fácil decir siempre que sí a decir no, poh.* (Dra. Quinteros)

- *Cuando hay conflictos, no es con el niño, es con la madre. (...) Las mamás tienen poca autoridad ahora, (...) los niños no le hacen mucho caso y siempre tiene la culpa otro. 'Usted es la dentista y usted tiene que saber cómo la van a atender'. Y la respuesta que yo les doy es: 'señora, la educación es suya, no mía; yo voy a ver la parte odontológica'.* (Dra. Luco)

Este tema es importante porque los niños de 6 a 9 años aún comparten su agencia de autocuidado con sus padres. Fisher-Owens (2007) plantea un modelo conceptual integral que aborda justamente este tipo de situaciones, incorporando en su propuesta aspectos como las creencias, prácticas, habilidades de autocuidado, composición familiar, existencia de redes de apoyo, contexto cultural, capital social y su relación con los sistemas de salud. Estos factores no sólo impactan a la familia también en las comunidades de la que ellas son miembros, sino a través de las interacciones que ocurren en los diversos niveles de influencia, como puede ser la comunidad que se forma entre padres, hijo y odontólogo (Fisher-Owens et al., 2007).

Los odontólogos debieran profundizar sus conocimientos en la disciplina de la psicología de la salud. Existe evidencia que demuestra que sólo "saber" un mensaje no garantiza por sí sólo un cambio de comportamiento a largo plazo. Esta instauración conlleva una serie de procesos complejos determinados por factores psicosociales, económicos y sociales.

Por lo tanto, el control de una enfermedad crónica debe considerar también otros factores subyacentes de la salud oral de los niños, como la forma que los padres ejercen su autoridad. La literatura apunta al entorno familiar como una influencia relevante en prácticas del niño, como el cepillado dental. Los padres son caracterizados como mediadores o modeladores de los comportamientos de autocuidado de sus hijos. Sin embargo, no son los únicos. También influyen otras variables como la comunidad escolar, el entorno social, la facilidad de acceder a alimentos ricos en azúcar en los supermercados y los comerciales y la televisión (Duijster, de Jong-Lenters, Verrips, & Loveren, 2015).

Por lo tanto, no basta con evaluar que los padres deben asumir determinadas tareas. Cuando el proceso se queda sólo en la constatación se fortalece esta situación de impotencia y rabia del profesional, que termina generando conflictos al interior de la comunidad de la consulta clínica. Es lo que relata la Dra. Figueroa:

- *Hay papás que, igual, a veces, dan ganas de cachetearlos. Me acuerdo perfecto de haberle dicho a un papá: 'su niño tiene la boca destrozada' y le dije: 'no tomen bebidas, eviten ese tipo de cosas', 'No, pero es que nadie me va a quitar mi bebida de fin de semana', 'Usted tiene que ayudarlo, el niño tampoco es de fierro y si ve la bebida, él se la va a tomar, si le pone una torta encima, se la va a comer', Le quería pegar un combo. No sabe el daño que está haciendo. Y yo le digo: 'si a él no le gusta bañarse, ¿usted tampoco lo va a bañar?, si no le gusta lavarse el pelo, ¿no se lo va a lavar?'.* (Dra. Figueroa).

Debe existir un cuidado especial para alcanzar cambios de conducta para no avanzar en evaluaciones morales del comportamiento de los padres. Es un camino tentador la evaluación moral que muchas veces se realiza con una comunicación indirecta que normalmente no fortalece la comunidad. El Dr. Cifuentes usa este tipo de estrategia:

- *Yo hago la doble información, o sea le doy información al papá en términos generales y lo puntual que tiene que hacer el niño, pero que lo escuche el papá para que pueda ser el evaluador real de eso y no hacerse el loco (…), los papás se hacen los locos más que los niños. Te digo, a los papás, de repente, les das una indicación, cómo, 'renueva el cepillo cada tanto tiempo' y yo le pregunto al papá y me dice 'sí, yo le compré el cepillo, lo cambiamos'. Y uno le pregunta al niño y te dice: 'hace seis meses que tengo el mismo cepillo'. Ahí se nota un error de comunicación.* (Dr. Cifuentes)

Esta forma de interactuar del Dr. Cifuentes se asemeja a lo que Goffman plantea sobre las *performances,* pues lo que el profesional desea es influir de alguna forma en los participantes para que asuman su rutina. Él ha definido que los actores de la *performance* deben actuar de la manera que él ha determinado. El Dr. Cifuentes ha definido entonces su performance frente al padre y el hijo para que ellos cumplan con sus normas. Lo interesante es que él mismo cierra su reflexión con una sensación de "fracaso", pues no logra el objetivo que se planteó y considera que la falla está en la forma de comunicarse. Olvida tal vez que esta comunicación indirecta no favorece a los cambios que él desea. Esta comunicación se usa con el intento no explícito de persuadir, para que actúe de una determinada forma. El problema se genera porque quien comunica cree que está dándose a entender, y confía que la otra persona leerá las entrelíneas. El interlocutor normalmente se queda con lo que se expresó verbal y directamente, pero lo indirecto puede ser obviado

generando malentendidos debido a una discrepancia entre las expectativas y las consecuencias concretas del encuentro comunicacional.

Por otro lado, los padres evalúan que los profesionales de la salud le dedican poco tiempo a informar adecuadamente y desean que ella sea de mejor calidad. La evidencia señala que los padres valoran que ella sea contextualizada a su realidad de forma clara y que se aseguren espacios para que ellos sean escuchados y apoyados en vez de ser culpados por el odontólogo (Duijster et al., 2015).

Al parecer aún falta por avanzar hacia una comunicación donde todos los participantes tengan la oportunidad de hablar y de escuchar generando una relación, disminuyendo esta tensión frente al poder que cada interactuante desea o espera que se ejerza frente al niño, a quien se le asigna un rol pasivo de escucha y obediencia.

c. La puesta en escena clínica odontológica influye en la experiencia clinica del niño.

Los entrevistados evalúan de forma generalizada que el ambiente físico influye en el tipo de interacción que logran establecer con el binomio padres-niño. Destacan la necesidad de contar con un ambiente amigable. Algunos sugieren que haya preocupación con los colores, con la presencia de imágenes reconocidas como positivas por los niños. Otros, que, si es posible, es mejor interactuar con el niño lejos del ambiente físico de la clínica odontológica. Consideran que debiera existir un equilibrio entre lo que definen como un ambiente de salud, limpio, que dé seguridad para atender y un ambiente acogedor. Estos tres entrevistados reflejan distintas perspectivas sobre la importancia que los entrevistados le dan al ambiente físico de una consulta odontológica:

- *Influye directamente, totalmente, o sea, si nosotros tenemos un box bonito arreglado, incluso con imágenes o cosas más tiernas o entretenidas para los niños, los niños vienen o entran con todas las ganas, pero ahí en el consultorio .... es horrible (...) y pintaron todo así, en mala, como a cualquier lado.* (Dr. Rodríguez)

- *Yo creo que sí, influye harto. Esas clínicas que tienen mesitas para dibujar, para pintar, hacen que los niños lleguen tranquilos, se distraigan antes de la atención (...). También que hayan sacado los carteles* [por la pandemia] *lo hace mucho más inhóspita de todas maneras (...) yo lo haría radical, pondría televisores, juguetes, pondría papeles con decoración.* (Dra. Ruiz)

- *Muchas veces la puesta en escena no nos ayuda, y, lo que sí yo trato de hacer es tratar de generar la conversación un poco afuera del box y con el papá, lo manejo de manera más* global [entrega de información sobre plan de tratamiento del niño], *pero siempre tratando un poco de salir de este ambiente tan clínico, tan sillón, tan dentista tan, tan clásico (...).* (Dra. Silva)

Los entornos transmiten mensajes que pueden ayudar o dificultar la interacción entre un profesional de la salud y su paciente, incluso influir en la oportunidad del diagnóstico (Helman, 1984). Estudios realizados sobre modelos de comunicación entre el odontólogo y el paciente señalan las características del ambiente donde ocurre el encuentro como un factor importante que incide en esta relación (Sondell & Söderfeldt, 1997). Es importante destacar que la literatura sobre miedos o ansiedades de los niños frente a la atención clínica odontológica no menciona el ambiente físico como una variable relevante. Una actitud más ansiosa o el miedo se relacionan con la influencia de experiencias previas médicas u odontológicas negativas, tipo de acciones a ser realizadas, como exodoncias y uso de anestesia infiltrativa[64] y la influencia de los padres.

Para cerrar esta área temática, se presenta el relato de uno de los entrevistados que refleja el interés de los entrevistados por respetar al niño y generar una relación personal:

- *La diferencia está en el abordaje psicológico (...) Ahí es donde se juega este partido, porque todos sabemos eliminar caries, todos sabemos la parte técnica, no tiene mucha diferencia. Hace pocos años fui a una charla que se dictó en el hospital donde trabajan cuatro o cinco odontopediatras y... el abordaje que ellos proponían desde la primera sesión era violencia física. ¡Envolverlos en una sabanilla! Entonces yo creo que eso no es entender nada. Aún en esto tiempos estamos en algunos lugares promoviendo maneras erróneas, a mi juicio, de abordar los pacientes. Eh, yo cuando llegué con esta forma de trabajar a un hospital, algunos entendieron la propuesta y otros decían que yo iba a jugar con los niños. Colegas míos e incluso colegas odontopediatras que decían que ¡claro!, no producía mucho porque me dedicaba a jugar con los niños. Más allá de que alguna obturación te quede súper linda, yo creo que eso no tiene ninguna relevancia si acaso tú lograste que alguien viviera su experiencia de vida, de relación con la odontología de una manera más afable, más segura, sin miedo. Yo creo (...) que cada vez que uno logra eso en un niño, es un éxito para la odontopediatría sí o no, para la odontología. De*

[64] Anestesia infiltrativa consiste en inyectar una determinada dosis de anestésico en el maxilar para bloquear las terminaciones sensitivas (Endo, Gabka, & Taubenheim, 2010)

*repente entraban al box [*los colegas*] y veían que yo estaba sacándole el agüita de un vaso, afuera totalmente del sillón. Entonces era como absurdo, '¡qué está haciendo! ¿cómo le pagan a este tipo por esto?' Una colega me dijo: 'eso está mal, está mal. Lo que tienes que hacer tú, que entren con los papás hasta que los papás lo sujeten y además tienes que sacarle un zapato y el zapato dejarlo bien arriba del locker acá, para que el niño no lo alcance. Entonces el niño, cuando quiera arrancar no se va a poder arrancar, porque le falta un zapato'. Sí, realmente penoso, penoso y con un convencimiento además que me lo dijo que era más penoso aún. Era lo que había que hacer y ella trabajaba así, creo yo, que cómo se enseña la cátedra de odontopediatría también es vital, porque o sino seguimos reproduciendo modelos añejos que más dañan a la gente y eso hace que se perpetúe esta cuestión que tú me señalas de pacientes adultos que no van al dentista a menos que la cosa esté así* [pésima]... (Dr. Pérez)

3.2.1 Síntesis

En el cuadro que se encuentra a continuación presenta un resumen con los principales hallazgos relacionados con esta área conceptual, de acuerdo a los relatos de los odontólogos entrevistados.

1. Los odontólogos entrevistados valoran aspectos verbales y no verbales para fortalecer la relación con el paciente, generando una relación más horizontal.
2. En la medida que el profesional valora al niño como persona y crea un vínculo de comunidad, se genera satisfacción personal en la labor clínica profesional.
3. Existe tensión en la interacción del odontólogo con los padres por falta de definición de los roles que cada uno desea, puede o espera del otro frente al cuidado de la salud oral del niño.
4. Existe una percepción de falta de disciplina y autoridad frente a las prácticas de autocuidado y a la participación activa durante la atención.
5. Consideran que el entorno clínico físico debiera ser más amigable y que puede dificultar una experiencia positiva del niño cuando visita la consulta.

4.4 MODELOS DE ATENCIÓN

En esta área conceptual se congregan aquellos temas relacionados con los enfoques y modelos de atención que permean la forma que los profesionales se relacionan con el niño y sus padres. Dentro de estos enfoques, los profesionales identifican elementos que definen su rol frente a las decisiones que se debe tomar para cuidar la salud oral del niño y cuáles son los énfasis que consideran relevantes en su atención clínica. Para tener éxito, la atención debe ser enfocada hacia la persona, su calidad de vida y su protagonismo en la toma de decisiones, como también la inclusión en los diagnósticos de aquellos factores que influyen más allá de lo que ocurre dentro de la atención clínica (Lee et al., 2018). Sin perjuicio de lo anterior, los entrevistados además destacaron la estrecha relación entre el ambiente laboral donde atienden al niño y el modelo de atención.

MODELO DE ATENCIÓN	a). Lo importante es que yo informe sobre lo que he decidido, lo que es mejor para el plan de tratamiento. b) Es mi responsabilidad decidir lo que es mejor para el niño. c) Procuro que el niño se sienta valorado durante la atención. d) La forma de atender al niño está condicionada por mi ambiente laboral.

a. Lo importante es que yo informe sobre lo que he decidido, lo que es mejor para el plan de tratamiento.

Al preguntarle a los entrevistados sobre cómo se desarrolla la atención clínica del niño una vez finalizada la entrevista y el examen clínico, la gran mayoría salta la etapa de entregar un diagnóstico fundamentado en evidencia, la toma de decisiones compartida, las estrategias que fortalezcan la literacidad del binomio. Su foco es dar una lista de acciones que definieron ser las mejores para el niño, rehabilitadoras, preventivas o promocionales. Varios mencionan que consideran factores de riesgo relacionados con la enfermedad de la caries. No describen su preocupación por considerar otras patologías prevalentes.

Se percibe este enfoque biomédico sobre todo en los profesionales que trabajan en el sector público, donde ya están preestablecidos qué aspectos deben estar presentes en el plan de tratamiento, metas a cumplir y, por lo tanto, el poder de decisión está en las manos del profesional. Las Dras. López y Aguilera atienden en Centros de Atención Familiar y se puede identificar esta preocupación en sus respuestas:

- *Aquí nos pasa que los papás vienen a lo que yo diga. Si yo le digo: 'su hijo tiene diez caries y las diez hay que taparlas, su hijo tiene cinco caries, tiene seis dientes para surcos profundos que hay que sellar y esto se hace así, así, así. Entonces le voy a dar horas para esto, para esto otro y esto otro'.* (Dra. López)

- *Mire papá, tiene tantos dientes sanos, tantos dientes con caries, ya. Esto va a demorar tanto tiempo, pero vamos a partir primero desde la higiene, ya. El cepillado correcto, que todas las sesiones en las que venga el niño que tenga sus dientes limpios, entonces eso es lo principal, que no venga con placa bacteriana, entonces empezamos de a poquito (…).* (Dra. Aguilera)

Repensar este enfoque no es un detalle menor. La prevención y control de enfermedades como la caries requieren una acción coordinada de políticas públicas y atención clínica. Por lo tanto, la labor del odontólogo puede impactar no sólo en la salud oral del niño, sino en su salud general. Esto requiere reorganizar el enfoque hacia uno preventivo promocional, identificando los factores de riesgo, en un modelo centrado en la persona, donde se incluyen a todos los actores involucrados en la mejoría de la salud oral, partiendo por el niño y sus padres (Nigel B Pitts et al., 2021).

Ya no es sustentable que los niños y sus padres sólo sean informados de lo que se realizará en boca y durante las sesiones clínicas. El desafío es asegurar que ese niño tendrá todas las herramientas necesarias para que su salud se mantenga a lo largo de su vida, no sólo mientras es controlado de cerca por el odontólogo. A pesar de que se ha investigado, aún hay poco sobre intervenciones efectivas de mejoría de la calidad de vida enfocadas en la transición entre el cuidado de los niños y adolescentes y su nivel de salud en la adultez (McManus et al., 2015).

Avanzar hacia la atención centrada en el paciente ofrece una gran oportunidad para que la odontología mejore la calidad de la atención clínica y los indicadores de salud (Lee et al., 2018). Una forma concreta para salir de este modelo biomédico es incorporar en la

atención clínica odontopediátrica los principios de toma de decisión compartida (TDC). Esta estrategia favorecería evaluar en conjunto las opciones de tratamiento o manejo de su situación de salud, evaluando posibles beneficios y daños de cada opción. Esta labor colaborativa procura favorece que los pacientes puedan comunicar sus preferencias y entre los actores participantes y seleccionen el curso de acción que mejor se adapta a la realidad del niño (Stiggelbout et al., 2012).

La toma de decisión compartida implica una conversación, un proceso, no una herramienta o un hecho único o aislado. Una reciente revisión Cochrane[65] en personas con patologías crónicas se evaluaron los resultados de un plan de tratamiento sobre la base de TDC. Los resultados mostraron efectos pequeños, pero consistentes en personas que presentaron alteraciones en la salud. Además, se fortaleció la autoeficacia y automanejo. Los efectos fueron mayores cuando este enfoque fue abordado en todo el ciclo de planificación, con más de un contacto y cuando se integró este enfoque en toda la atención (Coulter, 2017).

b. Es mi responsabilidad decidir lo que es mejor para el niño.

En todos los entrevistados se observa una genuina preocupación por la salud oral de los niños. Sin embargo, su preocupación se materializa en una relación paternalista o autoritaria. (Emanuel & Emanuel, 1992).

El niño no aparece como actor activo. Lo que influye en las decisiones del profesonal no es su opinión sino otras variables, como los costos asociados para llevar a cabo el plan, indistintamente si las decisiones sean rehablitadoras o preventivas. Ambas labores están pensadas desde la perspectiva autoritaria de quien espera que el binomio acepte y realice lo que se les ha señalado. Las Dras. Hernández y Luco no sólo establecen los planes desde su única visión, sino que consideran que la salud oral del niño depende de su control personal. Los controles son establecidos desde esta perspectiva:

[65] "Las revisiones Cochrane resumen los resultados de los estudios disponibles y cuidadosamente diseñados (ensayos clínicos controlados) y proporcionan un alto nivel de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones en temas de salud. Basadas en la mejor información disponible sobre las intervenciones sanitarias, las revisiones Cochrane exploran la evidencia o las pruebas a favor o en contra de la efectividad y conveniencia de los tratamientos (medicación, cirugía, educación, etc.) en circunstancias específicas. Su objetivo es facilitar la toma de decisiones a los médicos, pacientes, administradores y otras personas implicadas en la asistencia sanitaria." (recuperado de: https://es.cochrane.org/es/revisiones-cochrane

- *Depende del riesgo, porque hay niños a los que yo puedo citar una vez al año, o sea un chiquillo de ocho años que nunca ha tenido caries, que ha tenido una buena higiene y que solo hacemos control de erupciones y veamos cono está la higiene, o sea es un niño al que le puedo soltar un año* [cómo define la periodicidad de los controles]. (Dra. Hernández)

- *(Los niños) Vienen tan mal que tienen mucha susceptibilidad a la caries, tienen muchas caries, los controlamos y los controlamos para más o menos dejarlos listos hasta los nueve, diez años* [estrategia para mantener la salud oral de los niños]. (Dra. Luco)

En estas decisiones se identifica una comunicación unidireccional que entrega indicaciones a los padres. Una de las estrategias para que "las cumplan" es el miedo. Esto se percibe en los relatos de los Dres. Hernández y Merino:

- *Siempre les digo a los papás: 'el lavado de dientes no es una opción, es una obligación. El lavado de dientes no es una opción no es 'ah, no, me da lata', no, no es así. Es parte del que te peina, es como cuando te bañai, como cuando te cortai las uñas, como cuando te cambias ropa, o sea, es algo que haces porque tienes que hacerlo porque así te cuida'.* (Dra. Hernández)

- *Les pregunto también en relación a los hábitos (de sus hijos) y ¿estamos usando mamaderas? Y les digo que la solución de eso, si seguimos con el hábito, lamentablemente va a tener que hacer cirugía (…) más que nada para meterle un poquito de presión a los papás.* (Dr. Merino)

Aún existen divergencias en la efectividad del miedo a la hora de reducir las actitudes o los comportamientos de riesgo. En metaanálisis sobre estas teorías se identificó que el uso del miedo puede ser efectivo cuando se enfatiza la severidad y la susceptibilidad, asociados a la recomendación de un determinado comportamiento claro, dirigido más a la población femenina (Zeng, Lin, Zhang, & Siu, 1990). Vale decir, entrega de información clara y oportuna sobre las consecuencias de una determinada conducta.

El impacto del miedo puede explicarse por la mediación que ocurre a través de la emoción, que presiona a la persona para resolver este estado de ánimo que es evaluado como desagradable. Otra mediación posible es cognitiva, que genera un proceso de motivación para protegerse. Pero pareciera que lo más relevante no es el miedo en sí mismo como mecanismo

de cambio, sino más bien una presentación clara y con evidencia sobre los factores de riesgos a los que la persona está expuesta junto con las opciones existentes para controlar su impacto, asociada con el nivel de autoeficacia que tenga la persona para el cambio (Moussaoui, Claxton, & Desrichard, 2021). Un entrevistado sintetiza el enfoque que prioritariamente ha prevalecido:

- *Yo creo que, si uno hace un análisis crítico, el modelo odontológico que todos aprendimos es: 'yo soy el doctor, usted es el paciente, yo mando, usted obedece, yo sé, usted aprende.* (Dr. Carrasco)

c. Procuro que el niño se sienta valorado durante la atención.

Este tema es especialmente importante, porque rescata el interés demostrado por todos los entrevistados para que el niño se sienta acogido y ocurra un encuentro entre ambos. Si bien se ha descrito que el niño no tiene un rol activo en las definiciones del autocuidado de su salud oral, existe una preocupación genuina por el niño y su bienestar. Los entrevistados destacan que desean explicitar esta centralidad del niño hacia sus padres, usando una comunicación implícita para eso. Estas reflexiones de la atención humanista fueron más frecuentes entre los odontólogos con más experiencia clínica. Esta área está ilustrada con más citas que otros temas, justamente por el valor que tiene el enfoque centrado en la persona para esta investigación. Si bien el tema caracteriza una interacción entre el odontólogo y el niño, se catalogó en esta área conceptual para destacar que no basta con una preocupación personal: debiera ser considerado como modelo de atención.

Los entrevistados destacan la importancia de conocer al niño como persona, como paciente, escuchando activamente lo que dice y leyendo lo que puede comunicar a través del lenguaje no verbal. La Dra. Hernández y el Dr. Pérez manifestaron en sus entrevistas este interés:

- *Un niño de 6 a 8 años entiende perfectamente lo que tú estás proponiendo. Entonces, lo importante es proponer un tratamiento que sea adecuado al niño y que sea adecuado al entorno en que vive ¿no es cierto? O sea, yo hoy día miro al niño desde que entra caminando y voy percibiendo cómo camina, voy mirándole la cara, le voy descubriendo las ojeras, le voy descubriendo si el niño está contento, triste o enojado, estoy aprendiendo a ver señales ¿ya? (...)* [Hay que ver al niño] *como un individuo,*

no puedo mirar(lo) como diente. Un ser que vive, que siente, que piensa, mirar al niño, no sé, no sé cómo, cómo decirlo, con todo esto que vive, el colegio, la casa, los amigos, el papá, la mamá, el perro, el gato, la abuelita, la tía, las peleas, las no peleas, o sea, todo tienes que mirarlo en su integridad. (Dra. Hernández)

- *No tengo mucha claridad de si es una forma habitual de relacionarse con el paciente infantil, tiendo a pensar que no; de llegar a destinarlo dos o tres sesiones a esto, ¿ah?, creo que muchos lo consideran una pérdida de tiempo, una, que no vale la pena y yo creo que vale toda la pena. La verdad, yo creo que acá se construye la relación. (...) me muestra cuál es su problema, no el por qué lo llevaron, sino que él me diga, claro, y trato de darle una solución aun cuando el motivo de la consulta de los padres había sido otro. Ellos son muy agradecidos* [que el dentista se preocupe de los temas que a ellos los preocupa], *aumenta mucho la, la relación paciente-operador cuando ellos descubren que hay una persona que se preocupa por ellos y que se preocupa, yo te diría, genuinamente por ellos. Y ellos en esos pequeños gestos que son varios a lo largo, van sumando y van diciendo (...) no sé, si lleguen a decir que me quieren, sino que este tipo tiene una genuina preocupación.* (Dr. Pérez)

Este encuentro inicial puede estar envuelto de una dimensión emocional que adquiere significado en la medida que los participantes sienten que no hay juicios de por medio, generando un ambiente de bienestar. Youngson (2012) señala que conversar con el paciente es un acto de cariño que encierra amabilidad, que puede concretarse en pequeños gestos, como una sonrisa. Este encuentro se construye con una escucha activa por parte de los profesionales, que demuestran interés por escuchar las historias que los pacientes desean narrar. Se puede demostrar esta actitud asintiendo, con un encuentro de las miradas, atender al niño con una actitud de estar presente con todos los sentidos centrados en él. donde no hay juicios previos. No es un gasto de tiempo, sino más bien una inversión que puede asegurar un espacio para conectarse con el paciente. Demostrando una genuina atención favorece un mayor nivel de satisfacción, lo que favorece el fortalecimiento de la relación (R. Kelly et al., 2016). Como señala el Dr. Pérez, es un tiempo que se debiera considerar como inversión.

Otra preocupación hacia el niño es cuando se realiza una acción clínica más invasiva. Destacan que se debe resguardar un ambiente amable y alegre. Es interesante que la evaluación si se logró resguardar la relación es la forma que el niño se retira de la consulta en una comunicación afectiva:

- *Que el niño se despida y se despida casi con un beso.* (Dra. Moreno)

- *Cuando el niño se despide mirándote a los ojos, yo creo que es una señal de que las cosas anduvieron bien, cerraron bien aun cuando haya sido una sesión en que a lo mejor lo pasó mal, en que a lo mejor le dolió y que a lo mejor sufrió un poquito, pero eeeh… los pasos previstos han permitido que él, mágicamente, y esa es la magia de los niños, que te perdonan poh, te perdonan y te absuelven.* (Dr. Pérez)

- *A ver, que el niño se vaya contento o que, si se desadaptó del procedimiento, que también se vaya contento, que no se vaya llorando, ese es uno de mis check principales. Y aparte, siento que los niños tienen una forma de agradecer diferente que en los adultos. Me pasa mucho, en la forma de la actitud del niño, cuando se va, te da la mano, y te choca los cinco, va y te da un abrazo.* (Dr. Retamal)

Esta forma de construir relación entre el dentista y el niño ocurre considerando gestos comunicacionales como una mirada, una despedida, un abrazo. Mead (1993) señala que los gestos son símbolos significantes, que no están solo en la consciencia de quien los emite ni en quien lo recibe, sino en la relación que se establece entre ambos. Un "gesto" de un interactuante incide en los gestos de quien los recibe y de esta forma va generando significados a las acciones. El gesto inicial puede ser clave para los gestos que se desencadenen posteriormente, por lo tanto, las posibles conductas pueden surgir desde el primer "gesto" (González, 2010).

Otros entrevistados señalan que el registro de aspectos personales, temas de interés, aspectos particulares, favorecen una aproximación más personalizada. Es lo que relata las Dras. Quintero y Ferrada:

- *El niño es el foco de la atención. Siempre me enfoco primero en el niño, yo saludo primero al niño, me identifico, le pregunto cómo se llama, casi ignorando un poquito a la mamá. Al hacer la ficha clínica dejo detalles, si tiene sobrenombre, qué canal de TV le gusta ve… todos esos detalles también se anotan no solamente las cosas propias del examen o de la salud misma, sino de detalles para favorecer la atención y la cercanía con ese niño.* (Dra. Quinteros)

- *Yo sí dejo notas, por ejemplo, le gustan los unicornios… O, no sé, le gusta mucho comer helado de frutilla... Como datos chicos, pero que pueden ayudar a como a mantener un ambiente un poco más relajado para el niño. Y es como más... y en general, los niños yo veo que responden súper bien cuando alguien es un poco más cercano a ellos.* (Dra. Ferrada)

Estas preocupaciones se relacionan con la actitud de la hospitalidad, que es una experiencia que alguien vive, que se encuentra lejos de su casa y donde el anfitrión se preocupa por su bienestar. Esto exige una visión integral de la persona, una compasión demostrada en pequeños gestos, que generen bienestar a quien los realiza y a quien los recibe. Esta relación implica aspectos emocionales, en un intercambio de intereses y opiniones entre el profesional y el paciente. Se crea un espacio amigable que permite aproximación, a través de la empatía, la intimidad y el cuidado para generar una experiencia humanista en lugar de una experiencia deshumanizada (R. Kelly et al., 2016).

Los entrevistados destacan de forma más bien intuitiva, que el niño podría participar. Si bien en el área temática del autocuidado, los entrevistados definieron que los padres son los grandes responsables de estas prácticas del niño en el hogar, la preocupación de generar un vínculo afectivo tiene aspectos que podría favorecer un rol más activo del niño.

Los entrevistados ejemplifican de qué forma lo hacen, por ejemplo, cuando realizan actividades instructivas de prácticas de cuidado, en la negociación del plan de tratamiento o en el seguimiento una vez que es dado de alta. Los Dres. Hernández, Retamal y Herrera ilustran esta práctica clínica:

- *Sí, tienes que negociar y acordar con el niño, pero tienes que acordar de acuerdo a lo que él está comiendo poh. No le quites las golosinas, … si (no es) eso, no sé, negociar el horario del cepillado.* (Dra. Hernández)

- *En el intermedio, la secretaria o yo, que va a llamar y va a decir Juan [*nombre hipotético de un paciente], *soy tu dentista, hace un mes que nos vimos, estoy contentísimo como quedó todo y quiero saber si sigue todo bien o no y él va v decir está todo bien, estupendo digo yo. Y cómo vas en el colegio, cómo está tu mamá, cómo se porta el gato, le mando saludos a tu mamá y te doy un abrazote a ti y te recuerdo que tienes que cuidarte y te voy a llamar de nuevo de repente para saber cómo estamos. Y así.* (Dr. Herrera)

Esta preocupación frente a la participación del niño es una oportunidad para avanzar hacia una atención centrada en el niño y en el fortalecimiento del autocuidado de su salud oral. Coyne y col (2006) investigaron las experiencias de los niños en ambiente hospitalario y su participación en la toma de decisiones. Identificaron que los niños valoraban

positivamente su participación, ser consultados y escuchados en relación con sus necesidades. Además, valoran recibir información sobre los procedimientos a ser realizados, lo que les dio más tranquilidad y lograron adaptarse mejor a la experiencia de estar hospitalizados. Concluyen que aún hay poca información disponible sobre participación de los niños en el sector de la salud (Coyne, 2016).

Los entrevistados están interesados en la participación del niño, pero aún mantienen el enfoque paternalista y biomédico. La literatura señala que los profesionales usan materiales que ellos creen educativos, pero el paciente no sabe para qué sirven. Los pacientes, a su vez, se muestran reacios a admitir que no entienden lo que el profesional les explica y por ende no preguntan o no saben cómo formularlas. Sienten vergüenza de reconocer sus dificultades (Horowitz et al., 2014). El Dr. Carrasco reflexiona:

- *Y no repetir como loro: 'lávese los dientes, bla, bla, bla'. Es identificar dónde está el problema, ¿por qué no se lava bien? ¿Dónde está el problema del porque se lava a deshora, por qué no ocupa la cantidad de pasta apropiada, dónde está el problema? (...). Al final uno entiende, y debo reconocer, que tú te pones en el lugar de experto y empiezas a hablar y hablar y te dicen:' sí, sí, sí', y después, cuando ya se relaja la cuestión, tú te sales del ambiente y digo ¿y cuáles fueron los tres mensajes? y la mitad de las veces ni se acuerdan. Lo que te está diciendo dos cosas: o uno no es buen comunicador o realmente no le interesa.* (Dr. Carrasco)

Para finalizar este tema, se presenta el relato del Dr. Carrasco que hace una reflexión sobre la importancia de la humanización de la atención odontológica, considerando el sistema de atención en el sector público, donde se atienden las personas más vulnerables del país y en particular, los niños, que son un grupo con mayor vulnerabilidad por depender aún del compromiso de los adultos y de la sociedad para alcanzar su pleno desarrollo y bienestar:

- *Tú haces el Cero* [programa público de atención de niños de 0 a 6 años] *y lo mandas a dental y en dental hay una persona (...) que no le interesa nada el Cero, que esté ocupada o que no tenga las competencias para resolver ese problema. Entonces, el modelo, para mi gusto, es inconsistente. No está el foco en seguir a ese paciente y darle la solución al problema que tiene (...). Al final, los que están haciendo* el *Cero dicen: 'motivación del paciente. baja, baja'. Porque eso tapa que cuando va a dental no tiene hora, no lo pudieron manejar, lo mandaron al secundario, tenía hora para el día nunca jamás o llegó con dolor o con problemas. ¿Sabes cuál es el problema? Es que yo creo que necesitamos entender que la prevención es en función a la*

necesidad del paciente. Y no es un pavimentar y hacer las cosas. Sembrando sonrisas ¡llénelo de flúor! Es lo mismo el de 6 años [GES de alta integral de 6 años]. *Es una medida extraordinaria, pero es medio loco que eres sujeto de derecho y cuando cumples siete dejas de ser sujeto de derecho.* (Dr. Carrasco)

d. La forma de atender al niño está condicionada por mi ambiente laboral.

Los valores y el significado dadas a la salud oral sufren la influencia de los distintos ambientes laborales que se desempeña el odontólogo. Ellos condicionan la interacción y la forma de comprender el cuidado de la salud oral. Esta es una percepción de la gran mayoría de los entrevistados.

Los programas del sistema público enfatizan la realización de acciones clínicas de forma preestablecida, fundamentada en el enfoque biomédico. Los programas dirigidos a la salud infantil congregan acciones clínicas que siguen protocolos que abordan fundamentalmente la caries, sin contemplar participación del binomio. No incorporan una visión más personalizada, según sus características sociales, económicas ni culturales. Los objetivos a ser alcanzados son el cumplimiento de un número de altas de los usuarios al año, cumpliendo una determinada cobertura del grupo etario beneficiado (Ministerio de Salud de Chile, 2018; Minsal, 2015; MINSAL, 2013; MINSAL & Ministerio de Salud, 2010). La Dra. Hernández ilustra este enfoque denominando estas altas y cumplimiento de cobertura de programas como "palitos":

- *El tiempo que tú le dedicas a conversar con una mamá que puedes demorarte 20 a 40 minutos fácilmente, eso no tiene palito. No tiene palito, no se hace, no vale, no tiene un valor, no tiene un costo, ya, entonces no se pide, no es parte de, no es parte de la atención pública esa educación ¿ya?* (Dra. Hernández)

En Chile se ha avanzado hacia programas de atención clínica odontológica focalizadas en la infancia: Garantía explícita de salud (GES) de alta integral de salud bucal a los 6 años, la Guía Cero, el programa de los módulos dentales de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), el componente de salud bucal en Chile Crece Contigo. Todas las iniciativas tienen como propósito la mejoría de la salud oral, pero aún desde una mirada biomédica, con guías clínicas que miden nivel de riesgo de la enfermedad de la caries, con entrega de información desarticulada sobre el cuidado de la salud oral, sin

considerar los determinantes sociales de la salud y sin participación de los niños y sus familias, pues ya viene definido lo que se debe hacer y qué se debe informar, cuantas sesiones de control se deben hacer. El niño no tiene ningún espacio para participar ni de empoderamiento para que el cuidado de la salud oral se fortalezca más allá del paternalismo que permea estos programas.

Por otro lado, está el mundo privado de atención, con gran presencia de los mega prestadores y sus rasgos de precarización laboral: los profesionales no tienen contrato ni leyes sociales y sus sueldos son calculados según un porcentaje mensual del total de ingresos generados por la atención de pacientes que el profesional atiende (Moscoso-Matus, 2016). Este modelo se fundamenta en los rendimientos profesionales por jornada de trabajo, con presupuestos gratis equivalentes a la primera sesión de entrevista y examen de los médicos, con bajos valores a toda actividad clínica preventiva o educacional y más altos en la odontología rehabilitadora y de prevención terciaria. Genera el incentivo perverso de aumentar los ingresos por la vía de acciones clínicas complejas, algunas podrían ser innecesarias (aunque no sean un mal al paciente), vulnerando los derechos del paciente y su dignidad (Abadía Barrero, 2006). El Dr. Retamal ilustra esta tensión de procurar entregar una atención centrada en el niño y el modelo de atención que entrega tiempos insuficientes para una atención de calidad:

- *Le hago las preguntas a la mamá de anamnesis y hábitos orales. Pregunto cómo más rápido… tenemos un tiempo acotado (…). Y bueno, de repente hasta quince minutos, hay que ser bien claro que de repente nos ponen pacientes entre quince, entonces uno no puede hacer muchas cosas.* (Dr. Retamal)

Es transversal la visión paternalista para la relación con el paciente, más allá del ambiente laboral. Desde este enfoque, para algunos entrevistados, el modelo de atención público es mejor evaluado, pues consideran que establece acciones preventivas a ser realizadas y asegura entrega de cepillo y pasta de dientes. Sin embargo, los mismos entrevistados hacen ver que este enfoque no piensa en la persona a lo largo del ciclo de vida:

- *Por ejemplo, ni siquiera tienen un diente y ya estamos haciendo una prevención, enseñando las encías* [atención primaria de salud]. *En cambio, aquí,* [mega prestador], *nadie va a consultar porque no ha salido ningún diente. ¿Por qué voy a ir al dentista? Yo diría que, a nivel como CESFAM, yo encuentro que está bien, pero a nivel privado no está bien. (...) pero la mayoría de la gente que no está en esas cosas no están dentro de ese programa de autocuidado* [población no prioritaria por los programas del Estado], *eso es lo que quedan huachos.* (Dra. Barros)

Esta visión paternalista dentro del "sistema preventista" de los programas públicos, asume que los niños "quedan protegidos" contra el daño de las patologías orales prevalentes, como si esto perdurara por toda su vida adulta (OPS, 2006). La Dra. Moreno hace ver esta falta, este encuadre de la salud oral más amplia, que requiere fuertemente de una actitud de autocuidado a lo largo de la vida:

- *Ahora me fijo y me doy cuenta y digo, por Dios que hace falta salud oral en el país, pero desde la base, desde que son niños. Bueno, desde la familia y eso no llega a los sectores rurales, no llega a los campos y la gente cree que quiere ir a reponerse y repararse los dientes no más, pero no está la conciencia del autocuidado.* (Dra. Moreno)

Existe evidencia que sustenta priorizar la infancia, donde hay un mayor riesgo de aparición de los signos y síntomas de la caries y también mejores posibilidades de implementar un plan de autocuidado de la salud oral (Mattila et al., 2001; Rackstraw & Robinson, 1967). Sin embargo, lo más relevante es asegurar el cuidado de la salud oral desde una labor colaborativa no sólo con el niño y la familia, sino en una visión amplia en el sistema de salud, que asegure el respeto al niño como persona. El Dr. Rodríguez ilustra que este enfoque aún está lejos de ser una realidad para la población más vulnerable:

- *Mandarlo al hospital* [nivel de atención secundaria] *es casi como mandarlo a la guerra. Porque, o sea yo los mando al* [nombre de un hospital de referencia[66]]*, todos los pacientes que llegan de allá (…) vienen todos con mala experiencia previa, como que lo amarraron o lo afirmaron, la paciente ésta que le comentaba, (…) me había comentado que hasta le habían pegado a la niñita, como pa' que se portara bien. Entonces me da pena, entonces trato de hacer como todo lo que pueda pa' solucionar yo el problema.* (Dr. Rodríguez)

Una respuesta interesante es el modelo de atención que ha instalado JUNAEB en su programa de salud oral con una cobertura a toda la enseñanza básica, estableciendo alianzas entre la institución y las comunas, con una estrategia educativa más organizada y muy valorado por los padres. La Dra. Ferrada, que trabaja en un módulo, destaca esta valoración y la diferencia con la atención primaria de los consultorios:

- *Muchos apoderados prefieren esperar* [ser atendidos en el módulo]. *Hay una valoración súper positiva: 'en verdad, prefiero esperar y que lo vean en el módulo'* [opinión de los padres]. *Creo que es por la forma de atender a los niños. Es muy diferente* [comparando con la atención en consultorios] *(…) o sea, yo hice un reemplazo y los colegas era…, era como si fuera un adulto, de cincuenta años, ya, siéntate, abre la boca, anestesia pa' dentro, ya abre, o sea, es otro mundo. Y era todo rápido, ¿no quiere? ya, no quiere, chau, que se vaya.* (Dra. Ferrada)

Una vez más, lo que los padres valoran es la calidad humana de la atención, con respeto hacia la persona del niño. La salud no es un fin en sí misma, sino un medio para que las personas alcancen una calidad de vida que les permita desarrollar sus proyectos de vida.(Escobar López et al., 2017).

El Dr. Carrasco hace una descripción de las dificultades que el cuidado de la salud oral enfrenta hoy dentro del sistema vigente, donde las personas pueden transformarse en una parte del engranaje, no el fin de toda labor de los equipos clínicos. Su reflexión puede ser un gran avance hacia la construcción de un sistema más equitativo y respetuoso hacia el derecho del niño de participar y de ser escuchado sobre decisiones de su vida:

[66] Es el lugar donde se realiza evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutiva a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio.

- *Tienes que estar dando una respuesta humana al problema. (…) es parte de la locura sociológica que tenemos en este país; el alumno es cliente, el paciente es cliente, el colega. Todo esto del cliente para arriba y para abajo, (…), te das cuenta que los problemas o las expectativas son súper simples y ni siquiera esas se escuchan* [las de los pacientes]. *Y no está establecida la confianza* [entre los profesionales de los niveles primario y secundario]. *El sistema que está así, hay un tema de entendimiento. Y uno podría decir ¿y quién le enseñó así? Nosotros, desde las universidades. Creo que sería bien injusto de mirar aquí que hay que hacer todo, no. Porque el Estado tiene una presión brutal de cobertura, los mega prestadores tienen su legítimo interés de hacer un buen negocio, los privados igual. Pero en el fondo ahí tendría que haber otra mirada, quizás holística, de la profesión, en decir: manteniendo las particularidades de cada uno de los sistemas, cómo podemos ponernos en el lugar del paciente. En el sentido de ser más eficiente, hacerles perder menos tiempo, cobrarles lo menos posible y ser resolutivo.* (Dr. Carrasco)

4.2.1. Síntesis

A continuación se presenta el cuadro con los principales hallazgos del área conceptual modelos de atención según lo relatado por los odontólogos entrevistados:

1. Hay un interés genuino entre los entrevistados por asegurar el bienestar del niño. Le interesa crear un vínculo personal entre ellos.
2. Existe una tendencia a la atención paternalista y biomédica en la atención clínica odontológica de los niños. Sin embargo, en esta área temática surgen elementos que podrían favorecer un cambio hacia una atención centrada en el niño.
3. Es importante crear ambientes clínicos personalizados que sean de interés para el niño, como aspectos relacionados con su familia, escuela, sus gustos.
4. Los entrevistados valoran la focalización de los programas públicos en la infancia, con una visión que esta estrategia favorecerá su salud oral a lo largo de la vida, con una visión más bien preventista.
5. Los ambientes laborales clínicos odontológico condiciona el modelo de atención clínica del niño.

5. Consolidado de respuestas a las preguntas de investigación

.

Se han presentado todos los hallazgos de las entrevistas realizadas a los tres grupos participantes de la interacción clínica odontológica. Ellos buscan responder las preguntas que esta tesis se ha planteado. En seguida se muestra un esquema donde se articulan estos hallazgos con las preguntas de investigación.

Tabla 11. Relación entre Hallazgos Encontrados en las Entrevistas en Profundidad y las Preguntas de Investigación

PREGUNTA 1: **P1: ¿Cómo son los encuadres que construyen los niños, padres y el odontólogo durante la interacción comunicacional ocurrida en la atención clínica odontológica?**	
NIÑOS	- El equipamiento de la consulta odontológica puede ser entretenido. - Creo los demás niños le tienen miedo al dentista
PADRES	- Es mi responsabilidad realizar las prácticas de autocuidado de la salud oral de mi hijo (a) - El autocuidado de la salud oral se centra en cepillar dientes y control del azúcar. - No queda establecido un plan de autocuidado definido entre el odontólogo y nosotros en el hogar - Mi expectativa es que el odontólogo "revise" y "arregle" la salud oral de mi hijo. - La salud oral es la tarjeta de presentación de una persona. - Ir a la consulta odontológica es una experiencia estresante y requiere valentía - No quiero que mi hijo repita mi propia experiencia odontológica negativa. - A los odontólogos les cuesta informar de una forma que podamos comprender lo que dice. - El odontólogo es el juez del autocuidado realizado en la casa. - La atención clínica odontológica del niño puede ser atractiva - El estado de salud oral de mi hijo lo define el odontólogo - El modelo de atención odontológica actual está deshumanizado. - La atención odontológica pública es deficiente en muchos aspectos
ODONTÓLOGOS	- La salud oral del niño depende fundamentalmente de los padres o cuidadores - Es muy difícil cambiar prácticas del cuidado de la salud oral - No considero al niño a la hora de tomar decisiones sobre su salud oral. - El autocuidado y la salud oral se centra en el diente y la caries - Los padres no valoran mi labor profesional a no ser que haga una acción clínica cuando asisten a mi consulta - La boca está separada del resto del cuerpo. - Las experiencias clínicas previas del niño y su entorno influyen en nuestra interacción

	- La caries la abordo como una enfermedad aguda. - El niño sólo entiende información sobre la salud oral si les hablo sin ciencia - Mi formación en comunicación es deficiente. - Yo defino los temas que se deben abordar con el binomio en la clínica. - Los padres presionan para que yo asuma labores que les corresponde a ellos realizar - La puesta en escena clínica odontológica influye en la experiencia clínica del niño. - Lo importante es que yo informe sobre lo que he decidido lo que es mejor para el plan de tratamiento - Es mi responsabilidad decidir lo que es mejor para el niño - La forma de atender al niño está condicionada por mi ambiente laboral
PREGUNTA 2: **¿Qué expresan los niños sobre el cuidado de su salud oral en el contexto de su interacción con el odontólogo y su atención clínica**	
NIÑOS	- Voy al dentista para que "haga cosas" en mis dientes. - Tengo una opinión positiva del dentista - Para mí es importante poder confiar en el dentista - Me asusta no saber lo que pasará cuando voy al dentista. - Tengo una opinión clara sobre mi experiencia de interactuar con el dentista. - El dolor es algo relevante para evaluar mi experiencia de ir al dentista. - Tengo sugerencias para los dentistas que atienden niños. - Me importa lo que el dentista piensa de míMi rol en la consulta es portarme bien y dejar que el dentista trabaje.
PADRES	No aplica esta pregunta para este grupo de entrevistados
ODONTÓLOGOS	No aplica esta pregunta para este grupo de entrevistados
Pregunta 3: **¿Cómo se visualizan los niños el cuidado de su salud oral y su rol en este cuidado**	
NIÑOS	- El cuidado de mi salud oral es de responsabilidad de mis papás - Hay hábitos que me dan lata - Cuidar mi salud oral es básicamente "lavarme los dientes" - Mi salud oral no es un tema que me preocupe. - Me falta orientación de cómo cuidar mejor mi salud oral - A mí no me consultan sobre aspectos relacionados con mi salud oral
PADRES	No aplica esta pregunta para este grupo de entrevistados
ODONTÓLOGOS	No aplica esta pregunta para este grupo de entrevistados

Pregunta 4: **¿Qué elementos debieran estar considerados en un modelo comunicacional para la atención odontológica clínica que favorezcan una atención centrada en el niño?**	
NIÑOS	- Soy capaz de aprender temas de salud - Mi mamá es muy significativa en mi vida. - Puedo asumir responsabilidades o acuerdos en varias áreas de mi vida.
PADRES	- Promuevo que mi hijo (a) vaya asumiendo más autonomía en el autocuidado de su salud oral. - No me doy cuenta de que la información que tengo para apoyar el autocuidado de mi hijo es imprecisa, incompleta y/o incorrecta. - Confiar en el profesional es fundamental. - La incertidumbre de lo que ocurrirá con el dentista preocupa a mi hijo (a). - Lo que más valoro de la interacción del odontólogo con mi hijo (a) es la parte humana - Atender niños requiere de competencias específicas. - Es muy importante para mí que el odontólogo se preocupe de realizar una atención centrada en mi hijo (a). - No me doy cuenta de que la información que tengo para apoyar el autocuidado de mi hijo es imprecisa, incompleta y/o incorrecta
ODONTÓLOGOS	- El vínculo con el niño está permeado por un encuentro personal - Procuro que el niño se sienta valorado durante la atención

VI DISCUSIÓN DE LOS ENCUADRES DE LOS NIÑOS, PADRES Y ODONTÓLOGOS, SEGÚN LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Este capítulo tiene por objetivo discutir los resultados obtenidos, articulando los temas que emergieron en los tres grupos de entrevistados: niños, padres y odontólogos. Esta articulación tiene el propósito de identificar, entre estos tres grupos, aquellos encuadres que convergen o divergen en sus significados. Esto permite una visión global de los hallazgos y verificar sus posibles implicancias para mejorar u obstaculizar la interacción clínica del odontólogo con el binomio, como también en qué medida permiten el fortalecimiento del autocuidado de la salud oral del niño.

Poner en perspectiva estos temas considera que la realidad se construye con los significados que cada individuo les da a los acontecimientos a través de un proceso interpretativo. Por lo tanto, la reflexión no busca definir quien tiene "la verdad" sino, más bien, ver cómo sus respectivos encuadres le dan significados a la realidad interpretada y en qué medida se encuentran o divergen entre sí. Es importante señalar que, si bien no hay una evaluación moral sobre la bondad de cada encuadre, ellos son confrontados con la evidencia existente para corregir aspectos deficientes en la información que lo sustenta y así favorecer las interacciones futuras entre los tres actores en la atención clínica, favoreciendo una perspectiva de autocuidado.

La discusión se organiza considerando las áreas conceptuales en que han sido clasificados los temas emergentes: autocuidado, encuadre de la salud oral, interacción odontólogo/paciente y modelo de atención. Es importante destacar que, para esta discusión, estas cuatro áreas buscan ser una referencia sin una rigidez teórica, pues lo importante en esta ocasión es dar una visión de conjunto a los resultados de los tres grupos. En esta discusión, la variable relevante son los encuadres de los tres grupos de entrevistados, verificar si presentan divergencia o convergencia frente a un determinado tema y si son fortalezas o dificultades para el autocuidado de la salud oral del niño.

1 Discusión desde los resultados del encuadre de Autocuidado

A continuación, se presenta la discusión de autocuidado, ilustrada con la tabla 12 que congrega los hallazgos para cada grupo de entrevistados. Se ha definido un color para destacar cada grupo de temas donde hay relación entre los encuadres, ya sea convergiendo o no en sus perspectivas. En el caso de los espacios en blanco, significa que ese tema no emergió en las entrevistas de alguno de los grupos de entrevistados (odontólogos, niños o padres)

Tabla 12. Resumen de los Temas de Autocuidado Emergentes de las Entrevistas de Niños, Padres y Odontólogos

AREA CONCEPTUAL	**ODONTÓLOGOS**	**NIÑOS**	**PADRES**
AUTOCUIDADO	La salud oral del niño depende fundamentalmente de los padres o cuidadores.	El cuidado de mi salud oral es de responsabilidad de mis papás	Es mi responsabilidad realizar las prácticas de autocuidado de la salud oral de mi hijo (a)
	Es muy difícil cambiar prácticas del cuidado de la salud oral	Hay hábitos de autocuidado que me dan lata	
	No considero al niño a la hora de tomar decisiones sobre su salud oral.	Soy capaz de aprender temas de salud	Mi hijo (a) aún no tiene edad para participar activamente de la interacción clínica.
		Puedo asumir responsabilidades o asumir acuerdos en varias áreas de mi vida.	Promuevo que mi hijo (a) vaya asumiendo más autonomía en el autocuidado de su salud oral.
		Mi mamá es muy significativa en mi vida.	Las mamás tenemos un rol importante en la vida de nuestros hijos
	El autocuidado y la salud oral se centra en el diente y la caries	El cuidado de mi salud oral es básicamente “lavarme los dientes”	El autocuidado de la salud oral se centra en cepillar dientes y control del azúcar.
	La caries la abordo como una enfermedad aguda.	Mi salud oral no es un tema que me preocupe.	No queda establecido un plan de autocuidado definido entre el odontólogo y nosotros en el hogar
			La labor del odontólogo debiera integrar la consejería y educación en la clínica.

En esta área temática existen encuadres que convergen y que pueden ser una fortaleza para el autocuidado, aunque esta convergencia en los encuadres no es común a todos los grupos de entrevistados.

Podemos iniciar con una primera convergencia entre niños y padres: la relevancia que tiene la mamá en el autocuidado del niño. Ambos actores destacan su influencia al momento que se toman decisiones. La revisión literaria también destacó el rol de las mamás en el cuidado de salud oral de sus hijos y su papel en el desarrollo de prácticas de autocuidado al interior del hogar.

Esta convergencia puede tener implicancias en la salud oral. El autocuidado al que adscribe esta investigación se fundamenta en la propuesta de Orem, que señala a cada persona tiene la potencialidad de ser su propia agencia de autocuidado, salvo en aquellos casos donde la persona tiene un déficit entre sus demandas y requisitos. En ese caso la agencia debe ser compartida. Si bien el protagonista en esta investigación es el niño de 6 a 8 años, él se encuentra aún en un proceso de desarrollo de sus competencias sociales, cognitivas, emocionales y físicas hacia su plena autonomía. Esto hace que requiera compartir su agencia con un adulto y ahí surge la mamá como la persona significativa, según los entrevistados. Esto indica que es necesario generar un espacio de participación activa de la mamá al momento del diseño de planes de autocuidado. La probabilidad de éxito puede aumentar si se logra construir este espacio explícito.

Esto no resta importancia a favorecer una mayor participación del padre en la supervisión y promoción de las prácticas en el hogar. La Organización Panamericana de la Salud ha señalado que se debe disminuir la asimetría entre hombres y mujeres en su contribución a la formación de hábitos dentro del contexto familiar (OPS, 2005). Este avance en equidad requiere que ambas partes compartan los roles parentales en la formación de hábitos de sus hijos, empoderándolos frente al autocuidado de su salud oral. Además, este rol compartido favorece disminuir la brecha de género.

La literatura destaca que las mujeres están sobrecargadas de múltiples tareas laborales y domésticas y que los hombres aún están ausentes del rol formador de hábitos y cuidado de los hijos. Además, señalan a las mamás como una de las causas de posibles fobias o miedos de los hijos, como también de peores indicadores en la salud oral del hijo.

Lo que esta investigación propone son formas para integrar a las mamás con propuestas concretas. La primera es crear espacios de confianza y escucha activa para conocer su *agenda setting*, evitando los juicios o la entrega directiva de tareas por parte del odontólogo. Implica escuchar el origen de posibles miedos y ansiedades personales frente a la atención odontológica, verificando además la información que tiene sobre temas de salud, sus expectativas frente al cuidado de la salud oral, sus actividades diarias, sus preocupaciones. La segunda propuesta es empatizar con aquellas madres que se sienten exigidas para asumir diversos roles, entre ellos la formación de hábitos en distintas áreas de sus hijos, actividades que deben sumar a otros compromisos asumidos. En esta misma línea, estar atentos para identificar posibles oportunidades para incorporar a los padres en las labores de cuidado de la salud del hijo, y organizar con ambas padres maneras de distribuir las labores promotoras de salud. No existe evidencia que sustente que la salud oral mejora sus indicadores porque las madres sean las mejores o las únicas responsables de la promoción de la salud oral del hijo. Mantener esta situación aumenta su ya sobrecargada agenda diaria con sus roles de madre, esposa, trabajadora, hija, entre otros.

La tercera es identificar qué tipo de binomio se establece con el hijo durante la atención clínica, ya que la evidencia señala que esto puede ser un factor protector o de riesgo para la interacción con el niño. Es necesario avanzar hacia estrategias que empoderen a las madres en su rol promotor de la autonomía del hijo frente al autocuidado, rescatando este vínculo significativo que las mamás tienen en la toma de decisiones de sus hijos a esta edad.

Esto lleva a la segunda convergencia entre hijos y mamás, donde los niños declaran ser capaces de asumir responsabilidades y acuerdos en distintas áreas de su vida y sus madres demuestran buscar espacios que promuevan en su hijo esta mayor autonomía en el autocuidado de su salud oral. Los entrevistados relataron buenas prácticas para implementar hábitos y responsabilidades en los hijos en varios ámbitos. Es destacable que, en las estrategias de promoción de rutinas y hábitos cotidianos, se identificaron situaciones significativas emocionalmente, una delegación gradual de responsabilidades y un establecimiento claro de las actividades que se realizarán en un determinado momento del día, como por ejemplo cambiarse de ropa, lavarse los dientes, acostarse y leer un cuento, para terminar con un beso de buenas noches. Si el profesional no genera los espacios para escuchar las *agenda settings* del niño y su mamá, tendrá dificultades para obtener esta valiosa

información que debiera ser fortalecida y replicada incluso hacia otras familias, fomentando buenas prácticas comprobadas.

Estas convergencias de encuadres que pueden fortalecer la autonomía del niño se contraponen a otros donde existe discrepancia entre el niño y los adultos. Por un lado, el niño evalúa que es capaz de aprender y aplicar la información relacionados con la salud. Por ejemplo, medidas de prevención contra el virus del COVID. Sin embargo, las mamás evalúan que sus hijos aún no tienen edad para participar activamente de una interacción clínica con el odontólogo. Los profesionales, a su vez, sólo se dirigen a los padres, sin asegurar espacios de participación de los niños en las decisiones sobre aspectos de su salud oral. La percepción de los adultos no se condice con la autoevaluación que los menores hacen de sí mismos, tampoco con la evidencia presentada sobre la realidad cognitiva, social y emocional de un niño de 6 a 8 años. Ellos ya tienen un desarrollo en diversas áreas y se encuentra en una etapa de inicio o consolidación de habilidades psicomotrices como la escritura, que tienen grados de dificultad mayores que el exigido en el lavado de los dientes. Puede ser que aún no presenten un despliegue de sus competencias en su máxima expresión, pero sin duda tienen capacidades que permiten que se vayan integrando en decisiones sobre sus vidas. La autonomía no es un hito repentino, y para alcanzarla en el autocuidado se debe promover desde siempre la participación de la persona desde la infancia para generar las condiciones de permanencia a lo largo de su vida.

Existen otros encuadres donde los tres grupos comparten un mismo significado. Uno de ellos es que *el cuidado de la salud oral de los niños es fundamentalmente una responsabilidad de los padres*. Si esta es la experiencia vital del niño, lo que observa en la interacción clínica y en su hogar, donde la comunicación sobre autocuidado se dirige hacia los padres y siendo ellos los que manifiestamente asumen las labores, el niño aprenderá que su rol es pasivo y el poder está en las manos de los padres. La participación de la familia en el cuidado de la salud del hijo se sustenta en un adecuado equilibrio de poder entre profesional, niño y padres, promoviendo un traspaso paulatino de autonomía. Este encuadre centrado en los padres no favorece este empoderamiento compartido y deber ser revisado.

Esta situación de convergencia de encuadres que son un obstáculo para fortalecer un adecuado cuidado de la salud oral se repite con otro especialmente importante: el significado de este concepto en sí. Niños, padres y odontólogos lo relacionan básicamente con la práctica

del cepillado dentario y control en el consumo de azúcar; ambas acciones enfocadas en los dientes. No obstante, esta definición restringe el cuidado de la salud oral solo a los dientes, cuando es mucho más que eso. Como se explicó al inicio, los dientes hacen parte de un sistema más amplio denominado Sistema Estomatognático, una unidad morfo funcional integrada y coordinada, constituida por un conjunto de estructuras esqueléticas, musculares, nerviosas, glandulares, además de los dientes, todas organizadas alrededor de distintas articulaciones. Además, sus unidades son compartidas con otros sistemas como el respiratorio, digestivo o el fono articulación, influyendo en su correcto funcionamiento. Estas estructuras se relacionan con actividades muy significativas de la persona en lo afectivo y social, como la sonrisa o el lenguaje. Además, está relacionado con funciones vitales como el estornudo y el bostezo.

Sin duda, en este cuidado, la patología más prevalente y de mayor impacto es la caries, que ocurre en los dientes; esta enfermedad no es un problema menor. Como se expuso en el marco teórico, más de 530 millones de niños en el mundo están afectados en su dentición primaria por caries y afecta entre el 60 y el 90% de los escolares a nivel mundial. En Chile, la realidad epidemiológica también es dramática; la caries afecta a 70% de los niños chilenos de seis años.

Sin embargo, cuidar los dientes y controlar la caries no debieran ser un fin en sí mismo. Los entrevistados destacan el cuidado de los dientes sin expresar un "para qué" o un "por qué". El cuidado tiene el objetivo de controlar o revertir el daño en las piezas dentarias por la progresión de la caries. Sin duda esta patología es grave, impacta en la sociedad y en la calidad de vida de los individuos, produce dolor, alto costo de tratamiento, alteración en el crecimiento, trastornos en el lenguaje, compromiso en la masticación y disminución de la autoestima. Además, la extracción prematura de las piezas dentarias altera su adecuada alineación y el dolor asociado a esta enfermedad acarrea problemas para dormir, concentrarse y aprender. Vale decir, el impacto no es sólo la pérdida de una estructura sino tiene consecuencias significativas en la calidad de vida de las personas al ocurrir esta mutilación. A modo de antecedente, 30% de la población mayor de 65 años en Chile no tiene ningún diente en su cavidad oral. Esta situación no es consecuencia de causas naturales.

Pero este enfoque circunscrito en caries, el cepillado y el control de azúcar deja de lado otras patologías de la infancia que son relevantes, como la gingivitis y las anomalías

dento-maxilares (ADM). Ellas presentan alta prevalencia en Chile en niños de 6 años, con un 55,1% y 38,2%, respectivamente. El autocuidado de la salud oral debiera considerar, también, la eliminación de hábitos persistentes como el uso de la mamadera, succión digital o la onicofagia (comerse las uñas).

Es decir, es necesario que la comprensión de la salud oral salga de esta visión "dentocéntrica" que ha predominado hasta ahora. Sin embargo, esta visión prevalece en los odontólogos y determina cómo encuadran el cuidado de la salud oral. Estos profesionales aún encuadran su labor como si su función fuese "sanar" a los niños de enfermedades agudas. Este tipo de patologías se caracterizan por presentar síntomas y signos de forma súbita, puede tener una duración corta, que cambia o empeora rápidamente y donde el propósito de la atención del profesional es terminar con el cuadro clínico.

Sin embargo, las patologías que predominan son crónicas. Es decir, son de desarrollo lento, requieren de un manejo y cuidado personal o comunitario, controlando sus factores de riesgo y creando relaciones colaborativas entre el paciente, su familia, la comunidad y el profesional de la salud para controlar la progresión de la enfermedad. El objetivo no es que la persona se cure (porque no es posible), sino más bien controlar su avance de forma precoz y garantizar la mejor calidad de vida.

Esta visión de manejo de enfermedades agudas es particularmente observable en la atención del área púbica, donde el diseño de los programas tiene como objetivo cumplir metas según protocolos clínicos rígidos, establecidos sólo con la visión biomédica que no considera la participación del niño ni de su familia. Además, son protocolos fijos a lo largo de todo el país pese a que los ambientes de los niños son variados y que ellos impactan en las facilidades o obstáculos para cuidar la salud. El objetivo es cumplir con las metas numéricas de altas de atención, en vez contabilizar el número de niños y padres que han logrado controlar adecuadamente la salud a través del autocuidado personal y familiar.

En la medida que los profesionales desarrollan su labor clínica profesional con este enfoque de control de síntomas y signos, los encuadres de los padres se ajustarán a esta forma simbólica de construir el cuidado de la salud oral. En consecuencia, es comprensible que indiquen que cuando su hijo fue dado de alta no quedaron establecidos planes de autocuidado. Esto ocurre y se evidencia en todos los ámbitos laborales de los odontólogos entrevistados (público, consulta privada y mega prestador).

Es interesante verificar que, a pesar de ser esta la experiencia vivida en la atención clínica de su hijo, los padres destacan que valorarían que los profesionales integraran en su labor aspectos como consejería y educación en salud. Estas labores consisten en orientaciones de acuerdo con la evidencia y la definición de actividades que permitan al niño y a su familia definir planes y estrategias de autocuidado y a tomar decisiones de forma autónoma. Para realizar estas labores de consejería o educación sanitaria no se puede improvisar. Se requiere adecuada capacitación en disciplinas del área de ciencias sociales que se relacionan con la salud y la enfermedad; psicología, comunicación, educación, sociología, aspectos que aún no son adecuadamente abordados en la formación profesional de los odontólogos.

Puede ser que por esta deficiencia los odontólogos manifiesten en su encuadre que *es difícil cambiar prácticas del cuidado de la salud oral* y los niños señalen que *hay hábitos de autocuidado que les dan lata*.

Las investigaciones sobre la formación de hábitos los definen como un comportamiento y también como causa de un comportamiento determinado. Si no existen influencias más fuertes que generen otras opciones de conductas, el impulso del hábito se traducirá en la conducta aprendida para un determinado contexto. Si suceden asociaciones, la respuesta habitual se convertirá gradualmente en la predeterminada y las acciones alternativas se convertirán en opciones menos accesibles desde la perspectiva cognitiva (Gardner & Rebar, 2019).

Esta tesis no busca profundizar en las particularidades de la formación de hábitos, que debiera ser abordada con mayor propiedad en una investigación en el campo de la psicología. Sin embargo, cabe señalar que la dificultad de modificar un hábito puede deberse en la falta de mayor conocimiento al respecto. Los cambios no surgen espontáneamente por la repetición reiterada de un determinado mensaje. Requieren de planificación de una estrategia de cambio, donde existe vasta literatura al respecto. Se necesita de una comprensión más profunda de su significado y mecanismo de construcción y un vínculo afectivo con el niño que él considere significativo para trabajar en conjunto.

Es importante recordar que el niño se encuentra en un proceso dinámico de desarrollo social, emocional y cognitivo. Esto se traduce en la formación y eliminación permanente de una serie de conexiones cerebrales. El adulto que acompaña el desarrollo de su autocuidado de la salud requiere contar con la adecuada información sobre cómo favorecer el adecuado

equilibrio entre las distintas partes del cerebro, para que sea una articulación plena: hemisferio izquierdo (la lógica, la razón, lo lineal) y el derecho (lo emotivo, y la comprensión de las señales no verbales), del nivel inferior relacionado con lo instintivo con el superior que llevan a una mayor reflexión. Educar y fortalecer competencias no se puede realizar de forma improvisada, requiere de un plan.

Puede ser que esta falta de información y de formación de los adultos sobre los aspectos afectivos, cognitivos, biológicos y sociales que impactan en la formación de hábitos expliquen por qué los niños encuadran de forma negativa los hábitos relacionados con la salud oral. La cognición requiere reflexión y aprendizaje frente a un determinado objeto. Sin embargo, las emociones son más veloces para procesar información comparada con la mente racional; ellas surgen de forma inmediata, sin que la persona intervenga, para luego consolidarse en modelos afectivos y esquemas intelectuales. Si la realización de determinadas prácticas o hábitos se experimentan de forma negativa, la emoción puede prevalecer y no hacer posible que se avance hacia la necesaria reflexión cognitiva, para luego llegar a una decisión libre y que sea significativa para el niño.

La debida articulación de estos encuadres, superando los obstáculos y aprovechando las fortalezas, son un desafío pendiente de los odontólogos y de los responsables de su formación, así como de las autoridades que elaboran las políticas públicas para fortalecer el autocuidado de la salud oral del niño y para que éste permanezca a largo plazo en su vida adulta.

2. Discusión desde los resultados del Encuadre de Salud Oral

A continuación, se presenta la discusión del encuadre de la salud oral ilustrada con la tabla 13 que congrega los hallazgos para cada grupo de entrevistados. El uso de colores y espacios en blancos se definen al igual que en el área conceptual del autocuidado.

Tabla 13. Resumen de Temas Emergentes de Encuadres de Salud Oral de las Entrevistas de Niños, Padres y Odontólogos

AREA CONCEPTUAL	ODONTÓLOGOS	NIÑOS	PADRES
ENCUADRE SALUD ORAL	Los padres no valoran mi labor profesional a no ser que haga una acción clínica cuando asisten a mi consulta	Mi rol en la consulta es portarme bien y dejar que el dentista trabaje.	Mi expectativa es que el odontólogo "revise" y "arregle" la salud oral de mi hijo.
	La boca está separada del resto del cuerpo		La salud oral es la tarjeta de presentación de una persona.
	Las experiencias clínicas previas del niño y su entorno influyen en su interacción con el odontólogo	Tengo una opinión positiva del dentista	Ir a la consulta odontológica es una experiencia estresante y requiere valentía
		Creo que los niños le tienen miedo al dentista	No quiero que mi hijo repita mi propia experiencia odontológica negativa.

En esta área aparecen temas que se relacionan con el significado de salud oral. El concepto fue parcialmente abordado en el ítem anterior, donde el cuidado de la salud oral se limitó al cepillado y a su cuidado desde un enfoque de presencia de patologías agudas. Los encuadres que se confrontan en esta área buscan ir más allá de la conceptualización teórica y verificar cómo los tres actores visualizan el cuidado de la salud oral en el contexto de la atención clínica odontológica.

Esta significación tiene un encuadre común entre padres y odontólogos: la labor profesional se valida en la medida que realicen acciones clínicas en la consulta. Las expectativas de los padres se expresan como "revisar" o "arreglar" los dientes, lo que se condice con el encuadre visto anteriormente de enfermedad aguda que se ha comunicado sobre las patologías orales. Si esta es la comprensión, es lógico que esperen un veredicto:

“revise” para ver si está o no enfermo y en el caso que “esté enfermo”; “arregle”, lo que significa hacer algo en los dientes enfermos de caries.

Los profesionales tienen conciencia de esta expectativa de los cuidadores y evalúan que *los padres no valoran mi labor profesional a no ser que haga una acción clínica cuando asisten a mi consulta.* Si bien están conscientes de la presión de los padres (e incluso demuestran no estar de acuerdo), no indican qué han hecho para modificar esta percepción de “un realizador de procedimientos”. Finalmente ellos terminan confirmando el encuadre de los padres, pues han sido formados en esa filosofía curativa y restauradora de la profesión.

Esta formación biomédica enfatiza una visión fragmentada de la salud oral con el bienestar integral de la persona. El profesional fue evaluado en su formación de pre y posgrado considerando lo que realiza como procedimientos (fundamentalmente en los dientes), enfocados al cumplimiento de metas numéricas de realización de acciones clínicas para desarrollar las competencias profesionales, en una lógica de “*check list*”. Además, la atención del niño se realiza fundamentalmente dentro de los campus universitarios, desarticulada de sus realidades comunitarias.

A pesar de toda la evidencia existente frente a la cronicidad de las patologías orales, que apunta a la necesidad de controlar precozmente los factores de riesgo y a la definición de estrategias de autocuidado en conjunto con el niño y los padres, aún es fuerte la influencia de este enfoque biomédico del cuidado de la salud oral.

La disciplina odontológica se ha encuadrado como la capaz de realizar competentemente restauraciones y técnicas refinadas de prótesis, llegando a los actos quirúrgicos de la extracción del diente. Su foco ha estado más bien en esperar la aparición del “daño” y a partir de esta constatación actuar. De alguna forma, este paradigma ha transformado al profesional en algo cercano a “un fiscal de la demolición”, lo que no ha aportado a mejorar los niveles de la salud oral, provocando dolor en los pacientes e insatisfacción en los propios profesionales.

Más tarde, con el surgimiento de las acciones preventivas no invasivas, como la aplicación de sellantes y de diversos vehículos flurourados, las acciones se transformaron en procedimientos más conservadores, pero manteniendo la misma visión de enfermedad aguda y, por lo tanto, ante la duda, optan por realizar alguna acción no invasiva en la clínica en vez de informar, establecer estrategias conjuntas, observar, reevaluar.

Estos encuadres sufren la influencia de la cultura de la sociedad. Ella se construye congregando elementos mediadores calificadores de las acciones compartidas por el grupo social; eso le da un significado de acuerdo con las interacciones sociales concretas en un determinado momento. En este caso, se construye en las interacciones de los pacientes con los odontólogos en la consulta a lo largo de la formación profesional, en las conversaciones sociales, en los medios de comunicación o en las películas. Este encuadre del odontólogo "hacedor de cosas" genera determinados valores, símbolos y prácticas que le dan a la salud oral una visión reducida con respecto a la visión holística que debiera tener el cuidado integral de la salud de una persona.

Esta cultura además permea y es influenciada por un sistema de atención de salud que le ha dado a la primera consulta clínica del odontólogo el encuadre de una sesión de "presupuesto", donde el proceso diagnóstico más bien se ha resumido en la lista de las acciones clínicas que deben ser realizadas y los costos que esto conlleva, definiendo en una visión dicotómica "se está o no enfermo".

En medio de este encuadre de los adultos del odontólogo "hacedor de cosas", el encuadre de los niños entrevistados y su rol en la consulta odontológica es "portarme bien y dejar que el dentista trabaje". No identifica espacio donde él tenga algo que decir, decidir o actuar sobre su salud oral. Cumple con el rol pasivo que ha sido fomentado desde la visión de los adultos sobre lo que se espera de la atención de un odontólogo.

En el marco teórico se ha presentado la definición de salud oral elaborada por la FDI (Federación Internacional de Odontología). Ella apunta a esta comprensión más amplia de la importancia de su cuidado, definiendo: "La salud bucal es multifacética e incluye la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una variedad de emociones a través de expresiones faciales con confianza y sin dolor, malestar y enfermedad del complejo cráneo facial".

En cuanto la labor del odontólogo siga enfocada en acciones y cumplimiento de números, será difícil avanzar hacia un encuadre convergente que se acerque a los desafíos que tiene cuidar la salud oral desde el concepto propuesto por la FDI.

A pesar de los obstáculos que presenta este encuadre, existen señales que permiten afirmar que se puede avanzar. Los profesionales evalúan que la *boca está separada del resto del cuerpo* y los padres valoran la salud oral como *la tarjeta de presentación de una*

persona. Los odontólogos entrevistados consideran que los dientes son subvalorados por las personas en relacion al cuidado de otras partes de su cuerpo. También que las patologias que el niño presenta en la cavidad oral son consideradas menos graves que otras de la salud general. Algunos señalan que esta diferencia en la valoración de la salud oral y de la salud general también ocurre dentro del ámbito de otros profesionales de la salud.

Los padres convergen dándole un valor a la boca, al considerar que la salud oral es una tarjeta de presentación de la persona y que tiene impacto en el futuro de sus hijos. Tanto en los profesionales como en los padres aparece una valoración de la boca en la vida y bienestar integral del niño. Esta convergencia surge como una oportunidad para una la labor más colaborativa entre odontólogos y padres durante la atención clínica, incorporando al encuadre del cuidado de la salud oral, aspectos sociales que la evidencia ha demostrado que son relevantes para alcanzar mejores niveles de salud.

Para terminar esta articulación de los encuadres sobre la salud oral, existe otro compartido entre los adultos: el miedo que genera ser atendido en la clínica odontológica. Curiosamente, los propios profesionales evaluaron que era "normal" que la visita a la consulta odontológica despertara sentimientos desagradables. Ellos señalan a los adultos relacionados o sus experiencias en consultas pasadas como la principal fuente de miedo y ansiedad del niño. Este encuadre tiene coincidencia con los padres que afirman: "ir a la consulta odontológica es una experiencia estresante y requiere valentía" y, por otro lado, que *no quiero que mi hijo repita mi propia experiencia odontológica negativa.*

El miedo y la ansiedad son temas recurrentes en la literatura odontológica. En la revisión del marco teórico de la investigación se encontró vasta información al respecto. Incluso al realizar específicamente la revisión sobre atención odontopediátrica centrada en el niño, una cantidad importante de literatura aborda el control del miedo y la ansiedad y, en esa línea, las propuestas de atención se basan en enfoques desde la psicología para controlarlos cuando el niño es atendido.

La presencia de estas emociones no es un azar y la abundancia se da por varias razones. Hasta la década de los 60, los procedimientos odontológicos fueron invasivos y mutiladores, sin mucho apoyo de tecnología y farmacología durante las acciones clínicas. Estas experiencias dolorosas fueron alimentando la ansiedad o la fobia frente a futuras atenciones. Estudios en el Reino Unido señalan que la población adulta con miedo o ansiedad

puede llegar a un 25%, lo que hace que posterguen los controles de salud oral, perpetuando el círculo vicioso de dolor y molestias cada vez que asisten a la consulta del profesional. La permanencia de experiencias negativas en la infancia puede impactar a la persona adulta y la forma en que ella encuadra la atención odontológica y la comunica a un niño que está a su cuidado. En la discusión de encuadres y autocuidado, se indicó la existencia de estudios que relacionan los miedos y fobias de los niños con la experimentada por su mamá. No basta tener el diagnóstico. Se debe acoger, escuchar y favorecer que estos adultos se sanen de estas experiencias.

Al inicio de la tercera década del siglo XXI, los odontólogos, las escuelas de odontología y las autoridades en salud debieran revisar sus estrategias de prevención de estas situaciones de dolor, considerando que son casi todas evitables con una atención preventiva y oportuna. Su permanencia se relaciona con una deuda social pendiente: la dificultad de acceso oportuno a la atención odontológica en los sistemas de salud por obstáculos financieros o por falta de horas disponibles de atención. Las acciones rehabilitadoras son de alto costo y las políticas públicas han invisibilizado a los adultos del país que no tienen espacio en la atención primaria o secundaria. Esta situación favorece que estos adultos tengan experiencias reales de dolor cuando acceden a los centros de urgencia, lo que marca sus historias de vida y muchas veces la de los niños de su núcleo familiar.

En segundo lugar, cobra relevancia la comunicación masiva, ya sea en campañas o en educación en salud comunitaria a distintos grupos, para hacer llegar información y evidencia actualizada sobre el autocuidado y su importancia desde los primeros años de vida. Este tipo de comunicación no es foco de esta investigación, pero cuando se señala su necesidad no se está limitando a la entrega de folletos o de algunos consejos durante la atención clínica. Como todo proceso de aprendizaje y cambio, requiere de estudio, de planificación y de evaluación para verificar si se han logrado los objetivos propuestos.

En tercer lugar, está la forma que los niños son recibidos para ser atendidos por el odontólogo. Si el foco está en “revisar y hacer” el niño ya ha señalado en sus respuestas que asumirá que su rol es portarse bien y dejar que el profesional trabaje.

Es importante volver a destacar al niño como el protagonista del autocuidado de su salud oral y, desde esta perspectiva, la responsabilidad de todos los adultos que lo acompañan o que son de alguna forma partícipes de su desarrollo para asegurar que tenga el derecho de

vivir experiencias positivas. El miedo y la ansiedad no son lo mismo. La ansiedad es una emoción que surge por la construcción simbólica de una posible amenaza, el dolor es una experiencia real. Está consagrado por la Naciones Unidas el derecho de los niños a una vida de calidad, a la salud, a la protección de abusos y a poder expresarse. No ser activo en la prevención de situaciones de ansiedad o miedo frente a una posible atención de dolor que puede ser evitada, es atentar contra estos derechos.

En cuarto lugar, el miedo del niño producto de experiencias dolorosas previas es una realidad para él y debe ser acogida. Toda persona desea ser escuchada y respetada en su dignidad y un niño con miedo tiene el derecho de una atención especialmente empática y compasiva. No puede continuar el acuerdo tácito de los adultos que el niño debe ser sometido a una atención contra su voluntad, con maniobras como contención física entre varios, taparle la boca o dejarlo solo con desconocidos cuando se está frente a una situación de dolor clínicamente observable y con una historia pasada de experiencias traumáticas.

Si se tiene que realizar una medida de urgencia, debiera elaborarse una pauta de atención que orientara a los profesionales a cómo proceder. Al igual como la medicina basada en evidencia ha favorecido la elaboración de guías clínicas estandarizadas para procedimientos clínicos, debiera existir una para la atención de urgencia y desterrar los relatos que se repiten de niños y padres enfrentados a atenciones indignas en el campo odontológico. Los adultos también tienen un rol en este proceso: padres y profesionales de la salud deben asegurar espacios para que el niño sea escuchado y tenga un espacio de tranquilidad para expresarse, apoyándolos para que hagan sus preguntas y expresen sus opiniones.

Para terminar, el encuadre de los niños que fueron entrevistados sobre su experiencia personal de atención odontológica es positivo, salvo aquellas de urgencia. El encuadre positivo de sus propias experiencias tiene una evaluación desde lo afectivo y comunicacional; señalan que se sintieron acogidos, reconocidos por el interés que demostró el profesional por conocerlos, contentos por la presencia del juego, de lo lúdico y la imaginación durante la atención. Estas competencias no debieran depender de las características personales del profesional o a la experiencia espontánea que haya acumulado en su vida clínica. La comunicación requiere estudio, práctica y evaluación.

Estos niños vivieron una experiencia donde se sintieron cuidados. El cuidado es una habilidad fundamentada en la creatividad, la negociación, acompañando a los niños en sus transiciones y en sus sentimientos, con una preocupación especial por una escucha activa. El cuidado es un proceso eminentemente humano que genera la relación con el otro, donde se expresa el conocimiento, las actitudes de compasión y hospitalidad y la competencia técnica.

Para cerrar esta área de articulación de encuadres de salud oral, es interesante señalar que si bien los niños entrevistados valoraron positivamente sus experiencias personales de atención clínica, cuando son consultados sobre cuál podría ser la evaluación general de los demás niños de su edad sobre la visita a la consulta odontológica, todos señalaron "creo que los niños le tienen miedo al dentista". Este encuadre puede deberse a la influencia de los adultos y a la representación social de la realidad construida por una comunicación sensible, integrando nuevos significados a los esquemas y clasificaciones ya existentes. Las representaciones sociales forman parte de las mediaciones simbólicas planteadas por Vygotsky (1934), que señala que el conocimiento se construye como una acción compartida, interactuando sujetos y ambiente a través de sistemas simbólicos, creados por la sociedad, que permite a las personas desarrollar la cultura y la organización social y colectivas.

En consecuencia, evaluar que otros niños de su edad tengan miedo al dentista puede ser fruto de una mediación simbólica enriquecidas por todas las fuentes que han sido ya señaladas y que pareciera que no interfieren a corto plazo en la evaluación positiva de los niños entrevistados frente a su atención clínica odontológica, pero podría a la larga ser una fuente de una nueva representación al interactuar con otros sujetos y ambientes. Este aspecto podría sufrir la interferencia de sus experiencias en otros contextos de salud, donde pueden haber vivido experiencias dolorosas, o de menoscabo de su dignidad.

3. Discusión desde los resultados del encuadre de la interacción odontólogo/niño

A continuación, se presenta la discusión de la interacción odontólogo/niño, ilustrada con la Tabla 14 que congrega los hallazgos para cada grupo de entrevistados. El uso de colores y espacios en blancos se definen al igual que en el área conceptual del autocuidado.

Tabla 14. Resumen de los Temas sobre Interacción Odontólogo/Niño Emergentes de las Entrevistas de Niños, Padres y Odontólogos

AREA CONCEPTUAL	ODONTÓLOGOS	NIÑOS	PADRES
INTERACCIÓN ODONTOLOGO/NIÑO		Para mí es importante poder confiar en el dentista	Confiar en el profesional es fundamental.
		Me asusta no saber lo que pasará cuando voy al dentista.	La incertidumbre de lo que ocurrirá con el dentista preocupa a mi hijo (a).
	El niño sólo entiende información sobre la salud oral si les hablo sin ciencia		
	Yo defino los temas que se deben abordar con el binomio en la clínica.	Soy capaz de aprender temas de salud	A los odontólogos les cuesta informar de una forma que podamos comprender lo que dice.
	1Mi formación en comunicación es deficiente.	Me falta orientación de cómo cuidar mejor mi salud oral	No me doy cuenta de que la información que tengo para apoyar el autocuidado de mi hijo es imprecisa, incompleta y/o incorrecta.
	El vínculo con el niño está permeado por un encuentro personal	Tengo una opinión clara sobre mi experiencia de interactuar con el dentista.	Lo que más valoro de la interacción del odontólogo con mi hijo (a) es la parte humana
		El dolor es algo relevante para evaluar mi experiencia de ir al dentista.	
		Tengo sugerencias para los dentistas que atienden niños.	
	Los padres presionan para que yo asuma labores que les corresponde a ellos realizar		El odontólogo es el juez del autocuidado realizado en la casa.
	La puesta en escena clínica odontológica influye en la experiencia clínica del niño.	El equipamiento de la consulta odontológica puede ser entretenido.	La atención clínica odontológica del niño puede ser atractiva

En esta área temática se abordan los encuadres que influyen en la relación interpersonal del odontólogo con el niño y los padres. Anteriormente se identificaron las concordancias o divergencias de los encuadres que construyen las bases conceptuales sobre salud oral y autocuidado. Ellas muestran que los tres actores involucrados en la relación no llegan "con las manos vacías". Cada uno trae sus propios significados que surgen de los encuadres de experiencias personales previas y de sus habilidades y dificultades para establecer una relación según sus expectativas.

Cuando odontólogo y binomio se encuentran, ocurre una interacción donde una persona actúa sobre la otra; esto generará un acto/respuesta de quien recibe la acción. Este proceso de acciones y respuestas no son lineales ni uniformes en el tiempo, son más bien un proceso. La respuesta puede tener diversas interpretaciones y, en consecuencia, el rumbo que tomará la interacción no está predeterminado. Este proceso es mediado por la comunicación interpersonal, un encuentro cara a cara, donde se resignificarán los encuadres personales.

La discusión de esta investigación propone que estos encuadres deben propiciar no sólo una adecuada interacción, sino una relación del odontólogo con el niño y con los padres (al ser ellos aún parte de su agencia de autocuidado). Esto requiere que el profesional demuestre un genuino interés y respeto hacia el niño, abordando sus preocupaciones, sus valores, su persona de forma integral. El propósito del encuentro no será sólo el intercambio de informaciones, sino construir una relación que busca conocer al niño y reconocerlo (en el sentido de conocerlo de nuevo) a cada encuentro para generar comunidad. Este proceso ocurre de forma gradual, pero debe ser un compromiso desde el primer encuentro. Al revisar los resultados de las entrevistas, se pueden identificar ciertos encuadres de niños, padres y odontólogos que convergen hacia esta propuesta.

Los odontólogos señalan que su interés es generar *un vínculo con el niño permeado por un encuentro personal* y los niños tienen interés de dar *sugerencias para los odontólogos que atienden niños*. Esa disposición es una oportunidad para generar encuentro.

Todos los niños fueron capaces de *dar una opinión clara de su propia experiencia de interactuar con el odontólogo,* lo que reafirma que estamos hablando con personas competentes para participar y asumir un rol más activo en la relación. Por su parte, los

padres afirman que *lo que más valoran de la interacción del odontólogo con su hijo es la parte humana.* Los tres actores demuestran intereses por formar una comunidad donde el niño sea acogido.

Un interés de los odontólogos es lograr salir del encuadre de los niños que lo identifican sólo como un profesional de la salud, fuera de su cotidiano, y ser vistos como "una persona normal", parecido a otros adultos que pertenecen a los ambientes más conocidos y cercanos al niño. Esta búsqueda es una oportunidad para que dos personas desconocidas entre sí se encuentren y generen un ambiente de intimidad.

Su interés es encontrar elementos afectivos no verbales: un gesto, un abrazo, una mirada que lo conecten con el niño. Es importante el rescate de la comunicación no verbal, pues refuerza que lo relacional no pasa necesariamente por la variable tiempo. Vale decir, la relación se va construyendo bajo otros parámetros que no dependen tanto de lo temporal de cada sesión, sino más bien de lo afectivo.

Los logros que puede obtener con esta preocupación por lo afectivo tienen una explicación desde la neurociencia. Al dirigir su comunicación hacia el hemisferio derecho del cerebro, ocurren conexiones neuronales relacionadas con aspectos como una visión holística de lo vivido u observado, la comunicación no verbal, el significado de las experiencias, las emociones y los recuerdos personales. Cuando se ingresa desde este hemisferio, es más factible construir más tarde espacios de conocimiento desde el hemisferio izquierdo, que es donde se encuentra la lógica, las inferencias, las relaciones causa efecto, que se expresan a través del lenguaje. Este proceso tiene impactos concretos a la hora de acordar un plan de autocuidado. Se ha generado una experiencia afectiva positiva que favorecerá el aprendizaje y el conocimiento. La experiencia personal da paso al interés y comprensión de información con ciencia, relacionada con el estado de la salud oral y desde ahí, tomar decisiones.

Esta relación no se construye con una atención puntual, se construye como proceso en las sucesivas sesiones clínicas. Este punto es importante considerando que estamos hablando de enfermedades crónicas que requieren de un control a largo plazo y planes de cuidado acordados conjuntamente entre el binomio y el odontólogo. También debiera ser considerada para priorizar que el niño sea atendido por el mismo profesional.

Otra forma de seguir este camino comunicacional del afecto es el juego y lo lúdico, que favorece una construcción colaborativa con otros, en un contexto comunitario. El juego favorece la motivación y la participación. Este interés por lo personal genera un ambiente de intimidad, que permite que el niño comparta aspectos privados dentro de un ambiente seguro y constructivo.

Las evaluaciones de las experiencias de los niños al asistir a la consulta odontológica fueron mayoritariamente positivas, pero también surgieron las negativas, incluso indiferentes. Las evaluaciones negativas están cargadas por experiencias de dolor y de desamparo.

En este encuadre negativo surge no sólo el dolor como experiencia sensorial, física, sino que es también una experiencia emocional por sentir que no han sido escuchados. Los niños traen dudas, temores y expectativas que deben ser debidamente investigadas. Cuando esto no ocurre, los temores tienden a amplificarse, dificultando el proceso terapéutico. Reconocer su miedo reafirma la preocupación del vínculo personal. Requieren de una actitud compasiva, que permite reconocer y respetar el sufrimiento del niño, buscando en conjunto formas que favorezcan el fin o la disminución de esta condición.

La otra forma de interacción puede contener una aparente indiferencia para formar comunidad con el odontólogo. Este encuadre, que se puede evaluar como neutro emocionalmente, igualmente comunica. Puede surgir porque el niño no ha sido escuchado y no se le ha asegurado un espacio de participación. Al igual que el encuadre del miedo, las emociones de los niños pueden ser subvaloradas, “porque son niños” y lo que ha primado son los encuadres técnicos del odontólogo o las expectativas de los padres, interpretado como indiferencia por el niño.

En ambos casos, la estrategia es ingresar primero al campo de las emociones para luego avanzar hacia la cognición y generar un aprendizaje que lleva a la relación.

Los mismos niños tienen sugerencias de cómo el odontólogo puede mejorar su atención clínica y la mayoría se encuadran desde lo afectivo. Apuntan a que exista interés por la biografía original de cada uno, revistiendo la atención de bondad y amabilidad no por vocación para atender la salud oral de la infancia, sino por una búsqueda de una relación personal con ese niño que ha ido hasta su consulta.

Los padres se suman a este encuadre valorando que su hijo sea atendido y acogido como persona con derecho del respeto a su dignidad. La centralidad de los tres encuadres (niños, padres y odontólogos) es la persona; un valor ontológico por ser un ser único, original, con una estructura afectiva que requiere ser cuidada para que se desarrolle en su plenitud.

Esta centralidad de la persona genera un vínculo de confianza. Ella hace parte de los encuadres valorados tanto por los niños y por sus padres. Ambos califican como *fundamental o importante confiar en el profesional.* Esta confianza se traduce en que el niño y sus padres confían que el profesional será garante de una atención de calidad técnica y de respeto de la persona. Esta confianza se construye no por evidencia, no solicitan los antecedentes formales del odontólogo antes de que inicie la atención del niño. Se hace más bien por inferencia, se espera que un profesional de la salud busque el bien del paciente. Sin duda puede contar con alguna referencia de la experiencia de un conocido, pero esta información también está permeada por la subjetividad de cada persona.

Si se confía, la incertidumbre debiera desvanecerse. Sin embargo, en el caso de esta discusión es importante destacar la convergencia que tanto los padres como los niños tienen sobre el significado que puede tener la incertidumbre en la interacción con el odontólogo. Niños y pares señalan respectivamente: *me asusta no saber lo que me pasará cuando voy al dentista" y la incertidumbre de lo que ocurrirá con el dentista preocupa a mi hijo*. La preocupación no está relacionada con el futuro de su salud, sino con la ansiedad o el miedo que puede generar desconocer los procedimientos clínicos. Esta incertidumbre requiere generar espacios de participación del niño, respetando su derecho a opinar sobre temas relacionados con su salud oral. Compartir el poder frente a estas definiciones puede ser un paso concreto para generar un ambiente seguro.

Otro aspecto importante de este encuadre es su ausencia en los temas que emergieron en las entrevistas de los odontólogos. Esto no se traduce en que ellos no tengan el interés de generar confianza cuando atienden a los niños, pero no apareció como algo relevante. Los profesionales debieran valorar y recoger este encuadre de niños y sus padres para adelantarse y considerar todas aquellas situaciones que puedan generar incertidumbre o aquellas que pueden fortalecer un lazo de confianza.

Es interesante observar que, dentro de todo este cuidado para crear una experiencia positiva del niño frente a la atención clínica odontológica, existe una divergencia entre

odontólogos, niños y padres sobre la influencia del ambiente y la puesta en escena de la clínica en esta experiencia. Por un lado, los profesionales consideran que *la puesta en escena clínica odontológica influye en la experiencia clinica del niño* y por otro, tanto padres como hijos evalúan que *el equipamiento y la atención clínica pueden ser atractivos*.

Los profesionales auto evalúan su puesta en escena como amenazante y proponen una preocupación en los colores y la ambientación para disminuir ese efecto. Sin embargo, esa percepción no es compartida. Esto viene a confirmar que lo que el binomio valida y valora son las habilidades sociales y una atención que demuestre interés en el niño como lo relevante, dejando en un segundo plano aspectos técnicos y tecnológicos. La evidencia muestra que los aspectos externos pueden facilitar la relación, luces, colores, olores, disposición del mobiliario, etc. Sin embargo, la preocupación central en fortalecer la confianza en el vínculo, en disminuir la incertidumbre informando previamente el plan de acción de la sesión y resguardar espacios de participación del niño. Estas precuaciones pueden ser más relevantes que enfocarse en la ambientación de la clínica. Es importante destacar que la excelencia técnica de cada profesional debe ser parte de un compromiso moral básico.

En este ambiente de comunidad, surge otro tema común en los padres y odontólogos: quién ejerce la autoridad. Sin embargo, sus encuadres divergen. Por un lado, los padres consideran que *el* odontólogo es *el juez del autocuidado en el hogar,* pero los profesonales no se sienten cómodos con este rol que les fue asignado, afirmando que son los *padres quienes presionan para que asuman labores que les corresponden a ellos asumir.*

Lo que debiera ser parte de la reflexión de los odontólogos no es el juicio moral de cómo los padres ejercen su autoridad en la vida para ell bienestar del hijo en un concepto global. El encuadre de la autoridad se tensiona porque el enfoque del cuidado de la salud oral tiene un énfasis biomédico que le adjudica al odontólogo el poder y la responsabilidad por el cuidado de la salud oral del niño. Además, se suma la falta de un espacio de participación del niño frente al cuidado de su salud oral que le otorgue mayor autonomìa .

Por otro lado, los profesionales debieran ser capacitados para asumir labores más allá de lo procedimiental clínico. Esto considera aspectos como consejería, educación en salud y cambio de conductas para generar una agenda setting compartida y un plan que congregue y jerarquice los aspectos del cuidado de la salud oral con metas acordadas y responsabilidades

asignadas, en una labor colaborativa. Esto permite salir del campo del juicio moral personal (usted actuó bien o mal) y avanzar hacia un juicio a los objetivos planteados, fortalezas de este proceso, obstáculos existentes para identificar forma de abordarlos.

En esta tensión de quien debe ejercer la autoridad subyace la distribución del poder y una pregunta: ¿quién puede o debe decidir lo que es mejor para el niño? Esta respuesta ha sido respondida por décadas considerando el encuadre del modelo de atención tradicional donde el paciente entrega el poder a los profesionales de la salud, pues son quienes tienen el poder del conocimiento para determinar lo que es lo mejor para sus cuidados desde lo técnico.

En los temas que emergieron en las entrevistas, los odontólogos afirman yo *defino los temas que se deben abordar con el binomio en la clínica.* Este encuadre considera que lo que prevalece es el poder del conocimiento técnico que posee el odontólogo. Sin embargo, se ha demostrado a lo largo de esta investigación que el cuidado de la salud no se compone sólo de aspectos biológicos cuantificables y observables. Estos requieren comprender aspectos sociales y culturales que varían entre cada niño y donde la fuente de información para conocerlos es él mismo y su familia. Ellos son los que viven su realidad bajo sus propios encuadres. El poder debe estar compartido entre el conocimiento y experiencia del odontólogo y el conocimiento del binomio y su propia experiencia.

Cuando prevalece este encuadre del poder en las manos del profesional, los resultados negativos serán adjudicados al paciente que no cumplió con las indicaciones. Además, los pacientes pueden sentirse juzgados o intimidados por esta evaluación realizada desde el encuadre del profesional.

Un aporte de esta investigación fue escuchar las voces de los tres actores relacionados con la salud oral del niño. Los resultados ratificaron que aún existe una relación paternalista entre el odontólogo y el binomio. Esto se traduce en un encuadre donde el profesional toma para sí la responsabilidad de las decisiones frente al cuidado de la salud oral y, a su vez, el binomio le traspasa ese poder porque es lo que ha aprendido en interacciones anteriores. El poder del conocimiento debe ser compartido entre odontólogo, niños y padres. Sin el acceso oportuno a la información no es viable fortalecer el autocuidado de la salud oral. Los profesionales pueden querer definir la agenda de temas a ser abordados con la intención de generar el bien del niño. Sin embargo, esto no garantiza la comprensión por parte del binomio.

De hecho, los padres tienen un encuadre divergente, evaluando que a *los odontólogos les cuesta informar de una forma que podamos comprender lo que dice.* Este encuadre tiene cierto fundamento al considerar que los resultados demuestran que la información que tienen los padres contiene *información incorrecta, incompleta sobre el cuidado de la salud oral* y los niños consideran que *les falta orientación de cómo cuidar su salud oral.*

Uno de los obstáculos para informar claramente al niño puede ser la paradojal convicción de todos los profesionales entrevistados de que, para comunicarse con el niño, *hay que dejar de lado el lenguaje de la ciencia.* Su opción es usar figuras retóricas como la metonimia, metáforas o eufemismos, muchas veces con diminutivos infantilizadores. También han tomado esta decisión para evitar el miedo o la ansiedad de los niños frente a acciones clínicas que pueden generar dolor o molestias.

Nacen entonces las "abejitas" (que es la anestesia infiltrativa), la "masita" (que es el material plástico que reemplazará el tejido dentario perdido), el "hoyito" (la cavidad de caries), la "pinturita" (el sellante aplicado en la zona de las zonas de fisuras de molares y premolares) o el taladro (instrumento rotatorio para remover tejido dentario). Los niños a quienes estos profesionales les hablan viven en un mundo inundado por información, lo que requiere más que nunca favorecer fuentes confiables. Viven en un mundo donde cada persona recibe en promedio cien mil palabras al día y puede consumir información digital durante 12 horas.

Hace 30 años atrás, los dinosaurios eran parte de la materia que era impartida en las clases de biología o historia en el colegio. A partir del impacto de la película *Jurassic Park*, niños pequeños empezaron a ser expertos en estos animales, dominando sus nombres, hábitat y las características de las más diversas especies usando terminología científica de manera correcta. Por otro lado, la pandemia de Covid-19 demostró que los niños son capaces de aprender sobre temas complejos de la salud, como la fisiopatología de una enfermedad, medidas preventivas, etiología. Esto no es algo asombroso.

Los niños de ese grupo etario tienen la capacidad de comprender la ciencia y, más que eso, les interesa. Presentan un grado de desarrollo que permite el pensamiento abstracto, las inferencias, las relaciones y tienen un gran interés por los procesos científicos y tecnológicos. Más que nunca es necesario tender puentes hacia información oportuna, clara, atractiva. ¡Cómo pedir que el niño cuide algo que casi no conoce!

Un adecuado aprendizaje debe considerar la capacidad de reorganizar la información que se adquiere con la que ya se ha asimilado, además de las implicancias emocionales para aprender. ¡Qué oportunidad se está desperdiciando si no se cumple con informar con conceptos correctos, con espacios para las preguntas y la curiosidad! El primer paso podría ser empezar a usar un vocabulario adecuado.

Una gran oportunidad para avanzar en un cambio en esta forma de informar y comunicar es lo que los propios profesionales señalan al evaluar que *mi formación en comunicación es deficiente.* Identificar una deficiencia es el primer paso para definir formas de superarla. Queda aquí registrada esta deuda en la formación con las competencias comunicacionales. Se señaló en el marco teórico que, en los programas de los cursos clínicos de algunas universidades chilenas, la presencia de la comunicación en los objetivos de aprendizaje no supera el 20% y no se registró ningún curso con contenidos concretos sobre el área, pese a que la Comisión Nacional de Acreditación en Chile considera la habilidad comunicacional como una competencia complementaria.

4. Discusión desde los resultados del encuadre de los Modelos de Atención

A continuación, se presenta la discusión de la interacción odontólogo/niño, ilustrada con la Tabla 15, que congrega los hallazgos para cada grupo de entrevistados. El uso de colores y espacios en blancos se definen al igual que en el área conceptual del autocuidado.

Tabla 15. Resumen de los Temas de Modelos de Atención Emergentes de las Entrevistas de Niños, Padres y Odontólogos

AREA CONCEPTUAL	ODONTÓLOGOS	NIÑOS	PADRES
MODELOS DE ATENCIÓN	. Lo importante es que yo informe sobre lo que he decidido lo que es mejor para el plan de tratamiento	1 A mí no me consultan sobre aspectos relacionados con mi salud oral.	El estado de salud oral de mi hijo lo define el odontólogo
	Es mi responsabilidad decidir lo que es mejor para el niño		
	Procuro que el niño se sienta valorado durante la atención		Es muy importante para mí que el odontólogo se preocupe de realizar una atención centrada en mi hijo (a).
			Atender niños requiere de competencias específicas.
	La forma de atender al niño está condicionada por mi ambiente laboral.		El modelo de atención odontológica actual está deshumanizado. (cuesta caro)
			La atención odontológica pública es deficiente en muchos aspectos.

La discusión de los encuadres ha abordado la conceptualización de la salud oral y cómo ella se materializa en la atención odontológica. También la cultura y su influencia en los significados y, finalmente, cómo pueden todos estos encuadres influir en la interacción del odontólogo con el niño.

Otra dimensión para analizar es de qué forma los distintos encuadres de atención inciden en los tipos de relaciones que se establecen entre el profesional y el niño y qué encuadres inciden en los modelos usados en odontología.

Como se ha dicho repetidas veces durante esta tesis, el modelo que ha primado ha sido el biomédico como consecuencia del conocimiento acumulado sobre etiología y fisiopatología de las enfermedades orales más prevalentes. En las últimas décadas se han sumado a este modelo las herramientas de la medicina basada en la evidencia, que considera otros aspectos como los factores de riesgo que influyen en la posibilidad de enfermar.

Se ha planteado otra opción de modelo de atención denominado atención centrada en el paciente, conocida por la sigla PCC. Éste procura incorporar aspectos sociales que también influyen, considerando otras variables como los espacios de participación, autonomía del paciente y la alianza terapéutica con una visión integral del niño y de la enfermedad como una experiencia y no sólo un conjunto de síntomas y signos.

Lamentablemente, estos nuevos modelos aún no son una realidad en la forma que se organiza la disciplina de la odontología en Chile, donde aún persiste el encuadre biomédico. Este modelo favorece relaciones paternalistas o autoritarias, que se caracterizan por ser más controladoras y enfocadas en el logro de los propósitos establecidos por los odontólogos. Esto queda de manifiesto al contrastar los encuadres de los profesionales, niños y padres sobre sus respectivos roles durante la atención clínica que convergen y generan un obstáculo para potenciar el autocuidado.

Los odontólogos manifiestan que su responsabilidad es decidir lo que es mejor para el niño y su responsabilidad es *informar sobre lo que ha decidido que es mejor como plan de tratamiento*. A su vez, las expectativas de los padres son que *el odontólogo es quien debe definir el estado de salud de su hijo*. Esta convergencia repercute en el encuadre del niño, que evalúa que *a mí no me consultan sobre aspectos relacionados con mi salud oral*.

Es importante no olvidar que el encuadre de los profesionales tiene una perspectiva de bondad. Vale decir, su compromiso es el bien del niño. El problema es la perspectiva. Una vez que el odontólogo ha definido el bien y cómo se debe proceder, considera que lo que le cabe es informar su veredicto. De esta forma, quedan en un segundo nivel los valores del niño, que no participa de las decisiones. Los padres tienen cierta incidencia, alineados con las expectativas ya discutidas, de "revisar y hacer", pero le otorgan al profesional el poder de decisión, limitando su autonomía y la del hijo. En este tipo de relación del odontólogo con el niño y su familia no se incluye los factores sociales, económicos y

culturales para significar sus encuadres, prevalece lo patológico. No es poco común el comentario que se escucha de personas que se quejan porque decidieron consultar a un profesional, pagaron el bono de atención y al final "no me encontraran nada."

Cuando se destaca la autonomía y participación del niño y sus padres en las decisiones que se debe tomar frente al cuidado de la salud, no se justifica la ausencia u omisión del profesional en el proceso de toma de decisión. No significa que se adopte de forma radical el modelo interpretativo, donde lo que prima son los valores que guían al paciente y el profesional queda en un segundo nivel; su compromiso es entregar información de calidad para que el paciente de forma independiente evalúe qué decisiones deben ser tomadas. Con este enfoque, puede ser que se gane en una relación más horizontal entre el profesional y el binomio, pero se pierde su foco, pues el énfasis está en la enfermedad, sin fortalecer una relación y alianza terapéutica con el odontólogo.

Esta alianza terapéutica, cuando se trata de enfermedades crónicas, requiere un seguimiento y un plan acordado entre todos los involucrados. Permite enfocarse en objetivos que se hayan consensuado de acuerdo con el nivel de riesgo de enfermedad y los factores protectores propios del niño y su ambiente, para luego evaluarlos en las próximas consultas. Esto exige confianza para que puedan hacerse preguntas sobre las dificultades que los padres y el niño identifican a la hora de poner en práctica el plan trazado.

Esta discusión de resultados propone una relación participativa de los involucrados en la atención clínica, en vez de una relación más bien de venta de servicios.

El modelo de atención centrado en la persona del niño involucra a tres personas que tienen efectos unas en las otras, en este contexto de la atención clínica. Es una oportunidad para que personas desconocidas entre sí construyan un ambiente de intimidad. Este ambiente favorece el compartir las *agenda settings* de cada participante, en especial la del niño. Los resultados muestran que la agenda del niño no está incorporada como parte de la conversación. Esta ausencia puede surgir por un acuerdado tácito entre los adultos que el poder está en las manos del odontólogo. Los odontólogos que trabajan con infancia debieran ser garantes de su participación, reconociendo que su perspectiva es particular, original y valiosa, distinta a la de los adultos, y que debe ser pesquisada.

Involucrar a los niños en la toma de decisiones no sólo favorece una actitud positiva frente a procedimientos que puedan provocar dolor, sino que también fortalece su autonomía

para sus decisiones futuras. Debe asegurarse un espacio de participación ofreciendo distintas alternativas y resguardando la tranquilidad para que pueda hacer sus preguntas, pensar y opinar. Esto favorece que ellos sientan un cierto control de la situación, ayudando en aquellos procedimientos que involucren dolor, disminuyendo la ansiedad y el miedo.

Puede ocurrir que no todo pueda ser negociado en situaciones de rutina de la atención clínica odontológica. Cuando se habla de compartir el poder con los niños es promover que los odontólogos salgan del espacio de confort donde han asegurado su autoridad en la relación paternalista, para avanzar hacia una de servicio y de equipo con el niño y los padres. El niño puede ser que aún no tenga todas las competencias de un adulto, pero siempre tendrá capacidades para tomar decisiones: pueden ser pequeñas como donde desea sentarse para conversar durante la entrevista o preguntarle sobre su motivo de consulta al inicio o durante la atención; pueden ser mayores como organizar junto al profesional la secuencia de acciones terapéuticas y preventivas definidas en el plan de tratamiento.

Un paso fundamental para eso es revisar el encuadre que los adultos tienen del niño de 6 a 8 años. Si lo perciben como una persona aún no capaz de participar, se favorecerá que llegue a la edad adulta con la experiencia vital que su salud oral no depende sólo del profesional, sino también de su autocuidado.

La atención centrada en el niño tiene un piso valioso por dónde empezar a construir. Los adultos entrevistados (odontólogos y padres) tienen encuadres que convergen hacia una preocupación por una atención que valora la persona del niño.

Los padres tienen un encuadre que valoran que *el odontólogo se preocupe de realizar una atención centrada en su hijo o hija.* Además, consideran que "*atender niños requiere de competencias específicas*". Los profesionales, por su lado, presentan un encuadre donde *procuran que el niño se sienta valorado durante su atención.*

Las expectativas de los padres no apuntan hacia la realización de acciones clínicas de alta complejidad o de una tecnología muy avanzada. En este aspecto (que ya fue visto), ellos confían en las competencias del profesional. Sus expectativas son más concretas, como que el profesional sepa el nombre de su hijo, lo salude cuando ingresa a la consulta, explique previamente lo que sucederá en esa atención y en las futuras. Otros agregan que no basta la hospitalidad, sino que esperan que se use un lenguaje adecuado y se presente el equipo y los implementos que existen en la consulta. La relación personalizada debe

considerar un ambiente que genere simpatía y confianza. Los padres desean participar, respondiendo preguntas del odontólogo y que su hijo tenga una experiencia positiva.

Estos encuadres fortalecen el modelo centrado en la persona. Se caracterizan por hacer preguntas para ayudar a los padres y al niño para que relaten sus problemas, intereses y expectativas, alentando que el niño participe por motivación propia, preparándose para el cambio, discutiendo los obstáculos que interfieren con la acción, respondiendo a la resistencia y la programación del seguimiento, así como a preparar a los padres para los inevitables obstáculos en el camino.

La atención centrada en el niño debiera ser una preocupación desde los primeros minutos de llegada a la consulta, creando el ambiente de hospitalidad. Esa primera impresión puede tener un efecto importante en el niño, que se sienta cómodo y se integre mejor en la relación y favorezca así los acuerdos en el plan de tratamiento. Este ambiente de amabilidad favorece que el niño regrese a sus controles y se comprometa con el cuidado de su salud oral.

Eso requiere contar con las competencias adecuadas sobre desarrollo psicológico, social, afectivo y físico, conocer sus condiciones de vida y conocer a cada niño en su situación particular. En esta perspectiva, el encuadre de los padres tiene fundamento; el odontopediatra debe ser un experto de excelencia en infancia con información que vaya más allá de una visión global del desarrollo. Además, estas competencias no debieran ser consideradas exclusiva de quien realiza estudios de especialización. Estas competencias deben ser parte de los fundamentos de la formación de todo odontólogo, pues se relacionan con el respeto y valoración del ser humano, caracterizado aquí como “niño”.

Epistein (2005) sugiere cuatro preguntas que son un aporte para evaluar si los encuadres del profesional favorecen una atención centrada en el niño: (independientemente en qué ambiente laboral ocurran):

1) ¿Se considera la perspectiva del paciente, sus preocupaciones, ideas, expectativas, necesidades, sentimientos, funcionalidad?
2) ¿Se comprende al paciente en su contexto psicosocial?
3) ¿Se logra una comprensión compartida entre todos que se adecúe a los valores del paciente?

4) El enfoque que usa el profesional de la salud, ¿favorece compartir el poder y la responsabilidad con los pacientes, involucrándolos en sus elecciones, en la medida que ellos lo deseen así?

Estas respuestas pueden servir para evaluar una atención odontológica centrada en el niño, independiente del ambiente laboral. Esto es importante, pues los profesionales consideran que los ambientes laborales influyen en su atención. Señalan que "*la forma de atender al niño está condicionadas por su ambiente laboral*".

Efectivamente, los ambientes laborales tienen sus características específicas. La atención del sistema público se realiza con una priorización de ciertas poblaciones sobre otras y con una orientación clara desde el nivel central en cuanto a los objetivos (definidas también como metas) a alcanzar anualmente. Las sesiones tienen una duración fija y los profesionales cuentan con contrato de trabajo y con una bonificación por cumplimiento de metas.

La atención en el sistema privado se realiza sin contar con la garantía de las leyes sociales. Sus ingresos son definidos de acuerdo con la cantidad de acciones clínicas realizadas, donde los valores más altos son para procedimientos más complejos o rehabilitadores. La primera consulta se realiza normalmente bajo el concepto de "presupuesto gratis" y las estrategias para construir una relación (conocidas como sesiones de adaptación), las sesiones educativas o de consejería son poco valoradas tanto por el sistema como monetariamente. Además, son sesiones breves.

La atención de consulta privada se realiza por un profesional que debe invertir en la instalación de su clínica, lo que representa altos costos. Estos costos se deben sumar a la inversión que significa la formación de pre y posgrado del odontólogo; lo que genera valores de atención que no siempre son accesibles para la población.

Estas diferencias inciden en las condiciones en las cuales se construye la relación con el niño. Las relaciones humanas no surgen de forma automática y homogénea, las emociones y las conductas de las personas pueden variar de acuerdo con las experiencias vividas, la autonomía de los niños cambia de acuerdo con sus contextos. La construcción de una relación personal requiere de tiempo, de estudio, de preparación previa y de habilidades comunicacionales y sociales. Esta investigación no es de salud pública o de

gestión, por lo que no se profundizará en lo que conlleva revisar los ambientes laborales odontológicos. En foco de esta discusión es otro. La decisión que se debe tomar cuando se interactúa con un niño es ¿para qué? ¿Para qué se debe construir relación? Una respuesta sencilla es que esta relación es para valorar al ser humano, pues todo ser humano valora ser reconocido y tiene el derecho de ser bien tratado, por su dignidad. Pero existen otras.

Un buen trato genera un ambiente de amabilidad, de colaboración y de satisfacción. Eso favorece la adherencia a planes de tratamiento y a controles de salud oportunos. Además, asegurar espacios para construir relaciones, permite conocer y acordar *agenda settings* de quienes asisten a la consulta, favorece construir colaborativamente planes de autocuidado y eso puede tener un impacto significativo de mejores indicadores de salud en la infancia y más a largo plazo en la vida adulta. Además, fortalece espacios de conocerse y reconocerse y al mejoran los indicadores de salud, disminuye los gastos en salud oral con una odontología compleja.

Es muy importante por tanto revisar los ambientes laborales de la odontología, porque efectivamente ellos pueden obstaculizar el fortalecimiento del autocuidado del niño. Los padres entrevistados evalúan como un imperativo el compromiso que debiera existir para valorar y respetar al niño. Ellos señalan que *el modelo de atención odontológica actual está deshumanizado.* Esta evaluación se articula con la de los odontólogos que se sienten presionados por los ambientes laborales. Si se desea avanzar hacia el modelo de atención centrada en la persona, esta evaluación tan lamentable debiera ser tomada responsablemente. En esta evaluación de los padres se suma otra que es grave: *la atención odontológica pública es deficiente en muchos sentidos.*

Un sistema público enfocado en cumplimiento de metas preestablecidas no permite fortalecer la autonomía y participación del niño y sus padres en las opciones de posibles tratamientos. Favorece una atención impersonal, donde no se necesariamente se garantizan en plenitud los derechos del niño, su dignidad y los aspectos afectivos que se ha demostrado son fundamentales para construir una relación terapéutica. Falta investigación que indague en esta percepción de los padres. Comprender estos encuadres puede ser un aporte para mejorar la fundamentación de los diseños de las políticas públicas y la gestión de los sistemas de salud, pues el 80% de la población chilena se atiende en el sistema público.

En sus relatos aparece nuevamente que la expectativa no es que su hijo reciba tratamientos complejos, sino que sean respetados, escuchados, valorados. Esto se materializa en los aspectos humanos ya citados y también en la literacidad que permita navegar de forma más informada en el sistema de salud y tener el poder de decisión.

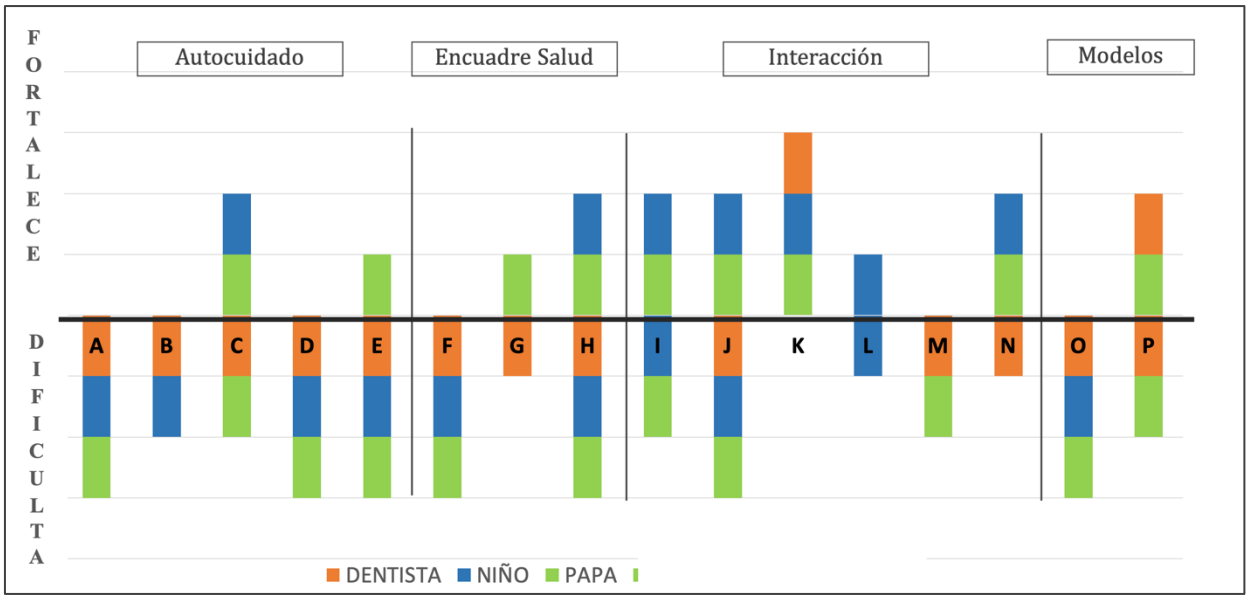
Los problemas no están sólo en el campo de la atención pública. Un sistema privado de mega prestadores centrado en los ingresos generados por las acciones clínicas genera un espacio de riesgo de la ética en la relación del odontólogo con los pacientes y fomenta una odontología de "revisar y hacer", que como ya se ha visto no favorece mejores indicadores de salud oral. Finalmente, las consultas privadas requieren de inversiones que pueden dificultar el control oportuno de la salud oral. Además, la gran mayoría de los padres entrevistados destacaron que el acceso a una mejor salud conlleva contar con altos recursos económicos que ellos no cuentan. Surge aquí la percepción de la inequidad al acceso que debiera ser un aspecto para profundizar en futuras investigaciones.

Dicho eso, es fundamental señalar que la atención centrada en el niño y más humanizada no requiere de más inversión de tiempo, de equipamiento o de recurso humano. La hospitalidad, la escucha activa, la promoción de la participación del niño y de los padres, la compasión, no dependen del tiempo, ni de los modelos de contratación, tampoco con el valor económico que pague o no la familia para acceder a la atención. Su realización depende de la actitud con que los odontólogos encuadran su misión profesional.

5. Resumen de los Encuadres de los Entrevistados según las cuatro áreas conceptuales

La siguiente infografía, resume y articula todos los temas emergentes entre los tres grupos, según las cuatro áreas conceptuales. El eje 0 marca el límite entre aquellos encuadres que fortalecen y dificultan en el niño, el autocuidado de su salud oral, identificando cada grupo con un color. Hay varios encuadres de los niños y padres que son oportunidades para promover el autocuidado y sólo dos de los odontólogos que van esa dirección. Eso debiera llevar a la reflexión de cómo se está abordando la formación de pre y posgrado de estos profesionales y sus contextos laborales, las políticas públicas y las guías clínicas de la atención de niños.

Figura 22: Encuadres Convergentes y Divergentes hacia el Autocuidado de los tres Grupos de Entrevistados



Los encuadres convergentes entre los tres grupos van en la dirección contraria al fortalecimiento del autocuidado de los niños de su salud oral. El único que podría aportar al fortalecimiento es la valoración del encuentro personal (barra K).

Existen otros temas convergentes entre los tres actores, pero van en la dirección opuesta al autocuidado. En la barra A, los encuadres de todos apuntan a los padres como los grandes responsables del autocuidado de la salud oral del niño. La barra D, consigna un encuadre concordante sobre una visión de la salud oral centrada en el cuidado del diente, olvidando la integralidad de la persona. En la barra F convergen encuadre de los tres actores en la definición de sus roles en la atención clínica, que dificulta la construcción de la alianza terapéutica: el padre cumple con llevar al hijo a la consulta, el profesional con realizar una acción clínica concreta y el niño en tener una conducta que le permita al odontólogo realizar lo que los adultos han decidido. Finalmente, los tres grupos caracterizan la relación del odontólogo con el binomio desde el paternalismo y autoritarismo (barra O).

Por otro lado, es importante destacar los encuadres particulares de los niños que debieran ser considerados para avanzar hacia la atención centrada en la persona. Ellos tienen varias sugerencias para mejorar la interacción del odontólogo con los niños (barra L). Por otro lado, hacen ver el dolor como un elemento clave para que la experiencia sea negativa.

Estas situaciones requieren ser abordadas considerando la compasión y asegurar espacios para el niño que sea escuchado, participe, tenga algún tipo de poder frente a las decisiones.

En relación con los encuadres específicos de los padres, se puede destacar que los padres valoran que el profesional realice otras acciones, no sólo las clínicas, como consejerías y educativas (barra E). A pesar de la visión fragmentada de la salud del niño, los padres valoran la salud oral pues la encuadran como "una tarjeta de presentación" de la persona (barra G).

Por otro lado, hay encuadres de padres e hijos favorables al autocuidado. Uno es el fuerte vínculo afectivo que existe entre las madres y sus hijos (barra C). Las madres participan en las decisiones del niño en otras áreas de su vida, por lo tanto, los odontólogos debieran aprovechar este vínculo para distribuir roles y tomar decisiones. Además, padres e hijos valoran el ´vinculo de confianza con el profesional para disminuir la incertidumbre frente a lo que ocurrirá en la atención clínica (barra I). Otro encuadre compartido es la evaluación positiva del ambiente clínico odontológico.

Si se observa los encuadres que dificultan el autocuidado de los niños, se puede destacar la barra J, relacionada con la comunicación del odontólogo con el binomio. Esta barra expresa que ellos usan un lenguaje figurado sin ciencia para las explicaciones a los niños, su formación en la competencia comunicacional es deficiente y los padres lo perciben, pues consideran que usan un lenguaje muy técnico, difícil de comprender. Esto puede explicar en parte que tanto niños como padres presentan una baja literacidad en salud oral.

VII. PROPUESTA DE UN MODELO COMUNICACIONAL PARA LA ATENCIÓN CLÍNICA Y EL FORTALECIMIENTO DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD ORAL DE NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS.

1. Introducción:

A lo largo de la investigación se ha enfatizado que la salud oral es parte integral de la persona y en consecuencia su cuidado debe ser comprendido dentro del bienestar integral del niño. Además, su cuidado debe tener el horizonte de su vida adulta, no siendo suficiente garantizar un adecuado nivel sólo durante la infancia. Es necesario tener una visión de futuro y favorecer su empoderamiento y su autonomía para que tenga las competencias de ejercer su autocuidado sin requerir compartir su agencia con otra persona (padres u odontólogo).

Los niños y sus padres valoran una atención clínica odontológica respetuosa donde sienten que son considerados, acogidos y escuchados. Tienen interés y son capaces de procesar información que apoye sus decisiones y las prácticas de autocuidado en el hogar. Los profesionales y el sistema de salud deben comprometerse en entregar de forma oportuna y clara esta información, adecuándola a las realidades particulares de cada niño y su familia.

Los odontólogos consideran que no han sido formados en la competencia comunicacional y en la práctica, tienden a ser paternalistas y a definir de forma unilateral las acciones clínicas a ser realizadas en las diversas sesiones a las que asista el niño y sus padres. Los niños no tienen espacio de participación ni algún rol activo de autocuidado.

Es importante destacar que, cuando se enfatiza la habilidad comunicacional como una competencia relevante, no se está dejando la excelencia profesional en un segundo plano. Esa competencia es un imperativo ético de todo profesional que tiene la labor de trabajar en el campo de la salud.

La evidencia en esta área ha demostrado que, en otras disciplinas de la salud, el modelo de atención avanza hacia un enfoque centrado en la persona. Aún faltan modelos de atención odontológicos centrados en la persona diseñados para niños. En el caso de esta investigación, para los niños pertenecen al grupo etario entre los 6 a 8 años, que presentan

diversas características cognitivas, sociales y emocionales que permiten considerar su responsabilidad y participación en el autocuidado de su salud oral.

Dentro de las características de los modelos elaborados para las atenciones centradas en la persona existen algunos elementos comunes a todas las propuestas:

- La centralidad de la persona, sus características, sus contextos, que permiten comprender y articular la evidencia con la situación particular de salud y enfermedad que está viviendo.
- Esta centralidad se construye desde el inicio de la consulta, identificando no sólo el motivo de consulta puntual, sino la *agenda setting* del niño y sus padres.
- Las personas evalúan a la confianza como un eje fundamental para construir una relación de respeto con el profesional.
- Para fortalecer la salud oral, afectada principalmente por enfermedades crónicas, se requiere de la participación activa del niño y su familia, formando una alianza terapéutica con el profesional.
- Esta alianza terapéutica y la participación del niño y la familia requiere que sean empoderados para que asuman este rol activo, a través del fortalecimiento de su literacidad. Esto requiere de la entrega oportuna y clara de información sobre su situación de salud y la forma de acceder a los distintos niveles del sistema clínico. Además, chequear que la información haya sido comprendida.
- Las relaciones entre profesional de la salud y paciente deben ser más horizontales, compartiendo entre todos de la toma de decisiones, considerando distintos escenarios de acuerdo con la evidencia, la experiencia, los valores y contexto del niño y su familia.
- Estos procesos se construyen con una adecuada comunicación, a través de una relación interpersonal fundamentada en la compasión o empatía, la escucha activa, el empoderamiento y la hospitalidad.

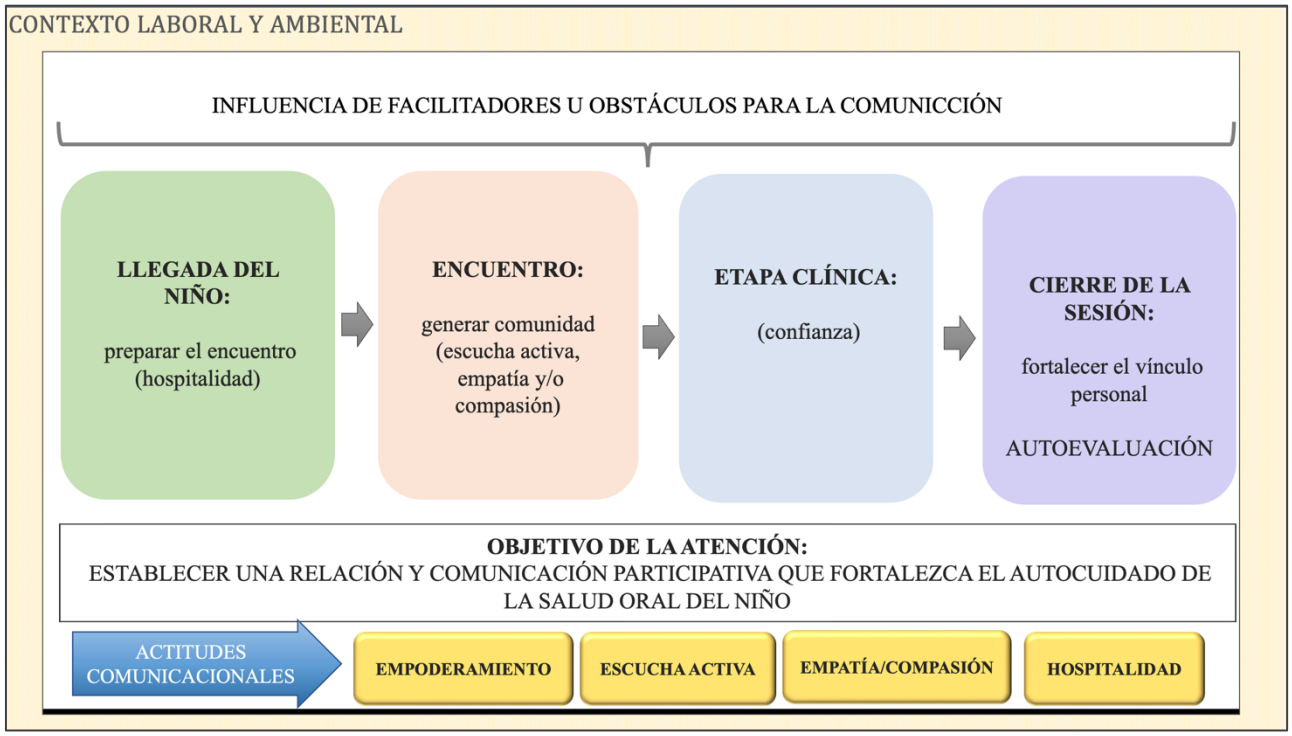
A continuación, se presenta una propuesta comunicacional de la atención odontológica del niño de 6 a 8 años en el contexto odontológico. La propuesta articula los aspectos más atingentes del marco teórico, los resultados de las entrevistas y la discusión de los distintos encuadres de niños, padres y odontólogos. Posteriormente, se precisan algunos

aspectos y se entrega una pauta de autoevaluación que permite que el profesional se auto evalúe luego de haber realizado la atención clínica, para verificar si su comunicación está favoreciendo la atención centrada en el niño y su autocuidado de la salud oral.

2. Esquema de la Propuesta

El esquema que se presenta a continuación recoge el marco teórico y los hallazgos de las entrevistas en profundidad realizada a los niños, odontólogos y padres, con el propósito de fortalecer el autocuidado de la salud oral en el niño.

Figura 21: Esquema Comunicacional para Atención Clínica Odontológica del Niño



3. Consideraciones sobre el modelo

Esta propuesta contiene cuatro áreas relacionadas entre sí. En la parte inferior, aparecen las actitudes que fundamentan el modelo: empoderamiento, escucha activa,

empatía/compasión y hospitalidad. En el caso específico de la empatía/compasión y es importante hacer algunos comentarios al respecto. La empatía y la compasión comparten la capacidad de comprender la emoción del paciente y reconocer sus preocupaciones, miedos o sufrimiento y la capacidad de interpretar la comunicación verbal y no verbal, generando un ambiente de mayor intimidad. Además, favorecen la participación del paciente, ofreciendo distintas elecciones para que sea él quien opte por lo que considere lo que es mejor para su bienestar.

En la vida clínica del odontólogo que atiende niños la empatía es fundamental para acoger, para comprender y para asegurar su espacio de participación. En este contexto, se puede considerar indistintamente la actitud empática o compasiva porque ambas comparten estas características. Sin embargo, incluir la compasión para la labor odontopediátrica busca enfatizar la preocupación por los pequeños detalles demostrando preocupación por las necesidades del niño. La compasión reconoce el sufrimiento y se compromete de forma activa para buscar formas para aliviarlo, aunque la única opción sea reconocer y acoger al niño que está viviendo una experiencia difícil, desagradable, mala. Esta actitud de compartir su sufrimiento favorece la confianza de sentirse "a salvo" con el odontólogo que lo está atendiendo.

Entre los resultados de las entrevistas y la discusión de los encuadres de los niños, padres y odontólogos, el dolor y el sufrimiento surgieron como partes de una situación crítica para la comunicación durante la atención. Para construir una relación y una comunidad, la compasión favorece que el niño se sienta respetado, acogido y puede asegurar que tenga un espacio para ser escuchado.

En la parte superior del esquema se señala que esta relación sufre la influencia de aspectos que facilitan u obstaculizan la interacción. Entre los facilitadores hay una serie de estrategias que son positivas para fortalecer esta relación comunicacional. Una de ellas es la realización de preguntas abiertas como, por ejemplo: ¿Cómo organizas tus colaciones para el colegio? En vez de ¿llevas fruta para la colación del colegio?

Otra estrategia que favorece construir una relación es chequear la respuesta que se recibe, por ejemplo, repetir lo que se ha escuchado: "Por lo que entiendo, te parece una buena idea que seas tú quien decida tu colación". Esta repetición no busca ahondar en un tema, más

bien evaluar si lo que se está comprendiendo está correcto. Las respuestas en esta situación serán dicotómicas, sí o no, y una vez que se confiere la información se sigue con la entrevista.

Es importante no confundir esta forma de chequear si se está comprendiendo lo que el niño está expresando con otras situaciones donde más bien se busca una respuesta dicotómica del niño o sus padres frente a lo que el profesional está informando. Normalmente, esto se realiza preguntando: "¿entendieron?" Al preguntar de esta forma, la responsabilidad por la claridad del mensaje se le está entregando a quien la escucha. Por el contrario, si la pregunta se reformula y se hace "¿me expresé adecuadamente?", la responsabilidad por un mensaje claro recae en el odontólogo y no en el binomio, favoreciendo que ellos puedan señalar, "no doctor, no se pudo entender lo que dijo". Es responsabilidad del profesional asegurarse que se expresa de forma clara, no del niño o del padre "que entiendan" lo que se les dijo. Se sugiere como estrategia para favorecer que se comprenda lo que el odontólogo desea expresar es entregar orientaciones por escrito y pedir que el niño las leas para que se pueda discutir dudas al respecto. Otra opción es hacer una síntesis de los acuerdos y dejarlos por escrito.

En todo momento fortalecer las características propias del desarrollo del niño: curiosidad por acceder a la ciencia, aprendizaje significativo contextualizado a su realidad y su historia, favorecer todas las fuentes de acceso a la información que favorezca un interés por saber más. En ese sentido, más que ser la única fuente de conocimiento, compartir la tarea de aprender juntos, que el niño tenga espacio para investigar y compartir lo que ha descubierto en las sesiones que asista a la consulta.

Otra estrategia comunicacional puede ser contar historias o el juego. Este último favorece que los niños modulen sus emociones con la cognición, fortaleciendo el espíritu colaborativo. Especial preocupación debe existir para estar atento a lo que el niño comunica de forma no verbal: los gestos, los tonos de voz, los silencios, las risas, la mirada.

Finalmente, la evidencia muestra que hacer una pregunta abierta sencilla como: "¿qué más podría hacer por ti?" permite que el paciente comparta su *agenda setting,* jerarquizando sus preocupaciones, llegando a acuerdo, fortaleciendo la confianza entre el profesional y el niño y su familia.

Por otro lado, existen algunas situaciones que pueden dificultar la comunicación del odontólogo con el niño. Una de ellas, que requieren de un especial cuidado cuando el niño

se encuentra con dolor, miedo o ansioso. En esta situación la compasión asume un protagonismo que debe asegurar un espacio de seguridad, de respeto hacia el niño, de su sufrimiento, asegurando que pueda tomar decisiones en todo lo que sea posible, pues eso permite que baje la ansiedad y llegar a acuerdos.

Otra situación son los tipos de relaciones que se establecen al interior del binomio, niño/cuidador, normalmente con las madres. Identificarlas de forma anticipada, permite diseñar oportunamente una estrategia para disminuir la interferencia de binomios del tipo ansiosos o agresivos, que no colaboran para construir y fortalecer una relación personal y una comunicación participativa del odontólogo y el niño.

A continuación, se puede identificar otra dificultad ampliamente discutido a lo largo de esta investigación es el uso de un lenguaje adecuado de ciencia con el niño que genere interés, que le permita comprender claramente los problemas de salud que enfrenta, los fundamentos de los procedimientos que se sugieren, los beneficios de medidas preventivas y promocionales, reconociendo su dignidad, su capacidad de comprender y su derecho de ser adecuadamente informado. El uso de un lenguaje alejado de la ciencia, usando figuras literarias, suponiendo de que no es capaz de comprender algo más elaborado, no tiene sustento en la evidencia.

Esto lleva a otro obstáculo para una comunicación participativa que es la tendencia de establecer una relación paternalista, donde las decisiones son exclusivas del profesional, quien tiene el poder del conocimiento técnico que prima para la definición de los planes de cuidado de la salud oral. Este paternalismo se enfoca más bien en resolver problemas biológicos o en el cumplimiento de metas establecidas por personas externas a la relación que se establece del odontólogo con el niño y sus padres. Finalmente, estas decisiones son informadas, a través de una conversación que se genera con los cuidadores, quedando el niño en un segundo plano que no favorece ni la relación comunicacional ni su empoderamiento frente al autocuidado.

Otro aspecto para destacar es que esta propuesta es factible de ser aplicada en todos los ambientes laborales de los odontólogos. Sin embargo, su fortalecimiento y los posibles impactos en los mejores niveles de salud oral requieren una urgente revisión de la formación en la competencia comunicacional y en el modelo de atención centrado en el niño. También es necesaria una revisión de las políticas públicas en salud de la infancia y finalmente en las

condiciones contractuales en el campo laboral. Todos estos aspectos no son parte del foco de esta investigación en ciencias de la comunicación, pero influyen en la calidad de la relación entre el odontólogo y el niño y en los indicadores de mejoría del autocuidado de la salud oral.

Fundamental, por ejemplo, es recordar que el objetivo de mejorar la salud oral no radica necesariamente en el cumplimiento de acciones clínicas ni de altas padronizadas, sino fortalecer su autocuidado en el niño, quien comparte su agencia de autocuidado con los padres. Es vital la promoción de su autonomía en la conversación y en la relación comunicacional que el profesional establece con el niño.

La propuesta sugiere que el odontólogo realice una permanente auto evaluación de su atención para verificar si su comunicación está favoreciendo una atención centrada en el niño. Esta pauta buscar identificar tempranamente sus dificultades y fortalecer sus buenas prácticas en su labor clínica. A continuación, se sugieren algunas preguntas que pueden facilitar esta auto evaluación:

1. ¿Tuve el cuidado de planificar un ambiente de hospitalidad al inicio de la consulta?
2. ¿Generé espacios para que el niño pudiese expresar su *agenda setting*?
3. ¿Me dirigí al niño para hacerle las preguntas relacionadas con su vida cotidiana, sus hábitos, sus prácticas de autocuidado, sus dificultades o sus estrategias para fortalecerlas?
4. ¿Consideré las características propias de este niño y su familia a la hora de construir las hipótesis diagnósticas?
5. ¿Incluí expresamente al niño a la hora de explicar mi diagnóstico?
6. ¿Tuve la preocupación de fortalecer su literacidad usando un lenguaje adecuado para explicar aspectos propios de la atención y de su salud oral?
7. ¿El niño fue considerado a la hora de definir el plan de tratamiento, secuencia de las actividades, definición de responsabilidades frente a su autocuidado, dejando un espacio para que fuese activamente escuchado y empoderado?
8. ¿Tuve el cuidado de planificar un cierre de la sesión, donde expresé mi alegría de haber estado con él, fortaleciendo la relación?

Como conclusión, se puede definir la comunicación participativa de la atención clínica odontológica como un proceso continuo para fortalecer una relación personal entre el profesional y el niño, considerando los aspectos importantes que lo definen como persona, que permiten conocer y reconocer al niño en cada encuentro, resguardando su dignidad, asegurando que en esta comunicación ocurra con respeto, con empatía y escucha activa, en una dinámica de intercambio de conocimientos y de experiencias mutuas, donde todos lo que participan tienen la oportunidad de aportar y de aprender.

VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al finalizar ese documento, se presentan las principales conclusiones y sugerencias para futuras investigaciones en el área que profundicen los hallazgos o complementen esta investigación en el área de la ciencia de la comunicación.

1. La teoría del encuadre o *framing* demostró ser un aporte relevante para la comprensión de la comunicación clínica del odontólogo con el niño y sus padres. Ella permitió identificar cómo se ha construido la comprensión de salud oral y la labor profesional del odontólogo en la sociedad. Además, permitió identificar aquellas aproximaciones de la realidad donde los grupos de entrevistados convergieron o divergieron, frente a cuatro áreas: autocuidado, encuadre sobre la salud oral, interacción del odontólogo y el niño y los modelos de atención. Todos estos resultados debieran ser considerados para futuros trabajos sobre fortalecimiento del autocuidado a través de una comunicación más relacional entre los tres grupos.

2. La salud oral aún se encuadra como un componente separado del resto del cuerpo. Además, no ha sido integrada en las políticas públicas ni en los documentos de organismos nacionales e internacionales como parte de la salud y bienestar integral de la persona. Se requiere contar con una nueva visión del cuidado de la salud oral, integrada a la salud general, parte de las políticas públicas con esta visión integral y desde un enfoque que fortaleza el autocuidado.

3. El encuadre del cuidado de la salud oral del niño se ha centrado fundamentalmente en la enfermedad caries, olvidando otras enfermedades de alta prevalencia como las anomalías dento-maxilares y la gingivitis. Esta visión no permite comprender que el cuidado de la salud oral es mucho más que el cuidado de la integridad de la pieza dentaria.

4. El cuidado de la salud oral se ha centrado en el cepillado dentario y control del consumo de azúcares, olvidando los factores sociales y culturales que inciden en la condición de salud y enfermedad de la persona, principalmente cuando estas son fundamentalmente de origen crónica.

5. Los odontólogos en Chile tienen una formación deficiente en la competencia comunicacional para interactuar con los niños y sus familias, enfocando aún su labor en procedimientos y número de acciones clínicas. Se recomienda que la Comisión de Acreditación Nacional de las carreras universitarias revise la definición de competencias profesionales, integrando la competencia comunicacional como una esencial al quehacer del odontólogo. Además, que se revisen los programas de formación en todas las áreas que correspondan al cuidado de la salud oral de la infancia, para que se integre la competencia comunicacional, y el respeto a la participación del niño en las definiciones del cuidado de su salud oral.

6. Los odontólogos encuadran su labor profesional como una experiencia poco grata, realizada con equipamiento e instrumentales que generan ansiedad en los niños, además de describirla fundamentalmente como una profesión procedimental, no de cuidado de la salud. Ellos mismos consideran que lo normal es que una persona no considere una experiencia positiva asistir a su atención clínica.

7. La odontología cuenta con pocos modelos de atención centrada en la persona y ninguno que considere al niño como el paciente a ser atendido.

8. Los odontólogos usan un lenguaje alejado de la ciencia y de la evidencia para explicarle al niño aspectos relacionados con su salud oral, pues consideran que ellos no son capaces de comprender este tipo de explicaciones. Persisten en el uso de lenguaje figurado que no favorece el fortalecimiento de la literacidad y de su empoderamiento frente al autocuidado de su salud oral.

9. Los ambientes laborales donde los profesionales ejercen su profesión presentan varios obstáculos para favorecer la comunicación del odontólogo con el niño y sus padres. Se requiere hacer cambios en estos ambientes donde los odontólogos ejercen su profesión. A pesar de estas dificultades, es posible rescatar elementos del modelo propuesto para que la atención clínica sea con enfoque centrado en el niño, independiente del lugar que se atienda.

10. Prevalecen en la formación del odontólogo y en las políticas públicas de Chile un enfoque que favorece relaciones paternalistas o autoritarias con los niños y sus padres, lo que no fortalece la autonomía y el empoderamiento del niño frente al autocuidado de su salud oral.

11. Los niños entre 6 a 8 años presentan características que le permiten participar en la toma de diversas decisiones sobre estrategias del autocuidado de su salud oral. Sin embargo, los padres y los odontólogos aún no los consideran capaces de ser informados y de asumir responsabilidades en el cuidado de su salud oral.

12. Los niños evalúan positivamente sus experiencias de atención clínica odontológica, salvo en los casos donde la atención es de urgencia por cuadros dolorosos.

13. Los niños evalúan que su rol en la atención clínica odontológica es pasivo y las expectativas de los demás es que se porten bien y que permitan que el profesional realice los planes de atención que éste ha decidido.

14. Los niños tienen varias sugerencias para que los odontólogos mejoren su atención odontopediátrica, destacando elementos afectivos y contar con una adecuada competencia clínica profesional.

15. Los niños que llegan a la consulta odontológica con cuadros de dolor deben ser especialmente respetados y escuchados pues estas situaciones son unas de las que más pueden dificultar la comunicación futura entre el odontólogo y el niño.

16.. Los padres consideran que los profesionales especialistas en la atención de niños tienen mayores competencias para atenderlos, comparados con los profesionales sin especialización. Sin embargo, el enfoque centrado en el niño y el modelo propuesto por esta investigación están propuestos para todos los odontólogos que atienden niños, con o sin la especialidad formalmente certificada. Es importante en todos casos, que la formación en odontopediatría revise su malla curricular y considere competencias en las ciencias sociales, como es el foco de esta investigación.

17. Los padres evalúan de forma negativa el sistema de atención de la salud odontológica, considerando que ha sufrido una deshumanización en la atención de los pacientes. Consideran que muchas veces prevalece los intereses personales monetarios por sobre el bienestar del niño. Además, evalúan que el cuidado de la salud oral tiene un alto costo financiero que es un obstáculo para acceder oportunamente a la atención clínica de un odontólogo, lo que explica, según ellos, el deterioro que se encuentra la salud oral de las personas.

18. Los niños y los padres no cuentan con información oportuna, clara y fundamentada en evidencia para aumentar su literacidad y participar adecuadamente en las decisiones frente al cuidado de la salud oral del niño.

19. Niños, padres y odontólogos valoran la posibilidad de contar con un vínculo personal cuando ocurre la atención clínica odontológica.

20. Un problema que surge durante la atención odontológica del niño es la tensión entre padres y el profesional para definir el rol de autoridad frente a las labores y responsabilidades en el cuidado de la salud oral del menor.

21. Los padres consideran que los odontólogos tienen deficiencias en comunicar temas relacionados con la salud oral de sus hijos, hablando con un lenguaje muy técnico y distante de la realidad que viven las familias. Valoran que el profesional asumiera labores de consejería y de educación en salud oral.

22. La metodología cualitativa de entrevistas semi estructuradas fue un aporte para lograr el objetivo de la investigación, pues permitió escuchar en primera persona distintos encuadres sobre aspectos relacionados con el cuidado de la salud oral y la interacción del odontólogo con el binomio y comprender sus matices y causas profundas.

23. Sería un aporte avanzar en futuras investigaciones que indaguen con más profundidad las buenas prácticas clínicas de atención de niños como también sobre las atenciones donde surge dolor, para identificar mejor ambas situaciones y poder elaborar pautas clínicas al respecto.

24. La realización de entrevistas semi estructuradas con niños a través de la plataforma Zoom permitió testear la conveniencia de elaborar previamente un guion claro que despierte el interés del niño, antes de la aplicación del cuestionario, donde ellos sientan que hay un interés genuino por conocerlos. La metodología usada en esta investigación demostró ser una propuesta adecuada que optimizó el tiempo de entrevista y la creación de un ambiente de confianza.

25. El enfoque fenomenológico favoreció que el análisis de las entrevistas no se obstaculizara con la larga experiencia profesional personal de la entrevistadora y asegurara que prevalecieran los hallazgos propios de los entrevistados. Las categorías analíticas y temáticas emergieron espontáneamente de las propias entrevistas y se fueron refinando en rondas sucesivas de análisis el cual, posteriormente, resultó tener importantes coincidencias con la literatura.

26. La construcción de una investigación interdisciplinaria de salud oral y comunicación presentó dificultades para elaborar el marco teórico. Se requiere potenciar futuros trabajos entre ambas disciplinas que permitan generar espacios compartidos de conocimiento transdisciplinario, es decir, integrando a dos áreas del saber que suelen estar desconectadas entre sí.

27. La investigación en las ciencias sociales, como la ciencia de la comunicación, es un gran aporte para que la odontología salga de su enfoque biomédico y paternalista al momento de abordar los cuidados de la salud oral y también para que comprenda la salud con sus componentes sociales.

28. Durante el análisis de las entrevistas surgieron temas que debieran ser investigados en futuros trabajos que no fueron abordados aquí pues no aportaban a las respuestas de las preguntas de investigación. Los más relevantes fueron el uso y la valoración de los medios digitales y redes sociales para la comunicación en la clínica y uso de estos medios para la educación en salud oral. Otro fue la dificultad percibida por los odontólogos para una labor más integrada con los equipos de salud.

29. La atención clínica odontológica del niño, centrada en la construcción de una comunicación participativa, presenta elementos relevantes para avanzar hacia una mejor salud oral en la infancia, visando un cuidado mantenido a lo largo de su vida.

30. Sería importante realizar investigaciones similares a esta donde se contemplen otras realidades de la infancia como niños de otros tramos etarios y/o con condiciones especiales como Síndrome de Down, inmigrantes, entre otros, para recoger las particularidades propias de esas realidades y también para refutar algunas ideas que se han construido alrededor de estos grupos, que exigen condiciones muy distintas a la de los niños de esta investigación y que en la práctica los estereotipa y dificulta su atención oportuna de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

Abadía Barrero, C. E. (2006). Pobreza Y Desigualdades Sociales: Un Debate Obligatorio En Salud Oral. *Acta Bioethica*, *12*(1), 9–22. https://doi.org/10.4067/s1726-569x2006000100002

Adewumi, A., Hector, M. P., & King, J. M. (2001). Children and informed consent: A study of children's perceptions and involvement in consent to dental treatment. *British Dental Journal*, *191*(5), 256–259. https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4801157a

Agencia de Calidad de la Educación. (2018). *Informe Nacional de Calidad de la Educación en Chile*. Retrieved from http://archivos.agenciaeducacion.cl/INFORME_NACIONAL_DE_LA_CALIDAD_DE_LA_EDUCACIoN_2018.pdf

Aguayo, F; Correa, P; Kilelman, E. (2012). *Estudio de Paternidad en el Sistema Público de Salud CulturaSalud - MINSAL*. Retrieved from http://www.eme.cl/wp-content/uploads/Estudio-Paternidad-2012-CulturaSalud-Minsal.pdf

Aguayo, F., Barker, G., & Kimelman, E. (2016). Editorial: Paternidad y cuidado en América Latina-ausencias, presencias y transformaciones. *Masculinities and Social Change*, *5*(2), 98–106. https://doi.org/10.17583/MCS.2016.2140

Agudelo, A., & Mart, E. (2008). Artículo de Opinión. *Revista CES Odontología*, *21*(1), 77–84. Retrieved from https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/56/46

Aguirre-Davila, E. (2015). Parenting practices, children's temperaments and prosocial behaviour of primary education students. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, *13*(1), 223–243. https://doi.org/10.11600/1692715x.13113100314

Aguirre-siancas, E. (2017). *on Stress and Cognitive Functions*. *55*(1), 9–17.

Akhter, S., Ghayas, S., & Adil, A. (2012). Self-efficacy and optimism as predictors of organizational commitment among bank employees. *International Journal of Research Studies in Psychology*, *2*(2). https://doi.org/10.5861/ijrsp.2012.131

Albornoz, N., & Silva, N. (2015). Escuchando a Los Niños. *Estudios Pedagógicos*, *XLI*, 81–96.

Alcayaga, C., Pérez, J. C., Bustamante, C., Campos, S., Lange, I., & Zuñiga, F. (2014). [Pilot plan for a mobile health communication and monitoring system for people with diabetes]. *Revista Panamericana de Salud Publica = Pan American Journal of Public Health*, *35*(5–6), 458–464. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25211577

Alcota, M., Ruiz de Gauna, P., & González, F. E. (2016). La Carrera de Odontología en el Contexto Actual de la Educación Superior Chilena. *International Journal of Odontostomatology*, *10*(1), 85–91. https://doi.org/10.4067/s0718-381x2016000100014

Alfaro et al, P. (2012). Fuerza de mordida: su importancia en la masticación, su medición y sus condicionantes clínicos. Parte I. *Revista ADM*, *69*(3), 108–113.

Alva Diaz, Carlos, Aguirre, Wilfor, Becerra, Yahaira; Garcia, J; Huerta, M; Huerta, A. (2017). ¿La medicina científica y el programa Medicina Basada en Evidencia han fracasado? *Educ Med*, *19*(52), 198---202. Retrieved from https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1575181317300992?token=DDA567207B2AACD52FDB977AC250D89F746233F1DB80D515848A13120AAE2326D890B8695245EFDD32F75C688898EE3B&originRegion=us-east-1&originCreation=20211029194413

Álvarez, J., & Fuentealba, T. (2019). *Derechos en acción: ¿Cómo ha cambiado la infancia en Chile en 25 años? Análisis comparado datos censales 1992-2017*. 1–56. Retrieved from http://www.cideni.org/wp-content/uploads/2019/04/01_DerechosEnAccion-Cideni-3.pdf

Álvarez, M. (2010). Prácticas educativas parentales : autoridad familiar , Parental educational practices : family effect on the children aggressive behavior authority , Pratiques éducatives parentales : autorité familiale , incidence dans la conduite agressive infantile. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte, Septiembre*(31), 253–273. Retrieved from http://www.funlam.edu.co/uploads/facultadpsicologia/659_1_Practicas_educativas_parentales_aurtoridad.pdf%0Ahttp://www.redalyc.org/html/1942/194214587011/

Amâncio Filho, A., Lucietto, D. A., & De Oliveria, S. P. (2008). Revisão e discussão sobre indicadores para a previsão de demanda por cirurgiões-dentistas no Brasil. *Revista Da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, *49*(3), 28–35. https://doi.org/10.22456/2177-0018.5146

Amez, J; Díaz, M. . (2010). Manejo de dolor en odontopediatria. *Rev Estomatol Herediana.*, *20*(3), 166-171.

Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2005). Patient empowerment: Reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education and Counseling*, *57*(2), 153–157. https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.05.008

Apelian, N., Vergnes, J. N., Hovey, R., & Bedos, C. (2017). How can we provide person-centred dental care? *British Dental Journal*, *223*(6), 419–424. https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.806

Apelian, Nareg, Vergnes, J.-N., & Bedos, C. (2014). Humanizing clinical dentistry through a person-centred model. *International Journal of Whole Person Care*, *1*(2), 30–50. https://doi.org/10.26443/ijwpc.v1i2.2

Apelian, Nareg, Vergnes, J., Hovey, R., & Bedos, C. (2018). From Providing Person-Centred. *The International Journal of Whole Person Care*, *5*(1), 56–57.

Ardèvol-Abreu, A. (2015). Framing o teoría del encuadre en comunicación. Orígenes, desarrollo y panorama actual en España. *Revista Latina de Comunicacion Social*, *70*, 423–450. https://doi.org/10.4185/RLCS-2015-1053

Arellano-Villalón, M., & Fuentes, R. (2020). Desde la Admisión Hasta el Ejercicio Profesional. Una Revisión de las Carreras de Odontología en Chile. *International Journal of Odontostomatology*, *14*(4), 623–631. https://doi.org/10.4067/s0718-381x2020000400623

Armstrong, D. (1987). Theoretical tensions in biopsychosocial medicine. *Social Science and Medicine*, *25*(11), 1213–1218. https://doi.org/10.1016/0277-9536(87)90368-6

Arrow, P., Raheb, J., & Miller, M. (2013). Brief oral health promotion intervention among parents of young children to reduce early childhood dental decay. *BMC Public Health*, *13*, 245. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-245

Artnik, B., Premik, M., & Zaletel-Kragelj, L. (2008). Population groups at high risk for poor oral self care: The basis for oral health promotion. *International Journal of Public Health*, *53*(4), 195–203. https://doi.org/10.1007/s00038-008-7072-7

Aruguete, N. (2017). *Agenda setting y framing: un debate teórico inconcluso*.

Asimakopoulou, K., & Daly, B. (2009). Adherence in dental settings. *Dental Update*, *36*(10), 626–630. https://doi.org/10.12968/denu.2009.36.10.626

Aujoulat, I., d'Hoore, W., & Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, *66*(1), 13–20. https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.09.008

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2015). *NSQHS Standards Guide for Dental Practices and Services* (pp. 1–161). pp. 1–161. Retrieved from https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2015/12/NSQHS-Standards-Guide-for-Dental-Practices-and-Services-November-2015.pdf

Baelum, V. (2011). Dentistry and population approaches for preventing dental diseases. *Journal of Dentistry*, *39*(SUPPL. 2), S9–S19. https://doi.org/10.1016/j.jdent.2011.10.015

Baeta S, M. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad Salud*, *13*(2), 81–84.

Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, *17*(82), 269–276.

Ballweg, Ruth; Berg J, DeRouen T, Fiset L, Mouradian W, S. M. (2011). Expanding Dental Education partnerships beyond the four walls. *J Dent Educ*, *75*(3), 300–307. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3118285/pdf/nihms297971.pdf

Baraldi, M. (2011). *Instrumentos linguísticos para análise de corpora de entrevistas clínicas* (Universidade de Sao Paulo). Retrieved from https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8139/tde-18092012-093719/publico/2011_MariaJoseBaraldi_VCorr.pdf

Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, *11*(1), 67–84. https://doi.org/10.1590/s0104-12902002000100008

Barsky, A. J. (1981). Hidden reasons some patients visit doctors. *Annals of Internal Medicine*, *94*(4 I), 492–498. https://doi.org/10.7326/0003-4819-94-4-492

Baruah, K; Khetani, P. B. Q. (2017). A Review on Toothbrushes and Tooth Brushing Methods. *International Journal of Pharmaceutical Science Invention*, *6*(5), 29–38. Retrieved from https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56288109/9th_publication_-_IJPSI_-_5th_name-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1640828618&Signature=gZbNJA0-SGw2OgC3kIh03T-1gsrKTkxkHF1~EpqEwgCtvXJqvFKLeZGhhJK6QMKUUFhkiOLqwhgH8mt0WL4uuHLMny2t46sDS2DRCFkJVPRGx-9bqbbaa8kvg

Bech, J. A. (2008). Conceptos básicos para una teoría de la comunicación Una aproximación desde la antropología simbólica. *Revista Mexicana de Ciencias Politicas y Sociales*, *50*(203), 13–52. Retrieved from esearchgate.net/publication/40426936_Conceptos_basicos_para_una_teoria_de_la_comunicacion_Una_aproximacion_desde_la_antropologia_simbolica

Bech, J. A. (2013a). Conceptos básicos para una teoría de la comunicación Una aproximación desde la antropología simbólica. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, *50*(203). https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2008.203.41992

Bech, J. A. (2013b). Conceptos básicos para una teoría de la comunicación Una aproximación desde la antropología simbólica. *Revista Mexicana de Ciencias Politicas y Sociales*, *50*(203), 13–52. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/pdf/rmcps/v50n203/0185-1918-rmcps-50-203-13.pdf

Beckman, H. B., & Frankel, R. M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*, *101*(5), 692–696. https://doi.org/10.7326/0003-4819-101-5-692

Benjamin, R. (2010). Oral Health: The silent epidemic. *Public Health Reports*, *125*(2), 158–159. https://doi.org/10.1177/003335491613100202

Bennadi, D., & Reddy, C. V. K. (2013). Oral health related quality of life. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, *3*(1), 1–6. https://doi.org/10.4103/2231-0762.115700

Berge, M. Ten, Veerkamp, J. S. J., & Hoogstraten, J. (2002). The etiology of childhood dental fear: The role of dental and conditioning experiences. *Journal of Anxiety Disorders*, *16*(3), 321–329. https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00103-2

Bermeasolo J. (2016). *Psicologia del Lenguaje: Una aproximación psicopedagógica* (2da edició). Santiago de Chile: Ediciones Universidad Catolica de Chile.

Bermejo Higuera, J. C. (2021). Acompañar en la incertidumbre. *Rev Chil Endo Diab*, *14*(4), 187–188. Retrieved from http://revistasoched.cl/4_2021/6.pdf

Bermeosolo, J. (2007). *Psicología del Lenguaje Fundamentos para educadores y estudiantes de pedagoria* (3ed ed.). Santiago de Chile: Ediciones Universidad Catolica de Chile.

Bermeosolo, J. (2019). *Como aprenden los seres humanos. Una aproximación psicopedagógica* (2da ed.). Santiago de Chile: Ediciones UC

Bessell, S. (2011). Participation in decision-making in out-of-home care in Australia: What do young people say? *Children and Youth Services Review*, *33*(4), 496–501. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.05.006

Bevan, M. T. (2014). A method of phenomenological interviewing. *Qualitative Health Research*, *24*(1), 136–144. https://doi.org/10.1177/1049732313519710

Billick, S. B., Edwards, J. L., Burgert, W., Serien, J. R., & Bruni, S. M. (1998). A clinical study of competency in child psychiatric inpatients. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *26*(4), 587–594.

Bircher, J. (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *8*(3), 335–341. https://doi.org/10.1007/s11019-005-0538-y

Blumer. (1966). *Sociological Implications of the Thought of George Herbert Mead Author (s): Herbert Blumer Published by : The University of Chicago Press Stable URL : https://www.jstor.org/stable/2774496*. *71*(5), 535–544.

Blummer, H. (1998). *Simbolic Interactionism* (3rd ed.). San Francisco, USA: University of California Press.

Bonal Ruiz, R., & Cascaret Soto, X. (2009). ¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas? Acercamiento a su análisis e interpretación. *Medisan*, *13*(1), 0–0.

Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson.\r\nEl diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, *2*(2), 50–63. Retrieved from http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210

Borrell i Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, *119*(5), 175–179. https://doi.org/10.1016/s0025-7753(02)73355-1

Bóveda Fontán, J., Pérula De Torres, L. Á., Campiñez Navarro, M., Bosch Fontcuberta, J. M., Barragán Brun, N., & Prados Castillejo, J. A. (2013). Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Atencion Primaria*, *45*(9), 486–495. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.01.014

Bravo, P., & Contreras, A. (2013). *En busca de una salud más participativa*. *30*(4), 6–11.

Bravo, P., Edwards, A., Barr, P. J., Scholl, I., Elwyn, G., & McAllister, M. (2015a). Conceptualising patient empowerment: A mixed methods study. *BMC Health Services Research*, *15*(1), 1–14. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0907-z

Bravo, P., Edwards, A., Barr, P. J., Scholl, I., Elwyn, G., & McAllister, M. (2015b). Conceptualising patient empowerment: A mixed methods study. *BMC Health Services Research*, *15*(1), 1–14. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0907-z

Britt, E., & Blampied, N. M. (2015). Training Dietitians in Motivational Interviewing: A Pilot Study of the Effects on Dietitian and Patient Behaviour. *Motivational Interviewing: Training, Research, Implementation, Practice*, *1*(3), 7–12. https://doi.org/10.5195/mitrip.2014.55

Britt, E., Hudson, S. M., & Blampied, N. M. (2004). Motivational interviewing in health settings: A review. *Patient Education and Counseling*, *53*(2), 147–155. https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00141-1

Broadbent, J. M., Zeng, J., Foster Page, L. A., Baker, S. R., Ramrakha, S., & Thomson, W. M. (2016). Oral Health-related Beliefs, Behaviors, and Outcomes through the Life Course. *Journal of Dental Research*, *95*(7), 808–813. https://doi.org/10.1177/0022034516634663

Broder, H. L., Janal, M., Mitnick, D. M., Rodriguez, J. Y., & Sischo, L. (2015). Communication Skills in Dental Students: New Data Regarding Retention and Generalization of Training Effects. *J Dent Educ*, *79*(8), 940–948.

Brooks-Gunn, J., & Duncan, G. J. (1997). The effects of poverty on children. *Future of Children*, *7*(2), 55–71. https://doi.org/10.2307/1602387

Brown, B. (2016). *El poder de ser vulnerable* (1st ed.). Retrieved from https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/fd45b5869c49eb7c555fdfa11aaf9b26.pdf

Browning, S., & Waite, R. (2010). The gift of listening: JUST listening strategies. *Nursing Forum*, *45*(3), 150–158. https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00179.x

Burgos, Manuel, J. (2012). *La filosofía personalista como fundamento*. 3–5. Retrieved from https://www.bioeticaweb.com/?print-my-blog=1&post-type=post&statuses%5B0%5D=publish&rendering_wait=0&columns=1&font_size=normal&image_size=medium&links=include&show_site_title=1&show_site_tagline=1&show_site_url=1&show_date_printed=1&show_title=1&show_dat

Burt, B. A., & Pai, S. (2001). *Sugar Consumption and Caries Risk : A Systematic Review*. (October), 1017–1023.

Cabello Ibacache, R., Rodríguez Martínez, G., Tapia Crispi, R., Jara Bahamondes, G., Soto Quina, L., & Venegas Cid, C. (2011). Recursos humanos odontológicos y necesidades de tratamiento de caries en adolescentes de 12 años en Chile. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, *4*(2), 45–49. https://doi.org/10.4067/s0719-01072011000200001

Campo, L. (2011). Características del desarrollo adaptativo en niños de 3 a 7 años de la ciudad de Barranquilla. *Psychologia*, *5*(2), 95–104. https://doi.org/10.21500/19002386.1136

Cancio-Bello Ayes, C., Ruíz, A. L., & Alarcó Estevéz, G. (2019). Autocuidado: una aproximación Self-care: a theoretical approach to the concept. *Informes Psicológicos*, *20*(2), 119–138. Retrieved from https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/200

Carlsson, I. M., Nygren, J. M., & Svedberg, P. (2018). Patient participation, a prerequisite for care: A grounded theory study of healthcare professionals' perceptions of what participation means in a paediatric care context. *Nursing Open*, *5*(1), 45–52. https://doi.org/10.1002/nop2.106

Carter, A. E. (2014). Pathways of fear and anxiety in dentistry: A review. *World Journal of Clinical Cases*, *2*(11), 642. https://doi.org/10.12998/wjcc.v2.i11.642

Carter, B. (2004). Pain narratives and narrative practitioners: A way of working "in-relation" with children experiencing pain. *Journal of Nursing Management*, *12*(3), 210–216. https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2003.00440.x

Carvajal, P. (2016a). Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, *9*(2), 177–183. https://doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.001

Carvajal, P. (2016b). Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, *9*(2), 177–183. https://doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.001

Castillo, M. cristina M. del. (2018). articulo de revision Microbioma Humano. *Kasmera*, *46*(2), 7–19. Retrieved from http//dx.doi.org/10.22201.fm.24484865e.2018.61.6.02

Castro, A. L. S., Vianna, M. I. P., & Mendes, C. M. C. (2018). Comparison of caries lesion detection methods in epidemiological surveys: CAST, ICDAS and DMF. *BMC Oral Health*, *18*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12903-018-0583-6

Cazalla Luna, N., & Molero López-Barajas, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, *0*(10), 43–64.

Cerezo, P. G., Juvé-Udina, M. E., & Delgado-Hito, P. (2016). Concepts and measures of patient empowerment: A comprehensive review. *Revista Da Escola de Enfermagem*, *50*(4), 664–671. https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500018

Cerón Bastidas, X. A. (2018). Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente. *CES Odontología*, *31*(1), 38–46. https://doi.org/10.21615/cesodon.31.1.4

Cespedes, A. (2007). *Cerebro Inteligencia y Emoción* (2da edicio). Santiago de Chile: Fundacion Mirame.

Charon, R. (2001). Narrative Medicine: A model for empathy, reflextion, profession and trust. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *286*(15), 1897–1902. https://doi.org/10.1097/01.eem.0000677400.14265.7b

Chile, M. de E., & Junta Nacional de Auxilio y Becas JUANEB. (2012). *Manual Educativo Programa de Salud Bucal JUNAEB*. Retrieved from https://saludbucal.minsal.cl/wp-content/uploads/2013/11/Manual_Educativo_Programa_de_Salud_Bucal_JUNAEB.pd

Clark, J. D., Robertson, L. J., & Harden, R. M. (2003). In our opinion: The First Five Years - A framework for Dental Undergraduate Education. *British Dental Journal*, *195*(3), 125–127. https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4810394

Comisión Nacional de Acreditacion. (2009). *Criterios de evaluación de carreras de educación*. Retrieved from https://www.cnachile.cl/Criterios de carreras/odontologia.pdf

Coppolillo, E. (2013). Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la medicina familiar. *Archivos de Medicina Familiar y General*, *10*(1), 45–50. Retrieved from http://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/59/51

Cortese, S. G., & Biondi, A. M. (2009). Relación de disfunciones y hábitos parafuncionales orales con trastornos temporomandibulares en niños y adolescentes. *Archivos Argentinos de Pediatria*, *107*(2), 134–138.

Coulter, A. (2017). Shared decision making: everyone wants it, so why isn't it happening? *World Psychiatry*, *16*(2), 117–118. https://doi.org/10.1002/wps.20407

Couture, É. M., Chouinard, M. C., Fortin, M., & Hudon, C. (2017). The relationship between health literacy and quality of life among frequent users of health care services: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, *15*(1), 1–6. https://doi.org/10.1186/s12955-017-0716-7

Cowpe, J., Plasschaert, A., Harzer, W., & Walmsley, A. D. (2010). *Profile and competences for the graduating European dentist – update 2009*. *14*(May 2008), 193–202. https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2009.00609.x

Coyne, I. (2016). *Giving children a voice: investigation of children's experiences of participation in consultation and decision-making in Irish hospitals / Item type Report*. (January). Retrieved from http://hdl.handle.net/10147/45515

Crespo, C. F. (2018). Chile: nuevos desafíos sanitarios e institucionales en un país en transición. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *42*, 1–8. https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.137

Crovetto M., M., & Vio del R., F. (2009). International and national background of the chilean health promotion policy: Lessons learned and future proyections. *Revista Chilena de Nutrición*, *36*(1), 32–45. https://doi.org/10.4067/S0717-75182009000100004

Cuba Fuentes, M. S., & De Los Milagros Romero Albino, Z. O. (2016). The clinical person-centered method and its application in primary healthcare. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, *33*(4), 780–784. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2565

Cueto, A., Skog, F., Muñoz, M., Espinoza, ; Sebastian, Muñoz, D., & Martínez, D. (2017). Prevalence of Dentomaxillary Anomalies and Treatment Needs in Adolescents. *Int. J. Odontostomat*, *11*(3), 333–338.

Davies, G., & Bridgman, C. (2011). Improving oral health among schoolchildren - Which approach is best? *British Dental Journal*, *210*(2), 59–61. https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2011.1

De Foncuberta Mar. (2001). Comunicacion y Educación: una reflexión necesaria. *Cuadernos de Informacion*, (14), 141–147. https://doi.org/https://doi.org/10.7764/cdi.14.190

de Jong-Lenters, M., Duijster, D., Bruist, M. A., Thijssen, J., & de Ruiter, C. (2014). The relationship between parenting, family interaction and childhood dental caries: A case-control study. *Social Science and Medicine*, *116*, 49–55. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.031

De Lima, C., Palha, P. F., Zanetti, M. L., Maria, C., & Lima, G. De. (2011). *Experiencias del familiar en relación al cuidado con la salud bucal de niños 1*. *19*(1), 1–8.

De los Reyes Navarro, H. R., Rojano Alvarado, Á. Y., & Araújo Castellar, L. S. (2020). Phenomenology: a multidisciplinary method in the style of social sciences. *Revista Científica Pensamiento y Gestión*, (47), 203–223. https://doi.org/10.14482/pege.47.7008

De Oliveira, V. J., Da Costa, L. R. D. R. S., Marcelo, V. C., & Lima, A. R. D. A. (2006). Mothers' perceptions of children's refusal to undergo dental treatment: An exploratory qualitative study. *European Journal of Oral Sciences*, *114*(6), 471–477. https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.2006.00405.x

Deci, E., & Ryan, R. (2012). Self-determination theory in health care and its relations to motivational interviewing: a few comments. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *9*(1), 24. Retrieved from http://www.ijbnpa.org/content/9/1/24

Del Valle, A. (1998). Educación de las emociones. *Revista Educación*, *7*(14), 169–198.

Delgado-Gallego, M. E., Vázquez-Navarrete, M. L., & de Moraes-Vanderlei, L. (2010). Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Revista de Salud Pública*, *12*(4), 533–545. https://doi.org/10.1590/s0124-00642010000400001

Dieppe, P; Horne, R. (2002). Soundbites and patient centred care. *Bmj*, Vol. 325, p. 603. https://doi.org/10.1136/bmj.325.7364.603

Dieppe, P; Rafferty A.M; Kitson, A. (2002). Guest Editorial The clinical encounter – the focal point of patient-centred care. *Health Expectations*, *5*, 279–281. https://doi.org/10.1260/1369-4332.16.9.i

Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (2009). Treatment adherence and persistence: Causes, consequences and improvement strategies. *Atencion Primaria*, *41*(6), 342–348. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031

Dois, A., Bravo, P., & Soto, G. (2017). Atributos y características de los principios orientadores del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria desde la perspectiva de expertos en APS. *Revista Medica de Chile*, *145*(7), 879–887. https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000700879

Droppa, M., & Lee, H. (2014). Entrevista motivacional: un camino para mejorar la salud. *Nursing (Ed. Española)*, *31*(6), 24–29. https://doi.org/10.1016/j.nursi.2014.12.009

Dugdale, D; Epistein, R; Pantilat, S. (1999). Time and the patient - physician relationship. *JGM*, *4*(1), 34–40. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1496869/pdf/jgi_263.pdf

Duijster, D., de Jong-Lenters, M., Verrips, E., & Loveren, C. van. (2015). Establishing oral health promoting behaviours in children - parents' views on barriers, facilitators and professional support: A qualitative study. *BMC Oral Health*, *15*(1), 1–13. https://doi.org/10.1186/s12903-015-0145-0

Duque-Páramo, & M.C. (2007). Cultura y Salud: Elementos para el Estudio de la Diversidad y las Inequidades. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, *9*(2), 127–142. Retrieved from https://www.redalyc.org/pdf/1452/145212857004.pdf

Duque, H., & Aristizábal Díaz-Granados, E. (2019). Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su uso en la invstigación cualitativa en psicología. *Pensando Psicolgía*, *15*(25), 1–24.

Eccles, J. S. (1999). Children Ages 6 to 14. *The Future of Children*, *9*(2), 30–44.

Edelstein, B. L., & Ng, M. W. (2015). Chronic disease management strategies of Early Childhood caries support from the medical and dental literature. *Pediatric Dentistry*, *37*(3), 318–322. https://doi.org/10.1016/s0967-2109(00)00016-8

Elwyn, G., Edwards, A., Mowle, S., Wensing, M., Wilkinson, C., Kinnersley, P., & Grol, R. (2001). Measuring the involvement of patients in shared decision-making: A systematic review of instruments. *Patient Education and Counseling*, *43*(1), 5–22. https://doi.org/10.1016/S0738-3991(00)00149-X

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., … Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, *27*(10), 1361–1367. https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6

Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *267*(16), 2221–2226. https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038

Endo, T., Gabka, J., & Taubenheim, L. (2010). Anestesia intraligamentosa: beneficios y limitaciones. *Quintessence: Publicación Internacional de Odontología*, *23*(3), 110–120.

Epping-Jordan, J. A., Bengoa, R., Kawar, R., & Sabaté, E. (2001, October). The challenge of chronic conditions: WHO responds. *British Medical Journal*, *323*(7319), 947–948. https://doi.org/10.1136/bmj.323.7319.947

Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L., & Duberstein, P. R. (2005). Measuring patient-centered communication in Patient-Physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Science and Medicine*, *61*(7), 1516–1528. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.02.001

Escobar-paucar, G., & Sosa-palacio, C. (2011). Salud bucal: representaciones sociales en madres gestantes de una población urbana. Medellín, Colombia Oral health: social representations among pregnant mothers. Medellin, Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, *16*(11), 4533–4540.

Escobar López, M. T., García Pereáñez, J. A., & Rivas Muñoz, F. A. (2017). Aproximación a la equidad en salud en perspectiva de dignidad: notas para una bioética social. *Revista Latinoamericana de Bioética*, *18*(34–1), 172–190. https://doi.org/10.18359/rlbi.3161

Espinosa, A., & Ordúñez, P. (2010). con enfermedades crónicas Integration of public health specialists , epidemiologists and. *Rev Cubana Salud Pública*, *36*(3), 262–266.

Exley, C. (2009). Bridging a gap: The (lack of a) sociology of oral health and healthcare. *Sociology of Health and Illness*, *31*(7), 1093–1108. https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01173.x

FDI. (2017). No Health without Oral Health: How the dental community can leverage the NCD agenda to deliver on the 2030 Sustainable Development Goals. *Proceedings of the FDI-NCD Alliance Joint Session*, (August). Retrieved from https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2020-11/fdi-wdc2017_ncd_session_proceedings.pdf

FDI. (2020). Visión 2020 de la FDI. In *Fdi*. Retrieved from https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2020-11/vision_2020_spanish.pdf

Federation, W. D. (2020). *LA SALUD ORAL Y LAS ENT Hacia una respuesta integral La carga de las enfermedades no transmisibles*. Retrieved from https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2020-11/ncda_fdi-policy_brief_oral_health_ncds-es.pdf

Fejerskov, O., Escobar, G., Jøssing, M., & Baelum, V. (2013). A functional natural dentition for all - and for life? The oral healthcare system needs revision. *Journal of Oral Rehabilitation*, *40*(9), 707–722. https://doi.org/10.1111/joor.12082

Fernandes, L. M., Espeland, L., & Stenvik, A. (1999). Patient-centered evaluation of orthodontic care: a longitudinal cohort study of children's and parents' attitudes. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics : Official Publication of the American Association of Orthodontists, Its Constituent Societies, and the American Board of Orthodontics*, *115*(3), 227–232. https://doi.org/10.1016/s0889-5406(99)70322-7

Ferreira, A., Antunes, A., Sauza, B. De, & Leandro, D. (2005). A expressao do sorriso no cotidiano. *Saude Em Debate*, *29*(69), 64–71. Retrieved from https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345217008.pdf

Feste, Catherine; Anderson, R. M. (1995). Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Education and Counseling*, *26*(1–3), 139–144. https://doi.org/10.1016/0738-3991(95)00730-N

Fico, A. E., & Lagoe, C. (2018). Patients' Perspectives of Oral Healthcare Providers' Communication: Considering the Impact of Message Source and Content. *Health Communication*, *33*(8), 1035–1044. https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1331188

Field-Springer, K., & Margavio Striley, K. (2018). Managing Meanings of Embodied Experiences Theory: Toward a Discursive Understanding of Becoming Healthier. *Health Communication*, *33*(6), 700–709. https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1306413

Fisher-Owens, S. A., Gansky, S. A., Platt, L. J., Weintraub, J. A., Soobader, M. J., Bramlett, M. D., & Newacheck, P. W. (2007). Influences on children's oral health: A conceptual model. *Pediatrics*, *120*(3). https://doi.org/10.1542/peds.2006-3084

Flick, U. (2012). *Introducción a la Investigación Cualitativa* (3ra edició; A. Gallardo, Ed.). https://doi.org/10.18356/c4056413-es

Folayan, M. O., Khami, M. R., Onyejaka, N., Popoola, B. O., & Adeyemo, Y. I. (2014a). Preventive oral health practices of school pupils in Southern Nigeria. *BMC Oral Health*, *14*, 83. https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-83

Folayan, M. O., Khami, M. R., Onyejaka, N., Popoola, B. O., & Adeyemo, Y. I. (2014b). Preventive oral health practices of school pupils in Southern Nigeria. *BMC Oral Health*, *14*(1). https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-83

Foster, M., & Whitehead, L. (2019a). Using drawings to understand the child's experience of child-centred care on admission to a paediatric high dependency unit. *Journal of Child Health Care*, *23*(1), 102–117. https://doi.org/10.1177/1367493518778389

Foster, M., & Whitehead, L. (2019b). Using drawings to understand the child's experience of child-centred care on admission to a paediatric high dependency unit. *Journal of Child Health Care*, *23*(1), 102–117. https://doi.org/10.1177/1367493518778389

Francis, J. J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M. P., & Grimshaw, J. M. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology and Health*, *25*(10), 1229–1245. https://doi.org/10.1080/08870440903194015

Fraser, S., Flewitt, R., & Hammersley, M. (2013). *What is research with children and young people? In: Understanding Research with Children and Young People. Chapter 2* (M. H. and M. R. Clark, R.S. Flewitt, Ed.). Retrieved from http://e-space.mmu.ac.uk/624231/

Frauches, M., Monteiro, L., Rodrigues, S., Dias, C., & Diniz, M. (2018). Association between children's perceptions of the dentist and dental treatment and their oral health-related quality of life. *European Archives of Paediatric Dentistry : Official Journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*, *19*(5), 321–329. https://doi.org/10.1007/s40368-018-0361-9

Freeman, R. (2008). Communicating with children and parents: recommendations for a child-parent-centred approach for paediatric dentistry. *European Archives of Paediatric Dentistry : Official Journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*, *9 Suppl 1*, 16–22. https://doi.org/10.1007/BF03262651

Freire, P. (2011). *Pedagogia de la Esperanza: un reencuentro con la pedagogía del oprimido* (3ra ed.). Mejico: Ediciones siglo XXI.

Freire, Paulo. (2008). Paulo Freire y la pedagogía del oprimido. *Revista Historia de La Educación Latinoamericana*, *unknown*(10), 57–72. https://doi.org/10.19053/01227238.1486

Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico Qualitative Research: Hermeneutical Phenomenological Method. *Propósitos y Representaciones*, *7*(1), 201–229. Retrieved from http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267ORCID:https://orcid.org/http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267

Gadea, C. A., Thomas, W., Park, R., & Wirth, L. (2018). El interaccionismo simbólico y sus vínculos con los estudios sobre cultura y poder en la contemporaneidad. *Sociológica (México)*, *33*(95), 39–64.

García Fernández, R. (2006). La construcción de la realidad a través del lenguaje. *Eikasia: Revista de Filosofía*, *3*(3), 6.

García, J. C., Carmona Concepción, J., González García, X., González Rodríguez, R., & Labrador Falero, D. (2014). Atrición dentaria en la oclusión permanente. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar Del Río*, *18*(4), 566–573.

García, J., Ruiz, J., Baños, A., Lázaro, J., & Ramis, B. (2014). La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera [Active Listening importance in Nurse intervention]. *Enfermería Global; Murcia*, *13*(34), 276–292. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200013%0Ahttps://search.proquest.com/nahs/docview/1664552053/abstract/9BCEF32B2E084F3BPQ/1?accountid=14744

Garcia Selgas, F. J. (1994). El "Cuerpo" Como Base Del Sentido De La Accion. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (68), 41–83.

Gardner, B. (2015). A review and analysis of the use of 'habit' in understanding, predicting and influencing health-related behaviour. *Health Psychology Review*, *9*(3), 277–295. https://doi.org/10.1080/17437199.2013.876238

Gardner, B., & Rebar, A. L. (2019). Habit Formation and Behavior Change. *Psychology*, (April 2019). https://doi.org/10.1093/obo/9780199828340-0232

Garrido, A ; Alvaro, J. . (2007). George Herbert Mead: El inteaccionismo simbolico. *Psicología Social. Perspectivas Psicológicas y Sociológicas*, *2*, 122–128. https://doi.org/10.5840/swjphil19756241

GDC. (2013). Standards for the Dental Team. *Standards for the Dental Team*. Retrieved from www.gdc-uk.org

Ghanei, M., Arnrup, K., & Robertson, A. (2018). Procedural pain in routine dental care for children: a part of the Swedish BITA study. *European Archives of Paediatric Dentistry*, *19*(5), 365–372. https://doi.org/10.1007/s40368-018-0368-2

Giacaman, R. A., Aranguiz, V., Botelho, J., Bustos, I. P., Cabello, R., Candiales, Y., … Moncada, G. (2018). Fe de errores a «Creación de un Currículo de Competencias en Cariología para Estudiantes de Pregrado de Odontología en Chile». *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, *11*(2), 129–129. https://doi.org/10.4067/s0719-01072018000200129

Gilje, F. L. (2004). Invest in Yourself Hospitality : A Call for Dialogue. *Nursing Forum*, *39*(4), 36–39. Retrieved from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1744-6198.1998.tb00218.x

Gillespie, R., Florin, D., & Gillam, S. (2004). How is patient-centred care understood by the clinical, managerial and lay stakeholders responsible for promoting this agenda? *Health Expectations*, *7*(2), 142–148. https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2004.00264.x

Giraldo, T., & Soto, R. (2016). El juego como mediaciòn pedagògica en la comunidad de una instituciòn de protecciòn. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, *13 Nº 1*, 105–128. Retrieved from https://www.redalyc.org/pdf/1341/134152136006.pdf

Glick, M., Monteiro Da Silva, O., Seeberger, G. K., Xu, T., Pucca, G., Williams, D. M., … Séverin, T. (2012). FDI Vision 2020: Shaping the future of oral health. *International Dental Journal*, *62*(6), 278–291. https://doi.org/10.1111/idj.12009

Glick, M., Williams, D. M., Kleinman, D. V., Vujicic, M., Watt, R. G., & Weyant, R. J. (2016). A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *International Dental Journal*, *66*(6), 322–324. https://doi.org/10.1111/idj.12294

Glied, S Neidell, M. (2008). The Economic Value of Teeth. In *NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH*. Retrieved from https://www.nber.org/system/files/working_papers/w13879/w13879.pdf

Global Forum for Health. (2002). The 10/90 Report on Health Research 2001-2002. In *Geneva, World Health Organization*. Retrieved from https://www.files.ethz.ch/isn/17141/1090.04.pdf

Gobat, N. H. (2014). Agenda setting in the clinical encounter: what is it, and is it measureable? (Oxford). Retrieved from https://search.proquest.com/docview/1534998332?accountid=28931%0Ahttp://metaiskalnik.izum.si:80/sfxlcl41?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+%26+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+%26+Theses+Global&ati

Gobat, N., Kinnersley, P., Gregory, J. W., & Robling, M. (2015). What is agenda setting in the clinical encounter? Consensus from literature review and expert consultation. *Patient Education and Counseling*, *98*(7), 822–829. https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.024

Gobierno Vasco, OPS, O. (2015). *Concepto de Buenas Prácticas*. Retrieved from http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/wp-content/uploads/2015/08/MS_RB_08_Concepto_Buenas_Practicas.pdf

Godoy, S., Labarca, C., Somma, N., Gálvez, M., & Sepúlveda, M. (2015). Circumventing communication blindspots and trust gaps in technologically-mediated corporate relationships: The case of Chilean business-to-consumer e-commerce. *Journal of Theoretical and Applied Electronic Commerce Research*, *10*(2), 19–32. https://doi.org/10.4067/S0718-18762015000200003

Goffman, E. (1959). *La presentación de la persona en la vida cotidiana* (3ra ed.). Buenos Aires: Amorrortu editores.

Goffman, E. (1981). *Actuaciones en "La presentación de la persona en la vida cotidiana"* (primera ed; Amorrortur, Ed.). Retrieved from http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2015/08/Goffman-E.-La-presentacion-de-la-persona-en-la-vida-cotidiana.-1-47.pdf

Goffman, E. (2006). *Frame Analysis: los marcos de las experiencias* (1ra ed.; S. de E. de E. XXI, Ed.). Madrid: Centro de Investigación Sociológica.

Goldberg, A. E., & Allen, K. R. (2015). Communicating Qualitative Research: Some Practical Guideposts for Scholars. *Journal of Marriage and Family*, *77*(1), 3–22. https://doi.org/10.1111/jomf.12153

González, M.-F. (2010). ¿Pueden los clásicos decir algo nuevo sobre la identidad? Una revisión de las ideas de Bakhtin, Vygotsky y Mead en tiempos de identidad líquida. *Estudios de Psicología*, *31*(2), 187–203. https://doi.org/10.1174/021093910804952278

González Mestre, A. (2014). La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enfermeria Clinica*, *24*(1), 67–73. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.005

González Tirado, C. (2010). El restaurador como artista-intérprete. *Intervención Revista Internacional de Conservación, Restauración y Museología*, *1*(1), 7–15. https://doi.org/10.30763/intervencion.rev1_art4

Grau, J. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: Un abordaje de los factores psicosociales. *Salud & Sociedad*, *7*(2), 138–166.

Grimalt, L., & Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista Chilena de Pediatria*, *83*(3), 239–246. Retrieved from https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v83n3/art05.pdf

Guamán, K., Hernández, E., & Lloay, S. (2020). El Positivismo y el Positivismo Jurídico. *Universidad y Sociedad*, *12*(4), 265–269.

Hajat, C., & Stein, E. (2018). The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Preventive Medicine Reports*, *12*(June), 284–293. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.008

Håkansson, L., Derwig, M., & Olander, E. (2019). Parents' experiences of a health dialogue in the child health services: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, *19*(1), 774. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4550-y

Han, B.-C. (2020). *La Desaparición de los Rituales* (1st ed.). Barcelona: Herder Editorial.

Hanna, P. (2012). Using internet technologies (such as Skype) as a research medium: A research note. *Qualitative Research*, *12*(2), 239–242. https://doi.org/10.1177/1468794111426607

Hannah, A., Millichamp, C. J., & Ayers, K. M. S. (2004). Undergraduate Dental Students. *J Dent Educ*, *68*(9), 970–977.

Hannawa, A. F., García-Jiménez, L., Candrian, C., Rossmann, C., & Schulz, P. J. (2015). Identifying the field of health communication. *Journal of Health Communication*, *20*(5), 521–530. https://doi.org/10.1080/10810730.2014.999891

Hanson, C. S., Craig, J. C., & Tong, A. (2017). In their own words: the value of qualitative research to improve the care of children with chronic kidney disease. *Pediatric Nephrology*, *32*(9), 1501–1507. https://doi.org/10.1007/s00467-016-3526-y

Heine, J. (2002). PNUD. Desarrollo Humano en Chile 2002. Nosotros los chilenos: un desafío cultural. In *Perspectivas en política, economía y gestión*.

Helman, C. G. (1984). The role of context in primary care. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, *34*(267), 547–550.

Henríquez-Tejo, R. B., & Cartes-Velásquez, R. A. (2016). Percepciones de la población respecto al cirujano dentista TT - Patients' perceptions of dental surgeons. *Odontoestomatología*, *18*(27), 16–24. Retrieved from http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392016000100003&lang=pt

Hertzman, C., Power, C., Matthews, S., & Manor, O. (2001). Using an interactive framework of society and lifecourse to explain self-rated health in early adulthood. *Social Science and Medicine*, *53*(12), 1575–1585. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00437-8

Hobbs, J. L. (2009). A Dimensional Analysis of Patient-Centered Care. *Nursing Research*, *58*(1), 52–62. https://doi.org/10.1097/nnr.0b013e31818c3e79

Hollister, M. C., & Anema, M. G. (2004). Health behavior models and oral health: a review. *Journal of Dental Hygiene : JDH / American Dental Hygienists' Association*, *78*(3), 6.

Holmström, I; Röng, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling*, *79*(2), 167–172. https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.08.008

Horowitz, A. M., & Kleinman, D. V. (2008). Oral Health Literacy: The New Imperative to Better Oral Health. *Dental Clinics of North America*, *52*(2), 333–344. https://doi.org/10.1016/j.cden.2007.12.001

Horowitz, A. M., & Kleinman, D. V. (2012). Oral health literacy: A pathway to reducing oral health disparities in Maryland. *Journal of Public Health Dentistry*, *72*(SUPPL.1). https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2012.00316.x

Horowitz, A. M., Kleinman, D. V., & Wang, M. Q. (2013). What Maryland adults with young children know and do about preventing dental caries. *American Journal of Public Health*, *103*(6), 1–9. https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301038

Horowitz, A. M., Maybury, C., Kleinman, D. V., Radice, S. D., Wang, M. Q., Child, W., & Rudd, R. E. (2014). Health literacy environmental scans of community-based dental clinics in maryland. *American Journal of Public Health*, *104*(8), 85–93. https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302036

Humeres-Flores, P., Guzmán-Orellana, D., Madrid-Canales, C., Fredes-Ziliani, A., & Mustakis-Truffello, A. (2020). Cuidado de la salud oral en la primera infancia: La perspectiva de sus madres-un estudio cualitativo. *International Journal of Interdisciplinary Dentistry*, *13*(2), 62–66. https://doi.org/10.4067/s2452-55882020000200062

Integral, S. O. (2005). Guía Clínica Salud Oral Integral en Niños de 6 años. *Gobierno de Chile-Ministerio de Salud*.

Jadue J, G. (2003). Transformaciones Familiares En Chile: Riesgo Creciente Para El Desarrollo Emocional, Psicosocial Y La Educacion De Los Hijos. *Estudios Pedagógicos (Valdivia)*, (29), 115–126. https://doi.org/10.4067/s0718-07052003000100008

Jones, L. M., & Huggins, T. J. (2014). Empathy in the dentist-patient relationship: Review and application. *New Zealand Dental Journal*, *110*(3), 98–104.

Jowett, A., Peel, E., & Shaw, R. (2011). Online Interviewing in Psychology: Reflections on the Process. *Qualitative Research in Psychology*, *8*(4), 354–369. https://doi.org/10.1080/14780887.2010.500352

Julio, V; Vacarezza, M; Álvarez, C; Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, *1*(11), 11–14. https://doi.org/10.1016/j.surg.2012.11.023

JUNAEB. (2012). Manual Educativo Programa de Salud Bucal. In *Mejorar la calidad de la educación en todos los niveles*. Retrieved from https://saludbucal.minsal.cl/wp-content/uploads/2013/11/Manual_Educativo_Programa_de_Salud_Bucal_JUNAEB.pdf

Junji, Unicef, & Unesco. (2010). *Resultados preliminares: Encuesta Nacional de Primera Infancia, ENPI 2010*. Retrieved from http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/07/Informe-Final-Preliminar-Primera-ENCUESTA-NACIONAL-DE-PRIMERA-INFANCIA.pdf

Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, *5*(1), 57–65. https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2006.01.005

Kagihara, L. E., Niederhauser, V. P., & Stark, M. (2009). Assessment, management, and prevention of early childhood caries. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *21*(1), 1–10. https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00367.x

Kakudate, N., Morita, M., Sugai, M., & Kawanami, M. (2009). Systematic cognitive behavioral approach for oral hygiene instruction: A short-term study. *Patient Education and Counseling*, *74*(2), 191–196. https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.08.014

Kelly, M., Jones, S., Wilson, V., & Lewis, P. (2012). How children's rights are constructed in family-centred care: A review of the literature. *Journal of Child Health Care*, *16*(2), 190–205. https://doi.org/10.1177/1367493511426421

Kelly, R., Losekoot, E., & Wright-StClair, V. A. (2016). Hospitality in hospitals: The importance of caring about the patient. *Hospitality and Society*, *6*(2), 113–129. https://doi.org/10.1386/hosp.6.2.113_1

Kidd, E. (2011). The implications of the new paradigm of dental caries. *Journal of Dentistry*, *39*(SUPPL. 2), S3–S8. https://doi.org/10.1016/j.jdent.2011.11.004

Koo, L W, Horowitz, A. M., Radice, S. D., Wang, M. Q., & Kleinman, D. V. (2016). Nurse practitioners' use of communication techniques: Results of a Maryland oral health literacy survey. *PLoS ONE*, *11*(1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146545

Koo, Laura W., Horowitz, A. M., Radice, S. D., Wang, M. Q., & Kleinman, D. V. (2016). Nurse practitioners' use of communication techniques: Results of a Maryland oral health literacy survey. *PLoS ONE*, *11*(1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146545

Koziner, N. S. (2013). Antecedentes y fundamentos de la teoría del framing en comunicación. *Austral Comunicación*, *2*(1), 01–25. https://doi.org/10.26422/aucom.2013.0201.koz

Kriger, L. (2003). *Pomoçao de Saúde Bucal* (3th ed.). Sao Paulo: Artes M□dicas.

Kumagai, A. K. (2008). A conceptual framework for the use of illness narratives in medical education. *Academic Medicine*, *83*(7), 653–658. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181782e17

Kumar, C. P. (2007). Standardized Nursing Languages in a Case Study of a Woman with Diabetes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, *18*(3), 103–110.

Landeros-Olvera, E., Salazar-González, B. C., & Cruz-Quevedo, E. (2009). La influencia del positivismo en la investigación y práctica de enfermería. *Index de Enfermería*, *18*(4), 263–266. Retrieved from https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Langdon, E; Braune, F. (2010). Antropología , salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, *18*(3), 177–185. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf

Lanning, S. K., Ranson, S. L., & Willett, R. M. (2008). Communication skills instruction utilizing interdisciplinary peer teachers: program development and student perceptions. *Journal of Dental Education*, *72*(2), 172–182.

Lazcano-Peña, Daniela & Perry, A. (2016). *CHILE : UN MAPA DE SU APOYO PÚBLICO , Communication Research in Chile : A Map of Public Funding and Evidence of its*. 92–116. https://doi.org/10.12804/disertaciones.09.02.2016.05

Ledesma, K. (2018). Ansiedad Y Miedo Ante El Tratamiento Odontológico En Niños. *Odontología Activa Revista Científica*, *2*(1), 79. https://doi.org/10.26871/oactiva.v2i1.177

Lee, H., Chalmers, N. I., Brow, A., Boynes, S., Monopoli, M., Doherty, M., … Engineer, L. (2018). Person-centered care model in dentistry. *BMC Oral Health*, *18*(1), 1–7. https://doi.org/10.1186/s12903-018-0661-9

Lemos, V. (2005). Construcción y validación de una escala para la evaluación de la deseabilidad social infantil (EDESI). *Interdisciplinaria*, *22*(1), 77–96.

Lima Álvarez, M., & Casanova Rivero, Y. (2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Hum Méd*, *6*(1), 0–0.

Lin, Y. L., Yen, Y. Y., Chen, H. Sen, Liu, Y. C., Chang, C. S., Chen, C. M., … Huang, H. L. (2014a). Child dental fear in low-income and non-low-income families: A school-based survey study. *Journal of Dental Sciences*, *9*(2), 165–171. https://doi.org/10.1016/j.jds.2013.02.022

Lin, Y. L., Yen, Y. Y., Chen, H. Sen, Liu, Y. C., Chang, C. S., Chen, C. M., … Huang, H. L. (2014b). Child dental fear in low-income and non-low-income families: A school-based survey study. *Journal of Dental Sciences*, *9*(2), 165–171. https://doi.org/10.1016/j.jds.2013.02.022

Lindmark, U., Hakeberg, M., & Hugoson, A. (2011). Sense of coherence and its relationship with oral health-related behaviour and knowledge of and attitudes towards oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *39*(6), 542–553. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2011.00627.x

Listl, S., Galloway, J., Mossey, P. A., & Marcenes, W. (2015). Global economic impact of dental diseases. *Journal of Dental Research*, *94*(10), 1355–1361. https://doi.org/10.1177/0022034515602879

Loayssa Lara, J., & González García, F. (2001). Cognitive structure of family doctors in training concerning the doctor-patient relationship. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, *28*(3), 158–166. https://doi.org/10.1016/s0212-6567(01)78925-1

Locker, D., & Liddell, A. (2000). Changes in levels of dental anxiety as a function of dental experience. *Behavior Modification*, *24*(1), 57–68. https://doi.org/10.1177/0145445500241003

Lopez, A. (2020). Nociones sobre el enfoque centrado en la persona de Carl Rogers: teoría, práctica e investigación. *Revista Espacio ECP, 1*(1), 4–15. Retrieved from https://www.redalyc.org/pdf/305/30517306009.pdf

Lynch, Chris, A. P., & Chadwick Barbara. (2010). Effect of Community-Based Clinical Teaching Programs on Student Confidence: A View from the United Kingdom. *Journal of Dental Education*, *74*(5), 510–516.

MacKey, L. M., Doody, C., Werner, E. L., & Fullen, B. (2016). Self-management skills in chronic disease management: What role does health literacy have? *Medical Decision Making*, *36*(6), 741–759. https://doi.org/10.1177/0272989X16638330

Main, C. J., Buchbinder, R., Porcheret, M., & Foster, N. (2010). Addressing patient beliefs and expectations in the consultation. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, *24*(2), 219–225. https://doi.org/10.1016/j.berh.2009.12.013

María Leonor Conejeros, S., Jorge Rojas, H., & Teresa Segure, M. (2010). Confianza: Un valor necesario y ausente en la educación chilena. *Perfiles Educativos*, *32*(129), 30–46.

Marja-Leena, M., Päivi, R., Sirkka, J., Ansa, O., & Matti, S. (2008). Childhood caries is still in force: A 15-year follow-up. *Acta Odontologica Scandinavica*, *66*(3), 189–192. https://doi.org/10.1080/00016350802123100

Marquez, MC, Navarro, J. M. (2004). *¿Por qué se le tiene miedo al dentista? 9*, 165–174.

Mårtenson, E. K., & Fägerskiöld, A. M. (2007). Information exchange in paediatric settings: an observational study. *Paediatric Nursing*, *19*(7), 40–43. https://doi.org/10.7748/paed2007.09.19.7.40.c4458

Mårtenson, E. K., & Fägerskiöld, A. M. (2008). A review of children's decision-making competence in health care. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(23), 3131–3141. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01920.x

Martienez, C; Lopez, A.M; Londoño, B; Tejada, C. (2011). DE UN GRUPO DE GESTANTES DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN , COLOMBIA EXPLORATION OF MEANINGS REGARDING ORAL HEALTH IN A GROUP OF PREGNANT WOMEN IN MEDELLÍN , COLOMBIA . IS THERE ORAL HEALTH LITERACY ? 1 The family is the primary unit where people are member , and. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*, *23*(1), 76–91. Retrieved from http://www.scielo.org.co/pdf/rfoua/v23n1/v23n1a06.pdf

Martinez, E; Buendia, A. (2018). La agenda oculta The Hidden Agenda. *Actas Dermosifiliogr*, *109*(10), 855–857.

Martínez Abreu, J., Capote Femenias, J., Bermúdez Ferrer, G., & Martínez García, Y. (2014). Determinantes sociales del estado de salud oral en el contexto actual. *MediSur*, *12*(4), 562–569.

Marvel, M. K., Epstein, R. M., Flowers, K., & Beckman, H. B. (1999). Soliciting the patient's agenda: Have we improved? *Journal of the American Medical Association*, *281*(3), 283–287. https://doi.org/10.1001/jama.281.3.283

Mattila, M. L., Rautava, P., Paunio, P., Ojanlatva, A., Hyssälä, L., Helenius, H., & Sillanpää, M. (2001). Caries Experience and Caries Increments at 10 Years of Age. *Caries Research*, *35*(6), 435–441. https://doi.org/10.1159/000047487

Maupome, G., Holcomb, C., & Schrader, S. (2016). Clinician-Patient Small Talk: Comparing Fourth-Year Dental Students and Practicing Dentists in a Standardized Patient Encounter. *Journal of Dental Education*, *80*(11), 1349–1356. https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2016.80.11.tb06220.x

McCombs, M. (2006). *Estableciendo la Agenda: el impacto de los medios en la opinión pública y en el conocimiento* (Ediciones). Barcelona.

McIntyre, L., Officer, S., & Robinson, L. M. (2003). Feeling poor: The felt experience of low-income lone mothers. *Affilia - Journal of Women and Social Work*, *18*(3), 316–331. https://doi.org/10.1177/0886109903254581

McManus, M., White, P., Barbour, A., Downing, B., Hawkins, K., Quion, N., … McAllister, J. W. (2015). Pediatric to adult transition: A quality improvement model for primary care. *Journal of Adolescent Health*, *56*(1), 73–78. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.08.006

McPherson, G., & Thorne, S. (2000). Children's voices: Can we hear them? *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children [Amp] Families*, *15*(1), 22–29. https://doi.org/10.1053/jpdn.2000.0150022

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, *51*(7), 1087–1110. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8

Mead, N., & Bower, P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, *48*(1), 51–61. https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00099-X

Menendez, E. L. (2005). The Medical Model and Worker's Health. *Salud Colectiva*, *1*(1), 9–32. Retrieved from http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652005000100002&script=sci_arttext

Mills, I., Frost, J., Moles, D. R., & Kay, E. (2013). Patient-centred care in general dental. *British Dental Journal*, *215*(2), 81–85. https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2013.684

MINEDUC. (2014). *Nucleos de aprendizaje Autonomía*. Retrieved from https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/201504061709320.Autonomiaweb.pdf

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. (2017). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Primeros resultados. In *Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública*. Retrieved from http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf

Ministerio de Salud. (2010). *Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010*. Retrieved from http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/EvaluacionObjetivosSanitarios2000-2010.pdf

Ministerio de Salud de Chile. (2017a). *AUTOMANEJO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES: UNA TAREA COMPARTIDA ENTRE USUARIOS Y EQUIPO DE SALUD*. Retrieved from https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases%0Ahttp://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/es/%0Ahttp://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/

Ministerio de Salud de Chile. (2017b). *Plan Nacional Salud Bucal 2018-2030 Consulta Pública*. Retrieved from https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-Pública-20_12_2017.pdf

Ministerio de Salud de Chile. (2018). *Orientación técnica administrativa población control con enfoque de riesgo odontológico Programa CERO*. Retrieved from https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/Orientacion-Tecnica-Programa-CERO-2019.pdf

Ministerio de Salud de Chile. (2020). *Orientaciones técnicas administrativas para la ejecucion del programa Sembrando Sonrisas 2020*. Retrieved from https://www.sscoquimbo.cl/gob-cl/procesos/files/21-04-2020/INFORMACION REFERENTE ODONTOLOGICO/OT PRAPS ODONTOLOGICOS 2020/Orientacion Tecnica Programa Sembrando Sonrisas 2020.pdf

Minsal. (2015). *Para la ejecución del programa Sembrando Sonrisas 2015*. 1–18.

MINSAL. (2013). *Garantia Explicita en Salud: Salud oral integral del niños y niñas de 6 años*. Retrieved from file:///C:/Users/Usuario/Desktop/pdf para mendeley/Guia clinica AUGE, Salud oral integral para niños y niñas de 6 años..pdf

MINSAL. (2018). Encuesta nacional de salud 2016-2017 Segunda entrega de resultados. In *Ens 2016-2017*. Retrieved from http://www.ipsuss.cl/ipsuss/site/artic/20171122/asocfile/20171122142253/ens_2016_17_primeros_resultados.pdf

MINSAL, M. de S. de C. (2017). *Plan Nacional de Salud Bucal: 2018 2030*. Retrieved from https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-Pública-20_12_2017.pdf

MINSAL, & Ministerio de Salud. (2010). Análisis de la situación de salud bucal en Chile. *División de Prevención y Control de Enfermedades*, 11. Retrieved from https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Análisis de Situación Salud Bucal final pdf.pdf

Monsalves, M. J. (2012). La odontología que vivimos y no queremos: una crítica al escenario actual. *Revista Chilena de Salud Pública*, *16*(3), 241–246. https://doi.org/10.5354/0717-3652.2012.23130

Montenegro Martínez, G. (2011). Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. *Universitas Odontológica*, *30*(64), 101–108.

Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S., & Vargas, A. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Medica de Chile*, *138*(8), 1047–1054. https://doi.org/10.4067/s0034-98872010000800016

Mora.Escalante, E. (2016). Index de enfermería. In *Index de Enfermería* (Vol. 25). Retrieved from https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Morandé Lavín, J. A. (2015). Mensaje del director. *Estudios Internacionales*, *47*(180). https://doi.org/10.5354/0719-3769.2015.36429

Morgan, A. G., Rodd, H. D., Porritt, J. M., Baker, S. R., Creswell, C., Newton, T., … Marshman, Z. (2017). Children's experiences of dental anxiety. *International Journal of Paediatric Dentistry*, *27*(2), 87–97. https://doi.org/10.1111/ipd.12238

Moscoso-Matus, K. (2016). Exploración de las características del empleo en una muestra de odontólogos que laboraron en Chile el año 2014. *Revista Dental de Chile*, (Abril).

Moussaoui, L. S., Claxton, N., & Desrichard, O. (2021). Fear appeals to promote better health behaviors: an investigation of potential mediators. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, *9*(1), 600–618. https://doi.org/10.1080/21642850.2021.1947290

Muñoz, M., Poo, A. M., Baeza, B., Bustos, L., & Acosta, M. F. (2017). Significado que le otorgan las madres al vínculo afectivo madre-recién nacido durante su hospitalización en el reten patológico del Hospital "Dr. Ángel Larralde" del estado Carabobo. *Universidad y Salud*, *19*(1), 7. Retrieved from https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v86n1/art05.pdf%0Ahttp://www.riuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/4389%0Ahttp://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.82

Naderifar, M., Goli, H., & Ghaljaie, F. (2017). Snowball Sampling: A Purposeful Method of Sampling in Qualitative Research. *Strides in Development of Medical Education*, *14*(3). https://doi.org/10.5812/sdme.67670

Navarro Peña, Y., & Castro Salas, M. (2010). Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*, (19), 1–14. https://doi.org/10.4321/s1695-61412010000200004

Neighbord, G. (2021). *Convención de los Derechos del niño y la niña y sus tres protocolos facultativos*. Santiago de Chile.

Neville, P., & Waylen, A. (2019). Why UK dental education should take a greater interest in the behavioural and social sciences. *British Dental Journal*, *227*(8), 667–670. https://doi.org/10.1038/s41415-019-0809-2

Newton, J. T., & Bower, E. J. (2005). The social determinants of oral health: New approaches to conceptualizing and researching complex causal networks. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *33*(1), 25–34. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00190.x

Nicolau, B., Thomson, W. M., Steele, J. G., & Allison, P. J. (2007). Life-course epidemiology: Concepts and theoretical models and its relevance to chronic oral conditions. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *35*(4), 241–249. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00332.x

Nogueira A., H. (2017). La protección convencional de los Derechos de los Niños y los estándares de la Corte IDH sobre medidas especiales de protección por parte de los Estados Partes respecto de los niños, como fundamento para asegurar constitucionalmente los Derechos de los Ni. *Ius et Praxis*, *23*(2), 415–462. https://doi.org/10.4067/s0718-00122017000200415

Noreña Peña, A., Cibanal Juan, L., & Alcaraz Moreno, N. (2016). La interacción comunicativa en el cuidado de la salud = The communicative interaction in healthcare. *Revista Española De Comunicación En Salud*, *0*(0), 113–129. https://doi.org/10.20318/recs.2016.3412

Nowak, A. J. (2011). Paradigm shift: Infant oral health care - Primary prevention. *Journal of Dentistry*, *39*(SUPPL. 2), S49–S55. https://doi.org/10.1016/j.jdent.2011.11.005

Nutbeam, D. (2019). Health education and health promotion revisited. *Health Education Journal*, *78*(6), 705–709. https://doi.org/10.1177/0017896918770215

O'Reilly M; Dogra N, & Nw, L. (2017). *Interviewing children and young people for research* (first publ; J. Searman, Ed.). London: SAGE Publications Ltd.

Observatorio Niñez y Adolescencia. (2015). *Segundo Informe Observatorio Niñez y Adolescencia*. Retrieved from https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared Documents/CHL/INT_CRC_NGO_CHL_21487_S.pdf

OCDE. (2019). Health at a Glance 2019. In *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos*. Retrieved from https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312

OCDE. (2020). Educación e infancia en el siglo XXI: el bienestar en la era digital. In *Investigación en Educación e Innovación*. https://doi.org/10.2307/j.ctv153k4q4.4

Olvera, S. D., García, L. O., De, J., Hernández, F., Sánchez, R. O., Torres, C. D. L., … López, J. (2010). Prehispanic dental decorates. *Revista Odontológica Mexicana*, *14*(2), 99–106.

OMS. (2012). Determinantes e inequidades en salud. *Organización Panamericana de La Salud*, *Regional*, 12–59. Retrieved from https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en

OMS. (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. In *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?sequence=1

OMS. (2017a). Enfermedades No Transmisibles. *Who*, 1. Retrieved from https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases%0Ahttp://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/es/%0Ahttp://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/

OMS. (2017b). National health inequality monitoring: a step-by-step manual. In *Who*. Retrieved from http://www.who.int/gho/health_equity/manual/en/

Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science and Medicine*, *40*(7), 903–918. https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-M

ONU. (2017). La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. *"Patrimonio": Economía Cultural Y Educación Para La Paz (Mec-Edupaz)*, *1*(11), 1–40.

OPS. (2005). *Política de Igualdad de Género*. Retrieved from http://www.oecd.org/dac/gender-development/POST-2015 Gender Spanish.pdf

OPS. (2006). *El desarrollo de la Salud Bucal en Brasil* (Vol. 13). Retrieved from http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_esp.pdf

Ordoñana Martín, J., Gómez Amor, J., & Galvañ Olivares, F. (2000). El uso del miedo en los mensajes de salud. *Gaceta Sanitaria: Organo Oficial de La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, *14*(3), 45–59.

Organización Panamericana de la Salud. (2011). Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de E nfermedades (MOPECE 6)Control de enfermedades en la población. *Módulo de Principios de Epidemiología Para El Control de Enfermedades (MOPECE 6)*, 8. Retrieved from file:///C:/Users/maril/Documents/MOPECE6.pdf%0D

Orley, J. S. S. (1996). La gente y la salud qué calidad de vida. *Foro Mundial de La Salud*, *17*, 385–387. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ortiz, G., & Cervantes, M. L. (2015). Scientific Training during Elementary Education. *Panorama*, *9*(17), 10–23.

Osorio, L. A. R. (2011). A reflection on research biomedical model. *Salud Uninorte*, *27*(2), 289–297.

Palomer Roggerone, L. (2016). Inequidades en salud bucal: Factores que determinan su realidad en Chile. *Acta Bioethica*, *22*(2), 315–319. https://doi.org/10.4067/s1726-569x2016000200018

Pandey, A., Hale, D., Das, S., Goddings, A. L., Blakemore, S. J., & Viner, R. M. (2018). Effectiveness of universal self-regulation-based interventions in children and adolescents a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, *172*(6), 566–575. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.0232

Pandiyan, N. J., & Hedge, A. (2017). Child behaviour in the dental clinic: Parent's perception regarding various influencing factors. *Pesquisa Brasileira Em Odontopediatria e Clinica Integrada*, *17*(1). https://doi.org/10.4034/PBOCI.2017.171.21

Papadopoulos, I., & Ali, S. (2016). Measuring compassion in nurses and other healthcare professionals: An integrative review. *Nurse Education in Practice*, *16*(1), 133–139. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.08.001

Paredes, M; Monteiro, L. (2019). *Desde la niñez a la vejez: nuevos desafíos para la comprensión de la sociología de las edades*. Retrieved from http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20190813010626/Desde_la_ninez_a_la_vejez.pdf

Payares González, C. (1997). Revista cubana de estomatología. In *Revista Cubana de Estomatología* (Vol. 34). Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75071997000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Peredo Videa, R. (2009). Los miedos infantiles y su relación con la manifestación de indicadores de depresión y ansiedad en niños de edad escolar. *Revista De Investigación Psicológica*, 27–49.

Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., … Watt, R. G. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*, *394*(10194), 249–260. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8

Pérez, M; Alvarado, C. (2015). lLs estilos parentales su relacion en la nogociacion y el conflicto entre padres y adolescentes. *Acta de Investigación Psicológica*, *5*(2), 1973–1983. https://doi.org/10.1145/3132847.3132886

Petersen, P. E. (1992). Oral health behavior of 6-year-old danish children. *Acta Odontologica Scandinavica*, *50*(1), 57–64. https://doi.org/10.3109/00016359209012747

Petersen, P. E. (2003). *The World Oral Health Report 2003 WHO Global Oral Health Programme*. Retrieved from https://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf

Petersen, P. E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, *83*(9), 661–669. https://doi.org//S0042-96862005000900011

Ph, D., Hannigan, A., & Sc, B. (n.d.). *Effect of Community-Based Clinical Teaching*. *74*(5), 510–516.

Philip, N., Suneja, B., & Walsh, L. J. (2018). Ecological Approaches to Dental Caries Prevention: Paradigm Shift or Shibboleth? *Caries Research*, *52*(1–2), 153–165. https://doi.org/10.1159/000484985

Pinho, C. B. de, Dias, H. S. A., Carvalho, A. C. R., & Barros, S. G. de. (2008). Representação social da Odontologia: a contribuição da produção cinematográfica para perpetuação de um estereótipo negativo. *Revista de Odontologia Da UNESP*, *37*(3), 275–281.

Piovani, J. I. (2011). La escuela de Chicago y los enfoques cualitativos: términos y conceptos metodológicos. *Papers. Revista de Sociologia*, *96*(1), 245. https://doi.org/10.5565/rev/papers/v96n1.153

Pitts, N. B. (2004). Are we ready to move from operative to non-operative/preventive treatment of dental caries in clinical practice? *Caries Research*, *38*(3), 294–304. https://doi.org/10.1159/000077769

Pitts, Nigel B, Twetman, S., Fisher, J., & Marsh, P. D. (2021). *Understanding dental caries as a non-communicable disease*. *231*(12), 749–753.

Portela León, F. J. (2013). Caracterización de los aspectos bioéticos en los reclamos realizados ante la Superintendencia de Salud de Chile en el área de odontología. *Acta Bioethica*, *19*(1), 143–152. https://doi.org/10.4067/s1726-569x2013000100016

Probst, M. A., Kanzaria, H. K., & Schoenfeld, E. M. (2017). *Shared Decisionmaking in the Emergency Department Guiding Framework for Clinicians*. *70*(5), 688–695. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.03.063.Shared

Public, T. U. S., Service, H., Health, O., & Committee, C. (2016). *U.S. Department of Health and Human Services Oral Health Strategic Framework, 2014–2017* (Vol. 131). Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4765973/pdf/phr131000242.pdf

Quadrelli, A., Cardoso, M. H. C. de A., & Castiel, L. D. (2014). Sobre el carácter indiciario del método clínico: una mirada antropológica a partir de un relato de caso publicado. *Salud Colectiva*, *10*(2), 157. https://doi.org/10.18294/sc.2014.219

Quaye, A. A., Coyne, I., Söderbäck, M., & Hallström, I. K. (2019). Children's active participation in decision-making processes during hospitalisation: An observational study. *Journal of Clinical Nursing*, *28*(23–24), 4525–4537. https://doi.org/10.1111/jocn.15042

Rackstraw, S. J., & Robinson, W. P. (1967). Social and psychological factors related to variability of answering behaviour in five-year-old children. *Language and Speech*, *10*(2), 88–106. https://doi.org/10.1177/002383096701000203

Ramírez-Vizcaya, S., & Froese, T. (2019). The enactive approach to habits: New concepts for the cognitive science of bad habits and addiction. *Frontiers in Psychology*, *10*(FEB). https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00301

Ramírez, M. A. (2005). PADRES Y DESARROLLO DE LOS HIJOS: PRACTICAS DE CRIANZA. *Estudios Pedagógicos (Valdivia)*, *31*(2), 167–177. https://doi.org/10.4067/S0718-07052005000200011

Ramos-Gomez, F. J., Crystal, Y. O., Domejean, S., & Featherstone, J. D. B. (2012). Minimal intervention dentistry: Part 3. Paediatric dental care - Prevention and management protocols using caries risk assessment for infants and young children. *British Dental Journal*, *213*(10), 501–508. https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2012.1040

Ramos-Gomez, Francisco J., Silva, D. R. P., Law, C. S., Pizzitola, R. L., John, B., & Crall, J. J. (2014). Creating a New Generation of Pediatric Dentists: A Paradigm Shift in Training. *Journal of Dental Education*, *78*(12), 1593–1603. https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2014.78.12.tb05837.x

Ramos-Jorge, M. L., Marques, L. S., Pavia, S. M., Serra-Negra, J. M., & Pordeus, I. A. (2006). Predictive factors for child behaviour in the dental environment. *European Archives of Paediatric Dentistry : Official Journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*, *7*(4), 253–257. https://doi.org/10.1007/BF03262561

Restrepo, H;Malaga, H. (2001). *Promoción de la Salud Cómo construir* (Editorial). Bogotá.

Reyes, B. (2002). Reseñeñas bibliograficas. *Actualidades En Psicología*, *70*(mayo), 215–219. Retrieved from https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/12626/40-160-1-PB.pdf?sequence=1

Riess, H., & Kraft-Todd, G. (2014). E.M.P.A.T.H.Y.: A tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. *Academic Medicine*, *89*(8), 1108–1112. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000287

Ríos, E. M., Ronda Herrera, R., & Rojas, A. G. (2014). Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento. *Avances En Odontoestomatologia*, *30*(1), 39–46. https://doi.org/10.4321/S0213-12852014000100005

Rivera, E. O. (2006). La Rscuela Pública como Representación Simbólica. Una Lectura Interpretativa desde el Interaccionismo Smbólico. *Revista Electrónica Diálogos Educativos*, *6*(11), 81–114.

Rivera, S., Villouta, M. F., & Grez, I. (2008). *En Problemas Prevalentes De La Atención Primaria ?*

Rizo, M. (2011). Erving Goffman y sus aportes a la comunicación interpersonal. *Quórum Académico*, *8*(Enero-junio), 78–94. Retrieved from http://www.redalyc.org:9081/articulo.oa?id=199018964005

Robles, A. C. C., Grosseman, S., & Bosco, V. L. (2008). Satisfação com o atendimento odontológico: Estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. *Ciencia e Saude Coletiva*, *13*(1), 43–49. https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100009

Rodríguez, A. M., Rodríguez, E. M., & Lourido, B. P. (2008). Estrategias de intervención en promoción de la salud. *Fisioterapia*, *30*(5), 238–243. https://doi.org/10.1016/j.ft.2008.09.005

Rodríguez, S., Cárdenas, M., Pacheco, A. L., Ramírez, M., Ferro, N., & Alvarado, E. (2017). Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. *Enfermería Universitaria*, *14*(3), 191–198. https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.004

Rodriguez Sanz, J., Álvarez-Ude Cotera, F., & Cirera, J. M. (2014). Entrevista motivacional (parte II). *FMC Formacion Medica Continuada En Atencion Primaria*, *21*(S4), 18. https://doi.org/10.1016/s1134-2072(14)70817-5

Rojas, G. M. C. (2004). *La interacción paciente-dentista , a partir del significado psicológico de la boca*.

Rolim, G. S., Moraes, A. B. A. de, César, J., & Costa Junior, Á. L. (2004). Análise de comportamentos do odontólogo no contexto de atendimento infantil. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *9*(3), 533–541. https://doi.org/10.1590/s1413-294x2004000300016

Romero, V. (2008). Vigencia y relevancia de la Atención Primaria de Salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, *7*(14), 7–10.

Rozier, R. G., Horowitz, A. M., & Podschun, G. (2011). Dentist-patient communication techniques used in the United States: The results of a national survey. *Journal of the American Dental Association*, *142*(5), 518–530. https://doi.org/10.14219/jada.archive.2011.0222

Ruiz-Junco, N. (2017). Advancing the Sociology of Empathy: A Proposal. *Symbolic Interaction*, *40*(3), 414–435. https://doi.org/10.1002/symb.306

Ruiz, A. (2013). *Comunidad, sociedad e individuo en la obra de Erving Goffman*. 0–22. Retrieved from https://www.aacademica.org/000-076/245

Ruiz, B., Urzúa, I., Cabello, R., Rodríguez, G., & Espelid, I. (2013). Validation of the Spanish version of the "Questionnaire on the treatment of approximal and occlusal caries." *Clinical Oral Investigations*, *17*(1), 29–35. https://doi.org/10.1007/s00784-012-0678-4

Ruiz Moral, R., & Álvarez Montero, S. (2017). Clinical communication-clinical ethics interface: Implications for medical education. *Educacion Medica*, *18*(2), 125–135. https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.12.009

Runeson, Ingrid; Hallstrom, I, Gunnel E, Hermmeren, G. (2002). *Children's participation in the decision-making process during hospitalization: an observational study*. *9*(6), 101–109.

Sadaba, M. T. (2001). Orrigen aplicacion y limites de la teoria del encuadre en comunicacion. *Comunicación y Sociedad*, *XIV*(2), 143–175. Retrieved from https://revistas.unav.edu/index.php/communication-and-society/article/view/36373/30956

Saenz, R; Vargas, A. C. R. (2018). La consejería de enfermería un sistema de apoyo invaluable en los pacientes oncológicos. *Universidad y Sociedad*, *10*(1), 232–238. Retrieved from http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v10n1/2218-3620-rus-10-01-232.pdf

Salgado, S., Scougall, R., Rodríguez, L., Velázquez, U., & Bermeo, J. (2016). Efecto de un cepillo dental eléctrico con pastas dentales blanqueadoras sobre la superficie del esmalte. Estudio in vitro Effect of an electric toothbrush and bleaching tooth pastes on dental enamel. In vitro study. *Superficies y Vacío*, *29*(4), 116–119. Retrieved from https://www.redalyc.org/pdf/942/94251123003.pdf

Sánchez Bursón, J. M. (2008). La infancia en la Sociedad del Conocimiento. *Revista CTS*, *4*, 23–43.

Santiago, S. (1978). *Manual de Semiologia* (2nd ed.). Retrieved from http://www.drsantiagosoto.cl/pdfdir/Manual_de_Semiologia.pdf

Scambler, S., & Asimakopoulou, K. (2014). A model of patient-centred care-turning good care into patient-centred care. *British Dental Journal*, *217*(5), 225–228. https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2014.755

Scambler, S., Delgado, M., & Asimakopoulou, K. (2016). Defining patient-centred care in dentistry? A systematic review of the dental literature. *British Dental Journal*, *221*(8), 477–484. https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2016.777

Schunk, D. H., & Zimmerman, B. J. (2007). Influencing children's self-Efficacy and self-regulation of reading and writing through modeling. *Reading and Writing Quarterly*, *23*(1), 7–25. https://doi.org/10.1080/10573560600837578

Selwitz, R. H., Ismail, A. I., & Pitts, N. B. (2007). Dental caries. *Lancet*, *369*(9555), 51–59. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60031-2

Sheiham, A. (2005). Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*, *83*(9), 644. https://doi.org//S0042-96862005000900004

Siegel, D; Payne, T. (2011). *El cerebro del niño* (1ª). Madrid, España: Alba Editorial.

Siegel, D; Payne, T. (2015). *Disciplina sin lágrimas* (primera ed). Barcelona: Ediciones B.S.A.

Smith, R. C., & Hoppe, R. B. (1991). The patient's story: Integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing. *Annals of Internal Medicine*, *115*(6), 470–477. https://doi.org/10.7326/0003-4819-115-6-470

Sommer, J., Lanier, C., Perron, N. J., Nendaz, M., Clavet, D., & Audétat, M. C. (2016). A teaching skills assessment tool inspired by the Calgary-Cambridge model and the patient-centered approach. *Patient Education and Counseling*, *99*(4), 600–609. https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.024

Sondell, K., & Söderfeldt, B. (1997). Dentist-patient communication: A review of relevant models. *Acta Odontologica Scandinavica*, *55*(2), 116–126. https://doi.org/10.3109/00016359709115403

Soussou, R., Aleksejūnienė, J., & Harrison, R. (2017). Waiting room time: An opportunity for parental oral health education. *Canadian Journal of Public Health*, *108*(3), e251–e256. https://doi.org/10.17269/CJPH.108.5984

Spyropoulos, M. N. (2017). Communication between doctor and patient in contemporary times. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, *151*(4), 629–632. https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2017.01.004

Stewart, M. B. J. (2003). Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Second edition. In *Radcliffe Medical Press* (Blackwell). https://doi.org/10.5334/ijic.116

Stiggelbout, A. M., Van Der Weijden, T., De Wit, M. P. T., Frosch, D., Légaré, F., Montori, V. M., … Elwyn, G. (2012). Shared decision making: Really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ (Online)*, *344*(7842), 1–6. https://doi.org/10.1136/bmj.e256

Stryker, S. (2008). From Mead to a structural symbolic interactionism and beyond. *Annual Review of Sociology*, *34*, 15–31. https://doi.org/10.1146/annurev.soc.34.040507.134649

Suarez Cuba, M. Á. (2012). Medicina centrada en el pte. *Rev Med La Paz*, (1976). Retrieved from http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000100011

Suchman, A. L. (2005). The current state of the biopsychosocial approach. *Families, Systems and Health*, *23*(4), 450–452. https://doi.org/10.1037/1091-7527.23.4.450

Szasz, T; Hollender, M. (1955). A Contribution to the Philosophy of Medicine. *Archives of Internal Medicine*, 585–592. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13312700/

Taboada, P. (2010). *fundamento de la bioética PERSONA COMO*. *2*(2008). Retrieved from https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/1552/1/respeto-persona-dignidad-fundamento-bioetica.pdf

Tan, E., & Daly, C. (2002). Comparison of new and 3-month-old toothbrushes in plaque removal. *Journal of Clinical Periodontology*, *29*(7), 645–650. https://doi.org/10.1034/j.1600-051X.2002.290709.x

Tates, K., Elbers, E., Meeuwesen, L., & Bensing, J. (2002). Doctor-parent-child relationships: A “pas de trois.” *Patient Education and Counseling*, *48*(1), 5–14. https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00093-9

Tellez A, Zamorano P, Barros J, Celhay P, Sapag J, P. F. (2019). *Propuesta para la Escalabilidad de un Nuevo Modelo de Atención Centrado en las Personas y Estratificado por Riesgo para las Personas con Enfermedades Crónicas en Chile*. Retrieved from http://docplayer.es/191563468-Capitulo-iii-propuestas-para-chile-concurso-politicas-publicas-uc.html

Tellez, Á. (2006). Atención primaria : factor clave en la reforma al sistema de salud. *Temas de Agenda Pública U.C.*, *2*, 1–12. Retrieved from http://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/atencion-primaria-factor-clave-en-la-reforma-al-sistema-de-salud.pdf

Thompson, T. L., & Parrott, R. (2002). Interpersonal communication and health care. *Handbook of Interpersonal Communication*, 680–725.

Tomasini, M. E. (2010). An old thinker to resignify a psychosocial category: George mead and socialization. *Athenea Digital*, (17), 137–156. https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v0n17.668

Torres-Quintana, M. A., & Romo O, F. (2006). Bioética Y Ejercicio Profesional De La Odontología. *Acta Bioethica*, *12*(1), 65–74. https://doi.org/10.4067/S1726-569X2006000100010

Torres A., A., & Sanhueza A., O. (2006). Modelo estructural de enfermeria de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. *Ciencia y Enfermeria*, *12*(1), 9–17. https://doi.org/10.4067/s0717-95532006000100002

Trejo Martínez, F. (2012). Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Revista de Enfermería Neurológica*, *11*(1), 34–38. https://doi.org/10.37976/enfermeria.v11i1.120

Tuleski, C., & Silva, R. (2014). La actividad infantil y el desarrollo emocional en la infancia. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, *16*(2), 9–30.

U.S. Departement of Health and Human Services. (2000). *Department of Health and Human Services National Institute of Dental*. 332. Retrieved from hck1ocv.@www.surgeon.fullrpt.pdf

UNESCO. (2015). Educación 2030. Declaración de Incheon. Hacia una educación inclusiva, equitativa y de calidad y un aprendizaje a lo largo de la vida para todos. In *Declaración de Incheon*. Retrieved from https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245656_spa

UNICEF. (2009). Estado Mundial de la Infancia. In *2008* (1st ed.). Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

UNICEF. (2015). *Convención sobre los Derechos del Niño. Estados Unidos: ONU; 2015.* 55. Retrieved from www.unicef.es

UNICEF. (2017). *Agenda de infancia 2018 - 2021*. Retrieved from http://unicef.cl/web/wp-content/uploads/2017/01/Agenda-Infancia-2018-2012-WEB.pdf

Unicef, Unesco, & Junji. (2010). *Resultados preliminares: Encuesta Nacional de Primera Infancia, ENPI 2010*. 73. Retrieved from http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/07/Informe-Final-Preliminar-Primera-ENCUESTA-NACIONAL-DE-PRIMERA-INFANCIA.pdf

Uribe, T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, Vol. 17, pp. 109–118. Retrieved from file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-ElAutocuidadoYSuPapelEnLaPromocionDeLaSalud-5331981.pdf

Uslu, O., Akcam, M. O., Evirgen, S., & Cebeci, I. (2009). Prevalence of dental anomalies in various malocclusions. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, *135*(3), 328–335. https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2007.03.030

Van der Cingel, M. (2014). Compassion: The missing link in quality of care. *Nurse Education Today*, *34*(9), 1253–1257. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.04.003

Vargas, I. (2013). *Enfermedades Crónicas no transmisibles: Una propuesta de intervención en Atención Primaria*. Retrieved from http://minsal.uvirtual.cl/documentos/archivo/irma_vargas.pdf

Villalón, M. (2008). *Alfabetización Inicial* (V. Bedregal, P, Figueroa, Ed.). Retrieved from https://www.jstor.org/stable/j.ctt15hvt5r?turn_away=true

Vogel T; Wanke, M. (2016). Attitudes and Attitude Change. In Tylor and Francis Group (Ed.), *Routledge* (2nd ed.). https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011911

Wagner, E. H., Austin, B. T., Korff, M. Von, Wagner, E. H., & Austin, B. T. (1996). Organizing Care for Patients with Chronic Illness Published by : Wiley on behalf of Milbank Memorial Fund Stable URL : http://www.jstor.org/stable/3350391 Linked references are available on JSTOR for this article : 3 . Organizing Care for Patients with Ch. *The Milbank Quarterly*, *74*(4), 511–544.

Wang, M. C., Vinall-Collier, K., Csikar, J., & Douglas, G. (2017). A qualitative study of patients' views of techniques to reduce dental anxiety. *Journal of Dentistry*, *66*(201), 45–51. https://doi.org/10.1016/j.jdent.2017.08.012

Watt, R. G. (2012). Social determinants of oral health inequalities: implications for action. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *40 Suppl 2*, 44–48. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2012.00719.x

Watt, R. G., Harnett, R., Daly, B., Fuller, S. S., Kay, E., Morgan, A., … Treasure, E. T. (2006). Evaluating oral health promotion: Need for quality outcome measures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *34*(1), 11–17. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2006.00257.x

Weinstein, P. (2008). Child-Centred child management in a changing world. *European Archives of Paediatric Dentistry*, (9).

Whitney, E. M. W. J. (2015). *Graduating dental students views of competency statements importance confidence and time trends from 2008 to 2012.pdf*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/273060378_Graduating_dental_students'_views_of_competency_statements_importance_confidence_and_time_trends_from_2008_to_2012

WHO. (1998). *Promoción de la Salud Glosario*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1

WHO. (2009). Subsanar las desigualdades de una generación. In *Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Wilkinson, A., & Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *46*(8), 1143–1147. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.12.011

Wilson, J., & Gramling, L. (2009). The application of Orem's self-care model to burn care. *Journal of Burn Care and Research*, *30*(5), 852–858. https://doi.org/10.1097/BCR.0b013e3181b48a2d

Wong, A., Subar, P. E., & Young, D. A. (2017). Dental Caries: An Update on Dental Trends and Therapy. *Advances in Pediatrics*, *64*(1), 307–330. https://doi.org/10.1016/j.yapd.2017.03.011

Wong, H. M., Bridges, S. M., McGrath, C. P., Yiu, C. K. Y., Zayts, O. A., & Au, T. K. F. (2017). Impact of prominent themes in clinician-patient conversations on caregiver's perceived quality of communication with paediatric dental visits. *PLoS ONE*, *12*(1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169059

World, F., & Federation, D. (2015). *Fdi Oral Health World Wide*.

World Health Organisation. (2008). *Closing the gap in a generation (Executive Summary)*. 1–40. https://doi.org/10.1016/j.respe.2009.04.006

World Health Organization, W. (2019). Ending childhood dental caries. In *Isbn 978-92-4-151570-2*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330643/9789240000056-eng.pdf

Yoshida, T., Milgrom, P., & Coldwell, S. (2002). How Do U.S. and Canadian Dental Schools Teach Interpersonal Communication Skills? *Journal of Dental Education*, *66*(11), 1281–1288. https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2002.66.11.tb03602.x

Young, D. A., Nový, B. B., Zeller, G. G., Hale, R., Hart, T. C., Truelove, E. L., … Tran, C. (2015). The american dental association caries classification system for clinical practice: A report of the american dental association council on scientific affairs. *Journal of the American Dental Association*, *146*(2), 79–86. https://doi.org/10.1016/j.adaj.2014.11.018

Yuvaraj, S., & Jeevanandan, G. (2020). Evaluation of children's perception of behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Drug Invention Today*, *13*(1), 102–106. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=141552667&site=eds-live

Yuwannisa, M., Runkat, J., & Indriyanti, R. (2013). Dental anxiety level of children patient during dental treatment using CFSS-DS questionnaire. *Padjadjaran Journal of Dentistry*, *25*(1), 1–9. https://doi.org/10.24198/pjd.vol25no1.15571

Zapata-Dávalos, M., & Anchelia-Ramírez, S. (2017). Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años TT - Oral habits and its relation to dental malocclusions in children from 6 to 12 years old. *Kiru*, *11*(1), 16–24. Retrieved from http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2014/kiru_v11/Kiru_v.11_Art.3.pdf

Zeng, W. G., Lin, H. Q., Zhang, J. X., & Siu, G. G. (1990). Studies of domain wall motion. I. Internal friction under magnetization. *Journal of Physics: Condensed Matter*, *2*(48), 9531–9539. https://doi.org/10.1088/0953-8984/2/48/007

Zhao, J., Gao, S., Wang, J., Liu, X., & Hao, Y. (2016). Differentiation between two healthcare concepts: Person-centered and patient-centered care. *International Journal of Nursing Sciences*, *3*(4), 398–402. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.08.009

ANEXOS

ANEXO 1

PAUTA DE ENTREVISTA PARA NIÑO

CREANDO HOSPITALIDAD Y VÍNCULO
Hola, quería empezar con unas fotos tuyas, que tu mamá me compartió para poder conocerte mejor
Bueno, yo también me quiero presentar y por esto traje algunas fotos de mi vida para que me puedas conocer: mi familia, mi labor como dentista, mi labor como profesora, mis vacaciones, mis hobbies
Cuéntame, ¿cómo ha sido volver al colegio después del año pasado? ¿Estás yendo o aún asistes por el zoom? (estas preguntas cambiaban de acuerdo con la situación de la pandemia)
¿Extrañas las clases en tu colegio?
¿Y qué es el COVID? ¿Cómo hay que protegerse? ¿Te asusta contagiarte? ¿por qué?
¿Y cómo lo has hecho con tus amigos? ¿Te has podido ver con alguno? ¿Cómo se llaman? Qué les gusta jugar
Quería invitarte a jugar usando la imaginación. Juguemos que te invito a almorzar la comida que a ti más te guste. Qué te gustaría que te preparara. ¿Y de ensalada? ¿Y para tomar? ¿Y de postre? (indagar otras frutas, verduras, comida rica en azúcar)
Y de Navidad, ¿qué te llegó de regalo que te haya gustado mucho?
¿Y cómo estuvieron las vacaciones? ¿Qué hiciste?
¿Y cuándo puedes te gusta jugar en el celular? ¿Computador? ¿Qué ves en la tele?
¿Ahora quería preguntarte sobre algunos hábitos que tenemos, por ejemplo, en la mañana, quien decide lo que te vas a poner? ¿Y puedes llegar a algún acuerdo con tu mamá? ¿Y para la colación al colegio, quien lo decide? ¿Qué ensalada quieres comer? ¿A qué horas te vas a ir acostar?
¿Y qué has soñado estudiar cuando seas grande? ¿Qué te gustaría ser?
¿Y en general qué te parece ir al médico? ¿Has estado hospitalizado alguna vez?
COMO ES UNA ATENCIÓN ODONTOLOGICA
Cuando piensas en ir al dentista, ¿cuál de estas caritas representa como te sientes? Por qué, dame un ejemplo de lo que me estás contando
Ahora quería saber algunas cosas puntuales sobre tu visita al dentista:

¿Tu participas de la decisión para pedir la hora al dentista? ¿Qué día o qué hora es mejor? ¿Cuándo vas, el dentista te pregunta por qué fuiste a verlo? ¿O se lo pregunta a quien te acompaña? ¿Alguna vez has opinado para decidir junto a tu dentista sobre el tratamiento que debieras hacer para cuidar tu boca?
AGENDA SETTING
¿qué cosas piensas cuando vas a la consulta de tu dentista? ¿Qué crees que tu mamá o padres piensan cuando te llevan? Y el dentista, ¿qué crees que está pensando cuando vas?
AUTOCUIDADO
¿Qué crees tu que es cuidarse bien la boca?
¿Y como crees tu que te la cuidas?
¿Y tus papás qué hacen para ayudarte en este cuidado?
¿Y el dentista en qué te podría ayudar?
LITERACIDAD
Crees que tu dentista habla de una forma que entiendes lo que te dice, ¿te explica qué está haciendo mientras te atiende?
¿Hay alguna forma concreta que el use para que puedas comprender lo que explica? ¿Crees que ayuda?
¿Usas internet para aprender más sobre el cuidado de la salud de tu boca? O encuentras que ahí más bien hay cosas que no te ayudan
PUESTA EN ESCENA
Descríbame la consulta de tu dentista
¿Hay algo que cambiarías?
¿Te voy a mostrar algunas cosas que usamos los dentistas, quiero que me digas si sabes para qué sirven?
RELACION
¿Cuénteme cómo te llevas con tu dentista?
¿Hay algo en especial que el dentista haga que te haga feliz o triste? ¿Por qué?
FRAMING CULTURAL
¿Cómo crees que los niños ven al dentista?
Qué te gustaría decirles a los dentistas que atienden a los niños como tu

ANEXO 2

PAUTA DE ENTREVISTA A PADRES O CUIDADORES DEL NIÑO

PREGUNTA PRINCIPAL
Descríbame como es una atención clínica de su hijo con el dentista
Quería preguntarle sobre algunas cosas concretas que suelen ser parte de una sesión clínica del dentista: ¿Quién define el motivo de la consulta al dentista? ¿Qué se hace si su hijo no desea que el dentista realice algún procedimiento durante la atención clínica? ¿Quién define el plan de tratamiento de su hijo?
¿Cuáles son sus principales preocupaciones cuando su hijo va al dentista?
¿Cuáles crees que son las preocupaciones del dentista cuando atendió a tu hijo?
¿Cuáles cree que son las principales preocupaciones del dentista cuando atiende a su hijo?
¿qué es para ti el autocuidado de la salud?
¿Qué es para usted el autocuidado de la salud oral de su hijo?
¿Hay otra área del autocuidado o de actividades que requieren autonomía del hijo que te cueste o sea igual que el cuidado de la salud oral? ¿Cuáles? ¿Por qué crees que hay esa diferencia? Donde está la fortaleza ¿
¿Cuál es su rol en el autocuidado de la salud oral de su hijo?
¿Qué rol tiene su hijo en el autocuidado de su boca?
¿Qué rol tiene el dentista para que su hijo tenga un adecuado autocuidado de su boca?
¿El odontólogo usó un lenguaje adecuado en sus explicaciones sobre los procedimientos que se pueden o deben hacer, o en las acciones a seguir para cuidar la salud oral?
Y una vez dada el alta, ¿qué pasó cuando terminó el plan con las acciones clínicas? ¿qué acuerdos se hicieron hasta el próximo control?
Ud. crees que a le ayudaría a Ud. o a su hijo, recibir información desde otras fuentes, como internet, interactivo, algo digital?
¿Qué aspectos ambientales de la consulta del dentista de su hijo le parece que influyen en la experiencia que él tiene de ir al dentista? ¿De qué forma influye?
¿Cómo encuentra que las personas se cuidan su salud oral? ¿Por qué?

¿Cuáles son para Ud., los elementos relevantes para que la relación del dentista con tu hijo sea buena?
¿Hay algo que sugeriría para que esta relación fuese mejor?
¿Qué es para Ud., una comunicación eficiente entre dentista y su paciente como tu hijo?
¿Cómo crees que se percibe al dentista en la sociedad?

ANEXO 3

PAUTA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD DENTISTAS

Descríbame cómo se realiza una sesión clínica donde atiendas a un niño entre 6 a 8 años
¿Hay algún elemento que tengas como referencia para evaluar que la sesión clínica con el paciente transcurrió positivamente?
Te quería preguntar algunos aspectos específicos de la sesión para que me puedas contar más al respecto: ¿quién te indica el motivo de consulta? ¿Qué haces si el paciente no concuerda con una acción clínica que consideras que se debe realizar? ¿Cómo defines el plan de tratamiento del paciente?
¿Cuáles son tus preocupaciones cuando atiendes a un niño de 6 a 8 años?
¿Cuáles crees que son las preocupaciones que traen los niños?
¿Cuáles crees que son las preocupaciones de los padres cuando van a tu consulta?
¿Qué es el autocuidado de la salud oral para ti?
¿Cómo evalúas el autocuidado de la salud oral en Chile? ¿Por qué?
¿Cómo le parece la coordinación en el enfoque, en la forma de comprender la atención del niño entre nivel primario y secundario en Chile (diálogo entre dentistas de APS y de centros de referencia)
¿Cuál es tu rol en el autocuidado en el contexto de la atención clínica de un niño entre 6 a 8 años?
¿Cuál es el rol que le asignas al niño en el autocuidado de su salud oral?
¿Y el de los padres?
¿Qué aspectos crees que son cruciales para fortalecer el autocuidado del niño?
¿Cómo defines los temas que debieran ser abordados para el cuidado de la salud oral?
¿Cómo entregas normalmente la información que consideras relevante de dar? ¿Hacia quien está dirigida esta información? ¿Por qué?
¿De qué forma chequeas que esa información fue comprendida?
Hay algún medio que uses o que consideres que es eficiente para entregar esta información, como internet, ¿o material impreso? ¿Por qué?

Quería que me describas tu consulta físicamente. ¿Crees que ese entorno influye de alguna forma tu interacción con el niño mientras lo atiendes? ¿Por qué?
¿Cuáles son para ti, los elementos relevantes para que tu relación con tu paciente de 6 a 8 años la evalúes como adecuada, o buena?
¿Cómo definirías comunicación eficiente?
¿Has recibido alguna capacitación durante la formación odontológica en el área de la comunicación? ¿Como fue?, ¿Dónde? etc..
¿Cuáles debieran ser los pilares de una relación dentista niño que consideres adecuada?
¿Cómo crees que el niño percibe a los dentistas que los atienden?
¿Por qué te dedicas tu a atender niños?
¿Cómo describirías un niño de 6 a 8 años? ¿Alguna de estas frases te identifica?

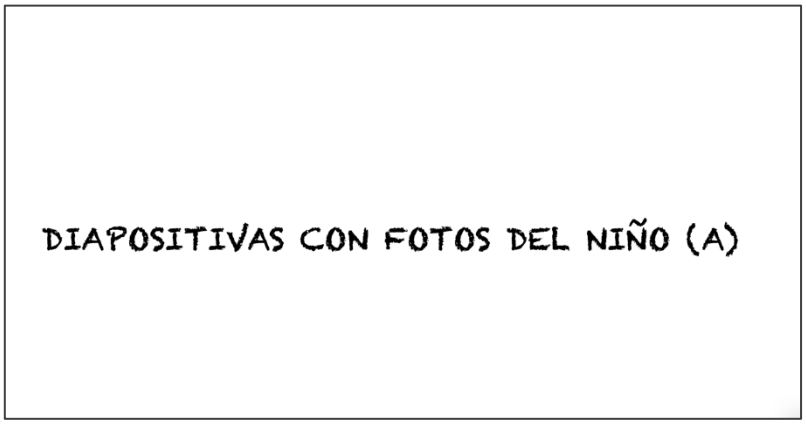
1. El niño es un inocente y necesita protección
2. El niño es criminal y necesita control
3. El niño es ignorante y requiere educación
4. El niño presenta inhabilidades y víctima, rechazado por la sociedad
5. El niño está desprovisto o en desventaja y requiere recursos
6. El niño es alguien ingenioso
7. El niño está excluido y requiere oportunidades especiales

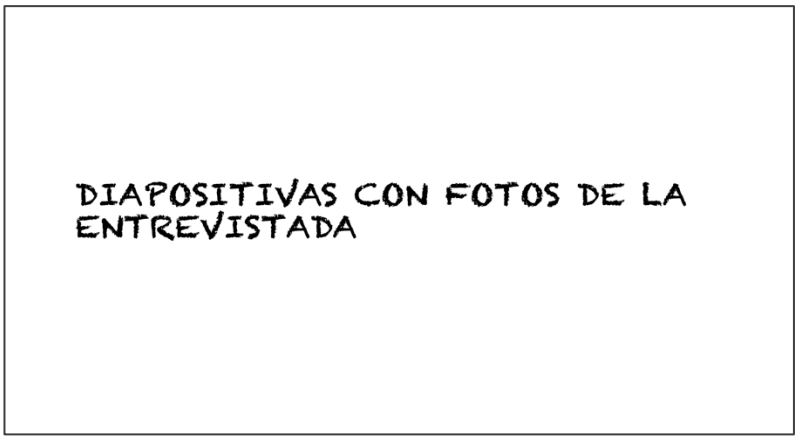
ANEXO 4

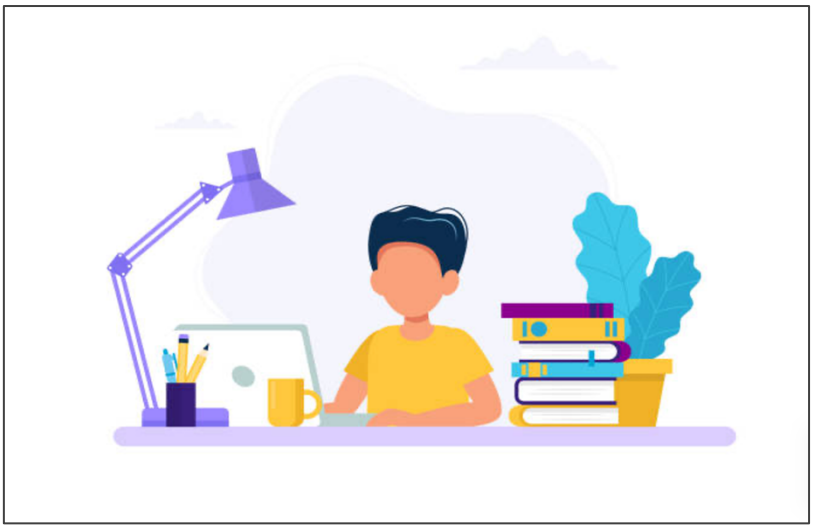
PRESENTACIÓN POWER POINT PARA ENTREVISTA DE LOS NIÑOS

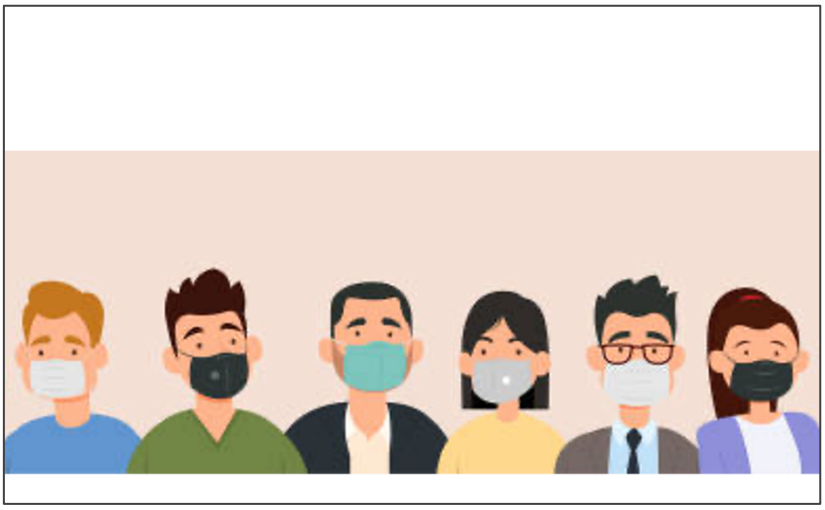
(estas diapositivas son de una entrevista de niño, las de niñas contaban con imágenes correspondientes a su género)

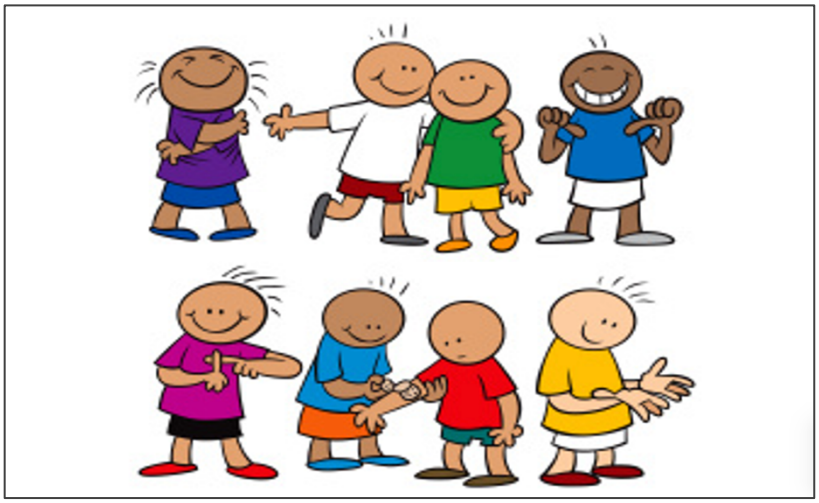






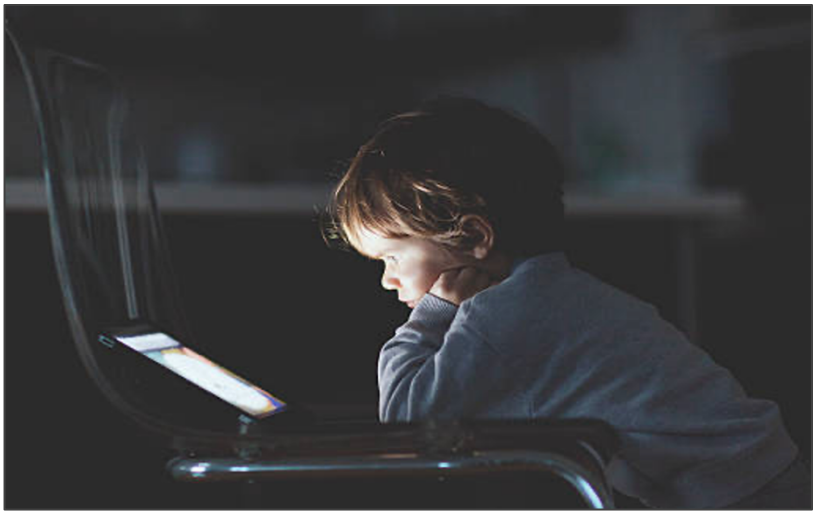






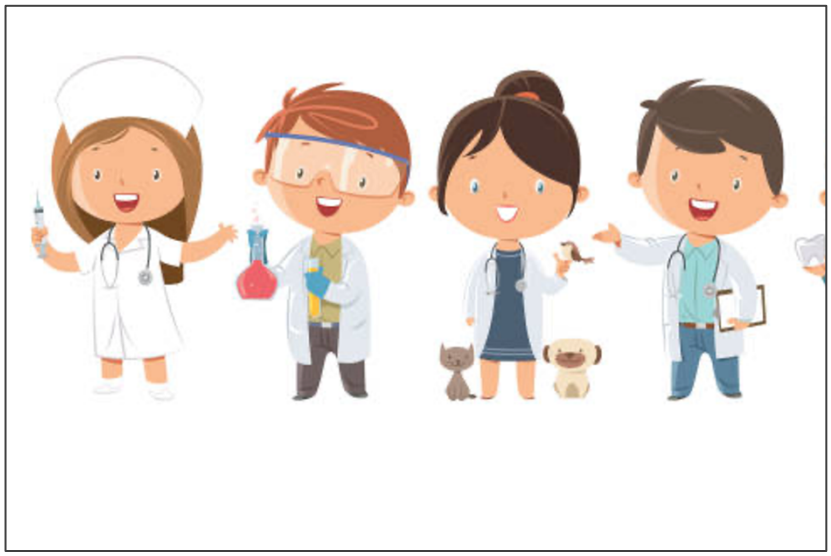













AGENDAS

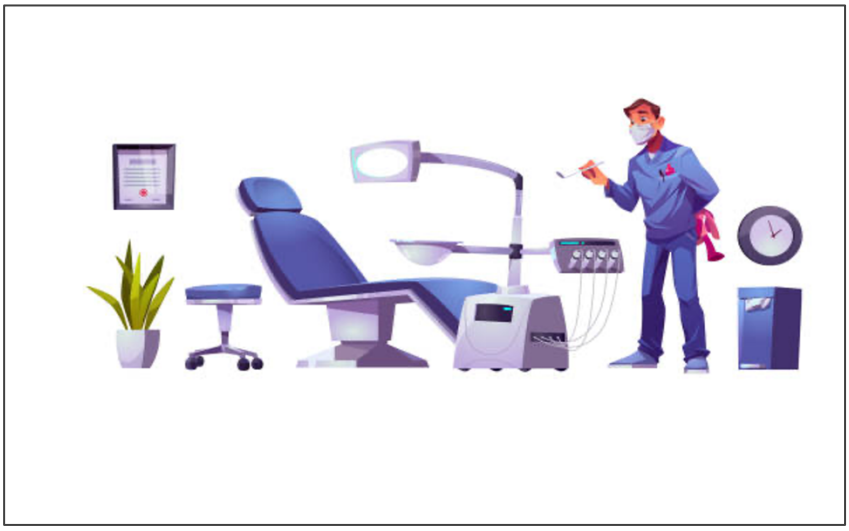





AUTOCUIDADO










Duraphat
Colgate
Duraphat
BARNIZ CON 5% DE FLUORURO DE SODIO





PUESTA EN ESCENA




RELACION


Framing dentista


¡MUCHAS GRACIAS!