



**RELACIÓN ENTRE CARIES TEMPRANA DE LA
INFANCIA Y COMPETENCIAS PARENTALES EN
NIÑAS Y NIÑOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE
ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA DE LA UNIVERSIDAD
DE VALPARAÍSO ENTRE LOS AÑOS 2021-2022.**

Proyecto de Investigación para optar al título de Especialista en Odontopediatría

Residente: Francesca Sanhueza Medina

Docente Guía: Paula Solervicens Silva

Docente Colaborador: Juan Onetto Calvo

Valparaíso – Chile

2022

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis hijos que le dan sentido a mi vida,
gracias porque me he sostenido en la maternidad,
gracias por hacerme una mamá más profunda,
gracias por permitir reflexionar mi rol,
gracias porque ustedes han sido la mayor transformación de mi ser
y de paso, por ayudarme a ser mejor Odontopediatra.

Gracias a todos los que me han acompañado de forma presente y de forma implícita en esta etapa de ser una mamá-estudiante. Mención honrosa a Julio, por haberlo hecho posible.

Gracias a todos nuestros terapeutas que han acompañado y guiado amorosamente nuestros procesos de desarrollo familiar (a mi psicólogo Luka, a nuestras psicólogas infantiles Gabriela y Laura, a nuestra terapeuta ocupacional Debbie y a nuestro fonoaudiólogo Gabriel). Gracias por su trabajo con las infancias, admiro su vocación.

Gracias a ustedes chiquillas: Feña, Coni y Lore, que fueron mis compañeras en todo el sentido de la palabra, que rico haber compartido estos intensos tres años con ustedes, gracias por el apañe, por el ánimo, por las risas, por los consejos, porque hicieron que lo pasara bien, que disfrutara y porque sentí el cariño de la amistad.

Y gracias a todo el gran equipo de la “Clínica Vásca” cada uno de ustedes construye para darle el prestigio y calidad humana que tiene la clínica (Joce, Sybelle, Glo, Mary, Don Pato, don Juan, Dra Quiroz, Dra Guerrero, Dra Carrasco, Dr Mansilla y al matrimonio de los Doctores Flores-Onetto por su entrega, pasión y dedicación, con su ejemplo han sacado lo mejor de mí). Y no solo agradecerles sino que felicitarlos por su valor como personas, por su labor como profesionales y por su ética en el trabajo. Gracias a la profesora Paula por apoyarme en este proyecto y por creer en una tesis que me hiciera sentido.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Caries temprana de la infancia.....	7
2.1.1 Definición	7
2.1.2 Prevalencia.....	9
2.1.3 Carga global de la Caries Temprana de la Infancia	11
2.1.4 Políticas de salud bucodental a nivel nacional	11
2.2 Factores de riesgo	13
2.2.1 Factores de riesgo psicosociales parentales	14
2.2.1.1 Prácticas parentales	15
2.2.1.2 Variables de salud mental	16
2.2.1.3 Estilos y comportamientos de crianza.....	17
2.3. Competencias parentales	19
2.3.1 Definición	20
2.3.2 Escala de parentalidad positiva (E2P v.2).	21
2.4 Contexto	24
2.4.1 Pandemia por COVID-19.....	24
2.4.2 Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente.....	25
3. OBJETIVOS.....	26
3.1 Objetivo General	26
3.2 Objetivos Específicos	26
4. MATERIALES Y MÉTODO	27
4.1 Diseño de estudio	27
4.2 Población.....	27
4.3 Elegibilidad	27
4.3.1 Criterios de inclusión	27
4.3.2 Criterios de exclusión.....	27
4.4 Comité de Ética	28
4.5 Recolección de datos	28
4.6 Instrumento aplicado	29
4.7 Medidas de protección adoptadas	30
4.8 Variables.....	31
4.9 Análisis estadístico	32

5. RESULTADOS	32
5.1 Caracterización de la muestra	33
5.2 Relación entre la frecuencia de la caries temprana de la infancia y la autopercepción de las competencias parentales de la muestra	34
5.2.1. Frecuencia de la caries temprana de la infancia según el criterio OMS modificado y el perfil de competencias parentales	34
5.2.2. Frecuencia de la caries temprana de la infancia según el criterio OMS modificado y el área de competencia parentale	35
5.3 Frecuencia de caries temprana de la infancia según criterio OMS modificado de la muestra en estudio	37
5.3.1 Frecuencia de caries temprana de la infancia según las características sociodemográficas de los cuidadores.....	39
5.4 Evaluación de la autopercepción de las competencias parentales	40
5.4.1 Evaluación de la autopercepción de las competencias parentales por área	40
5.4.2 Evaluación de la autopercepción de las competencias parentales según el perfil	41
5.4.3 Evaluación de la autopercepción de las competencias parentales según las características sociodemográficas de los cuidadores.	42
6. DISCUSIÓN.....	44
7. CONCLUSIONES.....	51
8. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	52
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
10. ANEXOS.....	61
10.1 ANEXO 1: Consentimiento informado para madres, padres o cuidadores	61
10.2 ANEXO 2: Carta aprobación Comité de ética	63
10.3 ANEXO 3: Hoja Dentograma.....	64
10.4 ANEXO 4: Solicitud uso Escala E2P V.2.....	65
10.5 ANEXO 5: Versiones Escala de Parentalidad Positiva por edad	66
10.6 ANEXO 6: Tablas de Interpretación por edad	77
10.7 ANEXO 7: Plan de minimización de riesgo/daño.....	78
10.8 ANEXO 8: Carta compromiso de la unidad de derivación	79

1. INTRODUCCIÓN

A partir de la ratificación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño en 1990, se inicia un cambio paradigmático respecto a la conceptualización, abordaje y tratamiento de la infancia en nuestro país. A partir de este cambio, esencialmente las niñas y niños dejan de ser un objeto de protección para convertirse en un sujeto de derecho. Se incorpora de esta manera un nuevo enfoque basado en la protección de derechos dando énfasis al desarrollo pleno e integral de niñas/os.

Así también, en el preámbulo de dicha convención se reconoce el rol central de la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento, el bienestar y la satisfacción de las necesidades de las niñas y niños. En este contexto, parece pertinente pensar que para un desarrollo adecuado y eficiente de esta función, los padres, madres y/o cuidadores requieran de ciertas habilidades o competencias que les permitan cuidar, criar y proteger a las niñas y niños a su cargo promoviendo un desarrollo saludable.

Los estudios en torno al impacto de las características familiares y las capacidades de los padres en el proceso de cuidado, protección y crianza en el desarrollo de las niñas y niños no son pocos, sin embargo, a partir de la revisión de la literatura realizada es un tema del que se tiene poca referencia en el ámbito de la Odontopediatría.

Existen pocos estudios que han descrito los factores de riesgo psicosociales a nivel de la familia en el desarrollo de la caries temprana de la infancia, además que no consideran la incidencia potencial que tienen los determinantes sociales en las características familiares y las capacidades de los padres. Hasta la fecha en Chile no hay investigaciones vinculadas a esta temática.

Es en este contexto que se hace relevante realizar una investigación que aborde la influencia de las competencias parentales en el desarrollo de la caries temprana de la infancia, de este modo, este estudio incorpora la variable psicosocial en la comprensión de la enfermedad crónica más prevalente en la infancia.

2. MARCO TEÓRICO

La Convención de los Derechos del Niño/a, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en noviembre de 1989 (y ratificada por Chile en 1990) estableció que se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad. En su artículo 24 los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud, además aseguran la aplicación de este derecho y adoptarán las medidas apropiadas para asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos (Good Neighbors Chile, 2021). Lograr la plena realización de este derecho es una obligación inexcusable, impostergable y esencial de los profesionales de la salud pediátrica.

La Declaración de Ottawa de la Asociación Médica Mundial sobre la Salud del Niño incluye a la Salud Dental como un derecho de niños y niñas y el interés superior del niño será la consideración principal en las prestaciones de salud (WMA, 2022). La determinación del interés superior de un niño es sin duda muy individualizada, sigue dependiendo del contexto sociocultural y los valores subyacentes, y se ve afectada directa o indirectamente por la familia del niño. Por lo tanto, requiere la comunicación y la estrecha cooperación de todas las partes interesadas, es decir, la familia, los profesionales de la salud y, si es posible, el propio niño (Streuli et al., 2011).

2.1 Caries temprana de la infancia

2.1.1 Definición

La Academia Americana de Odontopediatría (AAPD) adopta el concepto original de Drury et. al del año 1999 del diagnóstico y reporte de caries temprana de la infancia con fines de investigación, que define clínicamente a la caries temprana de la infancia (CTI) como la presencia de una o más superficies dentales cariadas (lesiones no cavitadas o cavitadas), perdidas (debido a caries) u obturadas en dentición primaria” en un niño menor de seis años de edad. Según la misma Academia, la definición de caries temprana de la infancia severa (CTI-S) es 1) cualquier signo de caries (lesiones no cavitadas o cavitadas) de superficie lisa en un niño menor de tres años de edad, 2) de tres a cinco años, una o más superficies

dentales cavitadas, perdidas (debido a caries) u obturadas en dientes primarios anterosuperiores, o 3) un índice cavitado, perdido u obturado igual o mayor que cuatro (a los tres años), igual o mayor que cinco (a los cuatro años) o igual o mayor que seis (a los cinco años) (AAPD, 2021). Esta clasificación representa el nivel de gravedad de la enfermedad en relación con la edad del niño. El término CTI-S se refiere a niños con patrones de caries dental "atípicos" y que suele progresar rápidamente (Drury et al., 1999).

En la reunión del grupo de expertos de la Asociación Internacional de Odontopediatría (IAPD) sobre CTI que redactó la Declaración de Bangkok se reafirmó la definición de 1999 como "la presencia de una o más superficies cariadas (cavitadas o no cavitadas), perdida u obturada (debido a caries), en cualquier diente primario de un niño menor de 6 años", por otro lado se discutió la CTI-S, en donde el comentario general es que esta definición es demasiado compleja y por lo tanto para futuras investigaciones se propuso sólo investigar la CTI. Además, establecieron la definición corriente de CTI como "la caries dental en niños preescolares que es común, mayormente no tratada y que tiene un profundo impacto en la vida de los niños" (Pitts et al., 2019).

Con el fin de abordar la urgencia de este problema, la Organización Mundial de la Salud (OMS) coordinó una consulta mundial sobre intervenciones de salud pública contra la CTI, una de las recomendaciones del grupo consultor fue difundir a nivel mundial la definición y los criterios de diagnóstico de la CTI e incluirla en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, 11ª edición (CIE-11) (Phantumvanit et al., 2018). La definición sugerida de CTI dice lo siguiente: "La Caries Temprana de la Infancia (CTI) se caracteriza por la presencia de uno o más dientes afectados por lesiones cariosas graves o con lesiones de manchas blancas en los dientes primarios anteriores y posteriores, pérdida extraordinaria de dientes debido a caries o superficies dentales obturadas en los dientes afectados. La CTI se encuentra principalmente en niños pequeños menores de seis años. Se ha demostrado que aquellos niños con CTI tienen un alto número de dientes afectados por enfermedad progresiva. Las consecuencias de la CTI incluyen un mayor riesgo de dolor o malestar, abscesos, lesiones cariosas tanto en la dentición primaria como en la permanente, riesgo de retraso en el crecimiento y desarrollo físico, más días con actividad restringida y disminución de la calidad de vida relacionada con la salud oral. La etiología se relaciona frecuentemente con un consumo muy frecuente de bebidas o alimentos azucarados, falta de lactancia y/o mala higiene bucal. Además, la enfermedad a menudo se manifiesta en niños que viven en familias pobres y en entornos ambientales deficientes". Actualmente la propuesta se encuentra aceptada por el equipo de la OMS, pero aún debe implementarse en el actual navegador del CIE-11 (WHO, 2017).

La CTI se diferencia de la caries dental en niños mayores y adultos por su rápido desarrollo, su diversidad en cuanto a factores de riesgo, y los métodos de control de la enfermedad. Como ocurre con la mayoría de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), tanto las causas como la prevención están fuertemente determinadas por factores sociocomportamentales, económicos, ambientales y sociales conocidos como determinantes sociales de la salud. La CTI está influenciada en gran medida por los comportamientos y prácticas de los niños, las familias y los cuidadores en lo concerniente a la salud (WHO, 2019).

La etiología de la CTI es compleja y multifactorial y la enfermedad progresa más rápidamente que la caries en la dentición permanente. Estos factores causales incluyen dientes susceptibles debido a hipoplasia del esmalte, colonización oral con niveles elevados de bacterias cariogénicas y el metabolismo de azúcares por bacterias adheridas al diente para producir ácido que, con el tiempo, desmineraliza la estructura dental (AAPD, 2021).

La cavitación o lesiones cariosas es una manifestación tardía de la CTI, un proceso patológico altamente dinámico que involucra interacciones complejas entre el huésped, la dieta y los microbios que se inician con la formación de una biopelícula virulenta en los dientes. La matriz del biofilm juega un papel clave en la patogenia de la caries dental, particularmente cuando las condiciones (p. ej., un comportamiento dietético cargado de azúcar) son propicias para el desarrollo de la CTI. La matriz proporciona un andamiaje físico esencial que facilita la acumulación microbiana y la adherencia a los dientes, al mismo tiempo que proporciona un entorno limitador de la difusión que ayuda a crear microambientes de pH bajo en la interfase biopelícula-superficie del diente. Los *Streptococcus Mutans*, (EM) particularmente *S. mutans*, son los principales organismos involucrados en la etiología y patogenia de la CTI. Más allá de *S. mutans*, los estudios de CTI han detectado otros patógenos como *Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, *Actinomyces*, *C. Albicans* en el complejo microbioma de la CTI (Hajishengallis et al., 2017, Zheng et al., 2021).

2.1.2 Prevalencia

La caries temprana de la infancia (CTI) es la enfermedad crónica más común en los niños a nivel mundial y es reconocida como un problema de salud pública (AAPD, 2021). La caries dental es 5 veces más común que el asma y 7 veces más común que la rinitis alérgica en los niños (NIH, 2000). La alta prevalencia de CTI en todo el mundo tiene un alto costo para la sociedad y tiene un gran impacto negativo en la calidad de vida de los padres y los niños (Pitts et al., 2019). Las consecuencias de la CTI incluyen un mayor riesgo de dolor o malestar, abscesos, lesiones cariosas tanto en la dentición primaria como en

la permanente, riesgo de retraso en el crecimiento y desarrollo físico, más días con actividad restringida y disminución de la calidad de vida relacionada con la salud oral (WHO, 2019).

En la revisión narrativa del panel de expertos de la IAPD, se extrajeron datos de 72 estudios realizados en todo el mundo entre 1998 y 2018 que midieron la prevalencia de caries en niños en edad preescolar. Los resultados arrojaron una prevalencia media de caries en niños de 1 año de un 17% y aumentó considerablemente a 36% en niños de 2 años, y va en aumento a medida que avanza la edad, 43% a los 3 años, 55% a los 4 años y 63% a los 5 años. Los estudios, sin embargo, indican que debido a los diferentes criterios utilizados para identificar la caries, los diferentes métodos de examen y la falta de calibración del examinador hicieron que estos hallazgos fueran imprecisos (Tinanoff et al., 2019).

La última revisión sistemática sobre la prevalencia mundial de la CTI usando los criterios de la OMS encontró que la caries de la primera infancia afecta al 48%, casi la mitad de los niños en edad preescolar, con variaciones geográficas tanto entre y dentro de los países. Otro hallazgo interesante encontrado es que la prevalencia de caries no tratada se ha mantenido relativamente sin cambios durante las últimas tres décadas. Además, estos resultados subestiman la prevalencia real de la CTI ya que los criterios de la OMS solo registran lesiones cavitadas, pero la definición de CTI incluye lesiones no cavitadas (Uribe et al., 2021).

En nuestro país hay muy pocos estudios en relación con este tema a nivel nacional. En el año 2012 el Ministerio de Salud de Chile elaboró un informe consolidado de los estudios sobre el diagnóstico de salud bucal en preescolares, los resultados obtenidos reportaron una prevalencia de caries a los 2 años de un 17,5% y de un 50,3% a los 4 años (MINSAL, 2012); otro estudio realizado en niños pertenecientes al Programa de Salud Oral asociado a escuelas de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) basado en los datos del año 2015 reportó una prevalencia de un 49% en los preescolares (Espinoza et al., 2021), cabe señalar que los estudios incluidos en este informe sólo consideraron cavitaciones. Por otro lado, estudios en Chile que incluyeron las lesiones no cavitadas registraron una prevalencia de caries temprana de la infancia de un 53% para los niños de 2 años; mientras que los niños de 4 años registraron una prevalencia de un 88% (Zaror et al., 2011), otro estudio realizado en la zona rural de Chile encontró una prevalencia media de CTI de 67,9% (Uribe et al., 2013) y un estudio reciente realizado en niños en riesgo social determinó que la prevalencia de CTI era de un 63% (Echeverría et al., 2020). La comparación entre estos estudios reafirma que la prevalencia de CTI presenta un importante incremento a medida que aumenta la edad y que muchas veces los estudios subdiagnostican la enfermedad.

2.1.3 Carga global de la Caries Temprana de la Infancia

La carga mundial de morbilidad (GBD, por sus siglas en inglés) es la medida epidemiológica de mayor importancia y la más integral para cuantificar el deterioro de la salud como consecuencia de enfermedades, lesiones y factores de riesgo en función de la edad, el sexo y la ubicación geográfica a lo largo del tiempo (IHME, 2013). De acuerdo a los datos extraídos en el estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2019 (GBD-2019), la caries dental no tratada en dientes temporales ocupó el primer lugar entre todas las enfermedades de niños de 0 a 14 años con más de 500 millones de casos prevalentes, y de éstos, un 12,1 % se atribuyeron a desigualdades sociodemográficas. La carga de la caries dental sigue siendo un desafío de salud pública mundial (Wen et al., 2022).

La caries no tratada en los niños pequeños causa dolor y abscesos dentales, dificultades para comer y reducción del peso y del índice de masa corporal para la edad en comparación con los niños sanos. La CTI se asocia con una mala calidad de vida, incluidas múltiples visitas a la sala de emergencias, trastornos del sueño, días escolares perdidos y un menor rendimiento académico. Además, las extracciones tempranas de dientes primarios debido a la CTI pueden conducir a maloclusiones. Finalmente, los niños con CTI tienen un mayor riesgo de caries en el futuro (Seow, 2018).

La CTI es una carga inaceptable para niños, familias y la sociedad. El impacto de la CTI en la vida cotidiana de los niños y sus familias trae consecuencias físicas, sociales y psicológicas (Tinanoff et al., 2019). La CTI tiene efectos adversos en la calidad de vida de los niños, la familia y los cuidadores, independientemente de los grupos sociales. Además, tiene importantes implicaciones de recursos, el tratamiento bajo anestesia general para la reparación/restauración dental extensa generalmente se lleva a cabo en el hospital y requiere mucho tiempo y dinero, la experiencia también puede ser traumática tanto para el niño como para la familia. La CTI no es sólo un problema para los niños y sus familias, sino también una carga pública y una amenaza a nivel mundial y, por lo tanto, se requieren enfoques de salud pública para abordarla (Phantumvanit et al., 2018).

2.1.4 Políticas de salud bucodental a nivel nacional

La OMS en su manual Poner fin a la caries dental en la infancia, declara en uno de sus puntos principales que la prevención y el control de la CTI requiere un enfoque basado en la atención primaria de salud (WHO, 2019).

Chile ha tenido importantes avances en salud bucal, priorizando la implementación de estrategias preventivas desde temprana edad acompañado de un trabajo intersectorial con programas que fomentan el cuidado de salud bucal en párvulos y sus familias. La política nacional de salud bucal ha puesto énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades bucales, entendiendo que las principales patologías bucales son enfermedades crónicas no transmisibles que se manifiestan desde temprana edad. Los programas de atención odontológica en los centros de atención primaria del país se centran, principalmente, en la promoción de la salud, prevención de las enfermedades bucales desde temprana edad y en la recuperación del daño causado a lo largo del ciclo vital, mejorando el acceso a la atención odontológica de los grupos más vulnerables (MINSAL, 2021). A continuación, se describen los principales programas de atención odontológica de acuerdo con el ciclo de vida hasta la primera infancia:

Salud oral integral de la embarazada: el cuidado de la salud bucal se inicia desde el embarazo, a través de la atención de Salud Oral Integral de la Embarazada incorporada en el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) desde 2010. Esta atención permite que la madre recupere su salud bucal cuando la ha perdido e incorpore herramientas para su cuidado y el de su hija o hijo que está por nacer, para facilitar que la niña o el niño crezcan en un entorno familiar favorable para su salud bucal. La atención de salud bucal integral para la embarazada incluye examen de salud bucal, diagnóstico, refuerzo educativo y entrega de un set de higiene oral (cepillo y pasta dental con flúor), aplicación de medidas de prevención, tratamiento restaurador y rehabilitador.

Control de salud integral del niño o niña: la salud bucal es parte integral de la salud y bienestar del niño y la niña y su cuidado está incorporado en los controles de salud integral que realiza el equipo de salud infantil durante la supervisión de salud desde el nacimiento hasta los 9 años. Durante estos controles, el equipo de salud vigila los factores de riesgo de las patologías bucales, entregando recomendaciones para modificar oportunamente conductas de riesgo relacionadas con higiene y alimentación, y deriva al equipo de salud bucal para determinación de riesgo y aplicación de medidas de prevención de patologías bucales.

Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO): el programa CERO se inicia en 2017 con el propósito de aumentar la cantidad de población sana y mantenerla en esa condición. Consiste en el seguimiento a través de controles odontológicos a niños, niñas y adolescentes con o sin patologías bucales, con el fin de mantenerlos sanos o de compensar y detectar en forma temprana el desarrollo de estas patologías. Los niños y niñas ingresan al control a los 6 meses de vida y egresan del programa al cumplir los 20 años. La frecuencia de los controles depende del riesgo individual de cada niña, niño y adolescente, medido a través de una pauta que considera factores como la condición sistémica, la

condición clínica, dieta, higiene, uso de fluoruros y la motivación de la familia. Cada niña, niño y adolescente recibe estrategias preventivas de acuerdo con su categorización de riesgo.

Programa Sembrando Sonrisas: el objetivo de este programa es mantener y mejorar la salud bucal de la población parvularia, 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. Consiste en un examen de salud bucal, educación en técnica de cepillado, aplicación 2 veces al año de barniz de flúor y la entrega de pasta dental con flúor y cepillos de dientes adecuados para la edad de los niños y niñas. Esta atención odontológica se realiza en los establecimientos de educación parvularia y beneficia anualmente a 400.000 párvulos entre 2 y 5 años de establecimientos de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), Fundación Integra, municipales y particulares subvencionados con mayor vulnerabilidad social.

2.2 Factores de riesgo

El modelo conceptual de la salud oral de los niños proporciona una estructura que incorpora los cinco dominios claves de los determinantes de salud de la población: factores genéticos y biológicos, el entorno social, el entorno físico, los comportamientos de salud y la atención dental y médica que influyen a nivel individual, familiar y comunitario. Este enfoque multidimensional es fundamental para comprender que las influencias no actúan de forma aislada sino a través de interacciones complejas. Este modelo enfatiza la naturaleza multinivel de los determinantes de la salud, los niños viven en familias y las familias están integradas en las comunidades (Fisher-Owens et al., 2007). La CTI constituye una enfermedad compleja, considerando la etiología multifactorial inducida por bacterias y fuertemente vinculada a los hábitos y conductas. El modelo conceptual multinivel de la salud oral en niños puede aplicarse para analizar los factores socioeconómicos, conductuales y biológicos que ejercen una influencia en los resultados de la CTI (Tinanoff et al., 2019). Casi todos los factores de riesgo de la CTI son modificables, se pueden agrupar según influyan en los niños, en la familia y en la comunidad (WHO, 2019).

Un cuerpo de investigación bien establecido documenta el papel de los factores individuales, como la biología y la dieta, en la etiología de la CTI. Factores como el consumo frecuente de alimentos con alto contenido de azúcar y la presencia de bacterias como *Streptococci mutans* contribuyen al desarrollo de la CTI (Hooley et al., 2012). La influencia potencial de los factores intraorales, como los defectos de desarrollo del esmalte, también se considera un factor de riesgo para la CTI. La pérdida de integridad de la superficie y las deficiencias en la mineralización pueden explicar el mayor riesgo de CTI en niños

afectados por defectos del desarrollo. Se cree que los defectos del desarrollo son causados por algunas condiciones prenatales y enfermedades sistémicas infantiles comunes (Seow, 2018).

Los factores de más alto nivel, como los incluidos en la categoría sociodemográfica, han sido claramente los más estudiados y existe una clara evidencia de su influencia. Las desventajas financieras, sociales y educativas están asociadas con tasas más altas de caries dental y tal vez incluso se los considere como la causa raíz de las disparidades en la CTI. (Hooley et al., 2012, Rai and Tiwari, 2018). Los determinantes sociales, especialmente los factores más distales, como lo son el contexto socioeconómico y político que afectan la salud, están más allá de las decisiones que un individuo pueda tomar y se requieren cambio de políticas para abordarlos (FDI, 2015). Es por esto que las intervenciones preventivas están dirigidas a factores proximales, como los factores de riesgo de padres e hijos, porque son relativamente fáciles de modificar en comparación con los determinantes distales (Rai and Tiwari, 2018).

Especialmente para los niños más pequeños, el papel de los padres y cuidadores principales es fundamental para el control de la caries. Dentro de este contexto, la educación, las actitudes y creencias de los padres y madres, y otros factores psicosociales representan importantes mediadores y moderadores de los comportamientos de salud bucal de los padres en nombre de sus hijos (Albino and Tiwari, 2016). Sin embargo, esta línea de investigación ha sido la menos estudiada y no ha tenido un enfoque centrado en los estilos y comportamientos de crianza (Hooley et al., 2012).

2.2.1 Factores de riesgo psicosociales parentales

Los factores psicosociales a nivel de la familia, tales como la educación, el conocimiento y comportamiento de salud bucal, creencias y actitudes de los padres han sido asociados con CTI (Rai and Tiwari, 2018). Además, se ha observado que el estado psicológico de los padres, su nivel de ansiedad, depresión y estrés tienen un papel importante en el desarrollo de CTI (Gavic et al., 2018). También se ha señalado una posible influencia de los estilos de crianza en la salud bucal de los niños (Law, 2007).

Se ha demostrado que el nivel de educación de los padres está correlacionado con la aparición y la gravedad de la CTI en sus hijos. El nivel de educación es un indicador socioeconómico importante que refleja el conocimiento y las habilidades para tomar decisiones sobre comportamientos saludables. Por ejemplo, los padres con alto nivel educativo reportan actitudes más positivas e intenciones más fuertes para controlar el consumo de azúcar de los niños que los padres con bajo nivel educativo. La menor

prevalencia de caries dental se ha asociado con mayores niveles de educación de los padres (Hooley et al., 2012, Jain et al., 2015).

2.2.1.1 Prácticas parentales

Los factores de riesgo de la CTI guardan relación con los modos de vida de la familia y las normas comunitarias. Los comportamientos y prácticas de los padres son influenciadas por los factores de la comunidad en la cual están insertos, presiones sociales y económicas de los cuidadores principales en general dan lugar a una salud bucodental deficiente. Por lo tanto, hay caminos altamente complejos que conectan los patrones de comportamiento parentales con el niño, la familia y la sociedad que pueden impactar en la salud oral de los infantes menores de 6 años (Seow, 2012, WHO, 2019).

Los factores de riesgo de conducta que están directamente involucrados en el desarrollo de la CTI son mayormente conocidos. Las prácticas dietéticas claves asociadas a CTI son la edad en la que se introduce el azúcar a un niño y la frecuencia de consumo. En cuanto a la introducción de azúcar, un mayor número de alimentos y bebidas azucarados en el primer año de edad están fuertemente asociados con la incidencia de caries infantil en los años posteriores. Además, el biberón y la lactancia después de los 12 meses, especialmente si son frecuentes y/o nocturnas, se asocian con CTI (Tinanoff et al., 2019). Por otro lado, la falta de buenas prácticas de higiene oral promueve el desarrollo de CTI: cepillado dental irregular, eliminación deficiente del biofilm y/o el cepillado dental sin la supervisión de ningún cuidador (Anil and Anand, 2017, Meyer and Enax, 2018). Estas "conductas parentales cariogénicas" a menudo reflejan su historial cultural, familiar, educacional y étnico, así como también su personalidad.

Las actitudes, el conocimiento y las creencias de los padres influyen en los comportamientos que modelan para sus hijos a lo largo de su infancia. El nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen los padres está significativamente relacionado con la CIT, se ha informado que los niños cuyas madres tienen un buen conocimiento de la salud bucal y actitudes positivas tienen menos probabilidades de tener caries dental en comparación con los niños cuyas madres tienen un conocimiento y actitudes deficiente de la salud bucal (Rai and Tiwari, 2018). Los conocimientos sobre salud influyen en la elección de la dieta y prácticas de higiene dental. La falta de conocimiento sobre salud bucal y escaso conocimiento sobre el fluoruro, también se asociaron con un mayor riesgo de caries. Las creencias de los padres representan su percepción de la realidad, pero esto puede ser bastante distinto de su conocimiento y/o realidad, por ejemplo, la creencia de los padres de que los dientes "malos" se heredan, tuvieron hijos con mayor riesgo de caries (Hooley et al., 2012).

La adopción de hábitos de salud duraderos en la infancia comienza en el hogar con los padres/cuidadores, ya que juegan un papel importante en la formación de comportamientos de salud bucal del niño. Por lo tanto, los padres/cuidadores deben ser informados de que sus propios hábitos de salud dental influirán en gran medida en la salud bucal de sus hijos y, en consecuencia, en su calidad de vida (Phantumvanit et al., 2018).

2.2.1.2 Variables de salud mental

Las variables psicológicas asociadas con mayores niveles de caries en niños incluyen depresión, ansiedad materna, menor sentido de coherencia y capacidad de adaptación al estrés y locus de control interno débil. Estas variables psicológicas pueden influir en la medida en que los padres se involucran en comportamientos proactivos, si los padres tienen una percepción de falta de poder para hacer cambios, como resultado reducirán sus esfuerzos para hacerlos (Hooley et al., 2012, Rai and Tiwari, 2018).

De acuerdo con la última revisión sistemática sobre estrés parental y su asociación con CTI, se concluye que no se puede afirmar que el estrés de los padres esté directamente asociado con la CTI, pero sí se puede observar que al menos algunos dominios del estrés, como la relación con el cónyuge, el refuerzo infantil, la distracción, el déficit de atención infantil y el estrés de la vida, podría tener una influencia importante en el desarrollo de lesiones cariosas en niños pequeños. Algunos estudios mostraron una asociación de riesgo, mientras que otros mostraron un resultado opuesto que fue una asociación de protección, esto último se explica por el hecho de que la angustia percibida en el papel de los padres refleja una mayor conciencia por parte de éstos y por lo tanto que los padres estresados pueden estar más involucrados en la vida de sus hijos (Chouchene et al., 2021). A nivel nacional, un estudio realizado en los jardines infantiles INTEGRAL de la ciudad de Temuco no encontró asociación entre alto nivel de estrés o estrés clínicamente significativo y CTI (Hofer et al., 2020).

No solo el nivel de estrés de los padres sino también el nivel de depresión y ansiedad pueden estar asociados con la incidencia de caries activa. Estudios que utilizan la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS, por sus siglas en inglés) mostraron que la incidencia de caries activa se correlacionó con el nivel de depresión y ansiedad de los padres (Seow et al., 2009, Gavic et al., 2018).

Otra revisión sistemática que investigó la asociación entre los trastornos mentales maternos (TMM) y la salud bucal de los niños también mostró una asociación positiva entre la depresión, la ansiedad, el estrés y la caries dental en los niños (Gomes et al., 2020).

Investigaciones han examinado el Sentido de Coherencia (SOC, por sus siglas en inglés) y su relación con la CTI. El SOC es la capacidad de una persona para percibir el significado del mundo le rodea, así como adquirir la relación entre las acciones y las consecuencias de éstas en el entorno. Uno de los estudios encontró que las madres con un SOC más bajo tenían más probabilidades de tener hijos con CTI en comparación con las madres con un mayor SOC (Bonanato et al., 2009). Estudios realizados en una población indígena americana observaron que los padres de niños sin caries obtuvieron puntajes más altos en SOC (Albino et al., 2014); por otro lado, los niños que al inicio del estudio tenían caries se les realizó un seguimiento durante tres años, encontrando que los padres con puntuaciones más altas del SOC se asociaron con una menor progresión de caries de sus hijos en el transcurso de este tiempo (Albino et al., 2018). Por el contrario, un estudio reciente realizado en Nigeria que buscó determinar la asociación de factores psicosociales, entre ellos el SOC con la prevalencia y severidad de CTI, no encontró asociación significativa (Alade et al., 2021).

También se ha encontrado que atribuir los problemas a una causa externa en lugar de aceptar la responsabilidad ellos mismos, es decir, tener un Locus de Control (LOC) externo en lugar de uno interno, era un factor de riesgo para desarrollar CTI. Los hallazgos de algunos estudios respaldan la hipótesis de que un mayor LOC interno de los padres se asocia con un mejor control tanto de la caries no tratada como de la experiencia de caries en sus niños en edad preescolar y destaca que un LOC más interno dentro de la familia es ventajosa en la prevención de la caries dental (Lencová et al., 2008, Albino et al., 2018). Sin embargo, otros estudios sobre el tema no han encontrado relación significativa entre la CTI y el locus de control parental (Chase et al., 2004, Brandão et al., 2006, Seow et al., 2009).

2.2.1.3 Estilos y comportamientos de crianza

El crecimiento del niño está directamente influenciado por el estilo de crianza y el entorno familiar que lo rodea. El estilo de crianza del cuidador puede influenciar la salud bucal del niño en muchos aspectos que son importantes. El entorno que crean para el niño puede influir en la higiene bucal, las prácticas dietéticas y los patrones de asistencia al dentista. Como los padres son responsables de casi todos los aspectos de la salud bucal del niño, se puede suponer que el estilo de crianza del cuidador puede influir en la aparición de caries en la primera infancia (Law, 2007, Howenstein et al., 2015).

El estilo de crianza conceptualizado por Baumrind proporcionó un marco de dos dimensiones: capacidad de respuesta y exigencia. La capacidad de respuesta de los padres indica el nivel en que un padre responde a las necesidades y demandas de su hijo; implica la calidez, el apoyo, la autoafirmación y la regulación

y aceptación de la individualidad de cada niño para convertirse en un adulto sano y maduro. La exigencia de los padres, por otro lado, son los esfuerzos que hacen los padres para alinear el comportamiento de sus hijos mediante la orientación, la supervisión y los actos disciplinarios para que el comportamiento del niño se integre con la familia y la sociedad. El equilibrio entre estas dos dimensiones determina el estilo de crianza. De esta manera, Baumrind definió tres estilos de crianza específicos: autoritarios, autoritativos (o también llamado democrático) y permisivos. El estilo de crianza autoritario (baja calidez, alta exigencia) se caracteriza por una baja sensibilidad a la opinión y autonomía del niño y por exigir estrictamente al niño sin apreciar su capacidad de comprensión y madurez. Este tipo de crianza no implica calidez, comprensión y comunicación entre padres e hijos. También incluye castigos físicos, gritos y órdenes. El padre autoritario suele decidir las reglas y se espera que el niño las siga sin resentimiento. El estilo de crianza democrático es conocido por su gran calidez y cualidades de alta exigencia, estos padres brindan apoyo emocional a sus hijos y responden a sus demandas. También establecen límites claros y proporcionan una comunicación bidireccional. El tipo de crianza permisivo (muchísima calidez, poca exigencia) no ejerce ningún control o límites sobre el comportamiento del niño. Los padres permisivos no muestran ninguna autoridad sobre sus hijos y evitan la confrontación del niño, a menudo, malcría y mimica al niño (Baumrind, 1971). Maccoby y Martin (1983), replantearon la tipología de los tres estilos describiendo un cuarto estilo de crianza llamado negligente, caracterizado por una baja calidez y baja exigencia y describe a padres emocionalmente distantes. Debido a los datos limitados sobre estas familias, los estudios no han abordado el estilo de crianza negligente. Además, el cuestionario de dimensiones y estilos de crianza (PSDQ, por sus siglas en inglés), ampliamente usado en la investigación de la conducta parental y su influencia en el comportamiento de los hijos, no mide este estilo (García and Peraltilla, 2019).

La evidencia respalda una relación potencial entre los estilos de crianza y la salud bucal del niño, pero la investigación sobre este tema es limitada. Las conclusiones sobre la relación entre los estilos de crianza y CTI aún siguen siendo mixtas y controvertidas. La publicación de Howenstein que evaluó la relación entre el estilo de crianza y el estado de caries mostró que los niños de padres democráticos tenían menos caries en comparación con los niños de padres autoritarios y permisivos. El aumento de la caries en los hogares permisivos podría atribuirse al hecho de que el niño puede comer y beber alimentos cariogénicos sin cesar y también puede elegir cepillarse los dientes o no en casa sin esperar disciplina o cumplimiento. El aumento de caries en los hogares autoritarios parece contradecir lo que sugerirían los típicos hogares autoritarios, es decir, reglas estrictas. Si se crearan reglas estrictas para que los niños se laven los dientes y adhieran a una dieta específica, estos niños cumplirían con estas reglas. Por lo que sugieren que la salud oral no es una prioridad para estas familias u otra posible explicación puede ser que no se refuercen

las medidas de higiene bucal y dieta debido a la baja capacidad de respuesta de los padres en estos hogares (Howenstein et al., 2015).

Por otro lado, estudios realizados en diferentes lugares del mundo no han encontrado diferencias significativas entre el estilo de crianza con CTI. Pero sí han encontrado hallazgos interesantes: existe un mayor vínculo de CTI relacionada con la tendencia a disciplinas permisivas, verbosidad y respuesta exagerada en estilos de crianza (Seow et al., 2009); han podido corroborar que las prácticas parentales inadecuadas de salud oral son los factores de riesgo para la CTI (Dabawala et al., 2017); los estilos de crianza democráticos dieron como resultado que los niños tuvieran tasas bajas de caries dental (Lee et al., 2020); los niños que tenían todos los dientes libres de caries procedían de hogares democráticos, en comparación con ninguno que tenía padres permisivos, esto podría atribuirse al hecho de que los padres democráticos tienen un mejor control sobre la dieta de sus hijos y vigilan el acceso de los niños a la dieta cariogénica. Es más probable que los padres democráticos realicen un seguimiento del estado dental de sus hijos y apliquen mejores prácticas de higiene bucal. Por el contrario, los padres permisivos son más indulgentes con el comportamiento de sus hijos, incluido el consumo de azúcar y es menos probable que controlen el acceso de sus hijos a la dieta cariogénica si no son ellos quienes la proporcionan para sobornar al niño para controlar su mala conducta (Alagla et al., 2019).

2.3 Competencias parentales

Las disciplinas científicas que se constituyen en torno al desarrollo humano dan cuenta de la relevancia de la parentalidad como uno de los ejes primordiales en el moldeamiento de las trayectorias de desarrollo a lo largo del curso de vida. Es así que, en los últimos 20 años, el concepto de “Competencias Parentales” se ha transformado en la guía fundamental de los actuales sistemas de protección integral a la infancia, ya sea en un nivel universal (por ejemplo, el Sistema Chile Crece Contigo en Chile, Uruguay Crece Contigo en Uruguay, o Cero a Siempre en Colombia) o a nivel especializado, en situaciones de graves vulneraciones de derecho (como el SENAME en Chile, el INAU en Uruguay o los SIPPINA en México) (Gómez and Contreras, 2019).

En el presente, es posible plantear que las competencias parentales representan un concepto central y multidimensional, que además de ser el marco referencial que permite explicar situaciones de riesgo, daño y/o trauma complejo, promueven el diseño de estrategias de evaluación e intervención orientadas a restituir el derecho de los niños, niñas y/o adolescentes a vivir en familia. En este escenario, las

competencias parentales determinan los puntos clave de fortalecimiento y estimulación que promuevan un mejor desarrollo positivo de la infancia (Gómez and Contreras, 2019).

2.3.1 Definición

Aún no existe un claro consenso científico respecto a su definición conceptual. En este trabajo de investigación adoptaremos la definición propuesta por Gómez (2019) sobre el concepto de “Competencias Parentales”. Las competencias parentales son el conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas de crianza vinculares, formativas, protectoras y reflexivas, aprendidas y actualizadas a partir de una historia y las oportunidades que ofrece la ecología de la parentalidad. Las competencias parentales permiten organizar la propia experiencia y conducir el comportamiento parental a través de diversas situaciones de la vida familiar y la crianza, acompañando, protegiendo y promoviendo trayectorias de desarrollo positivo en el bebé, niño, niña o adolescente, con la finalidad última de garantizar su bienestar y el ejercicio pleno de sus derechos humanos (Gómez and Contreras, 2019).

Esta definición, tiene varios elementos a destacar y que están estrechamente relacionados con el modelo conceptual actual de la caries temprana de la infancia. Primero, explicita que las competencias parentales suponen un conjunto de elementos que se adquieren mediante complejos procesos de aprendizaje y las oportunidades que ofrece el entorno. Segundo, las competencias parentales no son innatas, sino que se configuran en una historia y un contexto psicosocial específico. Y son un aprendizaje dinámico, lo que significa que pueden reaprenderse, perfeccionarse, consolidarse, bajo el supuesto de que se dispongan de oportunidades de aprendizaje, pertinentes, adecuadas y bien-tratantes. Y tercero, la consideración del horizonte ético: el fin último de la crianza es asistir a garantizar el bienestar y ejercicio pleno de los derechos humanos del niño y niña (Gómez and Contreras, 2019).

La evaluación de competencias parentales es un campo en construcción, de reciente aparición y en constante debate teórico, metodológico, ético y legislativo, con múltiples alcances y desafíos (Gómez and Contreras, 2019).

Dentro de los instrumentos disponibles más utilizados para medir competencias parentales se encuentran la Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte, (NCFAS, por sus siglas en inglés) y el Parenting Interactions with Children: Checklist of Observations Linked to Outcomes (PICCOLO) ambos desarrollado en Estados Unidos y de apreciación exclusivamente profesional, para la evaluación familiar y de parentalidad. Instrumentos que se han desarrollado o validado en población hispana son los

siguientes: Inventario de Conducta Parental, la Escala de Competencia Parental Percibida, el Inventario de Prácticas de Crianza, el Inventario de Estilo Educativo Familiar y el Cuestionario de Prácticas Parentales. A nivel nacional existe la Escala de Parentalidad Positiva (E2P), un instrumento chileno construido por Gómez & Muñoz en el año 2011; su versión actualizada es del año 2019 con suficiente evidencia de su validez y confiabilidad para la población chilena; y será la utilizada en este estudio. Su proceso de construcción fue riguroso y cuentan con ocho estudios que aportaron indicadores de validez de contenido mediante uso de jueces expertos, validez estructural mediante análisis factorial confirmatorio, validez concurrente y discriminante mediante correlaciones con otros instrumentos, así como de su confiabilidad mediante análisis de consistencia interna.

2.3.2 Escala de parentalidad positiva (E2P v.2) (Gómez and Contreras, 2019).

La Escala de Parentalidad Positiva E2P v.2 intenta ser una contribución para la comprensión del constructo competencias parentales, considerando además que el requerimiento de análisis y valoraciones de esta variable va en aumento y ha trascendido a áreas como educación, salud e intervención familiar. Desafíos que se van ampliando en la medida que se va apostando por la construcción de un Sistema de Garantías de Derechos de la Niñez asociado a avances en leyes como aquellas que crean en Chile la Sub-Secretaría de la Niñez y la Defensoría de la Niñez.

La escala de parentalidad positiva (E2P), es un cuestionario auto-administrado, y como tal, recoge la percepción o valoración que tiene el adulto respecto a sus propias competencias parentales. Su objetivo es identificar aquellas competencias parentales que dichos adultos utilizan al relacionarse con un hijo/a en particular, agrupándolas en cuatro áreas: vínculo, formación, protección y reflexión, que dan cuenta de comportamientos cotidianos de crianza que estarían reflejando el despliegue de la competencia parental en estas cuatro áreas.

Si interesa identificar claramente la parentalidad desplegada con más de un niño/a, debiese aplicarse un cuestionario para cada uno: se ha comprobado que las prácticas de crianza no se configuran de la misma manera para todos los hijos: "la parentalidad diferenciada se refiere a las formas en las que los padres tratan a los hijos en forma diferente. Es un proceso comparativo en el cual un niño recibe más o menos parentalidad positiva o negativa que otro niño". Por ello, tiene sentido analizar los cuestionarios E2P respecto a cada hijo/a en forma separada.

La Escala de Parentalidad Positiva se organiza para cubrir cuatro áreas de competencia parental: las competencias vinculares, las competencias formativas, las competencias protectoras y las competencias reflexivas, cada una conformada a su vez por cinco componentes, que se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1: Esquema de competencias parentales y sus componentes.

COMPETENCIA PARENTAL	COMPONENTES
VINCULARES	1.1 Observación y conocimiento sensible
	1.2 Interpretación sensible (mentalización + empatía)
	1.3 Regulación del estrés
	1.4 Calidez emocional
	1.5 Involucramiento
FORMATIVAS	2.1 Organización de la experiencia
	2.2 Desarrollo de la autonomía progresiva
	2.3 Mediación del aprendizaje
	2.4 Disciplina positiva
	2.5 Socialización
PROTECTORAS	3.1 Garantías de seguridad (física, emocional y psicosexual)
	3.2 Construcción de contextos bien-tratantes
	3.3 Provisión de cuidados cotidianos
	3.4 Organización de la vida cotidiana
	3.5 Conexión con redes de apoyo
REFLEXIVAS	4.1 Construcción de proyecto de vida
	4.2 Anticipación de escenarios relevantes
	4.3 Monitoreo de influencias y meta-parentalidad
	4.4 Historización de la parentalidad
	4.5 Auto-cuidado parental

Fuente: Gómez & Contreras, 2019.

La competencia parental **vincular** se define como el conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas cotidianas de crianza que favorecen la conexión psicológica y emocional con el niño o niña, regulan su estrés y sufrimiento, organizan su vida psíquica y protegen su salud mental, promoviendo un estilo de apego seguro y un adecuado desarrollo socioemocional a lo largo del curso de vida. Los componentes de la competencia parental vincular son cinco: (a) la *observación y conocimiento sensible*; (b) la *sensibilidad parental*; (c) la *regulación del estrés*; (d) la *calidez emocional*; y (d) el *involucramiento parental* en los distintos aspectos de la vida cotidiana del niño o niña (Gómez and Contreras, 2019). Las competencias parentales vinculares se manifiestan principalmente a través de prácticas de crianza

socioemocionales. Las prácticas de crianza socioemocionales incluyen la variedad de conductas visuales, verbales, afectivas y físicas que usan los padres para involucrar a los infantes en intercambios interpersonales, tales como besos, caricias para consolarlos, sonrisas, vocalizaciones y contactos lúdicos cara-a-cara, siendo esencial la apertura, la escucha y la cercanía emocional positiva (Gómez and Muñoz, 2014). La literatura le otorga una relevancia trascendental a las competencias parentales vinculares pues son las que tienen máxima incidencia para la salud mental de niños y niñas.

Las competencias parentales **formativas** se definen como el conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas cotidianas de crianza que organizan el entorno de aprendizaje, físico y psicológico del niño o niña, ajustando la complejidad, variedad, tipo y duración de las experiencias, objetos, espacios y actividades para favorecer la exploración, aprendizaje y socialización de los niños y niñas. Sus componentes son cinco: (a) la *organización de la experiencia*; (b) el *desarrollo de la autonomía progresiva*; (c) la *mediación del aprendizaje*; (d) la *disciplina positiva*; (e) la *socialización* o preparación para vivir en sociedad (Gómez and Contreras, 2019). Las competencias formativas se manifiestan mayoritariamente a través de prácticas de crianza didácticas. Las prácticas de crianza didácticas o cognitivas consisten en la variedad de estrategias que los padres usan para estimular a los infantes a involucrarse y comprender el mundo que los rodea, mediante conductas como focalizar la atención del niño/a en objetos o eventos del entorno, introducir, mediar e interpretar el mundo externo, describir y demostrar, así como generar oportunidades para observar, imitar y aprender. Pero también juega un rol fundamental el conversar con el hijo, hija o niño a su cargo (Gómez and Muñoz, 2014).

El área de competencias parentales **protectoras**, Se definen como el conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas cotidianas de crianza dirigidas a crear condiciones propicias para el desarrollo, disminuir o eliminar fuentes de estrés tóxico, cuidar y proteger adecuadamente a los niños y niñas, resguardando sus necesidades de desarrollo humano, garantizando sus derechos y protegiendo su integridad física, emocional y sexual. Sus componentes son cinco: (a) *garantías de seguridad física, emocional y psicosexual*; (b) la *construcción de contextos bien-tratantes*; (c) la *provisión de cuidados cotidianos*; (d) la *organización de la vida cotidiana* y (e) la *conexión con redes de apoyo* (Gómez and Contreras, 2019). Estas competencias usualmente se manifiestan a través de prácticas de crianza materiales, que incluyen aquellas formas en que los padres ofrecen y organizan el mundo físico del infante, siendo responsables por el número y variedad de objetos inanimados disponibles, el nivel de estimulación ambiental, los límites a la libertad de exploración física, entre otros. Así como las prácticas de crianza nutrientes, que abordan las necesidades físicas del infante, y aquellas de supervisión y protección frente a los riesgos del entorno (Gómez and Muñoz, 2014).

La cuarta dimensión de la parentalidad es el área de la competencia parental **reflexiva**, la que se definen como el conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas cotidianas de parentalidad y crianza que permiten organizar la propia experiencia de parentalidad, metabolizando las influencias y trayectorias propias, monitoreando las prácticas parentales actuales y evaluando el curso del desarrollo del hijo/a, con la finalidad de retroalimentar y enriquecer las otras áreas de competencia. Se recogen cinco componentes: (a) *la construcción de proyecto de vida*; (b) *la anticipación de escenarios relevantes*; (c) *el monitoreo de influencias y meta-parentalidad*; (d) *la historización de la parentalidad*; (e) *el necesario autocuidado parental* (Gómez and Contreras, 2019). Por autocuidado parental se entiende aquellas actitudes y prácticas que favorecen una apropiada salud física y mental (o bienestar subjetivo) necesario para disponer de las energías y recursos que permiten desempeñarse adecuadamente en las otras dimensiones de la parentalidad (Gómez and Muñoz, 2014).

2.4 Contexto

2.4.1 Pandemia por COVID-19

La pandemia de COVID-19 ha desafiado al sector de Salud Pública en todo el mundo. Con la progresión de la pandemia por COVID-19 durante el año 2020, las atenciones presenciales se vieron interrumpidas; desde el estallido de la pandemia y en su etapa de confinamiento, se debieron realizar tratamiento odontológico exclusivamente a pacientes que presenten emergencias y urgencias, difiriendo todo tratamiento electivo. La Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso, se adhiere a las recomendaciones del Ministerio de Salud (MINSAL) de postergar la atención odontológica electiva y sólo permitir la atención de emergencia/urgencia odontológica, después de una acuciosa categorización vía remota, para determinar la pertinencia o no de atención presencial del paciente (Flores et al., 2020).

Sin embargo, conforme evolucionan las etapas de la pandemia en los diferentes países, cambian los protocolos de atención siendo posible la programación de atención odontopediátrica prioritaria y retomando progresivamente la atención odontológica (ALOP, 2021).

Tras el desafío que implicó retornar a la atención presencial, se hace necesaria la adquisición de nuevas competencias del odontopediatra en los tiempo post COVID-19, dentro de ellos destaca la habilidad en observar la “realidad del paciente y su entorno biopsicosocial” y utilizar esa información como un instrumento que facilite la educación en salud bucal (Pérez et al., 2020).

2.4.2 Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente

La Clínica de Odontología Pediátrica y del adolescente, creada en el año 1996 gracias al esfuerzo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso y del Gobierno Vasco, se ha consolidado como un Centro de Atención de Odontología Infantil de primer nivel destinado a escolares de menores recursos preferentemente.

Otorga atención en las diferentes etapas del desarrollo en niños, niñas y adolescentes, incluyendo a aquellos que presentan necesidades especiales en salud, con énfasis en el manejo de la caries de la temprana infancia y la resolución de urgencias en traumatismos dentoalveolares.

La clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente actúa como una unidad docente asistencial de alta complejidad, que en tiempos previos a la pandemia por COVID-19 brindaba alrededor de siete mil prestaciones por año a una población de 1.600 jóvenes menores de 18 años de la Región de Valparaíso - y también de otras regiones del país-, que a pesar de la gravedad de sus lesiones no logran ser asistidos por el sistema de salud.

De acuerdo con lo anterior, la institución donde se desarrolló el presente proyecto de investigación es un centro de atención odontológico especializado de alta complejidad para niños y niñas, con énfasis en el manejo de la caries temprana de la infancia y que debido a la pandemia por COVID-19 durante los años 2021-2022 tuvo una reducción del 75% de las atenciones odontológicas presenciales.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Analizar la relación entre la frecuencia de la caries temprana de la infancia y la autopercepción de las competencias parentales a través de la “Escala de Parentalidad Positiva E2P” en niños y niñas atendidos en la Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso entre los años 2021-2022.

3.2 Objetivos Específicos

Establecer la frecuencia de la caries temprana de la infancia de niños y niñas atendidos en la Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso entre los años 2021-2022, utilizando el criterio OMS-modificado (que considera lesiones de caries).

Evaluar las competencias parentales desde la autopercepción de las madres/padres y/o cuidadores de los niños y niñas atendidos en la Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso entre los años 2021-2022.

Analizar la relación entre la autopercepción de las competencias parentales y las características sociodemográficas de las madres/padres o cuidadores.

4. MATERIALES Y MÉTODO

4.1 Diseño de estudio

La presente investigación científica corresponde a un estudio de tipo observacional descriptivo de corte transversal. Se utilizó una metodología cuantitativa de tipo correlacional para la evaluación de las variables, ya que se busca analizar la relación entre la frecuencia de caries temprana de la infancia en niños menores de 6 años atendidos en la Clínica Odontológica Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso y su relación con las competencias parentales a través de la aplicación de una encuesta estructurada a sus madres/padres o cuidadores.

4.2 Población

El universo corresponde a todos los niños y niñas menores de 6 años con diagnóstico de caries temprana de la infancia que se atendieron en la Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso desde enero del año 2021 hasta mayo del año 2022.

Para poder acceder a este universo de investigación, se realizó una búsqueda en la base de datos de la Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso, cuyo número total correspondió a 97 niños y niñas.

4.3 Elegibilidad

4.3.1 Criterios de inclusión: niños y niñas menores de 6 años al momento del ingreso a la atención odontológica con diagnóstico de caries temprana de la infancia y cuyos padres/madres o cuidadores aceptaron participar de la investigación a través de un consentimiento informado (Anexo 1) y contestaron la encuesta “Escala de Parentalidad Positiva E2P V.2”.

4.3.2 Criterios de exclusión: niños y niñas menores de 6 años que al tercer intento de contacto telefónico no hubo respuesta y los padres/madres o cuidadores que a pesar de manifestar su interés en participar telefónicamente no aceptaron el consentimiento informado para participar de la investigación.

De acuerdo con lo anterior, la muestra quedó conformada por un total de 53 participantes.

4.4 Comité de Ética

El presente proyecto de investigación cuenta con aprobación del Comité de Ética Científica de la Universidad de Valparaíso, con fecha 21 de noviembre 2022. (Anexo 2)

4.5 Recolección de datos

Se realizó una búsqueda en la base de datos de la Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso para obtener el universo de los niños y niñas menores de 6 años con diagnóstico de caries temprana de la infancia atendidos entre enero del año 2021 y marzo del año 2022. La Dirección Clínica designó a una persona del ámbito de la administración que proveyó la fotocopia de la hoja del dentograma anonimizado (Anexo 3) a la investigadora principal para verificar que se cumplieran con los criterios clínicos de inclusión. Dado esto, la investigadora sólo tuvo acceso a la fotocopia de la hoja del dentograma sin la identificación del paciente, a la cual se le asignó un número de identificación para así garantizar la anonimización de los datos.

Desde la administración se contactó telefónicamente a todas las madres/padres o cuidadores para invitarlos a participar del estudio, junto con explicarles el propósito y el procedimiento de la investigación. Los padres que manifestaron su interés en participar, se les envió de forma telemática (vía correo electrónico y/o WhatsApp) un enlace a la aplicación web de Formularios de Google con el consentimiento informado que debían aceptar, los datos sociodemográficos que debían completar (edad, género, escolaridad y estado civil) y la encuesta Escala de Parentalidad Positiva E2P V.2 que debieron responder.

La información recopilada del Formulario de Google se ingresó automáticamente en una hoja de cálculo web, para luego exportar los datos a una hoja de Microsoft Excel, donde la persona del ámbito de la administración se encargó de anonimizar a los padres asignándole el mismo número de identificación de su hijo. La hoja de Microsoft Excel anonimizada fue entregada a la investigadora principal. De esta forma se generó la base de datos anonimizada, que correlaciona la frecuencia de CTI (obtenida de los registros clínicos extraídos manualmente de la hoja del dentograma la cual registra el índice ceo-d según el criterio OMS modificado) y los resultados de las respuestas de la encuesta E2P. Todo registro no permite la identificación del paciente, por tratarse de datos estadísticos y clínicos.

Toda información que recolectó durante esta investigación se mantiene estrictamente confidencial. El registro de los datos es reservado y tienen acceso a ellos sólo los investigadores. La investigadora

principal resguardó los datos en la oficina de la Dirección Clínica donde se almacenó todo documento de esta investigación. Todo material electrónico fue debidamente almacenado y respaldado en los equipos computacionales con contraseña de la investigadora.

Se solicitó previamente la autorización para el uso del instrumento “Escala de Parentalidad Positiva E2P V.2” a los autores para la inclusión en el presente proyecto de investigación, la que fue aceptada por el autor principal (Anexo 4).

4.6 Instrumento aplicado

La evaluación de las competencias parentales se realizó a través de la aplicación de la Escala de parentalidad positiva E2P v.2. El cuestionario es fácil de responder y toma entre 15 a 20 minutos. Si un padre/madre o cuidador tienen más de un hijo, se aplicará una encuesta por cada uno de ellos. Los padres/madre o cuidadores responderán 60 afirmaciones sobre prácticas cotidianas de crianza de acuerdo a la edad del niño:

- Ítem 1 al 15 corresponde al área de Competencias Parentales Vinculares
- Ítem 16 al 30 corresponde al área de Competencias Parentales Formativas
- Ítem 31 al 45 corresponde al área de Competencias Parentales Protectoras
- Ítem 46 al 60 corresponde al área de Competencias Parentales Reflexivas

Frente a cada afirmación, la persona debe reflexionar pensando en los últimos tres meses y auto-evaluarse respecto al grado de frecuencia con que realiza cada una de esas prácticas de crianza con un hijo/a en particular, en una escala Likert de cinco opciones: nunca (0 puntos), casi nunca (1 punto), a veces (2 puntos), casi siempre (3 puntos) y siempre (4 puntos). Por ello, la dirección de las respuestas es una sola: a mayor frecuencia, mayor puntaje, y a mayor puntaje se considera un escenario más favorable para los niños y niñas del sistema familiar evaluado.

Las versiones completas de la Escala de Parentalidad Positiva E2P V.2 según rango etario se adjuntan el Anexo 5 “Versiones Escala de Parentalidad Positiva por edad”:

Una vez asignados los puntajes a cada afirmación, se suman por cada competencia parental, contando finalmente con cuatro puntajes en cada área evaluada. Los puntajes obtenidos en cada una de las áreas se clasifican en deciles y se asignan a una de las tres categorías: los puntajes desde el mínimo al tercer decil corresponden a la Zona de Baja Frecuencia; los puntajes sobre el tercer decil y hasta el quinto decil,

corresponden a la Zona de Frecuencia Intermedia y los puntajes sobre el quinto decil hasta el máximo corresponden a la Zona de Alta Frecuencia. La categorización para cada dimensión y puntaje total de la escala se observan en el Anexo 6 “Tablas de Interpretación por Edad”.

De esta manera, la encuesta genera frecuencias de parentalidad positiva que construirán un “Perfil de competencias parentales” con estas cuatro categorías, siguiendo el siguiente protocolo de interpretación:

- Zona de riesgo: si el perfil contiene 2 o más áreas ubicadas en “Baja Frecuencia”, entonces se considera que las competencias parentales están en zona de riesgo y se recomienda indicar intervención especializada (ej., video-feedback, psicoterapia infanto-parental, terapia familiar, etc.). Un caso especial es si las competencias vinculares están en baja frecuencia; en este caso, aunque sólo esta área esté en baja frecuencia, se considera igualmente en riesgo.
- Zona de monitoreo: si el perfil contiene sólo 1 área (distinta de competencias vinculares) ubicada en “Baja Frecuencia”, entonces se considera en zona de monitoreo o acompañamiento preventivo, y debiese ofrecerse consejería, psicoeducación o talleres de competencias parentales sumado a una nueva evaluación en un periodo máximo de 6 meses. Si ninguna área está en Baja Frecuencia, pero hay dos o más en frecuencia intermedia, se considera de la misma forma Zona de Monitoreo o Acompañamiento Preventivo y se toman las mismas medidas o recomendaciones.
- Zona óptima: si ninguna área está en Baja Frecuencia y 3 o más están en Alta Frecuencia, se considera en Zona Óptima y se refuerza positivamente, sin mayor intervención.

4.7 Medidas de protección adoptadas

El resultado individual de la encuesta fue informado a cada uno de los participantes de forma telemática (Vía correo electrónico y/o WhatsApp).

Si los padres/madres o cuidadores de los niños y niñas fueron identificados como casos de riesgo durante la investigación, es decir, si el resultado del perfil de competencias parentales se encontraba en “Zona de Riesgo” o “Zona de Monitoreo”, se adoptaron las medidas de protección detallados en el Plan de minimización de riesgos (Anexo 7). En donde el participante tuvo derecho a ser derivado para ser atendido en el Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Valparaíso y recibir atención psicológica entre los meses de marzo y diciembre del año 2023. Se adjunta carta de compromiso de la unidad de derivación (Anexo 8).

4.8 Variables

Para comprender las variable de este estudio, se especificará por medio de su operacionalización que se utilizará para su medición (Tabla 2).

Tabla 2: Definición Operacional Variables Independientes

Variable	Tipo	Definición operacional	Indicadores
Edad del niño/a	Cuantitativa discreta	Años cumplidos a la fecha del examen oral.	Valores: desde 0 años hasta 5 años.
Sexo del niño/a	Cualitativa nominal dicotómica	Sexo biológico o asignado al nacer.	Femenino Masculino
Frecuencia CTI	Cuantitativa discreta	Todo diente temporal con presencia de una o más superficies cariadas (lesión o cavitación), perdido (o con indicación de extracción) u obturada debido a caries.	Índice ceod. Valores: desde 0 hasta 20.
Relación con el niño	Cualitativa nominal	Lazo consanguíneo o no consanguíneo que une al cuidador principal con el niño	Padre Madre Abuelo/a Otro familiar Cuidador no familiar
Edad del cuidador/a	Cuantitativa discreta	Años cumplidos al momento de contestar la E2P.	Valores: desde 18 años hasta 99 años.
Género del cuidador/a	Cualitativa nominal	Lo que la persona siente que es.	Femenino Masculino Otro
Escolaridad del cuidador	Cualitativa ordinal	Nivel de escolaridad alcanzado el momento de contestar la E2P	Sin escolaridad Básica Media Técnico Superior Universitaria
Estado Civil del cuidador	Cualitativa nominal	Atributo jurídico del individuo asociado a sus relaciones de familia que le confiere e impone determinados derechos y obligaciones civiles.	Soltero/a Casado/a Divorciado/a, Viudo/a
Competencias parentales del cuidador	Cualitativa ordinal	A través de la Escala de parentalidad positiva E2P V.2	Zona de riesgo Zona de monitoreo Zona óptima Los detalles de clasificación están descritos en el ítem 4.5

4.9 Análisis estadístico

Se confeccionó una base de datos anonimizada en Microsoft Excel. En este mismo programa se aplicaron métodos de estadística descriptiva.

5. RESULTADOS

Al describir los resultados se utilizará el término cuidador/a para definir al adulto familiar o no familiar que ejerce el cuidado principal del niño/niña.

Entre los meses de enero del año 2021 a mayo del año 2022, se atendieron un total de 128 niños y niñas menores de 6 años en la Clínica de Odontología Pediátrica de la Universidad de Valparaíso.

De un universo de 97 niños y niñas con diagnóstico de CTI, se logró contactar telefónicamente a 77 cuidadores, de los cuales 76 manifestaron su interés en participar. De ellos 53 aceptaron el consentimiento informado y contestaron la encuesta E2P V.2, los cuales fueron incluidos en la presente investigación (tasa de respuesta positiva del 68,83%) (Fig. 1).

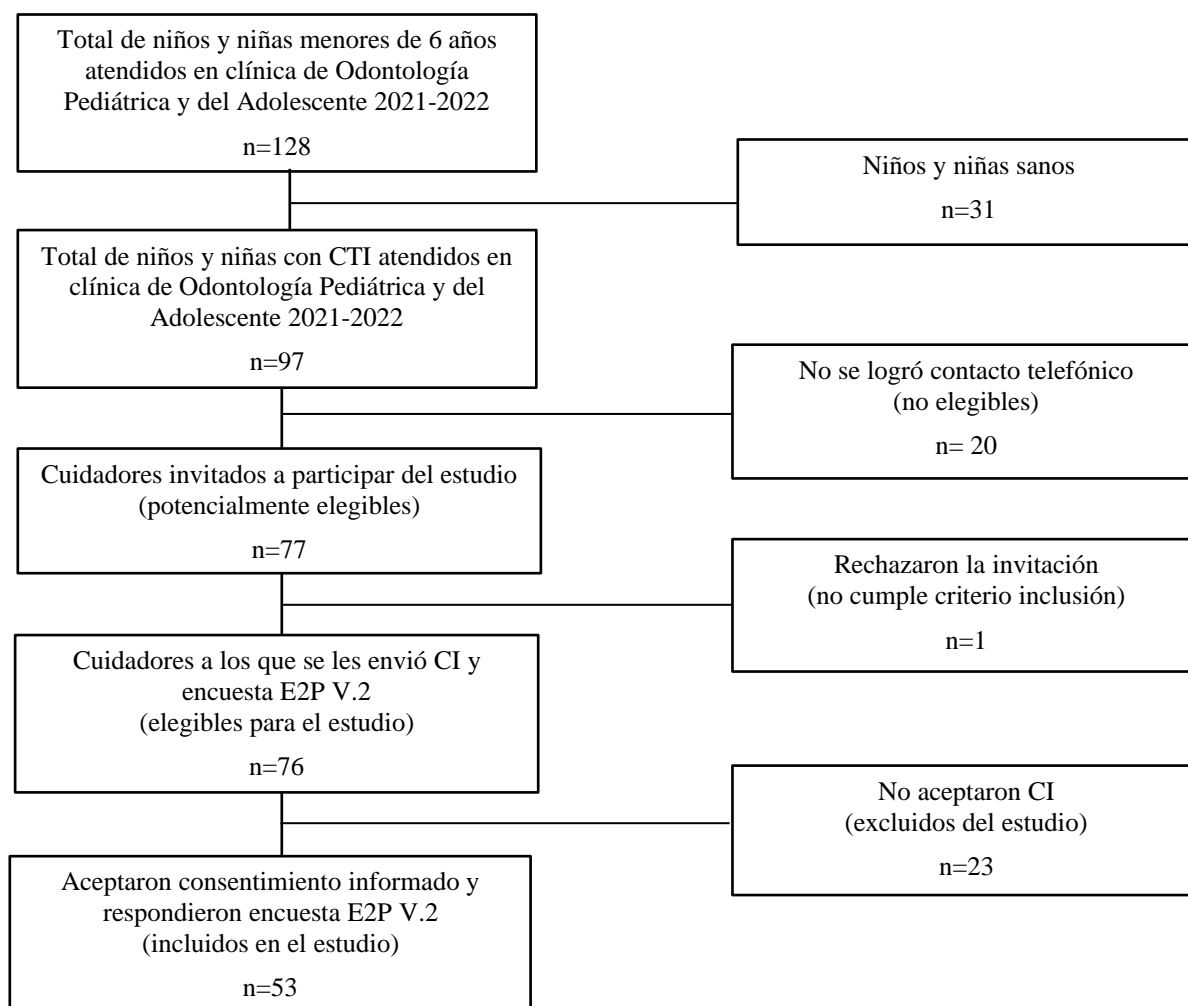


Figura 1: Diagrama de flujo sujetos incluidos en el estudio

5.1 Caracterización de la muestra

La muestra quedó conformada por un total de 53 diadas cuidador(a)/niño(a).

En relación con los niños y niñas, predominó el sexo masculino con un 66,04% (n=35) por sobre el femenino con un 33,96% (n=18). La edad de ingreso a la atención odontológica estuvo en el rango de 1 a 5 años, con una edad promedio de 4 años.

El grupo de niños de 1 año correspondió al 3,77% (n=2) de la muestra total, siendo el grupo de menor tamaño; el grupo de 2 años correspondió a un 11,32% (n=6); el grupo de 3 años a un 9,43% (n=5); el grupo de 4 años a un 32,08% (n=17) y el grupo de mayor tamaño correspondió al de 5 años con un 43,40% (n=23) (Tabla 3).

Tabla 3: Distribución por edad según sexo

Edad (años)	Sexo		Total	%
	Masculino	Femenino		
1	1	1	2	3,77%
2	3	3	6	11,32%
3	2	3	5	9,43%
4	4	13	17	32,08%
5	8	15	23	43,40%
Total	18	35	53	
% Total	66,04%	33,96%		100%

En relación con los cuidadores que respondieron la encuesta, en su mayoría fueron las madres con un 96,23% (n=51) y en sólo 2 casos (3,77%) fue la abuela, no hubo participación de padres u otro tipo de cuidador en la muestra. La edad promedio de las cuidadoras fue de 34,9 años, con un rango de entre 22 a 56 años de edad. En cuanto al nivel de escolaridad, todos reportaron algún grado de escolaridad, alrededor de la mitad informó tener estudios universitarios (47,17%; n=25), seguido de estudios de enseñanza media con un 26,42% (n=14), técnico de nivel superior con un 22,64% (n=12) y en 2 casos (3,77%) educación básica. Referente al estado civil un 54,72% (n=29) declaró estar soltera, un 39,62% (n=21) casada y un 5,66% (n=3) divorciada, no hubo reporte de viudez. (Tabla 4).

Tabla 4: Características sociodemográficas de los padres

Características sociodemográficas	Rango/categoría	n	%
Relación con el niño	Madre	51	96,23
	Padre	0	0
	Abuela	2	3,77
	Otro familiar	0	0
	Cuidador no familiar	0	0
Edad en años (media)	22-56	34,9	
Nivel educacional	Sin escolaridad	0	0
	Básica	2	3,77
	Media	14	26,42
	Técnico superior	12	22,64
	Universitaria	25	47,17
Estado civil	Soltera	29	54,72
	Casada	21	39,62
	Divorciada	3	5,66
	Viuda	0	0

5.2 Relación entre la frecuencia de la caries temprana de la infancia y la autopercepción de las competencias parentales de la muestra

5.2.1 Frecuencia de la caries temprana de la infancia según el criterio OMS modificado y el perfil de competencias parentales

La encuesta E2P genera frecuencias de parentalidad positiva que construyen un “Perfil de competencias parentales”, clasificándolo en 3 categorías: Zona de riesgo, Zona de Monitoreo y Zona óptima.

Si evaluamos a nivel general el ceod promedio con el perfil de competencias parentales, observamos que para el caso del perfil zona de riesgo, que correspondieron a 18 cuidadores, se obtuvo un ceod promedio de 7,50; para el caso del perfil zona de monitoreo, correspondiente a 18 cuidadores, el ceod promedio fue 6,78; por último, en el caso del perfil zona óptima, que correspondieron a 17 cuidadores, el valor ceod promedio fue 5,65. El valor promedio ceod obtenido en esta muestra fue 6,66. (Tabla 5). Es decir, a menor nivel de desarrollo de competencias parentales del cuidador, mayor es el valor promedio de ceod del niño/a.

Tabla 5: Experiencia de caries según perfil de competencias parentales

	Zona de Riesgo	Zona de Monitoreo	Zona Óptima	Total
ceod, media	7,50	6,78	5,65	6,66

Para efecto de los análisis, se categorizaron los niños en dos grupos, de acuerdo con la experiencia de caries: ceod: 1-5 o ceod: ≥ 6 . Los valores de corte se basaron en puntajes propuestos previamente en otros estudios (Hallett and O'Rourke, 2006, Abanto et al., 2011, Abanto et al., 2012).

Como se aprecia en la Tabla 6 los grupos quedaron distribuidos de manera casi uniforme, el 49,06% correspondió al grupo de ceod: 1-5 (n=26) y el 50,94% al grupo ceod: ≥ 6 (n=27). Cuando se analizaron los datos según esta categoría, observamos que en ambos grupos la mayoría de sus cuidadores se encuentran en el perfil zona de riesgo y monitoreo frente a un perfil de zona óptima, siendo este porcentaje mayor en el grupo ceod: ≥ 6 en comparación con los niños de ceod: 1-5 (81,48% y 53,85, respectivamente). Lo que vuelve a reflejar que a menor nivel de desarrollo de competencias parentales aumenta la experiencia de caries de los niños/as.

Tabla 6: Distribución experiencia de caries según perfil de competencias parentales

ceod	Perfil competencias parentales						Total	
	Zona de Riesgo		Zona de Monitoreo		Zona Óptima			
	n	%	n	%	n	%	n	%
1-5	5	19,23	9	34,62	12	46,15	26	49,06
≥ 6	13	48,15	9	33,33	5	18,52	27	50,94

5.2.2 Frecuencia de la caries temprana de la infancia según el criterio OMS modificado y el área de competencia parental

En la evaluación a nivel general del ceod promedio por área de competencia parental, observamos que en cada una de ellas el valor ceod promedio más alto se encuentra en zonas de frecuencia baja o intermedia. El valor ceod promedio más alto se encontró en el área protectora con un 8,42, seguida del área formativa con un ceod promedio de 8,29, luego por el área vincular con un ceod promedio de 7,92 y finalmente en el área reflexiva con un ceod promedio de 7,41. Por el contrario, se observa que el ceod

promedio más bajo que se encuentra en zonas de alta frecuencia de las competencias vinculares, formativas y reflexivas, excepto para la competencia protectora que lo registró en la zona de baja frecuencia, ver Tabla 7.

Tabla 7: Experiencia de caries según área de competencia parental

Área competencia parental	ceod		
	Frecuencia Baja	Frecuencia Intermedia	Frecuencia Alta
Vincular	6,91	7,92	6,07
Formativa	8,29	7,50	5,82
Protectora	5,93	8,42	6,27
Reflexiva	6,75	7,41	5,95

La tabla 8 muestra los resultados por grupo. En los niños con ceod: 1-5 la mayoría de sus cuidadores se ubicaron en zonas de alta frecuencia en tres de las áreas, puntuando el área formativa en 73,08%, seguida por el área vincular con 65,38% y luego el área protectora con un 61,54%; sólo en el área reflexiva hubo un porcentaje mayor de cuidadores en zonas de frecuencia baja e intermedia (61,54%). En cambio, para los niños con ceod: ≥ 6 la mayoría de sus cuidadores se ubicaron en zonas de frecuencia baja e intermedia en tres de las áreas, predominando las áreas protectoras y reflexivas con un 62,96%, seguida por el área vincular 51,85%; sólo en el área formativa, un poco más de la mitad de sus cuidadores, se encontraron en zona de alta frecuencia (51,85%).

Tabla 8: Distribución experiencia de caries según área de competencia parental (B: Baja frecuencia. I: Frecuencia Intermedia, A: Alta Frecuencia)

Área competencia parental		ceod	
		1-5	≥6
Vincular	B	4 (15,38)	7 (25,93)
	I	5 (19,23)	7 (25,93)
	A	17 (65,38)	13 (48,15)
Formativa	B	4 (15,38)	10 (37,04)
	I	3 (11,54)	3 (11,11)
	A	19 (73,08)	14 (51,85)
Protectora	B	6 (23,08)	9 (33,33)
	I	4 (15,38)	8 (29,63)
	A	16 (61,54)	10 (37,04)
Reflexiva	B	7 (26,92)	9 (33,33)
	I	9 (34,62)	8 (29,63)
	A	10 (38,46)	10 (37,04)

5.3 Frecuencia de caries temprana de la infancia según criterio OMS modificado de la muestra en estudio

El valor promedio ceod obtenido en este estudio fue 6,66, con un rango entre 1 y 16. La distribución de acuerdo al sexo arrojó un ceod mayor en los niños (ceod=7,31) frente a las niñas (ceod=5,39). Si clasificamos los resultados por edad, podemos observar que el grupo de 1 año registró el ceod más bajo con un valor de 5,00; el grupo de los 2 años presentó el ceod más alto con un valor de 8,83; en el grupo de 3 años correspondió a 7,40; en el grupo de 4 años fue 5,24 y en el grupo de 5 años correspondió a 7,13. El detalle de la experiencia de caries en los niños estudiados por edad según sexo se representa en la Tabla 9.

Tabla 9: Experiencia de caries por edad según sexo

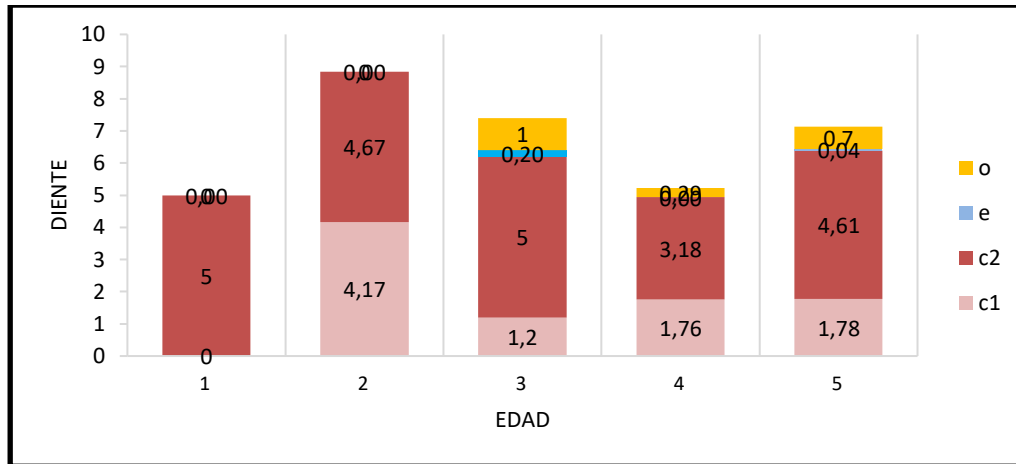
Edad (años)	ceod		ceod
	M	F	
1	4,00	6,00	5,00
2	10,33	7,33	8,83
3	10,33	3,00	7,40
4	5,38	4,75	5,24
5	8,00	5,50	7,13
Total	7,31	5,39	6,66

En la tabla 10 se detalla cada componente del índice ceod de acuerdo a la edad y sexo. En todos los grupos etarios y en ambos sexos el componente lesiones cavitadas arrojó el valor más alto, seguido del componente lesiones no cavitadas, luego por el componente obturado y por último el componente extraído (Gráfico 1). La media para el componente lesiones cavitadas fue 4,21; para el componente lesiones no cavitadas fue 1,92, para el componente obturado fue 0,49 y para el componente extraído 0,04.

Tabla 10: Composición del índice ceo(d) por edad y sexo

Variable	Categoría	ceod	lesión no cavitada (c1)	lesión cavitada (c2)	extraído (e)	obturado (o)
Edad (años)	1	5,00	0,00	5,00	0,00	0,00
	2	8,83	4,17	4,67	0,00	0,00
	3	7,40	1,20	5,00	0,20	1,00
	4	5,24	1,76	3,18	0,00	0,29
	5	7,13	1,78	4,61	0,04	0,70
Sexo	Masculino	7,31	2,00	4,69	0,06	0,57
	Femenino	5,39	1,78	3,28	0,00	0,33
Total		6,66	1,92	4,21	0,04	0,49

Gráfico 1: Composición del índice ceo(d) según edad.
 (c1=lesión no cavitada, c2=lesión cavitada, e=extraído, o=obturado)



5.3.1 Frecuencia de caries temprana de la infancia según las características sociodemográficas de los cuidadores

Con respecto a las características sociodemográficas de los cuidadores, los resultados arrojaron que los niños al cuidado de las madres presentan un ceod promedio más alto frente al cuidado por parte de la abuela (10,50 v/s 6,51, respectivamente). Además, si las cuidadoras tenían sobre 40 años los niños presentan un ceod promedio más alto (7,36). En cuanto al nivel de escolaridad, los niños presentaron un ceod promedio más alto si sus cuidadoras tenían estudios de enseñanza básica y media (8,00 y 8,29, respectivamente) frente a cuidadoras con estudios universitarios y técnico nivel superior. Referente al estado civil el ceod promedio más alto se registró en las cuidadoras divorciadas (8,00), ver Tabla 11.

Tabla 11: Experiencia de caries por características sociodemográficas de los padres

Características sociodemográficas	Rango/categoría	ceod
Relación con el niño	Madre	10,50
	Abuela	6,51
Edad en años	22-29	6,23
	30-39	6,50
	<40	7,36
Nivel educacional	Básica	8,00
	Media	8,29
	Técnico superior	6,25
	Universitaria	5,84
Estado civil	Soltera	6,34
	Casada	6,90
	Divorciada	8,00

5.4 Evaluación de la autopercepción de las competencias parentales

La evaluación de la autopercepción de las competencias parentales se obtuvo mediante el puntaje obtenido de la encuesta E2P aplicado a los cuidadores (Escala Likert de 0 a 4 puntos). Se suman los puntajes por cada área evaluada (vincular, formativa, protectora, reflexiva) obteniendo cuatro puntajes que van de 0 a 60 que clasifican en deciles y se asignan a una de las tres categorías: Zona de Baja Frecuencia; Zona de Frecuencia Intermedia o Zona de Alta Frecuencia. Finalmente, de acuerdo con un protocolo de interpretación se construyó el “Perfil de competencias parentales”, clasificándolo en 3 categorías: Zona de riesgo, Zona de Monitoreo y Zona óptima, lo que se detallará a continuación.

5.4.1 Evaluación de la autopercepción de las competencias parentales por área

De acuerdo con los datos registrados en la Tabla 12, se observaron los siguientes resultados en cada una de las áreas de competencias parentales:

Tabla 12: Competencia parental por área

Área competencia parental	Zona de Frecuencia					
	Baja		Intermedia		Alta	
	n	%	n	%	n	%
Vincular	11	20,75	12	22,64	30	56,60
Formativa	14	26,42	6	11,32	33	62,26
Protectora	15	28,30	12	22,64	26	49,06
Reflexiva	16	30,19	17	32,08	20	37,74

En relación con las competencias parentales vinculares, el 56,60% se encuentra en una zona de alta frecuencia, es decir, más de la mitad de los cuidadores evalúa que tiene un alto nivel conocimiento, actitudes y prácticas cotidianas de crianza dirigidas a promover estilos de apego seguro y un adecuado desarrollo socioemocional de sus hijos.

La competencia parental formativa, registró el mayor porcentaje de cuidadores en la zona de alta frecuencia (62,26%), es decir, que ellos perciben que favorecen el desarrollo, aprendizaje y socialización de sus hijos de forma óptima.

En el área de competencia parental protectora, un poco más de la mitad (50,94%) de cuidadores se encuentra en zona de frecuencia baja e intermedia, lo que quiere decir, que ellos presentan dificultades en el cuidado y protección de sus hijos, lo que podría generar de alguna manera vulneración de derechos.

El área de competencia parental reflexiva obtuvo el mayor porcentaje (62,26%) de cuidadores en la zona de frecuencia baja e intermedia, es decir, ellos perciben dificultades para pensar acerca de las influencias de la propia parentalidad, analizar las prácticas parentales actuales y evaluar el proceso de desarrollo de los hijos.

5.4.2 Evaluación de la autopercepción de las competencias parentales según el perfil

Aplicando el protocolo de interpretación a los tres perfiles de competencias parentales de la E2P, nos encontramos con los resultados que se registran en la Tabla 13.

Tabla 13: Perfil de competencia parental

	Zona de Riesgo	Zona de Monitoreo	Zona Óptima	Total
Total	18	18	17	53
% Total	33,96	33,96	32,08	100

Del total de la muestra, los tres perfiles de competencias parentales quedaron distribuidos de manera casi uniforme, 17 cuidadores arrojaron un perfil de zona óptima (32,08%), 18 cuidadores obtuvieron un perfil de zona de monitoreo (33,96%) y 18 cuidadores un perfil de zona de riesgo (33,96%). Esto refleja que tan sólo un tercio de los cuidadores tienen un nivel alto de desarrollo de competencias parentales frente al 67,92% de los cuidadores en que sus competencias parentales se encuentran descendidas.

5.4.3 Evaluación de la autopercepción de las competencias parentales según las características sociodemográficas de los cuidadores.

Con respecto a las características sociodemográficas de los cuidadores, los resultados arrojaron que no existe una relación evidente entre el nivel de desarrollo de las competencias parentales y las variables sociodemográficas analizadas, ver Tabla 14.

Tabla 14: Perfil de competencias parentales según características sociodemográficas de los cuidadores

Características sociodemográficas	Rango/categoría	Perfil competencias parentales						Total n
		Zona de Riesgo		Zona de Monitoreo		Zona Óptima		
		n	%	n	%	n	%	
Relación con el niño	Madre	17	33,33	16	31,37	18	35,29	51
	Abuela	1	50,00	0	00,00	1	50,00	2
Edad en años	22-29	5	38,46	2	15,38	6	46,15	13
	30-39	8	30,77	11	42,31	7	26,92	26
	<40	5	35,71	5	35,71	4	28,57	14
Nivel educacional	Básica	1	50,00	1	50,00	0	00,00	2
	Media	6	42,86	3	21,43	5	35,71	14
	Técnico superior	4	33,33	4	33,33	4	33,33	12
	Universitaria	7	28,00	10	40,00	8	32,00	25
Estado civil	Soltera	9	31,03	11	37,93	9	31,03	29
	Casada	8	38,10	6	28,57	7	33,33	21
	Divorciada	1	33,33	1	33,33	1	33,33	3

6. DISCUSIÓN

Parece posible que exista una relación potencial entre las competencias parentales y la caries temprana de la infancia, debido principalmente a que los factores de riesgo de conducta (hábitos dietéticos y de higiene bucal) están determinados en gran medida por las prácticas de crianza durante el período de desarrollo del niño, que son parte de la responsabilidad del cuidador. A partir de estos antecedentes surgió la idea de estudiar de forma integral esta asociación y diseñar este proyecto enmarcado en un tipo de investigación exploratoria-descriptiva.

Hasta la fecha no existen estudios que aborden esta temática. Algunas líneas de investigación sobre factores de riesgo psicosociales a nivel de la familia han encontrado asociaciones con el desarrollo de CTI, como el estudio de Rai & Tiwari en el 2018 que abordó la educación, el conocimiento y comportamiento de salud bucal, creencias y actitudes de los padres (Rai and Tiwari, 2018); Gavic et al., en el 2018 abordó las variables de salud mental de los padres como la ansiedad, depresión y estrés (Gavic et al., 2018) y Law en el 2007, que investigó la influencia de los estilos de crianza (Law, 2007); pero estos estudios tampoco han considerado la incidencia potencial que tienen las características sociodemográficas en las capacidades de los cuidadores.

En relación con lo anterior, los hallazgos presentados aquí brindan una primera apreciación valorativa de cómo la autopercepción de las competencias parentales y las características sociodemográficas de los cuidadores pueden influir en el desarrollo de la caries temprana de la infancia en sus hijos.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente proyecto de investigación, sí se encontró una relación descriptiva entre la frecuencia de la CTI y la autopercepción de las competencias parentales en la muestra en estudio.

Respecto a la muestra, considerando su tamaño y teniendo en cuenta que todos los niños tenían diagnóstico de caries temprana de la infancia, los resultados de la investigación no pueden ser considerados como representativos de la realidad local o nacional. En cuanto a las características de la muestra, hay algunos puntos que vale la pena discutir. Primero, la marcada presencia de las madres (96,23%), esto concuerda con los resultados del estudio sobre la participación de los padres en el sistema público de salud de Chile, que demuestran que más allá de los avances y cambios en las configuraciones de roles familiares y del creciente interés de los hombres por participar en la crianza, aún siguen siendo las madres las usuarias principales y las que tienen la responsabilidad prioritaria o exclusiva sobre el cuidado de la salud de sus hijos/as (Aguayo et al., 2012). Otra característica que se debe tener en cuenta al analizar los resultados es la predominancia de participantes con un alto nivel de escolaridad; los

cuidadores señalaron en un 47.17% tener estudios universitarios, lo que está muy por encima del porcentaje nacional que de acuerdo con el último CENSO del año 2017 es de un 29,8% (INE, 2018), como resultado de lo anterior hay que tener cautela al interpretar los resultados ya que la escolaridad y el ingreso económico mensual han mostraron tener una incidencia estadísticamente significativa en el nivel de desarrollo de competencias parentales (González, 2013-12).

Los datos descriptivos encontrados para las competencias parentales arrojaron que un 67,92% de los cuidadores tenían sus competencias parentales descendidas, lo que hablan de padres que evalúan negativamente sus habilidades parentales, lo que era esperable en una muestra con un alto nivel de complejidad y severo daño oral.

Al respecto pudo observarse que entre más negativas eran las prácticas de crianza reportadas por los cuidadores, mayor era la experiencia de caries en el niño, e inversamente, entre más conductas de alta calidad en la parentalidad, menor era experiencia de caries observadas en el niño (índice ceo promedio 7,50 v/s 5,65). Ante este hallazgo se puede inferir que los comportamientos relacionados con la salud en los niños y, en este caso, con la experiencia de caries en ellos, están influenciados por el nivel de desarrollo de las competencias parentales de sus cuidadores.

Al realizar un análisis de los resultados por área de competencia parental, y entendiendo la zona de alta frecuencia como la estabilidad de los cuidadores para concretar las conductas positivas relativas a los procesos de crianza establecidos por cada área (Zuza et al., 2018); los datos muestran que más del 50% de los padres se encuentran en zona de alta frecuencia para las competencias vinculares y formativas (56,60% y 62,26%, respectivamente), es decir, cuentan con herramientas necesarias y adecuadas para responder al cuidado socioemocional y cognitivo de sus hijos empleando prácticas de crianza positivas, sin embargo, menos del 50% de los cuidadores se encuentran en zonas de alta frecuencia para las competencias protectoras y reflexivas (49,06% y 37,74%, respectivamente), lo que indica que a pesar del interés en la formación de sus hijos, hay una escasez de conciencia en relación a su cuidado y a su propia salud mental.

Continuando con el análisis por área de competencia parental y relacionándolo con la experiencia de caries, en función de los resultados, se evidencia que los cuidadores que tenían menos desarrolladas sus competencias vinculares, formativas y protectoras, tenían hijos e hijas con más experiencia de caries. En cambio, para las competencias reflexivas se encontró que independientemente del desarrollo de las competencias parentales la experiencia de caries fue casi similar.

Estos resultados nos permiten un acercamiento a la identificación de las competencias parentales en sus diferentes áreas en lo que respecta a la caries temprana de la infancia y en base a esta relación se identificaron variaciones importantes en cada una de las áreas, las que se analizan a continuación.

En cuanto a las competencias vinculares el estudio reveló que los cuidadores con un menor desarrollo de sus competencias parentales tenían niños con mayor frecuencia de caries. Dichos resultados destacan que los padres que no promueven un estilo de apego seguro ni garantizan un adecuado desarrollo socioemocional de sus hijos, van a tener prácticas de crianza que influirán en el desarrollo de la CTI. Esto se puede relacionar con que si existe poca sensibilidad parental (habilidad para tomar conciencia, interpretar y responder de forma adecuada a la necesidades de los niños) y poca presencia cotidiana por parte de los cuidadores con el niño, los cuidadores no son capaces de interpretar el comportamiento de su hijo (Gómez and Contreras, 2019), por lo tanto, pueden no prestar atención a las señales de dolor del niño ni responder de manera pertinente para aliviar su sufrimiento, transmitiendo así que sus señales de pedido de cuidados son inefectivas o contraproducentes (Marrone, 2001). Esta competencia considera la importancia de que los cuidadores brinden una respuesta oportuna y adecuada frente a cualquier situación negativa que puedan estar atravesando sus hijos/as, contribuyendo así a la regulación del estrés y sufrimiento (Gómez and Contreras, 2019).

Las competencias formativas a pesar de registrar el mayor porcentaje de cuidadores con habilidades óptimas, marcó una tendencia similar a las competencias vinculares, es decir, cuidadores con un menor desarrollo de sus competencias parentales tenían niños con mayor frecuencia de caries. Estos resultados se pueden entender, si se considera que las competencias formativas están relacionadas con prácticas orientadas a favorecer el desarrollo, aprendizaje y socialización en los niños, las que incluyen una variedad de estrategias que usan los padres para estructurar el entorno del niño, conducir a su autonomía progresiva y definir normas y hábitos mediante una disciplina positiva (Gómez and Muñoz, 2014). En este sentido, si los cuidadores no logran una participación en el proceso formativo del niño, no lograrán estimular ni generar las oportunidades para que el niño imite y aprenda normas para poder formar hábitos. Esta competencia considera la importancia de que uno de los pilares fundamentales en la formación de los niños es la participación activa de los cuidadores; pues todo lo que aprenden de la familia conformarán su estilo de vida a través de los hábitos y comportamientos adquiridos (Merchán et al., 2021).

En cuanto a las competencias protectoras, se encontró el ceod promedio más alto de todas las áreas y la tendencia observada fue similar a las dos anteriores, pero más marcada, es decir, cuidadores con competencias protectoras inadecuadas tenían niños con mayor frecuencia de caries. Dichos resultados

destacan que los padres que presentan dificultades para cuidar y proteger adecuadamente a sus hijos van a tener prácticas de crianza que influirán en el desarrollo de la CTI. Estos resultados son interesantes de analizar y se pueden explicar analizando tres de los componentes que incluye esta área.

En primer lugar, la *provisión de cuidados cotidianos*, definida como la capacidad para organizar prácticas de crianza que permitan satisfacer las necesidades básicas del niño/a. Entre estas se incluye la higiene y aseo personal, vestuario y abrigo apropiado a la estación, alimentación balanceada, y el cuidado de su salud física y psicológica (Gómez and Contreras, 2019). Por lo tanto, si los cuidadores tienen pocas habilidades para reconocer y abordar las necesidades físicas de su hijos/as, éstos no podrán garantizar sus derechos a la integridad física.

El segundo componente es la *organización de la vida cotidiana*, definida como la capacidad para estructurar un entorno que aporte elementos de predictibilidad y rutinas a la vida del niño (Gómez and Contreras, 2019). Con el mantenimiento de rutinas se favorece la adquisición de hábitos, por lo tanto, si los cuidadores no se encargan de planificar las actividades diarias de forma sistemática, los hábitos no podrán establecerse.

El tercer componente es la *conexión con redes de apoyo*, parte del supuesto que la parentalidad es una práctica social y como tal requiere de un soporte vincular. En esta competencia se hace referencia a la búsqueda de redes de apoyo familiares para complementar el rol parental y a la búsqueda de apoyo social en las instituciones a fin de utilizar los recursos para cubrir las necesidades de sus hijos (Acevedo et al., 2018). Esta es una capacidad fundamental y necesaria en el ejercicio de la parentalidad y no sólo se refiere a la capacidad de pedir apoyo en sus redes familiares y sociales para el cuidado de sus hijos, sino también incluso para para buscar información o consejos en la crianza, acudir para orientación en salud o buscar apoyo en el ámbito escolar. Si los cuidadores no son capaces de buscar un soporte externo para la crianza de sus hijos no podrán recibir el apoyo que necesitan.

El área de competencia parental reflexiva obtuvo el mayor porcentaje de cuidadores con sus habilidades descendidas y no observó una tendencia en la experiencia de caries. La mayoría de los cuidadores reconocen que no cubren esta competencia, es decir, ellos perciben dificultades para pensar acerca de las influencias de la propia parentalidad, analizar las prácticas parentales actuales y evaluar el proceso de desarrollo de los hijos. Gómez ha declarado que las competencias parentales reflexivas van primero, anteceden y organizan a todas las demás; esto en base a que el cuidador debe primero ser capaz de organizarse así mismo para estar disponible con sus hijos (Gómez and Contreras, 2019). En este sentido, y en concordancia a los efectos que tiene sobre el resto de las competencias analizadas, no es sorprendente observar las competencias reflexivas descendidas en una muestra de alto nivel de

complejidad y severo daño oral como ésta, ya que esta falta de conciencia guarda relación con una carencia para reflexionar sobre sus prácticas parentales y por consiguiente no logran retroalimentar y enriquecer las otras áreas. Si los cuidadores no son capaces de regular sus propias emociones y experiencias, se verán dificultados para realizar un proceso reflexivo acerca de su desempeño en su rol parental y el impacto de su intervención en la vida y desarrollo de su hijo/a, el despliegue de sus competencias parentales se limitará a satisfacer sólo un número reducido de sus necesidades básicas (Gómez and Contreras, 2019, Márquez et al., 2022).

De acuerdo con los resultados obtenidos en relación con el objetivo específico “Establecer la frecuencia de la caries temprana de la infancia utilizando el criterio OMS-modificado” se observa que la frecuencia de CTI tuvo un valor promedio ceod de 6,6 lo que indica un severo daño oral en estos niños. En nuestro país hay muy poca evidencia publicada con la cual se puedan contrastar los resultados porque los estudios abarcan niños libres de caries y utilizan el criterio OMS (que no considera las lesiones de caries no cavitadas). Sin embargo, existen estudios a nivel nacional que, si bien no utilizan el mismo tipo de población, sí han utilizado el mismo criterio diagnóstico de incluir lesiones de caries no cavitadas. Es así que se puede observar que el promedio ceod encontrado en nuestro estudio es mayor que lo reportado en otros estudios en Chile como el de Echeverría et al., en 2020 que encontraron un valor promedio ceod de 3,5 en niños de 2 a 5 años en riesgo social de barrios marginales de Santiago (Echeverría et al., 2020); como el de Zaror et al., en 2011 que encontraron un valor promedio ceod de 3 en niños de 2 y 4 años asistentes por primera vez al servicio dental del Hospital de Calbuco (Zaror et al., 2011), en la región de Los Lagos; y como el de Uribe et al., en 2013 que encontraron un valor promedio ceod en niños de 4,33 y en niñas de 3,45 entre 1 a 5 años de edad en una zona rural de Panguipulli (Uribe et al., 2013). A nivel internacional podemos comparar estos resultados con un estudio en Brasil que consideró un contexto similar (niños entre 2 y 5 años que buscaron tratamiento dental en el Departamento de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de São Paulo) y encontraron un índice ceod promedio de 7,29 (Abanto et al., 2011); estos índices más altos en contextos de clínicas odontológicas nos hace suponer que se debe a que los padres buscan atención odontológica cuando es evidente el daño en sus hijos y no de manera preventiva.

Los resultados no mostraron una tendencia en el aumento de la frecuencia de caries a medida que aumenta la edad en los niños, este hallazgo puede ser contradictorio con lo reportado por la literatura nacional e internacional que indica que la magnitud del daño oral se incrementa con la edad (Zaror et al., 2011, Tinanoff et al., 2019, Echeverría et al., 2020) su explicación puede estar relacionada a que este estudio no midió la prevalencia sino que la frecuencia de caries, además de las características de la muestra en que los cuidadores buscaron atención odontológica cuando el daño ya estaba instaurado.

También es importante enfatizar los hallazgos encontrados de CTI con las variables sociodemográficas de los cuidadores, siendo la edad y nivel de escolaridad las variables que más se asociaron con la experiencia de caries en los niños. Respecto a la edad, se observó una relación directa, es decir, a mayor edad del cuidador mayor era la experiencia de caries de los niños. Lo que difiere con los resultados obtenidos en la literatura, en donde se ha encontrado que la edad materna joven es un factor de riesgo para el desarrollo de la CTI, atribuyéndolo a que las madres más jóvenes tienen menos probabilidades de comenzar conductas preventivas de salud, como cepillarse los dientes con regularidad, supervisar el cepillado de los dientes de los niños y regular la ingesta de azúcar, además que pueden carecer de conocimientos, habilidades de crianza y recursos de apoyo para cuidar adecuadamente la salud bucal de su hijo, mientras que las madres mayores pueden tener más experiencia y saber más sobre el cuidado de la salud dental de un niño (Hallett and O'Rourke, 2006, Kirthiga et al., 2019, Schroth et al., 2019).

En relación con el nivel de escolaridad, los niños que vivían con cuidadores con un nivel educativo más bajo tenían una mayor experiencia de caries. Estos resultados son coherentes con la investigación realizada en Chile por Echeverría et. al, en donde identifican el bajo nivel educacional de la madre como el determinante más importante en el desarrollo de la caries temprana de la infancia (Echeverría et al., 2020). El nivel de educación de la madre es un indicador importante del entorno socioeconómico de los niños y, por lo tanto, un poderoso determinante de la salud bucal que interactúa con factores conductuales y psicosociales (Zhou et al., 2011). El nivel educativo de la madre refleja el conocimiento y habilidades para tomar decisiones sobre comportamientos de salud oral (prácticas de alimentación, hábitos dietéticos, elección de alimentos y cepillado de dientes) de sus hijos; por lo tanto, las madres con bajos niveles de educación tienden a tener un conocimiento deficiente sobre higiene oral (Bhardwaj and Bhardwaj, 2014), emplear prácticas de alimentación más cariogénica (Feldens et al., 2012) y actitudes menos positivas para controlar el consumo de azúcar (Jain et al., 2015). Además de prácticas de salud más deficientes, un bajo nivel de educación materna también se asocia con un menor uso de los servicios dentales (Seow, 2012).

Fue sorprendente que una vez que se encontraron asociaciones entre las características sociodemográficas de los cuidadores y la experiencia de caries en sus hijos, éstas no se asociaron con la autopercepción de su parentalidad. De hecho, la literatura ha descrito determinantes sociodemográficos importantes que afectan el desarrollo de la competencias parentales de un cuidador para reconocer y responder adecuadamente a las necesidades de sus hijos, como son criar en familias monoparentales (Cantón et al., 2002), estrato socioeconómico bajo (Gómez and Muñoz, 2014), niños en situación de discapacidad o enfermedades crónicas complejas (Manjarrés and Hederich, 2020) y estrés parental

(Barudy and Dantagnan, 2005), entre otros. Por lo tanto, factores no identificados en este trabajo pueden agregar más información de cómo estos factores intervienen en las capacidades parentales.

En función de estos resultados, esta investigación, si bien no permite generar una interpretación predictiva, si entrega antecedentes que permiten plantear cómo las competencias parentales desarrolladas de forma deficiente podrían funcionar como un factor de riesgo en la crianza y en la salud oral de los niños y niñas.

Y si, además, contextualizamos estos hallazgos en tiempos de pandemia por COVID-19, podríamos hipotetizar que la situación de confinamiento producto de la pandemia afectó de tal manera a las familias, que las prácticas de crianza se desorganizaron lo que aumentó el riesgo en los niños de desarrollar caries temprana de la infancia. Por esta razón, se destaca la relevancia de la incorporación de modelos de intervención multidisciplinarios con un equipo psicosocial, que otorguen herramientas a las familias que se encuentran con sus competencias parentales descendidas para que se conviertan en los garantes del bienestar y ejercicio pleno de los derechos de sus hijos.

No obstante, esto no puede ser entendido sólo desde una lógica individual, sino debe comprenderse en el ejercicio de sostén que debe proporcionar una comunidad sensible, que cuida para posibilitar el cuidado, que protege para posibilitar la protección. El principio subyacente es que no se pueden otorgar buenos tratos si no se han recibido y que la crianza es responsabilidad de una comunidad y no de sujetos aislados (Gómez and Contreras, 2019).

Hasta donde se sabe, esta es la primera investigación que ha estudiado de manera integral las competencias parentales y su influencia potencial en el desarrollo de la caries temprana de la infancia. Este estudio se suma a los hallazgos encontrados sobre variables psicosociales a nivel de la familia al ser el primero en utilizar un cuestionario creado y validado para la población chilena que proporciona diferentes áreas de competencia parental para integrarlas en su totalidad.

7. CONCLUSIONES

En síntesis, es posible afirmar que el presente estudio da cuenta que las competencias parentales pueden influir en el desarrollo de la caries temprana de la infancia. En términos generales, vimos como al disminuir las competencias parentales de los cuidadores, especialmente las competencias protectoras, aumenta la experiencia de caries en el niño. Las características sociodemográficas no mostraron una asociación con el desarrollo de las competencias parentales; sin embargo, el nivel educacional del cuidador fue el determinante más importante en la expresión de la caries temprana de la infancia.

Esta investigación permitió una construcción inicial de elementos para futuros estudios más rigurosos. Se requieren estudios prospectivos para estudiar la causalidad y asociación a largo plazo de las competencias parentales y su influencia en el desarrollo en la caries temprana de la infancia.

8. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

El presente proyecto de investigación da cuenta de posibles limitaciones que futuros profesionales deben tener en consideración al realizar un trabajo similar.

Teniendo en cuenta el tamaño de la muestra y que fue un muestreo por conveniencia (se seleccionaron pacientes con diagnóstico de caries temprana de la infancia y en función de la accesibilidad y posibilidades de colaboración), sólo es posible extrapolar los resultados de este estudio al entorno de clínicas odontológicas, donde los niños son llevados para recibir tratamiento dental. Por lo tanto, una limitación del estudio es no poder extrapolarlo a la población general. Por esa razón, se podrían realizar estudios futuros en una muestra más representativa.

Debido al diseño transversal, los hallazgos observados no pueden asumirse como causales. También se debe tener en cuenta que las estimaciones descriptivas observadas fueron generalmente de magnitud pequeña a moderada y que sólo determinaron tendencias y relaciones potenciales entre las variables.

Al abordar la temática a partir de un instrumento de autoreporte de los cuidadores se corre el riesgo de obtener respuestas asociadas a un comportamiento ideal más que a uno real, por lo tanto, está sujeto a sesgos de deseabilidad social propio de todo cuestionario. Además, esta investigación no buscó desarrollar un proceso de evaluación exhaustivo de competencias parentales, el que debería realizarse a partir de técnicas de evaluación que consideren un observador externo y no solo del autoreporte del adulto. Se sugiere para próximos estudios que sigan esta línea de investigación, consideren un profesional externo que incluya evaluar la sensibilidad del cuidador.

Dentro de las variables sociodemográficas analizadas sólo el nivel de escolaridad del cuidador mostró una asociación con el desarrollo de la caries temprana de la infancia, acorde a lo reportado por la literatura. Por lo tanto, investigaciones futuras deben incluir variables no identificadas en este estudio (p. ej., ingreso económico, tipo de familia, número de hijos, redes de apoyo para la crianza, incluir a otros adultos que participen del cuidado del niño/a) que nos ayuden a explicar cómo estos factores intervienen en las capacidades parentales.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAPD, A. A. O. P. D. 2021. *Policy on Early Childhood Caries (ECC): Consequences and Preventive Strategies*, Chicago, American Academy of Pediatric Dentistry.
- ABANTO, J., CARVALHO, T. S., MENDES, F. M., WANDERLEY, M. T., BÖNECKER, M. & RAGGIO, D. P. 2011. Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*, 39, 105-14.
- ABANTO, J., PAIVA, S. M., RAGGIO, D. P., CELIBERTI, P., ALDRIGUI, J. M. & BÖNECKER, M. 2012. The impact of dental caries and trauma in children on family quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*, 40, 323-31.
- ACEVEDO, J., DE LEÓN, C. & DELGADILLO, G. 2018. Ante la crianza con violencia: las competencias parentales. . *Trabajo Social UNAM*. Universidad Nacional Autónoma de Mexico ed. Mexico: Universidad Nacional Autónoma de Mexico.
- AGUAYO, F., CORREA, P. & KIMELMAN, E. 2012. Estudio sobre la Participación de los Padres en el Sistema Público de Salud de Chile. Informe Final. Chile: Cultura Salud/MINSAL.
- ALADE, M., FOLAYAN, M. O., EL TANTAWI, M., OGinni, A. B., ADENIYI, A. A. & FINLAYSON, T. L. 2021. Early childhood caries: Are maternal psychosocial factors, decision-making ability, and caries status risk indicators for children in a sub-urban Nigerian population? *BMC Oral Health*, 21, 73.
- ALAGLA, M. A., AL HUSSYEEN, A. & ALHOWAISH, L. 2019. Do Parenting Styles Affect Children's Oral Health in Saudi Arabia? *Cureus*, 11, e6002.
- ALBINO, J. & TIWARI, T. 2016. Preventing Childhood Caries: A Review of Recent Behavioral Research. *J Dent Res*, 95, 35-42.
- ALBINO, J., TIWARI, T., HENDERSON, W. G., THOMAS, J., BRYANT, L. L., BATLINER, T. S., BRAUN, P. A., WILSON, A. & QUISSELL, D. O. 2014. Learning from caries-free children in a high-caries American Indian population. *J Public Health Dent*, 74, 293-300.
- ALBINO, J., TIWARI, T., HENDERSON, W. G., THOMAS, J. F., BRAUN, P. A. & BATLINER, T. S. 2018. Parental psychosocial factors and childhood caries prevention: Data from an American Indian population. *Community Dent Oral Epidemiol*, 46, 360-368.

- ALOP, A. L. D. O. 2021. Teleodontología: Aplicación a la Odontopediatría durante la pandemia COVID-19. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, 10.
- ANIL, S. & ANAND, P. S. 2017. Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention. *Front Pediatr*, 5, 157.
- BARUDY, J. & DANTAGNAN, M. 2005. *Buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*, Barcelona, España, Editorial Gedisa.
- BAUMRIND, D. 1971. Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4, 1-103.
- BHARDWAJ, S. & BHARDWAJ, A. 2014. Early childhood caries and its correlation with maternal education level and socio-economic status. *J Orofac Sci*, 6, 53-57.
- BONANATO, K., PAIVA, S. M., PORDEUS, I. A., RAMOS-JORGE, M. L., BARBABELA, D. & ALLISON, P. J. 2009. Relationship between mothers' sense of coherence and oral health status of preschool children. *Caries Res*, 43, 103-9.
- BRANDÃO, I. M., ARCIERI, R. M., SUNDEFELD, M. L. & MOIMAZ, S. A. 2006. [Early childhood caries: the influence of socio-behavioral variables and health locus of control in a group of children from Araraquara, São Paulo, Brazil]. *Cad Saude Publica*, 22, 1247-56.
- CANTÓN, J., CORTÉS, M. & JUSTICIA, M. 2002. Las consecuencias del divorcio en los hijos. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 2, 47-66.
- CHASE, I., BERKOWITZ, R. J., PROSKIN, H. M., WEINSTEIN, P. & BILLINGS, R. 2004. Clinical outcomes for Early Childhood Caries (ECC): the influence of health locus of control. *Eur J Paediatr Dent*, 5, 76-80.
- CHOUCHENE, F., MASMOUDI, F., BAAZIZ, A., MAATOUK, F. & GHEDIRA, H. 2021. Parental stress as a predictor of early childhood caries: a systematic review. *Eur Arch Paediatr Dent*. England.
- DABAWALA, S., SUPRABHA, B. S., SHENOY, R., RAO, A. & SHAH, N. 2017. Parenting style and oral health practices in early childhood caries: a case-control study. *Int J Paediatr Dent*, 27, 135-144.

- DRURY, T. F., HOROWITZ, A. M., ISMAIL, A. I., MAERTENS, M. P., ROZIER, R. G. & SELWITZ, R. H. 1999. Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes. A report of a workshop sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, the Health Resources and Services Administration, and the Health Care Financing Administration. *J Public Health Dent*, 59, 192-7.
- ECHEVERRIA, S., HENRÍQUEZ, E., WERLINGER, F., VILLARROEL, T. & LANAS, M. 2020. Determinantes de caries temprana de la infancia en niños en riesgo social. *International journal of interdisciplinary dentistry*, 13, 26-29.
- ESPINOZA, G., PINEDA, P., ATALA, C., MUÑOZ, P., MUÑOZ, S., WEITS, A., HERNANDEZ, B., CASTILLO, J. & ZAROR, C. 2021. Prevalencia y Severidad de Caries Dental en los Niños Beneficiarios del Programa de Salud Oral Asociados a Escuelas de Chile. *International journal of odontostomatology*, 15, 166-174.
- FDI, F. D. I. 2015. El Desafío de las Enfermedades Bucodentales – Una llamada a la acción global. 2da ed. Ginebra: Federación Dental Internacional.
- FELDENS, C. A., KRAMER, P. F., SEQUEIRA, M. C., RODRIGUES, P. H. & VITOLO, M. R. 2012. Maternal education is an independent determinant of cariogenic feeding practices in the first year of life. *Eur Arch Paediatr Dent*, 13, 70-5.
- 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, e510-20.
- FLORES, M., ONETTO, J., JAMETT, J. & SIEVERS, D. 2020. Odontología en tiempos de pandemia: desafíos para una nueva época. Valparaíso, Chile: Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso.
- GARCIA, G. & PERALTILLA, L. 2019. Estilos de crianza: la teoría detrás de los instrumentos más utilizados en Latinoamérica. *Revista de psicología*, 9, 93-108.
- GAVIC, L., TADIN, A., MIHANOVIC, I., GORSETA, K. & CIGIC, L. 2018. The role of parental anxiety, depression, and psychological stress level on the development of early-childhood caries in children. *Int J Paediatr Dent*, 28, 616-623.

- GOMES, M. A. B., CADEMARTORI, M. G., GOETTEMS, M. L. & AZEVEDO, M. S. 2020. Are maternal mental disorders associated with children's oral health? A systematic review. *Int J Paediatr Dent*, 30, 252-264.
- GONZÁLEZ, C. 2013-12. *Condiciones sociales de la crianza. Una aproximación a las variables demográficas y psicosociales que influyen en las competencias parentales de madres, padres y/o apoderados de jardines infantiles de la Comuna de Valparaíso*. Magíster, Universidad de Chile.
- GOOD NEIGHBORS CHILE 2021. La Convención sobre los Derechos del Niño y de la Niña y sus tres protocolos facultativos. Leslie Pastén ed. Chile.
- GÓMEZ, E. & CONTRERAS, L. 2019. Manual "Escala de Parentalidad Positiva – E2P v.2". Fundación América por la Infancia ed. Santiago, Chile.
- GÓMEZ, E. & MUÑOZ, M. 2014. Manual "Escala Parentalidad Positiva E2P". Fundación Ideas para la Infancia ed. Santiago, Chile.
- HAJISHENGALLIS, E., PARSAEI, Y., KLEIN, M. I. & KOO, H. 2017. Advances in the microbial etiology and pathogenesis of early childhood caries. *Mol Oral Microbiol*, 32, 24-34.
- HALLETT, K. B. & O'ROURKE, P. K. 2006. Pattern and severity of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol*, 34, 25-35.
- HOFER, P., NUÑEZ, J., ATALA, C., ESPINOZA, G., SINSAY, J. & ZAROR, C. 2020. Ausencia de Asociación entre Estrés Parental y Caries Temprana de la Infancia en Preescolares. *International journal of odontostomatology*, 14, 220-229.
- HOOLEY, M., SKOUTERIS, H., BOGANIN, C., SATUR, J. & KILPATRICK, N. 2012. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. *J Dent*, 40, 873-85.
- HOWENSTEIN, J., KUMAR, A., CASAMASSIMO, P. S., MCTIGUE, D., COURY, D. & YIN, H. 2015. Correlating parenting styles with child behavior and caries. *Pediatr Dent*, 37, 59-64.
- IHME, I. F. H. M. A. E. 2013. La carga mundial de morbilidad: generar evidencia, orientar políticas- Edición regional para América Latina y el Caribe. Washington: Institute for Health Metrics and Evaluation.

- INE, I. N. D. E. 2018. Síntesis resultados Censo 2017. Chile: Instituto Nacional de Estadísticas.
- JAIN, M., NAMDEV, R., BODH, M., DUTTA, S., SINGHAL, P. & KUMAR, A. 2015. Social and Behavioral Determinants for Early Childhood Caries among Preschool Children in India. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*, 9, 115-20.
- KIRTHIGA, M., MURUGAN, M., SAIKIA, A. & KIRUBAKARAN, R. 2019. Risk Factors for Early Childhood Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis of Case Control and Cohort Studies. *Pediatr Dent*, 41, 95-112.
- LAW, C. S. 2007. The impact of changing parenting styles on the advancement of pediatric oral health. *J Calif Dent Assoc*, 35, 192-7.
- LEE, M., TAK, M., KIM, J., YANG, Y. & LEE, D. 2020. Association between Parenting Styles and Dental Caries in Preschool Children. *J Korean Acad Pediatr Dent*, 47, 78-86.
- LENCOVÁ, E., PIKHART, H., BROUKAL, Z. & TSAKOS, G. 2008. Relationship between parental locus of control and caries experience in preschool children - cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 8, 208.
- MANJARRÉS, D. & HEDERICH, C. 2020. Permanencias y transformaciones de los estilos parentales en la crianza de personas con discapacidad. *CES Psicología*, 13, 61-84.
- MARRONE, M. 2001. *La Teoría del Apego: Un enfoque actual*, Madrid, España, Psimática.
- MERCHÁN, M., CEVALLOS, J., MÁRQUEZ, V. & FUENTES, C. 2021. Incidencia de la competencia parental en el proceso de aprendizaje de estudiantes de educación básica media. Talleres para familias de parentalidad positiva. *RECIAMUC*, 5, 233-246.
- MEYER, F. & ENAX, J. 2018. Early Childhood Caries: Epidemiology, Aetiology, and Prevention. *Int J Dent*, 2018, 1415873.
- MINSAL, M. D. S. 2012. Informe consolidado: "Diagnostico Nacional de Salud Bucal de los niños y niñas de 2 y 4 años que participan en la Educación Parvularia. Chile 2007-2010". Chile.
- MINSAL, M. D. S. 2021. Plan Nacional de Salud Bucal 2021-2030. Chile.

- MÁRQUEZ, V., MORÁN, K., MERCHÁN, M., MÁRQUEZ, K. & BRAVO, D. 2022. *Las competencias parentales: Un recurso para la promoción de estilos de crianza saludable y el desarrollo integral de los niños.* , Guayaquil, Ecuador, Grupo Compás.
- NIH, N. I. O. H. 2000. Oral health in America: a report of the Surgeon General. *J Calif Dent Assoc*, 28, 685-95.
- PHANTUMVANIT, P., MAKINO, Y., OGAWA, H., RUGG-GUNN, A., MOYNIHAN, P., PETERSEN, P. E., EVANS, W., FELDENS, C. A., LO, E., KHOSHNEVISAN, M. H., BAEZ, R., VARENNE, B., VICHAYANRAT, T., SONGPAISAN, Y., WOODWARD, M., NAKORNCHAI, S. & UNGCHUSAK, C. 2018. WHO Global Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries. *Community Dent Oral Epidemiol*, 46, 280-287.
- PITTS, N. B., BAEZ, R. J., DIAZ-GUILLORY, C., DONLY, K. J., ALBERTO FELDENS, C., MCGRATH, C., PHANTUMVANIT, P., SEOW, W. K., SHARKOV, N., SONGPAISAN, Y., TINANOFF, N. & TWETMAN, S. 2019. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. *J Dent Child (Chic)*, 86, 72.
- PÉREZ, V., DÍAZ, J., ROJAS, S. & ONETTO, J. E. 2020. El odontopediatra del futuro para tiempos post COVID-19. *International journal of interdisciplinary dentistry*, 13, 57-58.
- RAI, N. K. & TIWARI, T. 2018. Parental Factors Influencing the Development of Early Childhood Caries in Developing Nations: A Systematic Review. *Front Public Health*, 6, 64.
- SCHROTH, R. J., MITTERMULLER, B. A., AU, W., HAI-SANTIAGO, K., MARTIN, H., MARTENS, P. & BROWNELL, M. 2019. Prenatal, Maternal, and Early Childhood Factors Associated with Dental General Anesthesia to Treat Severe Early Childhood Caries. *Pediatr Dent*, 41, 477-485.
- SEOW, W. K. 2012. Environmental, maternal, and child factors which contribute to early childhood caries: a unifying conceptual model. *Int J Paediatr Dent*, 22, 157-68.
- SEOW, W. K. 2018. Early Childhood Caries. *Pediatr Clin North Am*, 65, 941-954.
- SEOW, W. K., CLIFFORD, H., BATTISTUTTA, D., MORAWSKA, A. & HOLCOMBE, T. 2009. Case-control study of early childhood caries in Australia. *Caries Res*, 43, 25-35.

- STREULI, J. C., MICHEL, M. & VAYENA, E. 2011. Children's rights in pediatrics. *Eur J Pediatr*, 170, 9-14.
- TINANOFF, N., BAEZ, R. J., DIAZ GUILLORY, C., DONLY, K. J., FELDENS, C. A., MCGRATH, C., PHANTUMVANIT, P., PITTS, N. B., SEOW, W. K., SHARKOV, N., SONGPAISAN, Y. & TWETMAN, S. 2019. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *Int J Paediatr Dent*, 29, 238-248.
- URIBE, S., RODRÍGUEZ, M., PEIGNA, G., PROVOSTE, P. & JARA, L. 2013. Prevalencia de caries temprana de la infancia en zona rural del sur de Chile, 2013. *Ciencia Odontológica*, 10, 97-104.
- URIBE, S. E., INNES, N. & MALDUPA, I. 2021. The global prevalence of early childhood caries: A systematic review with meta-analysis using the WHO diagnostic criteria. *Int J Paediatr Dent*, 31, 817-830.
- WEN, P. Y. F., CHEN, M. X., ZHONG, Y. J., DONG, Q. Q. & WONG, H. M. 2022. Global Burden and Inequality of Dental Caries, 1990 to 2019. *J Dent Res*, 101, 392-399.
- WHO, W. H. O. 2017. *Proposals-ICD* [Online]. World Health Organization. [Accessed September 2022].
- WHO, W. H. O. 2019. *Ending Childhood Dental Caries: WHO implementation manual*. Geneva.
- WMA, W. M. A. 2022. *WMA Declaration of Ottawa on child health* [Online]. [Accessed September 2022].
- ZAROR, C., PINEDA, P. & ORELLANA, J. J. 2011. Prevalencia de Caries Temprana de la Infancia y sus Factores Asociados en Niños Chilenos de 2 y 4 Años. *International journal of odontostomatology*, 5, 171-177.
- ZHENG, H., XIE, T., LI, S., QIAO, X., LU, Y. & FENG, Y. 2021. Analysis of oral microbial dysbiosis associated with early childhood caries. *BMC Oral Health*, 21, 181.
- ZHOU, Y., LIN, H. C., LO, E. C. & WONG, M. C. 2011. Risk indicators for early childhood caries in 2-year-old children in southern China. *Aust Dent J*, 56, 33-9.

ZUZA, M., SAT, S., PINTO, A., CROCCO, J. & SABATINI, L. 2018. Habilidades Parentales: Gametos Femeninos Donados y Propios. *Reproducción*. Argentina: Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva.

10. ANEXOS

10.1 ANEXO 1: Consentimiento informado para madres, padres o cuidadores

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MADRES, PADRES O CUIDADORES

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado “Relación entre caries temprana de la infancia y competencias parentales en niños y niñas atendidos en la Clínica de Odontología Pediátrica de la Universidad de Valparaíso entre los años 2021-2022”, cuyo investigador principal es la Dra. Francesca Sanhueza. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. **Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación:** La investigación mencionada se realizará en la Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente de la Universidad de Valparaíso durante el año 2022.
2. **Relevancia del estudio y beneficios:** Hoy en día sabemos mucho sobre la caries y en este estudio, estamos interesados en los llamados "factores de riesgo psicosociales" (como por ejemplo las prácticas de crianza de los padres con sus hijos), las cuales por si solas no provocan caries, pero podrían jugar un rol en el proceso de desarrollo de la enfermedad en los niños preescolares.
3. **Objetivos:** El propósito de este estudio es entender mejor como las prácticas de crianza influyen en que algunos niños desarrollan caries.
4. **En qué consiste su participación:** La participación en el estudio es voluntaria y no recibirá pago alguno. Si usted accede a participar, le solicitaremos que responda una encuesta online sobre prácticas de crianza que le tomará entre 15 y 20 minutos. Además, se recopilará la información que existe en la ficha clínica odontológica de su hijo. No se realizará ningún examen adicional ni tratamiento dental. Se le dará a conocer su resultado individual de la encuesta.
5. **Riesgos:** Este es un estudio en que los riesgos para su salud son nulos. Además, en este estudio no se usará ningún tipo de medio o estrategia de recolección de información que ponga en algún riesgo o malestar al participante.
6. **Costos y pagos:** Este estudio no tiene asociado ningún costo para usted y tampoco recibirá dinero por concepto de pago de participación.
7. **Derechos del participante:** Usted tiene derecho a manifestar sus dudas y hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento, para ello por favor contactarse con la Dra. Francesca Sanhueza Medina, residente de la Especialidad de Odontopediatría de la Universidad de Valparaíso (teléfonos: Teléfono: + 56 32 2508690 / + 56 32 2508692 o al e-mail: francesca.sanhueza@postgrado.uv.cl). Si decide participar y cambia de opinión durante el desarrollo de la investigación, podrá abandonarlo en cualquier momento por cualquier razón y no lo perjudicará en ningún caso. Si su hijo está actualmente en tratamiento odontológico tampoco afectará la calidad del mismo.
8. **Reserva de la identidad del participante:** Se garantizará el anonimato de cada uno de los participantes. Para ello el nombre de los participantes no será revelado y en su lugar se asignará un número de identificación.

9. **Confidencialidad de los datos:** Toda información que sea recolectada durante esta investigación se mantendrá estrictamente confidencial. El registro de los datos será reservado y tendrán acceso a ellos sólo los investigadores. La investigadora principal Dra Francesca Sanhueza resguardará los datos en la oficina de la Dirección Clínica donde se almacenará todo documento de esta investigación. Todo material electrónico será debidamente almacenado y respaldado en los equipos computacionales con contraseña de la investigadora.
10. **Utilización y Publicación de los hallazgos:** Los resultados serán utilizados para fines estrictos de la investigación y de sus eventuales publicaciones científicas y/o académicas en forma anónima. Asimismo, los resultados podrán ser utilizados en otras investigaciones que no se alejen del objetivo del estudio.
11. **Evaluación Comité Bioética y contacto:** Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité Ético Científico de Proyectos Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes a su secretaria, Profa. Claudia Cañete Hernández, al teléfono +56 32-2508500, o a través del mail institucional tesis.odontologia@uv.cl
12. En caso de aceptar participar, recibirá un ejemplar de este documento.

Tómese su tiempo para reflexionar si quiere participar.

- a) Acepto participar.
- b) No acepto participar



Francesca Sanhueza Medina.
16707524-k
francesca.sanhueza@postgrado.uv.cl

Valparaíso, julio 2022.

10.2 ANEXO 2: Carta aprobación Comité de Ética.

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Comité de Revisión
Proyectos de Investigación

Valparaíso, 21 de noviembre de 2022

Prof. Dr. Juan E. Onetto Calvo
Investigador Responsable
Dra. Francesca M. Sanhueza Medina
Investigadora Alterna
Presente

De nuestra consideración:

Se realizó la evaluación de su Proyecto de Investigación titulado: **“Relación entre caries temprana de la infancia y competencias parentales en niñas y niños atendidos en la clínica de odontología pediátrica y del adolescente de la Universidad de Valparaíso entre los años 2021-2022.”** bajo el código **POSTG-03-22**. En términos metodológicos y revisión bioética, no se presentan observaciones. En consecuencia, se aprueba la ejecución de su proyecto.

La validez de esta aprobación es por un año a partir de esta fecha. Al término de ese plazo, le solicitamos realice un informe respecto de su investigación y enviarlo a este Comité. Podrá, de ser necesario, solicitar una prórroga de esta aprobación por otro periodo de un año.

Atentamente,

RICARDO
ALBERTO
MORENO
SILVA

Firmado digitalmente por RICARDO ALBERTO MORENO SILVA
Nombre de reconocimiento c=CL, st=QUINTA - REG VALPARAISO, s=VALPARAISO, ou=Inversidad de Valparaíso, ou=Terminos de uso www.esign-la.com/, o=asentadosoceros, s=ODONTOLOGIA DE FACULTAD, cn=RICARDO ALBERTO MORENO SILVA
email:ricardo.moreno@uvalparaiso.cl
Fecha: 2022.11.21 10:24:45



Prof. Dr. Ricardo Moreno Silva
Presidente
Comité de Revisión
Proyectos de Investigación
Facultad de Odontología

10.3 ANEXO 3: Hoja Dentograma



Facultad de Odontología
Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente

FACIAL	Biotipo facial: <input type="checkbox"/> Mesocefálico <input type="checkbox"/> Dolicocefálico <input type="checkbox"/> Braquicefálico	Perfil: <input type="checkbox"/> Recto <input type="checkbox"/> Convexo <input type="checkbox"/> Cóncavo	Tercios faciales: <input type="checkbox"/> Proporcionados <input type="checkbox"/> Medio aumentado <input type="checkbox"/> Medio disminuido <input type="checkbox"/> Inferior disminuido <input type="checkbox"/> Inferior aumentado
Simetría: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada	Comentario:		

ATM
Signos y síntomas de disfunción articular : Salto articular Crepitación Ruido articular Dolor.
Comentario y diagnóstico articular:

TEJIDOS BLANDOS. *Indique alteración, ubicación, extensión, y otras características, encontradas en:*
Región cervical, parotídea, maseterina, labiomentoniana, nasolabial, geniana, suborbitaria o temporal

EXAMEN CLINICO INTRAORAL
TEJIDOS BLANDOS. *Indique alteración, ubicación, extensión, y otras características encontradas en: Labios, frenillos, mucosas, fondo de vestibulo, encia marginal y/o adherida, paladar blando y/o duro, amígdalas, piso de boca, lengua o glándulas salivales*

TIPO DE DENTICION:

Temporal <input type="checkbox"/>	Primer período de recambio <input type="checkbox"/>	Período intertransicional <input type="checkbox"/>	Segundo período de recambio <input type="checkbox"/>	Dentición definitiva <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---	--	--	---

DENTOGRAMA
Indicaciones : Sombrée dientes temporales, elimine con corrector exfoliados, con cruz (X) perdidos. Agregue 2° M. si corresponde (filas grises).
Marque en los casilleros el código de caries, trauma dentoalveolar (TDA) y Fluorosis, y dibuje en dentograma:
Triángulo rojo / azul: Lesión activa/detenida
Contorno Rojo : extensión y ubicación de caries, TDA actual.
Contorno Azul : obturaciones correctas, defectuosas achuradas. TDA antiguo.

CARIES: (L) Lesión (C) Cavitación (3) Sano (S) Sellado (O) Obturado Ubicación: (E) Esmalte (R) Radicular (DE) Dentina	Actividad: (a) Activa (d) Detenida Rx. BiteW.: (L) Lesión (D) Dentina (P!) Exp. pulpar potencial (F) Compromiso de furca	Fracturas: <i>Coronarias:</i> (FC) rasgo de fractura (FCN) No complicada (FCC) Complicada <i>Daño en ligamento periodontal</i> (L: I/E/L) Luxación (SL) Subluxación (A) Avulsión.	TDA: <i>Corono Radiculares</i> (FCNCR) No complicada (FCRC) Complicada (FR) Fractura Radicular	FLUOROSIS: 2. muy leve 3. leve 4. moderada 5. severa
---	---	--	---	---

1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
Diente	CARIES	Ubicación	Actividad	Rx BiteWing	TDA	FLUOROSIS						Diente	CARIES	Ubicación	Actividad	Rx BiteWing	TDA	FLUOROSIS		
7												7								
6												6								
5												5								
4												4								
3												3								
2												2								
1							1													

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS.

TDA	FLUOROSIS, otras alteraciones

10.4 ANEXO 4: Solicitud uso Escala E2P V.2



Facultad de Odontología

Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente

Estimados Dr. Esteban Gómez y Leyla Contreras,

Junto con saludarlos, me dirijo a ustedes para solicitar autorización del uso del instrumento “Escala de Parentalidad Positiva E2P V.2” en el marco del proyecto de investigación - uno de los requisitos del plan de estudios para la obtención de la Especialidad de Odontopediatría- que llevará a cabo la Residente Dra. Francesca Sanhueza.

El estudio tiene como objetivo analizar la relación entre Caries Temprana de la Infancia y Competencias Parentales en niñas y niños atendidos en la Clínica de Odontología Pediátrica de la Universidad de Valparaíso entre los años 2021-2022. En el ámbito de la Odontopediatría el impacto de las competencias parentales en el desarrollo de la Caries Temprana de la Infancia es un tema del que se tiene poca referencia. Hasta la fecha en Chile no hay investigaciones vinculadas a esta temática. Y es en este contexto que se hace relevante realizar una investigación que incorpore la variable psicosocial en la comprensión de la enfermedad crónica más prevalente en la infancia.

Sin otro particular, le anticipo mis agradecimientos.

Atentamente.

Juan Eduardo Onetto Calvo
Director Programa Especialización Odontopediatría
Universidad de Valparaíso.



FRANCESCA MURIEL SANHUEZA
<francesca.sanhueza@postgrado.uv.cl>

Fwd: Solicitud uso “Escala de Parentalidad Positiva E2P V.2”

1 mensaje

Juan Onetto <juan.onetto@uv.cl> 24 de junio de 2022,
13:58 Para: Francesca Muriel Sanhueza Medina <francesca.sanhueza@postgrado.uv.cl>

----- Forwarded message -----

De: **Esteban Gómez** <esteban.gomez@americaporlainfancia.com>
Date: vie., 24 de junio de 2022 13:32
Subject: Re: Solicitud uso “Escala de Parentalidad Positiva E2P V.2”
To: Juan Onetto <juan.onetto@uv.cl>

Estimado Dr. Juan Eduardo Onetto, qué agrado recibir su correo. Y qué fascinante ver las ramificaciones de investigación científica que va tomando el uso de nuestra Escala en tantos países y temas diversos. Por supuesto que le doy autorización, sólo le pido compartirme los avances o resultados finales del estudio, nos interesa crear un repositorio con toda la investigación que se está realizando con la Escala E2P v2 (Gómez & Contreras, 2019).

¡Un abrazo y mucha suerte!

Esteban. -

El vie, 24 jun 2022 a las 9:02, Juan Onetto (<juan.onetto@uv.cl>) escribió:

Estimado Dr. Esteban Gómez,

Junto con saludarle, me dirijo a ustedes para solicitar autorización del uso del instrumento “Escala de Parentalidad Positiva E2P V.2” en el marco del proyecto de investigación - uno de los requisitos del plan de estudios para la obtención de la Especialidad de Odontopediatría- que llevará a cabo la Residente Dra. Francesca Sanhueza.

Adjunto carta formal.

Le saluda atte,

--

Juan Eduardo Onetto Calvo
Profesor Titular Odontopediatría, Facultad de Odontología, U. de Valparaíso, Chile
Especialista en Odontopediatría.
Fellow IADT (FIADT)
juan.onetto@uv.cl

[ORCID](#)
[researchgate](#)
[google academico](#)

10.5 ANEXO 5: Versiones Escala de Parentalidad Positiva por edad**ESCALA DE PARENTALIDAD POSITIVA (E2P)
19-36 MESES**

Instrucciones

La Escala de Parentalidad Positiva (E2P) es un cuestionario muy sencillo que puede contestarlo cualquier adulto responsable de la crianza de un niño o niña. Su objetivo es identificar aquellas prácticas que usted usa al relacionarse con su hijo, hija, niño o niña a su cargo. Por favor asegúrese de entender muy bien estas instrucciones antes de continuar.

En el cuestionario se presentan una serie de frases que describen situaciones habituales de crianza. Frente a cada afirmación se le pide escoger entre 5 opciones: **Nunca, Casi Nunca, A veces, Casi Siempre y Siempre**. Si la frase describe una situación que nunca sucede o que no representa su vida cotidiana marque **Nunca**. Si la frase describe una situación que sucede muy poco en su vida cotidiana marque **Casi Nunca**. Si la frase describe una situación que sucede a veces o en ocasiones marque **A Veces**. Si la frase describe una situación que sucede habitualmente en su vida cotidiana marque **Casi Siempre**. Si la frase describe una situación que sucede siempre en su vida cotidiana marque **Siempre**.

Por ejemplo: si durante los 3 últimos meses la afirmación: Me doy cuenta cuando algo es agradable o desagradable para mi hijo/a (ej., en su forma de moverse, sus caras, sus palabras, etc.) describe una situación que sucede a veces o en ocasiones marque A veces.

Si usted no es el padre o madre del niño/a, asuma que donde dice "hijo" o "hija" se refiere al niño, niña o adolescente que usted está criando o cuidando. **Recuerde marcar una sola opción en cada afirmación. Conteste todas las preguntas del cuestionario. Por favor, conteste con la mayor sinceridad posible.** No hay respuestas correctas o incorrectas; por ello, escoja la respuesta que mejor refleje su realidad.

Durante los últimos 3 meses, en la crianza de mi hijo o hija yo...		Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
Nro						
1	Me doy cuenta de las situaciones que estresan o enojan a mi hijo/a (ej., cuando no desea bañarse, cuando le quitan un juguete, cuando no le resulta algo que lo tenía entusiasmado/a, etc.)					
2	Identifico las señales que da mi hijo/a cuando está agobiado o perdiendo la tranquilidad (ej., se está quejando muy seguido, está más irritable, se siente cansado o aburrido/a, etc.)					
3	Logro identificar distintas emociones en mi hijo/a (ej., cuando está alegre, sorprendido, interesado, etc.)					
4	Cuando mi hijo/a está estresado/a o molesto/a intento entenderlo sin colocarle 'etiquetas' (ej., evito decirle: mañoso/a, manipulador/a, pataletero/a, hinchudo/a, sobrenombres, eres igual a...)					
5	Logro comprender los miedos propios de la edad de mi hijo/a (ej., cuando teme a la oscuridad, a extraños, a monstruos, a animales, al agua, a disfraces, etc.)					
6	Logro comprender lo que mi hijo/a necesita (ej., si tiene hambre, sueño, miedo, ganas de ser acurrucado, etc.)					
7	Cuando mi hijo/a se siente triste o llora, lo ayudo a entender lo que pasó (ej., le digo: "parece que te pusiste triste por perder tu peluche", "parece que te dio pena que tu hermano no te prestara sus juguetes", etc.)					
8	Cuando mi hijo/a se siente, estresado/a, molesto/a, o triste lo/la calmo amorosamente (ej., lo abrazo, me pongo a su altura, lo acaricio, trato de enfocar su atención en algo positivo, etc.)					
9	Cuando han ocurrido situaciones difíciles en la familia, acompaño el enojo, pena o malestar de mi hijo/a (ej., lo abrazo, lo escucho, le converso, le doy un tiempo, etc.)					
10	Le demuestro a mi hijo/a que es una persona valiosa en mi vida (ej., le digo lo feliz que me hace, le hablo sobre su embarazo o de cuando le esperábamos, le cuento por qué elegimos su nombre, etc.)					
11	Le hago cariño a mi hijo/a de la manera en que le gusta (ej., lo/la acurruco, lo/la abrazo, acaricio su cabeza, etc.)					
12	Logro comunicarme afectuosamente con mi hijo/a (ej., le sonrío, le digo palabras positivas, uso un tono de voz cálido, le canto canciones infantiles, etc.)					
13	Me doy tiempo para hacer actividades con mi hijo/a (ej., jugamos, cantamos, dibujamos juntos, inventamos historias, oocinamos, etc.)					
14	Me doy el tiempo para conversar con mi hijo/a (ej., le hablo de lo que hacemos juntos, de su mascota, de las plantas, de los otros niños, de los abuelos, etc.)					
15	Al estar con mi hijo/a me mantengo atento a él o ella (ej., lo escucho, lo miro a los ojos, sigo sus propuestas, no veo el celular, etc.)					
16	Al iniciar el día, realizo una serie de pasos para que mi hijo/a comience su día tranquilamente (ej., lo despierto suavemente conversándole, lo despierto con tiempo para que alcance a tomar desayuno, etc.)					

Durante los últimos 3 meses, en la crianza de mi hijo o hija yo...

Nro		Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
17	Acompaño a mi hijo/a en el paso de una actividad a otra (ej., le canto una canción para que guarde los juguetes, le digo lo que vamos a hacer: "cuando termines de comer, vamos a salir", etc.)					
18	Al finalizar el día, realizo una serie de pasos para que mi hijo/a pueda ir a descansar (ej., los juguetes son guardados, se disminuye el ruido y la luz en el hogar, lo cambio de ropa, le leo un cuento o canto una canción, etc.)					
19	Permito que mi hijo/a enfrente desafíos (ej., que experimente con los cubiertos para comer su comida, que camine y explore los espacios, que lleve solo/a un vaso de agua, etc.)					
20	Cuando mi hijo/a siente curiosidad por las cosas permito que las descubra (ej., cuando abre un cajón, le preguntó ¿qué habrá ahí?, etc.)					
21	Aliento a mi hijo/a a que participe de algunas decisiones (ej., le permito escoger el color de su ropa, jugamos a lo que él o ella prefiere jugar, etc.)					
22	Al promover hábitos en mi hijo/a lo hago de forma entretenida (ej., al lavar los dientes canto una canción, al cepillar el cabello le cuento una historia, etc.)					
23	Cuando algo no le resulta lo/la ayudo a resolverlo (ej., le pongo una silla para que alcance un lugar más alto, le alcanzo un muñeco etc.)					
24	Le leo un cuento, canto una canción o cuento una historia, antes de dormir o en otro momento del día					
25	Le cuento sobre las decisiones que se toman por su bienestar (ej., le digo: "te voy a co lo car chaqueta porque hoy hace frío", "vamos a ir al médico para que te ayude a sentirte mejor", etc.)					
26	Consigo que mi hijo/a coopere sin recurrir a castigos ni gritos					
27	Cuando quiero que mi hijo coopere, le doy instrucciones sencillas					
28	Muestro a través del ejemplo las conductas sociales que espero ver en mi hijo/a (ej., saludo a las personas, les doy las gracias, pido permiso, etc.)					
29	Le enseño a mi hijo/a su nombre y el nombre de los miembros de su familia					
30	Le enseño a relacionarse con niños y niñas de su edad (ej., compartir los juguetes, respetar los turnos, no pegar, etc.)					
31	Me preocupo de proteger a mi hijo/a de objetos y lugares peligrosos (ej., medicamentos, objetos que pudíese tragar, objetos punzantes, piscinas, etc.)					
32	Cuando no estoy con mi hijo/a, me he asegurado de que el adulto que lo cuida lo trata bien (ej., que no lo maltrate, que lo proteja, que lo consuele cuando llora, etc.)					

Durante los últimos 3 meses, en la crianza de mi hijo o hija yo...		Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
Nro						
33	Protejo a mi hijo/a y me aseguro de que lo note (ej., lo/la tomo de la mano al cruzar la calle, lo/la tomo en brazos en lugares públicos, le digo que no recoja cosas del suelo cuando vamos por la calle, etc.)					
34	Transmito a mi hijo/ una imagen segura y valiosa de mi persona, evitando quejarme del día a día, o de los aspectos dolorosos de mi vida frente a él/ella					
35	Intento que mi hijo/a no presencie discusiones familiares (ej., cuando discuto con mi pareja u otros miembros de la familia, no lo hago frente a él, etc.)					
36	Cuando cometo un error en el trato con mi hijo/a, me disculpo con él/ella y le explico que las personas se pueden equivocar					
37	Me preocupo de proporcionar una alimentación saludable a mi hijo/a (ej., que coma legumbres, verduras, frutas, raciones apropiadas, etc.)					
38	Me preocupo de que mi hijo/a mantenga un buen estado de salud (ej., asiste a controles sanos, tiene vacunas al día, su peso y talla son acordes a su edad, etc.)					
39	Cuido de la higiene y presentación personal de mi hijo/a (ej., baño su cuerpo, sus dientes, lo peino, lavo sus manos antes de comer, etc.)					
40	En casa, hemos establecido como familia una organización de horarios y rutinas para mi hijo/a (ej., hora de levantarse, de desayunar, de jugar, descansar, etc.)					
41	Dedicamos tiempo a celebrar costumbres y tradiciones familiares (ej., celebrar cumpleaños, navidad, vacacionar, etc.)					
42	Si tengo un imprevisto laboral o de salud, logro reorganizar la rutina de mi hijo/a (ej., si tiene que ir al jardín, al control médico, etc.)					
43	Cuando necesito ayuda en la crianza, busco ayuda en mis amigos o familiares (ej., cuando está enfermo/a y tengo que ir al trabajo, cuando me siento estresado y requiero apoyo, etc.)					
44	Pregunto por los recursos o servicios que hay en mi comunidad, para hacer uso de ellos en caso de necesitarlos para la crianza de mi hijo/a (ej., consultorio, municipio, etc.)					
45	Utilizo los recursos o servicios para apoyarme en la crianza (ej., el consultorio, la municipalidad, los beneficios de Chile Crece Contigo, etc.)					
46	Priorizo gastos y acciones que protegen el futuro de mi hijo/a (ej., invertir en materiales de estimulación, en libros y cuentos, en actividades que desarrollan sus capacidades, etc.)					
47	Priorizo gastos y acciones que protegen el futuro de nuestra familia (ej., alimentación saludable, estudios, salidas recreativas familiares, etc.)					
48	Reviso mis prioridades para asegurarme de proteger el desarrollo de mi hijo/a (ej., en qué gastar el dinero, el tiempo destinado al trabajo versus la familia, etc.)					

Durante los últimos 3 meses, en la crianza de mi hijo o hija yo...

Nro		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Me preparo para los momentos difíciles que vendrán en esta etapa de crianza (ej., control de esfínter, destete, comer de forma independiente, ingreso al jardín, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Anticipo situaciones conflictivas que podrían dificultar mi vida familiar y la crianza (ej., problemas de pareja, la visita de un familiar conflictivo, una etapa especialmente exigente en mi trabajo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Planifico con tiempo las actividades de la semana o del mes que involucran o se relacionan con mi hijo/a (ej., asistencia al jardín, a controles médicos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Dedico tiempo a evaluar y pensar sobre cómo se está desarrollando mi hijo/a (ej., su desarrollo físico, emocional, comunicacional, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Dedico tiempo a evaluar y pensar sobre cómo estoy desarrollando mi rol de crianza (ej., pensar si estoy satisfecho, alegre, si me siento agotado, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	Evito contaminar la relación con mi hijo/a con mi enojo, penas y/o frustraciones (ej., respiro para calmarme, me preocupo de no transmitirle mis problemas de adulto, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	Logro pensar en aspectos de mi propia historia que no me gustaría repetir como padre o madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	Logro pensar y reconocer los aspectos positivos que me dejaron mis padres o cuidadores para la crianza de mi hijo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	Pienso en cómo la historia con mis padres influye en la forma que hoy tengo de criar a mi hijo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	Me mantengo saludable para poder cuidar de mis hijos/as (ej., cuidado el consumo de comidas, de bebidas alcohólicas, consumo de tabaco, realizo chequeos médicos, hábitos de sueño, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	Logro identificar mis señales de agotamiento para no perder el control con mi hijo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	Me doy espacios para mí mismo/a, distintos de la crianza (ej., salir a caminar, descansar, clases de baile, jugar fútbol, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE PARENTALIDAD POSITIVA (E2P) 3-5 AÑOS

Instrucciones

La Escala de Parentalidad Positiva (E2P) es un cuestionario muy sencillo que puede contestarlo cualquier adulto responsable de la crianza de un niño o niña. Su objetivo es identificar aquellas prácticas que usted usa al relacionarse con su hijo, hija, niño o niña a su cargo. Por favor asegúrese de entender muy bien estas instrucciones antes de continuar.

En el cuestionario se presentan una serie de frases que describen situaciones habituales de crianza. Frente a cada afirmación se le pide escoger entre 5 opciones: **Nunca, Casi Nunca, A veces, Casi Siempre y Siempre**. Si la frase describe una situación que nunca sucede o que no representa su vida cotidiana marque **Nunca**. Si la frase describe una situación que sucede muy poco en su vida cotidiana marque **Casi Nunca**. Si la frase describe una situación que sucede a veces o en ocasiones marque **A Veces**. Si la frase describe una situación que sucede habitualmente en su vida cotidiana marque **Casi Siempre**. Si la frase describe una situación que sucede siempre en su vida cotidiana marque **Siempre**.

Por ejemplo: si durante los 3 últimos meses la afirmación: Me doy cuenta cuando algo es agradable o desagradable para mi hijo/a (ej., en su forma de moverse, sus caras, sus palabras, etc.) describe una situación que sucede a veces o en ocasiones marque A veces.

Si usted no es el padre o madre del niño/a, asuma que donde dice "hijo" o "hija" se refiere al niño, niña o adolescente que usted está criando o cuidando. **Recuerde marcar una sola opción en cada afirmación. Conteste todas las preguntas del cuestionario. Por favor, conteste con la mayor sinceridad posible.** No hay respuestas correctas o incorrectas; por ello, escoja la respuesta que mejor refleje su realidad.

Durante los últimos 3 meses, en la crianza de mi hijo o hija yo...

Nro		Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1	Conozco qué cosas le dan miedo a mi hijo/a (ej., la oscuridad, personajes imaginarios, etc.)					
2	Procuro poner atención a mi hijo/a cuando está realizando alguna actividad (ej., cuando juega en la plaza, cuando dibuja, etc.)					
3	Conozco los gustos de mi hijo/a (ej., sé que prefiere usar zapatillas sin cordones, que le gusta jugar con su mascota, etc.)					
4	Logro ponerme en el lugar de mi hijo/a (ej., entiendo su pena cuando pierde un juguete muy querido, comprendo que le cueste probar comidas nuevas, que le da miedo ir al dentista, etc.)					
5	Logro identificar distintas emociones en mi hijo (ej., sé cuándo está alegre, sorprendido, interesado, etc.)					
6	Puedo imaginar estados de ánimo de mi hijo/a (ej., tristeza si no cumplo lo que le prometo, miedo si llego tarde a buscarlo al jardín de infantes, etc.)					
7	Ayudo a mi hijo/a a calmarse cuando está estresado/a (ej., cuando llora porque enfermó, cuando está frustrado porque ha tenido un problema en el colegio, cuando pierde en un juego, etc.)					
8	Cuando mi hijo/a tiene pesadillas, hago cosas que lo/la tranquilizan (ej., le permito dormir conmigo, le cuento una historia que le gusta, etc.)					
9	Ayudo a mi hijo/a a contarme la historia de lo que lo ha alterado (ej., le pido que me cuente cómo se cayó, cómo se le rompió el juguete, qué soñó en su pesadilla, etc.)					
10	Con mi hijo/a, nos reímos juntos de cosas divertidas (ej., de un chiste, de bromas, una película graciosa, nos disfrazamos, etc.)					
11	Le demuestro explícitamente mi amor a mi hijo/a (ej., le digo "hijo/a, te amo", "te quiero mucho", le doy besos, lo/la abrazo, etc.)					
12	Le demuestro a mi hijo/a que es una persona valiosa en mi vida (ej., le digo lo feliz que me hace, le digo lo que aprecio de él/ella, etc.)					
13	Estoy atento/a si necesita ayuda para resolver algún problema (ej., buscamos juntos su juguete, lo acompaño al baño si es necesario, etc.)					
14	Aprovecho las actividades diarias para compartir con mi hijo/a (ej., vamos juntos a la feria, ordenamos juntos las frutas, regamos juntos las plantas, etc.)					
15	Converso con mi hijo/a de los temas que a él/ella le interesan (ej., sus amigos del colegio y barrio, su mascota, sus comidas favoritas, etc.)					
16	Le explico cómo espero que se comporte antes de salir de casa (ej., le digo: "mantente cerca mío cuando estemos en la calle", "si vamos al supermercado solo podrás elegir una cosa", etc.)					

Durante los últimos 3 meses, en la crianza de mi hijo o hija yo...		Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
Nro						
17	Le explico a mi hijo qué haremos antes de ir a alguna parte (ej., le digo: "vamos a visitara tus abuelos, ir de compras, ir al médico, ir al zoológico", etc.)					
18	Le anticipo a mi hijo/a los planes del día siguiente, especialmente si se salen de la rutina normal (ej., le digo quién los retirará del colegio, si llegaré más tarde, si tendremos visitas, si lo llevaré de compras, etc.)					
19	Lo motivo a tomar sus propias decisiones, ofreciéndole alternativas de acuerdo a su edad (ej., elegir su ropa o qué película quiere ver, etc.)					
20	Procuro que realice acciones por sí mismo cuando lo llevo al Jardín de Infantes o al gimnasio (ej., que lleve su mochila, que cargue su lonchera, etc.)					
21	Invito a mi hijo/a a colaborar en la realización de las actividades cotidianas en la casa (ej., ordenar sus juguetes, poner la mesa, regar las plantas, etc.)					
22	Lo acompaño a encontrar una solución a sus problemas por sí mismo (ej., le doy "pistas" para que tenga éxito en una tarea, sin darle la solución, etc.)					
23	Respondo a las preguntas de mi hijo/a utilizando un vocabulario preciso para que aprenda nuevas palabras (ej., zapato en vez de tato, mira el malabarista en vez de mira eso, cerezas en vez de fruta, etc.)					
24	Le muestro a mi hijo/a cómo hacer cosas nuevas apropiadas a su edad (ej., le digo "mira, esto se abre así y se cierra así, ahora hazlo tú", etc.)					
25	Me disculpo con mi hijo/a cuando me equivoco (ej., si te he gritado, si no te he respondido cuando me ha hablado, etc.)					
26	Anticipo a mi hijo/a las pautas de convivencia familiar (ej., le digo: "antes de comer hay que lavarse las manos", "no vemos tv cuando estamos almorzando", etc.)					
27	Cuando mi hijo/a comete un error, buscamos juntos formas positivas de repararlo (ej., pedir disculpas, ayudar a ordenar, reparar el juguete roto, hacer y regalar un dibujo al que ofendió, etc.)					
28	Le enseño a mi hijo/a cómo debe comportarse en la calle, reuniones, cumpleaños (ej., le enseño a cruzar la calle de mi mano, a mirar la luz del semáforo, a saludar, a felicitar al que está de cumpleaños, etc.)					
29	Procuro que mi hijo/a aprenda sus datos personales y los de sus padres (ej., su sexo, nombre y edad, nombres, apellidos y labor de sus padres, etc.)					
30	Fomento que mi hijo/a haga amigo/as en el barrio y en escuela					
31	Establezco límites de seguridad para el desarrollo de los juegos (ej., procuro que el espacio sea el adecuado, que no haya riesgos como fuego, electricidad, piscina, etc.)					
32	Enseño a mi hijo/a cuáles son sus partes íntimas y cómo deben ser cuidadas en cuanto a privacidad e higiene.					

Durante los últimos 3 meses, en la crianza de mi hijo o hija yo...		Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
Nro						
33	Cuando no estoy con mi hijo/a, estoy seguro/a que el adulto o los adultos que lo cuidan lo tratan bien					
34	Procuró que mi hijo no esté expuesto a violencia física ni verbal en nuestra familia					
35	Cuando cometo un error en el trato con mi hijo/a, me disculpo con él/ella y le explico que las personas pueden equivocarse					
36	Le explico de manera calmada a mi hijo/a cómo me siento en determinadas circunstancias cuando no puedo responder a sus requerimientos (ej., <i>le digo "me siento agotada y necesito descansar un momento antes de jugar contigo"</i> , etc.)					
37	Cuido de la higiene y presentación personal de mi hijo/a (ej., <i>baño su cuerpo, lo ayudo a lavar sus dientes, lo peino, lo ayudo a lavar sus manos antes de comer</i> , etc.)					
38	Me preocupo de proporcionar alimentación saludable a mi hijo/a (ej., <i>frutas, verduras, cereales, agua</i> , etc.)					
39	Procuró que mi hijo/a pueda mantener un estado sano de salud realizando actividades físicas (ej., <i>jugar a saltar, a correr, trepar, andar en bicicleta con ayuda</i> , etc.)					
40	Mi hijo/a puede usar un espacio especial de la casa para jugar y distraerse (ej., <i>ver sus cuentos, armar sus rompecabezas, pintar</i> , etc.)					
41	Si tengo un imprevisto laboral o de salud logro reorganizar la rutina de mi hijo/a (ej., <i>si tiene que ir al jardín, al control médico</i> , etc.)					
42	Procuró que el ambiente del hogar facilite la actividad que se realizará en ese momento (ej., <i>apago el televisor antes de las comidas, apago luces y procuro que haya silencio antes de irnos a dormir</i> , etc.)					
43	Utilizo los recursos o servicios para apoyarme en la crianza (ej., <i>el consultorio, la municipalidad, los beneficios del Chile Crece Contigo u otros estatales</i> etc.)					
44	Pregunto por los recursos o servicios que hay en mi comunidad para hacer uso de ellos en caso de necesitarlos para la crianza de mi hijo/a (ej., <i>consultorio, municipalidad</i> , etc.)					
45	Cuando tengo dudas acerca de cómo apoyar a mi hijo/a en su desempeño, conducta o relación con sus compañeros de escuela, solicito reuniones con su profesor/a u orientador escolar					
46	Conversamos acerca de quiénes somos como familia (ej., <i>nuestras costumbres de vida, tradiciones familiares, creencias, normas de convivencia, deseos de cada uno</i> , etc.)					
47	Reflexiono acerca de lo que deseo para mi hijo/a en el futuro (ej., <i>tener buena salud, tener valores, ser trabajador/a</i> , etc.)					
48	Reviso mis prioridades para asegurarme de proteger el desarrollo de mi hijo/a (ej., <i>enqué gastar el dinero, el tiempo destinado al trabajo versus la familia</i> , etc.)					

Durante los últimos 3 meses, en la crianza de mi hijo o hija yo...

Nro					
		Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	
49	Me preparo para los momentos difíciles que vendrán en esta etapa de crianza (ej., me informo de cómo apoyarlo en su ingreso al colegio, sé que presentará conductas desafiantes, que tendrá interés por conocer el porqué de las cosas y hechos, etc.)				
50	Le explico a mi hijo/a si algún día cambiamos los horarios habituales (ej., le digo: "hoy llegaré más tarde a casa porque debo quedarme a trabajar", etc.)				
51	Anticipo situaciones conflictivas que podrían dificultar mi vida familiar y la crianza (ej., problemas de pareja, la visita de un familiar conflictivo, una etapa especialmente exigente en mi trabajo, etc.)				
52	Dedico tiempo a evaluar y pensar sobre cómo se está desarrollando mi hijo/a (ej., su desarrollo físico, emocional, su lenguaje, etc.)				
53	He logrado mantener un clima familiar bueno para el desarrollo de mi hijo/a (ej., las discusiones no son frente al niño/a, hay tiempo como familia para disfrutar y reírnos, etc.)				
54	Reflexiono acerca de si las prácticas de crianza que utilizo con mi hijo/a son adecuadas a su edad				
55	Logro pensar en los aspectos de mi propia historia que no me gustaría repetir como padre o madre				
56	Logro pensar y reconocer los aspectos positivos que me dejaron mis padres o cuidadores para la crianza de mi hijo/a				
57	Intento estar alerta a qué aspectos de mi historia pueden aflorar en mi crianza y estoy dispuesto/a a buscar apoyo si es necesario (ej., buscar apoyo psicológico, social, etc.)				
58	Me mantengo saludable para poder cuidar de mi hijos/as (ej., cuido el consumo de comidas y bebidas alcohólicas, consumo de tabaco, realizo chequeos médicos, hábitos de sueño, etc.)				
59	Logro identificar mis señales de agotamiento para no perder el control con mi hijo/a				
60	Siento que he logrado mantener una buena salud mental (ej., me siento contenta/o, me gusta cómo me veo, etc.)				

10.6 ANEXO 6: Tablas de Interpretación por edad

TABLA DE INTERPRETACION (E2P)
19-36 MESES

DECIL	ZONA	Vinculares	Formativas	Protectoras	Reflexivas	TOTAL
10	Alta frecuencia	59-60	58-60	58-60	57-60	229-máx
9		57-58	57	56-57	55-56	222-228
8		56	55-56	54-55	54	217-221
7		54-55	54	53	52-53	211-216
6		53	52-53	51-52	51	207-210
5	Frecuencia intermedia	52	50-51	50	49-50	202-206
4		50-51	48-49	48-49	47-48	196-201
3	Baja frecuencia	49	46-47	47	45-46	187-195
2		45-48	42-45	43-46	40-44	174-186
1		0-44	0-41	0-42	0-39	0-173

TABLA DE INTERPRETACION (E2P)
3-5 AÑOS

DECIL	ZONA	Vinculares	Formativas	Protectoras	Reflexivas	TOTAL
10	Alta frecuencia	59-60	59-60	58-60	59-60	231-máx
9		58	58	57	57-58	227-230
8		57	57	55-56	56	222-226
7		56	56	54	55	219-221
6		55	54-55	52-53	54	215-218
5	Frecuencia intermedia	54	53	51	52-53	210-214
4		52-53	51-52	50	50-51	205-209
3	Baja frecuencia	50-51	48-50	47-49	48-49	198-204
2		47-49	45-47	44-46	44-47	187-197
1		0-46	0-44	0-43	0-43	0-186

10.7 ANEXO 7: Plan de minimización de riesgo/daño



Facultad de Odontología
Clínica de Odontología Pediátrica y del Adolescente

Plan de minimización de riesgo

Proyecto investigación: “Relación entre caries temprana de la infancia y competencias parentales en niñas y niños atendidos en la clínica de odontología pediátrica y del adolescente de la Universidad de Valparaíso entre los años 2021-2022”.

A continuación, se detalla protocolo de derivación para la atención oportuna en casos identificados de riesgos durante la investigación.

Protocolo de Mitigación de Riesgos

1. No existirá en ningún momento acceso a información que no esté contemplada dentro de los objetivos de esta investigación.
2. La encuesta “Escala de Parentalidad Positiva (E2P)” será contestada por la madre/padre o cuidador de forma online.
3. Las preguntas van dirigidas a las prácticas habituales de crianza al relacionarse con el niño o niña a cargo.
4. Los resultados de la encuesta crearán un “Perfil de Competencias Parentales” con tres categorías: Zona de Riesgo – Zona de Monitoreo – Zona Óptima.
5. El resultado individual de la encuesta será informado a cada uno de los participantes de forma telemática (Vía correo electrónico y/o WhatsApp).
6. Si el resultado del perfil de competencias parentales se encuentre en “Zona de Riesgo” o “Zona de Monitoreo” el participante tendrá derecho a ser derivado para ser atendido en el Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso (se adjunta carta de compromiso de la unidad de derivación).

10.8 ANEXO 8: Carta compromiso de la unidad de derivación



VALPARAISO, 08 de septiembre de 2022
CNº/ 4-2022

Señor
Juan Eduardo Onetto Calvo
Director Programa Especialización Odontopediatría
Facultad de Odontología
Universidad de Valparaíso
Presente

Por medio de la presente informo a usted que el Centro de Atención Psicológica de la Escuela de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales, se compromete en ofrecer servicio de atención psicológica entre los meses de marzo y diciembre de 2023, a los padres de las niñas y niños participantes del estudio guiado por la profesora Paula Solervicens denominado "Relación entre caries temprana de la infancia y la autopercepción de las competencias parentales a través de la escala de parentalidad positiva E2P en niños y niñas atendidos en la Clínica de Odontología Pediátrica de la Universidad de Valparaíso entre los años 2021-2022", cuyos resultados en el citado instrumento hagan aconsejable que reciban orientación parental, y que estén de acuerdo en recibir dicha orientación.

Sin otro particular, saluda atentamente a usted.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Carlos Clavijo López'.

Prof. Dr. Carlos Clavijo López
Director Departamento de Psicología Clínica
Coordinador Centro de Atención Psicológica
Escuela de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Valparaíso

CC/ILC.
c.c.:archivo