



**HERRAMIENTA INTERACTIVA EN SALUD ORAL PARA
CUIDADORES ENCARGADOS DE LOS NIÑOS MENORES DE 6
AÑOS EN EL INSTITUTO LOS PISINGOS**

INVESTIGADORES:

JOHANNA ARRUBLA CAMACHO

DIANA CATALINA BELTRÁN

PAOLA ALEJANDRA PINEDA

ORFA LICETH VEGA UVA

Trabajo De Grado Para Obtener El Título de Odontólogo

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
COLEGIO ODONTOLÓGICO
BOGOTÁ D.C.
II-2009**



**HERRAMIENTA INTERACTIVA EN SALUD ORAL PARA
CUIDADORES ENCARGADOS DE LOS NIÑOS MENORES DE 6
AÑOS EN EL INSTITUTO LOS PISINGOS**

INVESTIGADORES:

**JOHANNA ARRUBLA CAMACHO
DIANA CATALINA BELTRÁN
PAOLA ALEJANDRA PINEDA
ORFA LICETH VEGA UVA**

ASESORES:

**CIENTÍFICO: Dra. Ludy Marcela Cepeda
Odontóloga Pediatra**

**METODOLÓGICO: Dra. Claudia Alcazar
Od. Esp. Seguridad Social**

ESTADISTICO: Dra. Clara López de Mesa

Trabajo De Grado Para Obtener El Título De Odontólogo

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
COLEGIO ODONTOLOGICO
PREGRADO
BOGOTA D.C
II-2009**

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

En primera instancia a Dios por permitirnos culminar una etapa en nuestras vidas, a nuestros padres ya que sin la ayuda y apoyo de ellos este sueño no lo hubiéramos podido realizar, amigos y docentes.

A la Institución Universitaria Colegios De Colombia, a nuestros asesores Ludy Marcela Cepeda y Claudia Alcazar, quienes nos asesoraron en la parte científica y metodológica respectivamente durante la elaboración de este proyecto.

DEDICATORIA

Damos gracias a Dios y a nuestras familias quienes nos apoyaron de forma incondicional para la realización de nuestras metas y sueños.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	Página
1. ASPECTOS TEORICO CIENTIFICOS	
1.1. Planteamiento Del Problema.....	11
1.2. Justificación	12
1.3. Impacto.....	13
1.4. MARCO TEORICO.....	14
1.5. OBJETIVO.....	46
1.5.1 Objetivo General.....	46
1.5.2 Objetivos Específicos.....	46
2. ASPECTOS METODOLOGICOS	
2.1. Tipo de estudio	46
2.2. Población	46
2.3. Criterios de elegibilidad.....	47
2.4. Variables.....	48
2.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	
2.5.1 Encuesta inicial.....	50
2.5.2 Encuesta final.....	51
2.5.3 Encuesta de la herramienta interactiva.....	52
2.6. Procedimiento.....	55
2.7. ANALISIS ESTADISITICO.....	55
3. RESULTADOS	56
4. DISCUSIÓN.....	59
5. CONCLUSIONES	62
6. RECOMENDACIONES.....	63
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	64

INTRODUCCIÓN

Este proyecto ha sido realizado con el fin de llevar a los cuidadores encargados de los niños menores de 6 años del Instituto Los Pisingos información básica y sencilla sobre salud oral, de una forma clara y explicativa con términos fáciles de entender.

La herramienta elegida para este fin es un Cd interactivo que pretende ampliar y aclarar los conocimientos en salud oral de los cuidadores de los niños, para que estos a su vez guíen y orienten a los infantes en la adquisición de hábitos correctos que mejoren su salud oral y por lo tanto su calidad de vida.

Los temas a tratar en el Cd, parten de la evaluación de conceptos de cuidado oral aplicada a los cuidadores. Se tratarán aspectos importantes como: cavidad oral, sus partes en general y sus funciones, alimentación adecuada en niños, prevención de caries, técnicas de cepillado, uso de seda dental, entre otros.

Con el fin de llevar a cabo un buen aprendizaje, esperamos que la herramienta interactiva sirva de apoyo y ayude a los cuidadores encargados a comprender de una manera sencilla y eficaz la importancia de una boca sana en los niños en crecimiento.

1. ASPECTOS TEORICO CIENTIFICOS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población infantil es considerada un grupo importante, que requiere atención integral en salud, debido a su vulnerabilidad en enfermedades buco-dentales como: caries de infancia temprana, fluorosis, gingivitis, entre otras, requiriendo de este modo atención integral que sea guiada con un adecuado conocimiento en los procesos de aprendizaje, auto cuidado, higiene y salud oral.

¿Cuál es el grado de conocimiento en salud oral de los cuidadores encargados de los niños menores de 6 años en el instituto los PISINGOS?

1.2 JUSTIFICACIÓN

En la prevención de la caries dental y la gingivitis en niños, se han utilizado medios individuales como los folletos, las cartillas y métodos grupales como dinámicas y conferencias, para motivar a los grupos de personas en el manejo adecuado de la higiene oral. Estas herramientas han sido dirigidas directamente a los niños, a sus madres o a sus profesores, dejando de lado un grupo importante como son a los cuidares de los niños que por diferentes circunstancias se encuentran aislados de sus familias.

Teniendo en cuenta que la adquisición de hábitos saludables es mayor durante las primeras etapas de la vida, es preciso incidir en las actitudes y en los conocimientos de salud oral de las personas al cuidado de los niños, por medio de una herramienta didáctica e ilustrativa que facilite y motive la adquisición de información, a través de imágenes y sonidos, contribuyendo al proceso educativo en el mejoramiento de conceptos de salud oral que a su vez serán transmitidos a los niños.

1.3 IMPACTO

Al realizar e implementar un Cd interactivo en el instituto los PISINGOS, se incrementaran de manera sencilla y didáctica los conocimientos en higiene oral y cuidado de salud bucal de los encargados de los niños menores de 6 años. Promoviendo conceptos y técnicas para la adecuada higiene oral y dieta, que a su vez serán transmitidos correctamente a los niños, facilitando así la adquisición de hábitos saludables por parte estos.

La herramienta utilizada será muy beneficiosa para las entidades, ya que podrá ser mostrada a los nuevos cuidadores en caso de la llegada de nuevo personal, para que haya continuidad en el manejo de la salud oral de los infantes.

También es importante resaltar que se está realizando prevención y promoción de salud oral en nuevas instituciones, lo que abre paso para que UNICOC siga desarrollando trabajos que mejoren la calidad de vida de este grupo poblacional.

1.4 MARCO TEORICO

La caries dental continúa siendo el principal problema de salud bucal de la población infantil; sus consecuencias van desde la destrucción de los tejidos dentarios, hasta la inflamación e infección del tejido pulpar, lo que acarrea la pérdida de la vitalidad dentaria y finalmente de la pieza dental. (Lozada, A, 2002)

Uno de los grupos humanos más susceptibles a este problema es la población infantil, como lo han demostrado diferentes estudios epidemiológicos a nivel internacional y nacional. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que las enfermedades orales, como caries, periodontitis o cáncer de boca y faringe, son un problema que afecta cada vez con mayor frecuencia a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades menos favorecidas, encontrando que un 60% a 90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental. En lo que se refiere a los países desarrollados, el informe indica que la caries afecta entre el 60 y el 50 % de la población escolar. La mayoría de los niños del mundo presentan signos de gingivitis. (Lozada, A, 2002)

En los Estados Unidos, según el estudio del Departamento de Epidemiología, Facultad de Odontología de la Universidad de Carolina del Norte, el 25 por ciento de los niños del país tienen 75% de caries dental, los niños de las minorías, habitantes de las zonas rurales y los de menor nivel educativo o las familias más

pobres tienden a tener una mayor experiencia de caries. (Caplan DJ, 1993)

La encuesta Nacional de Salud y Nutrición (NHANES), realizada durante 1999 - 2002 en Estados Unidos, reporta que el 41% de los niños de 2 a 11 años, presentaba caries dental en sus dientes primarios. Para los niños, niñas y adolescentes de 6 años a 19 años la prevalencia de caries fue de 46%. Esta muestra incluyó niños americanos, latinos y afrodescendientes. (Beltrán E, 2005)

En Australia, a pesar de una notable mejoría en la salud oral de los niños, en los últimos 30 años, se presenta como preocupación grave la caries de la infancia temprana, ya que afecta hasta en un 75% de los niños dentro de un rango de edades de 2 a 3 años, llegando a estados de hospitalización y tratamientos invasivos. (Plutzer K, 2008)

En Norteamérica; los niños hispanos entre 2 y 5 años de edad sufren de más caries dental en sus dientes primarios que los niños blancos o afroamericanos. La tercera Encuesta y Examen Nacional de Salud (Third National Health and Examination Survey) mostró que más del doble de los niños mexicano-americanos (35 %) y que los niños blancos (14 %) tienen lesiones de caries dental no tratadas. Aproximadamente el 40 por ciento de los niños hispanos no cuentan con seguro dental. (OPS, 1993)

A principios de la década de 1990 algunos países latinoamericanos como República Dominicana, Argentina, Venezuela y Ecuador, informaron que entre 85% a 97% de la población presentaban esta enfermedad. (Rivera L, 2006)

Los estudios en Maracaibo (Venezuela) de Rivera y en Córdoba (Argentina) de Dorronsoro et al. Señalaron que la prevalencia de caries y fluorosis en niños escolarizados era alta, sobre todo en dientes primarios en varones de 6 años, cuyos padres tenían pocos recursos económicos. (Dorronsoro S, 2003)

Si bien el estado de salud oral de América Latina en niños y adultos jóvenes ha mejorado significativamente durante las últimos tres décadas, la carga de enfermedades bucodentales sigue siendo elevada entre la población de bajos ingresos ya que este grupo de población carece de acceso a servicios adecuados de atención odontológica y tienen una mayor exposición a otras enfermedades, La Organización Mundial de la Salud encontró que alrededor de un tercio de los niños de las familias de bajos ingresos tenían al menos un diente temporal con caries sin tratar, mientras que sólo el 12 por ciento de los niños de familias con mayores ingresos no presentaban este tipo de problema. (Mazariegos M, 2004)

En Colombia. Se evidenció que los niños en edades entre 5 a 12 años de edad presentaban un índice de placa bacteriana (IPB) elevado, (95%) y dos terceras

partes de los niños presentaron un nivel regular de remoción de placa, lo que corrobora la apreciación sobre hábitos de higiene oral insuficientes. (Ministerio de la protección social, 1999)

Con respecto a historia de caries en dentición primaria, se observó que el 60.4% de los niños de 5 años tenían historia de caries, aumentando a un 73.8% a los 7 años. En cuanto a la prevalencia de caries, se encontró; 54.8% de lesiones cavitarias no tratadas en niños de 5 años y 63.8% en niños de 7 años. El índice ceo-d a los 5 años fue de 3.0, manteniéndose de esta forma a los 6 y 7 años. El promedio de dientes temporales sanos a la misma edad fue de 16.3 lo que significa que el 84.4% de los dientes presentes se encontraron sanos. ((Ministerio de la protección social, 1999)

Estas cifras demuestran la necesidad de tratamiento odontológico en la población infantil; los niños de 5, 6, 7, y 12 años requieren algún tipo de tratamiento, la operatoria ocupa el primer lugar en las necesidades. (Ministerio de la protección social, 1999)

En Bogotá, el estudio del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral SISVESO, de la Secretaría Distrital de Salud, reporta que los capitalinos presentan un alto índice de caries y de otras enfermedades en más de dos dientes y en los

niños menores de 5 años la cifra de piezas cariadas, extraídas y perdidas es de 2.8 por cada uno. (Secretaría Distrital de Salud, 2001)

En Colombia la distribución y severidad de la caries varían de una región a otra y su aparición se asocia en gran manera con factores socioculturales, económicos y del ambiente, como se puede observar en ENSAB III, donde se demostró que los niños que viven en regiones rurales y barrios marginales, presentaron mayor porcentaje de dientes temporales con necesidad de tratamiento, seguidos por los que viven en estratos 1, 2 y 3. (Ministerio de Salud, 1999)

Las revisiones anteriores demuestran la necesidad de aplicar medidas preventivas a la población en Latinoamérica y específicamente en Colombia. La Organización Panamericana de la Salud en su informe de salud oral de 1997, afirmó que la salud oral era todavía un aspecto básico de las condiciones generales de salud en el hemisferio, debido a la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad, los costos que se relacionan con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención. (Organización Panamericana de la Salud, 1997).

Los aspectos socioeconómicos y la falta de conocimientos de las personas sobre la importancia de la salud oral, así como sobre las técnicas para lograr un cuidado

correcto de la boca, son barreras que impiden mantener los tejidos bucodentales libres de enfermedad. (DSSHEU, 2003).

Es por esto que muchas investigaciones se han ocupado de indagar los conocimientos de salud y cuidado dental en madres o personas encargadas del cuidado de los menores, ya que estos son los encargados de transmitirles esta información.

La transmisión de hábitos como pautas de comportamiento y su repercusión en la salud del niño están sujetas a condiciones sociales, culturales y económicas. La sociedad propone una serie de hábitos (hábitos de higiene oral, conductas, etc) los cuales son reconocidos y desarrollados por los niños. En este proceso los adultos ejercen un papel fundamental ya que son mediadores entre el niño y la sociedad (Díaz M, 1999)

En diferentes países se han realizado estudios con el fin de relacionar el estado de salud oral de los infantes con los conocimientos que tienen sus madres o cuidadores. Varias de estas investigaciones han reportado una asociación significativa entre caries dental en madres y niños por la relación entre crianza, comportamiento, conocimiento y desinterés a la hora de mantener una adecuada higiene oral. La madre es responsable de la regulación de los alimentos, no solo

en la preparación y la conducta alimenticia, sino en el consumo exagerado de dulces y su comportamiento frente al cepillado de los dientes y su rutina diaria para hacerlo. (Kawaxhita Y, 2008)

En Inglaterra, un estudio realizado en el Hospital de la Universidad Dental en Manchester evaluó el conocimiento y las actitudes de las madres de los niños con alto riesgo de caries. Demostrando que un 71% de las madres sabía que los niños deben cepillarse los dientes dos veces al día, un 94% sabían que tenían que usar un cepillo dental de tamaño pequeño, el 52% sabía que se debe utilizar sólo una pequeña cantidad de la crema dental, y sólo el 3% sabía que el nivel recomendado de fluoruro en la crema dental habitual era de alto riesgo.. El 40% de los niños insistieron en cepillarse solos sus dientes y el 40% de las madres cepillan los dientes a sus hijos pero no con una adecuada técnica. Aunque las tres cuartas partes de las madres cree que la caries dental en los “dientes de leche” es muy importante, sus actitudes respecto a la salud dental de los dientes primarios son equívocas y la técnica de cepillado demostró un comportamiento deficiente por parte de los niños.(Blinkhorn AS, 2004)

El colegio de Odontología de la Universidad de Michigan aplicó 105 encuestas a madres o tutores; cada uno tenía a su cargo de 1 a 9 niños (media = 2,48). Encontrando que sólo 25,7% de los encuestados dieron respuestas correctas con respecto a la edad en que los niños deben empezar a ver un dentista, y sólo el 32,4% contestó correctamente la pregunta sobre la edad en que los niños deben

empezar el cepillado dental. En conclusión se resalta que los padres y cuidadores pueden desempeñar un papel importante en la prevención de enfermedades bucodentales en los niños y por lo tanto, deben ser instruidos acerca de la promoción de la salud oral. Estos hallazgos señalaron la importancia de centrar los esfuerzos educativos sobre jóvenes madres y cuidadores con menos educación y que proceden de comunidades desfavorecidas socioeconómicamente. (Akpabio A, 2008)

En Beijín China, se utilizó un cuestionario dirigido a las madres, en el cual se interrogó acerca de los hábitos alimenticios y las practicas de higiene oral, al tiempo que se recogieron muestras de placa bacteriana. Se demostró que las madres de los niños con presencia de caries presentan un bajo nivel educativo acerca de los conocimientos de los hábitos de higiene oral, la alimentación nocturna y la excesiva ingesta de azúcares, lo que se correlacionó significativamente con la presencia de un alto índice de placa bacteriana y presencia caries. (Man Q, 2008)

En Hong-Kong se realizó un estudio para evaluar conocimientos y prácticas de madres de menores de 3 años. En cuanto a hábitos alimenticios, las madres refirieron que: el 97% de los niños eran amamantados exclusivamente. Más del 98% de los niños utilizan un biberón durante el día, el 62% habían utilizado un biberón para tomar líquidos distintos del agua o la fórmula infantil (leche

pediátrica, medicada). El 56% de las madres suministro un biberón antes de dormir. De estos niños, sólo el 37% terminó el contenido de la botella antes de dormirse, más de 73% de los niños siguen usando un biberón después de los 2 años de edad. El 35.6% de los niños practican la succión no nutritiva. Con respecto a hábitos de limpieza oral; el cepillado se practica al 42% de los niños, de los cuales 19% son cepillados dos veces al día. El 57.3% no reciben ayuda de su madre para el cepillado. En cuanto a conocimientos en salud oral; el 67.7% de los cuidadores dijo que los dientes cariados no deben ser restaurados, 12.6% de la madres no sabía la condición oral de sus hijos. Según se informa, del 82% al 87.5% de las madres no habían recibido ninguna información sobre el cuidado de la salud oral durante el embarazo y después. Casi todos, el 97%, de la los encuestados dijo que les gustaría recibir más información sobre cuidado de la salud oral. (Tang S, 2002)

En la Universidad de Muhan en China se realizó un estudio el cual tenía por objetivo evaluar el conocimiento dental y el comportamiento de los profesores y madres de los niños en edad escolar. Los datos fueron recolectados a partir de 1200 madres de los estudiantes de primer grado y 215 maestros. para el desarrollo de éste estudio se utilizaron cuestionarios con preguntas de fácil comprensión acerca de salud oral, obteniendo como resultados, que el nivel de conocimiento dental fue mayor entre los maestros de escuela que entre las madres. Las madres obtenían en la mayoría de los casos sus conocimientos por medios que manejan una deficiente información, como folletos sin actualización

alguna o la radio; sin saber si el personal que suministraba la información estaba capacitado para dicha tarea, en comparación con los maestros los cuáles recibían información de diversas fuentes como: Internet, televisión, periódicos, visitas, por higienistas, campañas audiovisuales entre otras. (Hua X, 2002)

La mayoría de los niños (94,0%) de esta comunidad reflejaron que no tenían una ayuda esencial por parte de sus padres en el desarrollo de su limpieza dental diaria. Sólo el 18,9% de ellos visitó al odontólogo al menos una vez al año. Este hallazgo sugiere que se debería hacer hincapié en la educación bucal saludable entre las madres y los maestros, a fin de promover la escuela basada en el programa de educación de salud bucal. (Hua X, 2002)

En el 2005, en Teherán, Irán se investigo el papel de las madres en el cuidado oral de sus hijos preadolescentes, se realizaron cuestionarios para recoger datos, sobre una muestra aleatoria de 9 niños con sus madres, examinando la frecuencia de cepillado, uso de dentífrico y número de meriendas azucaradas entre las comidas tanto para niños como para los padres. También se evaluó la supervisión de cepillado. Como resultado se encontró que la mitad de las madres fueron evaluadas como activas en la supervisión del cepillado, pero claramente se notaba que la frecuencia y la técnica no era la adecuada. Se concluyó que las madres son un apoyo fundamental, que se refleja positivamente en el autocuidado de los niños, pero la falta de conocimientos es un factor desencadenante de la

enfermedad, puesto que no existen recursos para la formación adecuada de los padres. Por esto el acercamiento y la educación a las madres debe ser considerada durante la planificación de programas de prevención. (Vehkalahti Z, 2008)

La Facultad de Odontología de Niterói, Universidad Federal Fluminense, de Río de Janeiro, evaluó las prácticas y las actitudes hacia la atención de la salud oral de 245 profesionales que trabajan en la educación pública municipal de 24 centros de educación preescolar en Niterói, Estado de Río de Janeiro, Brasil. En cuanto a las prácticas de salud oral, se observó que la mayoría de los profesionales de la educación hicieron hincapié en el cepillado dental como método esencial de la higiene bucal. Además, el 70,7% de los profesionales de la educación han realizado otros tipos de actividades de la higiene bucal con los alumnos, y el 17,1% lo hizo con las familias de los niños. Todos los participantes del estudio consideraron que los profesionales de la educación tienen un papel clave en la promoción de hábitos saludables entre los escolares y creen que la participación en programas educativos con odontólogos es importante. Por tanto, se concluyó que los profesionales encuestados tienen actitudes y prácticas positivas en relación con el cuidado de los niños, y reconocer su papel en el fomento de hábitos saludables y el desarrollo integrado de programas pedagógicos de salud oral. (Antunes S, 2008)

El departamento de salud pública y tropical de la Universidad Nacional de Colombia demuestra que en nuestro país, la salud oral no es percibida realmente como un problema sentido, particularmente en los niños que no han cambiado de dentadura. Más bien parece apreciársele como algo secundario, que no requiere mayor atención y únicamente merece preocupación cuando ya es algo doloroso. Esta actitud puede influir para que no se presente prevención a nivel bucodental por parte de la gente. También, la percepción sobre la salud oral aparece mediada por la cultura a la que pertenezca el perceptor, de allí se desprenderán las actitudes que cada quien considere pertinentes para interpretar como relevante o no el cuidado bucodental. (Díaz M, 1999)

En UNICOC sede Cali, se realizó una investigación para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de 50 madres con respecto a la historia de caries de sus hijos. Encontrando que el 38% respondieron que los dientes temporales no eran importantes porque se iban a caer y 8% dijeron que no sabían nada acerca de estos, el 60% aseguró supervisar el cepillado de sus hijos, el 92% aseguró que era importante el uso de seda dental por parte de sus hijos y el 96% de los padres dijeron que ellos son los responsables de enseñarle al niño a cuidar sus dientes. En cuanto a las prácticas se encontró que el 30% de las madres asegura que sus hijos usan diariamente seda dental, el 60% superviso el cepillado y el 36% usa enjuague bucal. (Tascón J, 2005)

La Universidad de Valle aplicó un modelo de creencias en salud, que permitió conocer las creencias básicas sobre caries e higiene oral que tienen los niños y

adolescentes escolarizados del Valle del Cauca. Encontrando que las creencias y prácticas de los participantes no son favorables para la prevención y control de la caries. Es necesario diseñar intervenciones preventivas para mejorar las percepciones y reducir la presencia y efectos de la caries dental. (Cabrera G, 2005)

Con respecto a la etiología de la caries, 65% cree que la caries dental se debe a mala higiene oral, 18% por bacterias, 7% por consumo de azúcar y 10% no sabe. 41% refirió haber sufrido alguna vez de caries; 14% cree que actualmente no tiene esta enfermedad oral y 37% dijo no tener historia percibida de caries. El 99.8% respondió que se cepilla los dientes; la frecuencia de cepillado tuvo una mediana de 3 veces por día; 55% utiliza la seda dental y 51% el enjuague bucal; 14% refirió no haber visitado nunca al odontólogo y 27% dijo haberlo visitado al menos una vez, pero hacia más de 7 meses. (Cabrera G, 2005)

Aunque la caries es la patología oral de mayor prevalencia en preescolares y escolares, puede ser controlada de forma temprana mediante adecuados mecanismos de prevención y protección específica, limitando sus efectos y complicaciones. Es por esto que uno de los principales retos a los que se enfrenta la profesión odontológica es asegurar que todo niño goce de los beneficios que brinda la salud bucal adecuada. Aun cuando es posible satisfacer con éxito la mayor parte de las necesidades de la población infantil a nivel individual, en el consultorio dental, hay algunas necesidades que pueden cubrirse con mayor

eficiencia en la comunidad. (Avellaneda D, 1998)

La resolución 3577 de 2006 del Ministerio de Protección Social, formula que deben existir políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional coordinando su ejecución, seguimiento y evaluación. En la actualidad, nuestro país trata de superar recesiones económicas, conflictos sociales y políticos que afectan su desarrollo y productividad. Estos no se ven reflejados solamente en el desempleo, violencia y pobreza, sino también en la situación de salud bucal, que se posiciona como uno de los problemas más graves que abarca el país, toda vez que también está ligada a tendencias políticas, económicas y sociales.(Ministerio de protección social , 2006)

Al igual que para muchos profesionales de la salud u otras profesiones, la odontología es un disciplina que se encuentra sometida a prácticas fragmentadas en la comunidad y es especializada, con un énfasis estricto y riguroso en su parte asistencial, donde el profesional ha perdido su conexión con la comunidad y no es consciente de la permanente y continua integridad que tiene la salud bucal. Si bien la Salud Bucal de la población colombiana, ha presentado una evidente mejoría en el transcurso de los últimos 30 años, según las tendencias observadas en los tres estudios nacionales realizados en 1966, 1977 a 1980 y en 1998, sigue siendo un riesgo importante para la calidad de vida de las personas y debe

analizarse desde la compleja situación que presenta, debido a la estructura del sistema, a los esquemas laborales, de formación y de relación sectorial e institucional de la profesión, y a las tendencias del mercado. Por ello las soluciones son complejas, y deben ser cuidadosamente elaboradas y concertadas, partiendo de los intereses y prioridades de los actores, pero con la firme decisión de ser parte de la solución y de que el bienestar general prime sobre los intereses particulares, y resuelve adoptar el Plan Nacional de Salud Bucal, cuyo contenido debe ser desarrollado a partir de las competencias propias de los actores del SGSS y de las demás entidades, instituciones y recurso humano relacionado con la salud bucal, bajo la orientación del Ministerio de la Protección Social.(Ministerio de protección social , 2006)

La resolución 3577 de 2006 incluye a las universidades dentro de los entes estratégicos para el desarrollo del Plan Nacional de Salud Bucal, ya que como entidades formadoras de Recurso Humano, aportan al Plan una parte con su conocimiento, investigación y experiencia, para avanzar en el desarrollo de estrategias que garanticen prestaciones de servicio acorde con los avances tecnológicos y del conocimiento, y por otro lado con la capacitación al recurso humano desde la concepción clínica y científica y también desde los ámbitos de la prestación de los servicios, el manejo administrativo, epidemiológico y social de la salud bucal. Se concluye entonces, que la responsabilidad social surge de la conciencia creciente del individuo y simultáneamente de la entidades prestadoras del servicio, por lo tanto de la construcción conjunta que se haga se podrán

obtener resultados favorables para todos y solo podrán ser efectivos si se tiene en continuo desarrollo con la participación activa de todos los entes que se incluyen en la comunidad.(Ministerio de protección social , 2006)

La resolución 3997 de 1996 del Ministerio de Protección Social establece las normas técnicas y administrativas de obligatorio cumplimiento para las entidades promotoras de salud y la instituciones prestadoras del servicio. (26)

Se define la promoción de la salud como la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, salud oral , síquicas y sociales de los individuos y las colectividades. (Ministerio de Salud, 1996)

En las pasadas décadas, las acciones del sector salud en nuestro país se han enfocado en los servicios orientados a la curación de la enfermedad, colocando al margen de manera simultánea y progresiva aquellas acciones orientadas a evitar la ocurrencia de la enfermedad y al mejoramiento de las acciones en salud. Es por esto que en los últimos años, las políticas de salud pública han puesto en marcha una de sus más importantes estrategias; la educación en salud. (Avellaneda D, 1998)

La educación en salud es un proceso que promueve cambios de conceptos,

comportamientos y actitudes frente a la salud, a la enfermedad, al uso de los servicios y que a su vez refuerza conductas positivas. Este proceso implica un trabajo compartido, que facilita al personal de salud y a la comunidad, la identificación y el análisis de los problemas y la búsqueda de soluciones de acuerdo con el contexto social y cultural (Cabrera G, 200).

En los programas de prevención es indispensable el trabajo conjunto de padres, profesores y niños, para el adecuado cuidado de la salud oral, ya que, con la interacción de cada miembro se logrará crear conciencia, hábitos y rutinas en los menores, obteniendo como resultado una mejor calidad en todo programa a realizar. Sin embargo no deben centrarse solamente en enseñar técnicas de cepillado y el uso de diversos implementos de higiene oral, si no también tener en cuenta los hábitos alimenticios, el lugar donde residen los menores, el tiempo que pasan con sus padres o con un adulto responsable, el nivel socioeconómico de cada uno, los aspectos culturales, las creencias religiosas, la capacidad cognitiva y desarrollo de la motricidad, no solo en los niños sino en las personas responsables de ellos. Si se aplican los puntos descritos anteriormente se logra crear un adecuado programa de prevención y promoción de la salud oral y también que el resultado de este sea el más efectivo, creando así adultos con conciencia de responsabilidad ante el cuidado de sus dientes y el de sus futuras familias. (Agudelo, 2005)

La salud oral resulta de la interacción de muchos factores como: la demografía, herencia genética, comportamiento humano, medio ambiente y la atención proporcionada por las entidades de salud. Un programa de salud oral se entiende como una herramienta interactiva que pretende incrementar el apoyo a la comunidad tanto en recursos humanos como en infraestructura de información, promoviendo un adecuado conocimiento en salud e higiene oral tanto en la población sana como en la población afectada. (Euskadi, 2003)

La OMS define un programa como un conjunto de actividades encaminadas hacia el logro de los objetivos y metas definidas donde existen fases de diseño e implementación para la preparación de aspectos fundamentales como: constitución de un equipo interdisciplinario, consecuencia de recursos materiales, información del programa, presupuesto y finalización de este. (OMS, 1998)

El concepto de prevención debe ser aplicado al individuo, no simplemente a la enfermedad o al órgano involucrado. Existen diferentes niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. La primaria se hace en individuos sanos, la secundaria se hace en individuos enfermos para evitar progresión y complicaciones de la enfermedad y la terciaria en enfermos que presentan la enfermedad como tal. En la práctica diaria de la odontología, el cumplimiento de los ideales de la odontología preventiva puede lograrse solo a través de un programa cuidadosamente planeado, adaptado a las características y necesidades

particulares de cada paciente. La clave del éxito en las prestaciones por parte del profesional está en comprender que los pacientes no pueden captar inmediatamente lo que se les está explicando y proponiendo, los programas preventivos deben aplicarse repetitivamente. (Katz S, 1982)

Los programas encaminados a mejorar la salud oral de los niños, deben ser dirigidos a madres, padres y personal cuidador de los infantes. Con el propósito de probar la eficacia de un programa de promoción de la salud oral aplicado a madres desde el embarazo, en Australia. Se proporciono información de salud oral a madres nulíparas en dos etapas; durante el embarazo y más tarde, cuando los niños alcanzaron los 6 y 12 meses de edad. Después de la segunda ronda, la información se vio reforzada en uno de los subgrupos de prueba a través de un teléfono consulta. A la edad de $20 \pm 2,5$ meses de aplicada la instrucción, los niños del grupo fueron examinados por un odontólogo. De 649 mujeres participantes en el programa, 441 obtuvieron niños sanos. Esto concluye que la salud oral se logra realizando programas de promoción basados en las falencias de la comunidad en general, como lo que se realizó con estas madres, iniciado durante el embarazo y obteniendo una disminución de la incidencia de la caries de la infancia temprana en estos niños. La prevención de la caries de la infancia temprana es de vital importancia, para el mejor desarrollo del niño en todos los ámbitos y para promover el bienestar general y la calidad de vida de estos. Las

madres gestantes y sobre todo las que se encuentran en situación de alta pobreza, son consideradas un grupo vulnerable que requiere de atención integral de salud. Es necesario que las mujeres conozcan las medidas preventivas para mantener una buena condición oral para ellas y sus hijos. (Lutzer K, 2007)

El primer paso en la prevención de la caries dental en niños de edad preescolar es la evaluación de los factores de riesgo; que incluyen el estatus socioeconómico, experiencia de caries anterior, la presencia de lesiones de mancha blanca, la presencia de placa visible, el riesgo percibido por los profesionales dentales, microbiológicos y ensayos para detectar la presencia o la cantidad de estreptococos mutans. Basándose en este conocimiento, pueden ponerse en práctica diferentes estrategias de prevención, así como la terapia preventiva indicada para cada individuo. Las estrategias de prevención de caries en niños preescolares incluyen modificaciones de la dieta; reducción del consumo de azúcar, supervisión del cepillado dental, uso de seda dental. Estas estrategias se aplican a los adultos a cargo de los niños, quienes son los responsables de su salud. (Tinano N, 2005)

En Kaunas, Noroeste de Lituania, se realizó un estudio con el objetivo de conocer el estado de salud oral y evaluar el resultado de un programa de prevención de caries en niños en edad preescolar, seleccionándose una muestra de 1.656 ,entre rangos de 3 a 7 años de edad, divididos en dos grupos, para hacer

dos pruebas respectivas. Para la prueba, en el grupo A, se realizó cepillado dental, supervisado y para la prueba del grupo B, se utilizaron aplicaciones de flúor en gel, las cuáles también fueron supervisadas. La caries dental se evaluó de acuerdo con la OMS y de acuerdo con el índice de higiene bucal de Greene-Vermillion. Los Programas de promoción y prevención se basaron en las instrucciones de higiene oral, cepillado diario supervisado, y aplicaciones de flúor en gel. La relación entre la higiene bucal y la severidad de la caries dental se determinó mediante la prueba de Fisher. Como resultados se encontró que La prevalencia y severidad de la caries dental entre los niños examinados aumentó con la edad y se decidió que los métodos correctos para la disminución de esta eran las aplicaciones de flúor tópico y la buena higiene oral, ya que mostraron excelentes resultados en la prevención de la caries. (Andruskeviciene V, 2008)

El desarrollo de una buena higiene oral comprende muchos factores dentro de los cuáles está el cepillado dental por lo menos dos veces al día, por 2-3 minutos.

Este estudio evaluó si cepillarse los dientes adecuadamente cumple con las expectativas de salud oral en los adultos. Los participantes recibieron un cuestionario sobre la frecuencia de cepillado y la técnica de cepillado empleada, duración y fuerza. La mayoría (79,6%) de los participantes reflejaron que se cepillan dos veces al día. El 73,8% respondieron que realizaban su cepillado diario en círculos, el 8,7% empleaban la técnica horizontal y el 3,9% con técnica vertical y los movimientos eran muy fuertes. Se observó que la técnica modificada de Bass no se empleó. Cepillarse los dientes es indispensable para la remoción de la

placa y residuos, con el fin de contribuir a una buena salud dental. Sin embargo, para la mayoría de las personas, resulta difícil limpiar sus dientes suficientemente. Por tanto, no es simplemente el intento de limpiar los dientes, sino más bien la técnica aplicada, la duración del cepillado y la fuerza con que se realice éste. La Asociación Dental Americana recomienda cepillarse los dientes dos veces al día empleando una fuerza muy suave y con movimientos de barrido o de circuito. También el cepillado de los dientes debe durar al menos 2 minutos. Estas recomendaciones parecen ser generalmente aceptadas y han sido comunicadas por décadas en los medios de comunicación, en lo concerniente a salud dental, a través de programas de educación y por medio de los profesionales de la salud oral. (Ganss, N, 2008)

Los resultados de los estudios que indagan conocimientos en higiene oral, muestran una falencia significativa de estos en madres y cuidadores, y los estudios que evalúan los programas de prevención han mostrado una mejora significativa en las prácticas y los conocimientos en las poblaciones donde han sido instaurados. Lo que verifica la importancia de la educación como base para la prevención.

Etimológicamente, la educación tiene dos significados: educare que significa "conducir", llevar a un Hombre de un estado a otro; y educaré que significa

“extraer”, Sacar algo de dentro del Hombre. Esta noción etimológica revela dos notas de la educación: por un lado, un movimiento, un proceso y, por otro, tiene en cuenta una interioridad a partir de cual van a brotar esos hábitos o esas formas de vivir que determinan o posibilitan que se diga que una persona “está educada”. La educación significa, una modificación del Hombre, un desenvolvimiento. Esta modificación no tendría sentido si no implicara una mejora. En otras palabras, toda educación es una perfección. No igual educación que instrucción, la cual consiste en la transmisión de conocimientos. La educación contiene a la instrucción, pero trasciende los planteos académicos, piensa en el Hombre todo y en todos los Hombres como personas y como comunidad. (Perez R, 1994)

La importancia de la educación en salud oral ha abarcado grandes ámbitos y ha sido objeto de varios estudios de allí podemos decir que esta es una estrategia en la promoción de la salud que consiste a conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus necesidades y que intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y su comunidad. (Gómez J, 2004)

También se ha definido como el proceso de facilitar el aprendizaje para permitir

las audiencias, tomar decisiones racionales e informadas e influir en el comportamiento. Se puede realizar mediante el sector formal, es decir, incluyendo los contenidos de salud en el currículo de estudio de los distintos niveles de enseñanza o empleando canales no formales como organizaciones sociales y de masa, cooperativas, campesinas, sindicatos y redes de apoyo social entre otros. (Gómez J, 2004)

La educación en salud oral fue definida por la OMS como la encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud del individuo y la comunidad. (OMS, 1998)

La herramienta para la educación es la comunicación. La palabra y la imagen son los dos instrumentos más importantes de la comunicación., pero los programas de educación se limitan a de la palabra y se olvidan, de la lectura de la imagen. En la sociedad contemporánea, los medios de comunicación visual tienen una incidencia muy importante en la vida de cada persona que tenga un televisor, un computador, acceso a Internet, vaya al cine de vez en cuando, escuche la radio o lea un periódico, porque sencillamente están en todos lados y mueven toda la información a nuestro alrededor, ya sea para informar, entretener o publicitar, cada medio, particularmente, se manejan con formas discursivas muy similares pero no idénticas. Tener un manejo de los discursos en los medios, es un

herramienta fundamental; porque es una parte de la formación crítica de una persona, independientemente de cuáles sean sus intereses. (Montoya V, 2003)

La educación dental en los Estados Unidos ha cobrado gran interés en las facultades de odontología llegando a tener un imperio dominante es sus programas y campañas de salud oral, principalmente en comunidades de pocos recursos cuya educación se caracteriza por ser un sistema pobre en conocimientos. Dichas facultades han instaurado programas preventivos, con campañas y manuales educativos que han mejorado la calidad en higiene oral basándose en nuevas tecnologías que proporcionan la base de su metodología para la educación y atención del personal. (Dominick P, 2008)

La enseñanza prestada por los profesionales de la salud es limitada en algunos países, en consecuencia de esto, el Departamento de Higiene Dental de la Universidad de Texas Health Science Center llevo a cabo una serie de talleres de enseñanza clínica a distintas comunidades para hacer frente a la metodología de la educación en salud. El objetivo de estos talleres es promover una solución a los problemas de aprendizaje en higiene oral, a través de estrategias de enseñanza clínica utilizando el sonido y el video. Para determinar el valor de los talleres anuales sobre enseñanza y la evaluación clínica se ha desarrollado la utilización de un programa en la web, utilizando un software de estudio; se

formularon cuatro preguntas para obtener percepciones con respecto a los cambios significativos en la estrategia de la enseñanza, las respuestas revelaron que los programas han sido productivos, produciendo un efecto positivo en la enseñanza de higiene oral. (Friend J, 1990)

En Texas – EEUU desde 1999, el gobierno financió el desarrollo de una nueva metodología de enseñanza en salud oral dirigida principalmente a las madres de la comunidad Texana. Consistía en una radio interactiva y educativa para las madres a través de 3 proyectos: el primer proyecto llamado; Radio de aprendizaje que se refiere al conocimiento de los implementos utilizados para el adecuado desarrollo de la salud oral, el segundo o radio de aplicación; ya que ésta daba reglas para el seguimiento paso a paso de las técnicas de cepillado, la cantidad de crema dental utilizada, la medida de enjuague bucal entre otras. Por último se encontraba el proyecto de la Radio Comunicativa ya que a través de éste medio se difundía el adecuado cuidado que les debe dar a los dientes así como la importancia de tener una higiene bucodental adecuada. Estos proyectos han sido de gran fortalecimiento para la comunidad Texana en cuanto a salud oral se refiere. Ya que esta metodología fue diseñada y puesta en marcha para incentivar a las madres y a los niños a participar activamente en el proceso de aprendizaje, aplicación y comunicación en los concerniente a higiene oral. La metodología consiste en una "conversación" entre madres, niños y la radio, los guiones son dados por profesionales de la salud; odontólogos y especialistas en esta rama de la medicina. Las técnicas de enseñanza utilizadas en los 3 proyectos incluyen

respuestas de fácil entendimiento, comprensión y actividad tanto individuales como generales. Las actividades que se utilizan son divertidas, simples e interesantes como: juegos, canciones, discusiones y comentarios (Friend J, 1990)

Según un estudio descriptivo realizado por la Facultad de Odontología de la Universidad Javeriana sede Bogotá llamado "Influencia de audiovisuales masivos en higiene buco dental junio de 1995" permitió determinar la influencia que tiene los medios audiovisuales masivos en la higiene buco dental de la población, para lo cual se realizaron 500 encuestas en empleados con estudios en primaria, bachillerato y universitarios. Los encuestados percibieron la influencia de la televisión y radio para el aseo de los dientes, encontrando que la televisión influye en el aseo de los dientes en un 75% de los entrevistados. (Herazo. B, 1998)

La compañía Colgate ofrece distintos medios educativos en higiene y salud oral con el fin de desarrollar aptitudes y disposiciones, proponiendo, liderando y aplicando reformas en el área de salud oral con los conocimientos básicos enseñados en sus campañas publicitarias. El video del Dr. Muelitas ha entregado a los maestros, niños, y sus familias las herramientas necesarias para que la buena salud oral sea una parte permanente de sus vidas. Centrado en la prevención, el programa construye la auto-estima y enseña buenas prácticas de salud oral que ayudan a que las sonrisas de los niños duren toda la vida (Colgate, 2006)

Es muy importante para la educación en salud oral de los niños contar siempre con la compañía y el apoyo de sus padres, ya que, esta fortalece la autoconfianza en cualquier situación de la vida diaria, la literatura nos habla de cómo las experiencias negativas en los niños influye de tal manera que ellos no quieren volver a vivir dichas situaciones, por esto se recomienda que el adulto responsable preferiblemente el padre este acompañándolo, guiándolo y realizando las mismas actividades que el odontólogo recomienda al menor. Tienen mucha relación el conocimiento que tenga el padre acerca de cuidados buco dentales, con la salud oral del niño;, el déficit en hábitos de higiene dental y la falta de capacitación coloca a los padres en el puesto más bajo en cuanto a habilidades en el cuidado bucal se refiere. Sin embargo la realización de talleres aplicados a los padres, se observa cambios en el conocimiento de salud de padres y aumento en los niños con dientes restaurados ya que los padres tomaron conciencia. (McGrath C, 2004)

Las madres representan en un gran porcentaje la responsabilidad en el cuidado de la salud oral de sus hijos, ya que se ha demostrado que ellas en la mayoría de los casos son las que pasan mayor tiempo en casa con los menores, sin embargo no tiene las herramientas necesarias para tal tarea, siendo el factor más importante la falta de conocimiento por ausencia de programas e en salud oral. Se ha demostrado que el déficit de medidas de higiene oral en los menores va directamente relacionada con el nivel de educación que presentan las madres;

entre menor sea el conocimiento en ellas, los niños presentarían menor calidad en el cuidado de su boca. Desafortunadamente esta tendencia recae frecuentemente en madres de hogares con un nivel socioeconómico bajo, tipo 1 y 2, pues allí es donde se presenta más riesgo de caries, por factores como compartir el cepillo entre toda la familia, la mala alimentación, el permitir que los niños duerman con el biberón y un factor bien importante es el difícil acceso a servicios de salud. Las madres se auto capacitan por medio de lo que captan en medios masivos, como la televisión, la radio, algunas revistas de orden común y en su mayoría por la relación con las demás personas del mismo grupo familiar, vecinos y personas que rodean su entorno; muchas veces recibiendo información errónea de lo que deben hacer, por ejemplo; por ignorancia permiten que sus hijos se duerman con el biberón en la boca, sin saber que el alto contenido de azúcares puede llegar a ocasionar caries de la infancia temprana. Por todo lo anterior es importante realizar talleres, programas, etc., en educación en salud oral dirigido especialmente a madres y cuidadoras con el fin de disminuir el riesgo de caries en los niños menores de 6 años. Vale la pena insistir en la supervisión del cepillado y la compañía continua en las diferentes actividades de salud oral. (Franco, A, 2004)

Este estudio nos presenta la asimilación de conocimientos y prácticas preventivas en salud oral de madres de los niños que asisten a un programa de atención odontológica. El objetivo es hacer que las mujeres embarazadas y las madres de los niños de cero a 36 meses de edad estén más preocupadas por el fomento de hábitos de salud oral en sus hijos. Los resultados indican que las madres que

asisten a este programa fueron debidamente informadas, ya que adoptaron prácticas de higiene oral en sus familias, logrando el control y la prevención de enfermedades bucodentales. (Nomura, Y, 2006)

Los programas de educación preventiva en las escuelas se consideran una opción de costo-eficacia en favor de la democratización de los conocimientos en salud y la consiguiente potenciación de los niños para hacer frente al proceso salud-enfermedad. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue evaluar el grado de conocimiento acerca de los hábitos de higiene bucal de los profesores de una escuela primaria pública en un municipio del estado de São Paulo. La muestra estuvo constituida por 56 profesores y el instrumento de recolección de datos fue un cuestionario estructurado aplicado por un solo investigador. En general, los hábitos de higiene oral (frecuencia de cepillado y uso de hilo dental) de los profesores fueron considerados satisfactorios para el mantenimiento de la salud bucodental. Aunque la mayoría de profesores han participado en programas educativos, preventivos, dan fe de que la escuela no estaba haciendo este tipo de programas. Existe la necesidad de una mayor interacción en los ámbitos de la salud y la educación para promover la salud de los docentes y las escuelas. (Silva R, 2007)

Las madres son las encargadas de impartir la instrucción adecuada a sus hijos,

creando hábitos saludables en ellos, pero cuando los niños no cuentan con el acompañamiento de una figura materna, son los adultos encargados de su cuidado quienes deben desarrollar esta tarea. Para esto es necesario tener conocimiento acerca de cómo se debe realizar una adecuada higiene oral y tener estrategias para prevenir todo tipo de lesiones dentales como son: el control en la dieta, control efectivo de la placa dental y conocer de uno u otro modo lo importante de la fisiopatogénia de las lesiones cariosas. Este conocimiento y entrenamiento se puede impartir realizando prácticos y fáciles talleres encaminados a padres y cuidadores con la de los contenidos en forma didáctica. (Freitas F, 2002)

Los PISINGOS es una institución privada, sin ánimo de lucro fundada en mayo de 1968, con personería jurídica N 3286 del 18 de octubre de 1971, con licencia de funcionamiento 1760 del 5 de agosto de 2002, perteneciente al sistema nacional de bienestar familiar.

Promueve el derecho a la vida de todo ser humano y se dedica a trabajar bajo el más alto concepto de la ética y eficiencia en la prevención de embarazos no planeados, del aborto y del abandono de niños y niñas mediante la promoción de la adopción, el apoyo, la capacitación a la mujer embarazada y al diseño de programas preventivos de educación sexual.

Desde principios del año 2004, ha desarrollado un programa de atención a niños remitidos por el ICBF con el fin de buscar una opción de vida para ellos,

reintegrándolos a su medio familiar después de un trabajo mancomunado entre Pisingos, el ICBF y las familias, con mira a generar una dinámica adecuada para su desarrollo integral.

En la Fundación se ofrece a 80 niños, cuidados amorosos y diligentes, cubriendo sus necesidades de vivienda, alimentación, educación, salud, recreación, desarrollo emocional y afectivo, gracias a un equipo interdisciplinario calificado para este propósito, así como a un grupo de voluntarias que apoyan estas labores y brindan toda la atención que estos niños requieren.

Como parte de este programa se trabaja con las familias a través de asesoría psicológica y talleres educativos, para facilitar el reintegro de los niños a sus familias de origen.

Las personas encargadas de los niños, las niñeras son seleccionadas según el criterio de elección; debe poseer experiencia en el cuidado de niños, ser pedagogas y presentar una prueba con la psicóloga.

Las niñeras, algunas profesionales y otras voluntarias, prestan su servicio de miércoles a viernes, 8 horas diarias y de sábado a domingo 12 horas. El número de las niñeras es 16., el número de niños es de 54, el género de los cuidadores es femenino. (Fundación los Pisingos2009)

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar una herramienta didáctica e ilustrativa de educación en salud oral, para capacitar al personal encargado del cuidado de los niños del instituto los PISINGOS.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar los conocimientos de los cuidadores de los niños del instituto los PISINGOS.

Diseñar un CD interactivo para reforzar y mejorar los conocimientos de los cuidadores de los niños del instituto los PISINGOS.

Evaluar la capacitación impartida por medio del CD interactivo

2. ASPECTOS METODOLOGICOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

El proyecto de tesis es un desarrollo de material didáctico en evaluación previa y posterior.

2.2 POBLACION ESTUDIO

Diez y seis cuidadoras encargados de los niños menores de 6 años en el instituto los PISINGOS.

2.2.1 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

INCLUSION

Cuidadores que voluntariamente quieran participar en el estudio.

EXCLUSION

Cuidadores que no asistan a la capacitación sobre el programa y ni a la realización de la encuesta.

2.3 VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Numero de niños a cargo		Numero total de niños	Cuantitativa	Discreta
Numero de veces de cepillado al día	Numero de veces que se cepilla al día	1 2 3 4	Cuantitativa	Discreta
Supervisión del cepillado	Quien lo acompaña a cepillarse los dientes	1.Si 2.No	Cualitativa	Nominal
Uso de enjuagues	Utilización diaria de enjuagues bucales	1.Si 2.No	Cualitativa	Nominal
Uso de seda dental.	Utilización diaria de seda dental fluorada	1.Si 2.No	Cualitativa	Nominal
Sabe usted como deben cepillarse los dientes correctamente	Tiene algún conocimiento de cepillado	1.Si 2.No	Cualitativa	Nominal

Le han capacitado alguna vez para la enseñanza de cepillado	Alguna vez le han hablado de formas de cepillado	1.Si 2.No	Cualitativa	Nominal
Cree que es importante supervisar el cepillado de los niños.	Es o no importante supervisar el cepillado del niño	1.Si 2.No	Cualitativa	Nominal
Quien realiza el cepillado	Quien cepilla los dientes del niño	Madre del hogar Profesora Ayudante Niño	Cualitativa	Nominal
Técnica de Cepillado	Que técnica utiliza para el cepillado de los dientes	La que la madre sustituta encargada reporta	Cualitativa	Nominal
Tipo de cepillo	Que cepillo usa	Suave Duro	Cualitativa	Nominal
Tiempo dedicado para el cepillado	Que tiempo dedican para el cepillado	Menos de 5 minutos Menos de 10 minutos	Cualitativa	Nominal
Han tenido servicio de odontología	Tienen o no servicio de salud oral	Si No	Cualitativa	Nominal
Realizan programas de enseñanza en salud oral	Han tenido programas educativos en salud oral	1. Si 2. No	Cualitativa	Nominal
Conocimiento de la influencia de la dieta	Tiene o no conocimiento	1. Si 2. No	Cualitativa	Nominal

2.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

2.5.1 Encuesta Inicial



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA, FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA PARA CUIDADORES ENCARGADOS DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS EN LA FUNDACION LOS PISINGOS

Lo invitamos a diligenciar esta encuesta de conocimiento y hábitos en higiene oral con el fin de realizar una herramienta interactiva basada en reforzar los hábitos adquiridos y suplir las falencias encontradas

1. INFORMACION PERSONAL	
1.1 Nombre: 1.3 Estrato 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1.4. Cargo que desempeña dentro de la Fundación _____ 1.2 Edad: 1.3. Grado de Escolaridad: Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____
2. CONOCIMIENTO EN CEPILLADO	
Número de niños a Cargo en la Fundación: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
¿El cepillado de los dientes es realizado por: Los niños <input type="checkbox"/> El cuidador <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿quien? _____	
2.1 Cuantas veces se realiza el cepillado? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Más veces <input type="checkbox"/>	
2.2 Qué tipo de cepillo usan los niños? Adulto(Grande) <input type="checkbox"/> Niño(Pequeño) <input type="checkbox"/>	
2.3 Cuánto tiempo dedican al cepillado en minutos? Menos de 3 minutos <input type="checkbox"/> Entre 3 y 5 minutos <input type="checkbox"/> Mas de 5 <input type="checkbox"/>	
2.4 En su opinión, ¿cree que que los niños reciben un adecuado cepillado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Porqué? _____	
2.5 ¿Conoce usted alguna técnica especifica para el cepillado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuál? _____	
2.6 Si su respuesta es afirmativa, ¿Aplica esta técnica especifica durante el cepillado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cómo? _____	
2.7 ¿La han capacitado alguna vez para la enseñanza de cepillado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es afirmativa, ¿Quién? _____	
2.8 Cree usted que es importante supervisar el cepillado de los niños? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es afirmativa, ¿por qué? _____	
2.9 ¿Cree importante la enseñanza sobre el cuidado de los dientes? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿porque? _____	
3. INFORMACION ACERCA DE OTRAS AYUDAS EN HIGIENE ORAL	
3.1 ¿Qué tipo de crema dental usan los niños? Para niños <input type="checkbox"/> Para adultos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ Ninguna <input type="checkbox"/>	
3.2 Señale en el dibujo ¿Qué cantidad de crema dental pone sobre el cepillo de dientes de los niños?	
3.3 ¿Utilizan enjuagatorios como ayuda adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuál? _____	
3.4 ¿Los niños usan seda dental? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuántas veces en el día? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Más de 3 veces <input type="checkbox"/>	
3.6 ¿Conoce usted alguna técnica especifica para el uso de la seda dental? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuál? _____	
4. INFORMACION SOBRE PRESTACION DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS Y PROMOCION EN SALUD	
4.2 ¿Conoce si se han realizado programas de Promoción en salud oral en la institución? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es afirmativa ¿Cuál fue la fecha de inicio y terminación? Inicio _____ Terminación _____ ¿Quien lo realizó? _____	
4.1 Los niños han tenido servicio curativo o de tratamiento de odontología Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es afirmativa, ¿Quién brindó la atención? La Fundación <input type="checkbox"/> por Otra institución <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ Particular <input type="checkbox"/>	
4.3 ¿Asisten los niños al odontologo solo cuando presentan algún dolor o complicación? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
4.2 ¿Con que regularidad se llevan los niños a consulta odontologica de control? Cada 6 meses <input type="checkbox"/> Cada año <input type="checkbox"/> Mas de 1 año <input type="checkbox"/> No han asitado <input type="checkbox"/>	
5. INFORMACION DE LA DIETA DE LOS NIÑOS	
5.1 ¿Qué alimentos consumen los niños durante la semana? Proteínas <input type="checkbox"/> Carbohidratos <input type="checkbox"/> Verduras <input type="checkbox"/> Dulces pegajosos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	

2.5.2. Encuesta Final

**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
ENCUESTA PARA CUIDADORES ENCARGADOS DE LOS NIÑOS
MENORES DE 6 AÑOS EN LA FUNDACION LOS PISINGOS**

Lo invitamos a diligenciar esta encuesta de resultados en hábitos de higiene oral con el fin de analizar la efectividad de la herramienta interactiva aplicada

1. INFORMACION PERSONAL

1.1 Nombre: 1.2 Edad:

2. CONOCIMIENTO EN CEPILLADO

2.1 Cuantas veces se deben cepillar los niños los dientes? 1 2 3 Veces

2.2 Qué tipo de cepillo deben usar los niños? **Adulto(Grande)** **Niño(Pequeño)**

2.3 Cuánto tiempo deben dedicar al cepillado en minutos? Menos de 3 Menos de 5 Mas de 5

2.4 Como se debe cepillar los dientes de los niños?

2.7 Cree usted que es importante supervisar el cepillado de los niños? Si o No

2.8 Quién debe realizar el cepillado? El niño La profesora

3. INFORMACION ACERCA DE OTRAS AYUDAS EN HIGIENE ORAL

3.2 Qué implementos se deben usar para el cuidado de la salud oral

Cepillo Seda dental Enjuagues Pasta

3.4 Como se debe usar la seda dental?

5. INFORMACION DE LA DIETA DE LOS NIÑOS

5.1 Qué alimentos deben consumir los niños durante la semana? Proteínas Carbohidratos Verduras Dulces pegajosos

5.2 Qué tipo de alimentos le deben brindar en las meriendas? Dulces Paquetes Jugos Galletas Sandwich Otros

Gracias por su tiempo y su colaboración

2.5.3 Encuesta de la herramienta interactiva

ENCUESTA EVALUACION DE CD

HERRAMIENTA INTERACTIVA DIRIGIDA A CUIDADORES ENCARGADOS DE LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS EN EL INSTITUTO PISINGOS

1. DESDE SU PUNTO DE VISTA: ¿LA HERRAMIENTA INTERACTIVA PRESENTADA ES DE EXCELENTE CONTENIDO?
 - a. Si porque se entiende fácilmente
 - b. Si porque su contenido es de amplio conocimiento, gran interés y se entiende fácilmente
 - c. No porque no relaciona los temas mostrados
 - d. No porque no es de su importancia
 - e. No sabe / no responde

2. ¿LA HERRAMIENTA INTERACTIVA ES DE FACIL ACCESO A LA COMUNIDAD?
 - a. Si porque se cuenta con el material necesario para evaluarlo
 - b. Si porque la comunidad esta interesada en obtener este material
 - c. A y b son ciertas
 - d. Solamente b es cierta
 - e. No porque no se cuenta con tiempo para observarlo

3. ¿SE LE FACILITARIA EL MANEJO DE ESTA HERRAMIENTA PARA LA COMUNIDAD?
 - a. Si porque se cuenta con el material necesario para el respectivo desarrollo
 - b. No porque es de difícil acceso para la utilización de dicho material
 - c. Si porque la comunidad cuenta con conocimientos tecnológicos
 - d. Si porque los implementos a utilizar están dentro de la comunidad
 - e. Ninguna de las anteriores

4. LA PRESENTACION DE LA HERRAMIENTA CREE USTED QUE ES LA ADECUADA?
 - a. No porque no se comprende
 - b. Si porque es llamativo el material
 - c. Si porque es algo novedoso y de amplio espectro
 - d. Tal vez porque se maneja un instrumento de tecnología avanzada
 - e. Si porque sabe manejar un computador

5. ¿LAS ALUMNAS DEL INSTITUTO UNIVERSITARIO COLEGIOS DE COLOMBIA TIENEN CONOCIMIENTOS PARA REALIZAR ESTE TIPO DE MATERIAL?
- a. Si porque están finalizando la carrera
 - b. Si porque cuentan con amplios conocimientos
 - c. Si porque están estudiado los temas presentados en la herramienta
 - d. Todas son ciertas
 - e. Ninguna es verdadera
6. ES IMPORTANTE TENER ESTE TIPO DE INFORMACION POR MEDIO DE ESTA HERRAMIENTA ACERCA DE SALUD ORAL COMO MEDIO DE PREVENCIÓN?
- a. No porque tengo conocimientos acerca de salud oral
 - b. Si porque quiero aprender mas de lo que se de salud oral
 - c. Si porque quiero mejorar mis conceptos acerca de salud oral
 - d. No porque esta herramienta no es la adecuada para obtener información
 - e. No sabe / no responde
7. APARTE DE ESTA HERRAMIENTA INTERACTIVA QUE OTRO MATERIAL PUEDE SER EL ADECUADO PARA FACILITAR SU APREDIZAJE?
- a. Folletos
 - b. Charlas
 - c. Cartillas
 - d. Todas las anteriores
 - e. Ninguna de las anteriores
8. CREE USTED QUE ES NECESARIO UNA PREVIA CAPACITACIÓN PARA UN DESARROLLO ADECUADO DE LA PRUEBA DE LA HERRAMIENTA INTERACTIVA?
- a. Si porque se le dificulta el manejo del computador
 - b. Si porque no entendió los pasos a seguir para el manejo de la herramienta
 - c. No porque se entiende fácilmente
 - d. No sabe / no responde
 - e. Ninguna de las anteriores
9. EL DESARROLLO DE LA HERRAMIENTA INTERACTIVA ES DE IMPORTANCIA PARA ENRIQUECER SU CONOCIMIENTO?

- a. Si porque posee poco conocimiento acerca de la salud oral
- b. Si porque estoy interesada en el tema
- c. Si porque me parece de gran importancia saber del adecuado manejo que se le da a los conceptos de salud oral
- d. No porque sus conceptos acerca de salud oral están claros
- e. Ninguna de las anteriores

10. EVALUE LA HERRAMIENTA INTERACTIVA CON SUS PROPIAS PALABRAS Y JUSTIFIQUE SU RESPUESTA.

- a. Buena
- b. Excelente
- c. Regular
- d. Mala

2.6. PROCEDIMIENTO

FASE I

1. Aplicación de consentimiento informado a los participantes en el estudio.
2. Aplicación de encuesta para evaluación de conceptos en salud oral a los cuidadores.
- 3 Tabulación de resultados.
3. Análisis estadístico

FASE II

1. Diseño de Cd interactivo, cuyas unidades temáticas, corresponderán a las deficiencias obtenidas en la encuesta.
2. Capacitación a los cuidadores de los niños en el instituto los Pisingos

FASE III

- 1 Evaluación del Cd, mediante la aplicación de la encuesta.

2. 7 ANÁLISIS ESTADISTICO

Los datos fueron tabulados en Excel Microsoft office 2007 y analizados en el paquete estadístico SPSS versión 16.0 utilizando estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes

3. RESULTADOS

Analizando las observaciones inicial y final se observó un aumento en las respuestas correctas relacionadas con el tipo de cepillo en donde de las 15 cuidadoras solo una dejó de contestar correctamente, siendo estadísticamente significativa la diferencia entre la evaluación inicial y en la evaluación final ($p = 0.031$)

En el tiempo de cepillado no se observó diferencia estadísticamente significativa entre la evaluación inicial y la final. Es de anotar que las respuestas incorrectas aumentaron llegando a 66.7 % de las respuestas incorrectas ($p=0.26$)

En cuanto a la frecuencia de cepillado en la observación inicial solo el 66.7% contestó que eran adecuadas 3 veces y en la evaluación final el 100% respondió que la frecuencia de cepillado era 3 veces con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.05$).

Al evaluar la técnica de cepillado en la evaluación inicial solo el 46.7% ($n=7$) respondió correctamente, en tanto que en la evaluación final respondió solamente el 40% adecuadamente sin diferencia estadísticamente significativa ($p=0.71$)

Las cuidadoras en la evaluación inicial tan solo el 6 % tuvo respuesta correcta ($n=1$), en la evaluación formal aumento a un 66.7% ($n=10$) las respuestas correctas con un diferencia estadísticamente significativa ($p=0.001$)

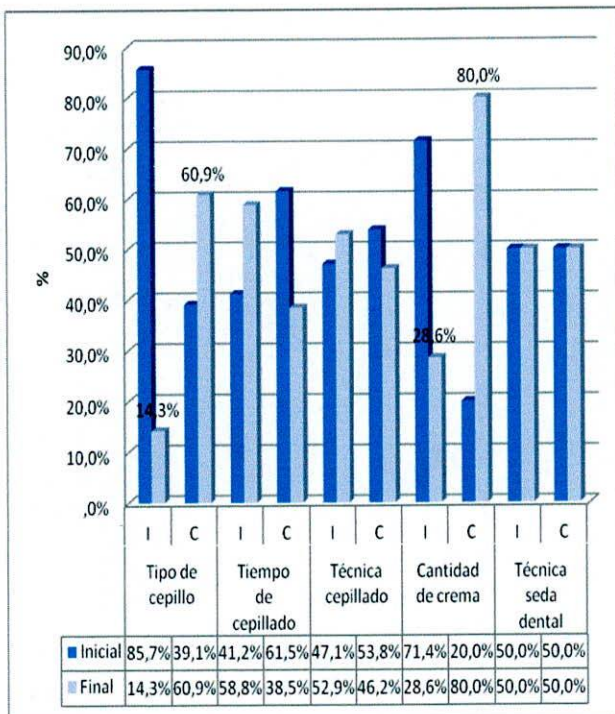
En relación al uso de la seda dental, tanto en la evaluación inicial como en la final el 60% respondió correctamente sin diferencia estadística significativa ($p=1$)

En relación al conocimiento a la técnica de cepillado al inicio el 67.7% contestó correctamente, mientras que en la evaluación final el 100% lo hizo correctamente con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.014$)

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CUIDADORAS

	Edad	N	%
	20-30	5	33,3
	30-40	5	33,3
	40-50	4	26,7
	> 50	1	6,7
	Total	15	100,0
Estrato	1	1	6,7
	2	5	33,3
	3	9	60,0
	Total	15	100,0
Escolaridad	Bachillerato	10	66,7
	Técnico	5	33,3
	Total	15	100,0
Número de Niños a cargo	1 a 20	7	46,7
	20 a 40	3	20,0
	40 a 60	5	33,3
	Total	15	100,0

EVALUACION DE CONOCIMIENTO A CUIDADORAS



4. DISCUSIÓN

Las visitas realizadas al instituto los PISINGOS durante el año 2009 fueron útiles para examinar los conocimientos y habilidades que los cuidadores encargados mostraban en salud oral. El 46% de estos cuidadores tenían conocimientos previos acerca de los elementos que se debían utilizar en un cepillado diario, pero no sabían cómo se debían implementar. Existen pocos avances y estudios respecto a las ayudas audiovisuales en salud oral dirigidos al cuidado bucal de los niños, los pocos que existen son dirigidos a caries dental, faltándole principalmente enfoque global para la promoción y prevención en educación en salud oral, tomando de esta manera el objetivo de nuestro estudio.

La herramienta interactiva es una solución amplia donde se busca auto dirigir a los cuidadores encargados de una población alejada de su familia biológica, basándose en evidencias para la promoción de salud oral, con sentido de manejo anticipado para la orientación de madres, cuidadores, profesores y especialmente la población infantil futura, igualmente hace uso de un lenguaje sencillo, didáctico y de aprendizaje para mantener la atención de comunidad participante. Aunque el grado de conocimiento en salud oral de los cuidadores encargados de los niños menores de 6 años del instituto los PISINGOS no fue tan deficiente, se obtuvieron diferencias en el proceso educativo de higiene y salud oral después de ver la herramienta interactiva y por lo tanto se encontró la necesidad de enseñar no solo a poblaciones de alto riesgo sino a personas encargadas de la atención de los niños y jóvenes.

Los resultados mostraron un cambio significativo en cuanto a la adquisición de conocimientos en el tipo de cepillo que se debe usar por parte de los cuidadores, ya que la herramienta es un refuerzo y una guía para esta población la cual garantiza a los menores el suplir las necesidades en salud buco dental; de igual manera se vieron reflejados resultados similares en un estudio realizado por Cohelo y Col en 2002 en el que emplearon estrategias similares aplicadas

directamente a los niños, en los que existían tres modelos a seguir, el primero fue la implementación por medios audiovisuales, el segundo a través de un niño como modelo y en el tercero se realizó la instrucción individual para cada niño; aunque el método más eficaz en cuanto a remoción de placa se refiere fue el tercero, sin embargo se debe destacar que el medio audiovisual también reflejó diferencias significativas en el índice de placa final, ya que, disminuyó en un 20% con respecto al inicial según lo reportan; además este método causó gran interés en la población por tener un componente didáctico.

Glavind y Zeuner consideraron que una herramienta como una video grabación no es suficiente en el proceso de aprendizaje, lo mismo pudimos notar en los resultados arrojados por la segunda encuesta realizada a las cuidadoras del instituto Los Pisingos en cuanto al tiempo que debe ser usado para realizar un correcto cepillado, esto se corrobora en el momento en que Glavind y Zeuner realizaron su estudio con dos grupos de adultos evaluados uno experimental y uno control sometidos a dicho estudio, en el que catalogaron la herramienta como excelente en cuanto a contenido y diseño; sin embargo no mostró cambios en el proceso.

En un estudio realizado por Corvino y col se demostró la importancia que ejerce la familia y los encargados de los niños en el cuidado de la salud oral, pues gracias a ellos los menores adquieren o no hábitos adecuados en higiene, por esto se hace necesario reforzar en las cuidadoras la forma como se debe realizar el cepillado de los dientes en los niños, ya que no es igual a la forma en la que lo realizan los adultos y la transmisión a la población infantil depende de estos conocimientos para crear de esta manera adultos conscientes acerca de cómo debe ser su correcta salud oral.

Se ha demostrado que los medios audiovisuales masivos son bastante influyentes en el momento de modificar, mantener o mejorar hábitos y actitudes en una población, del mismo modo podemos ver que el hábito del uso de seda dental se

mantuvo tanto en la encuesta inicial como en la final, lo anterior lo soporta un estudio realizado por la Universidad Javeriana en el que Herazo reporta el beneficio que este podría traer a nivel de salud oral, por lo que intervendría directamente sobre el pensamiento de una comunidad.

Luego de observar el estudio realizado por Vehkalahti y col pudimos notar que el mal cuidado de la salud oral no siempre se debe a falta de atención por parte de los padres, por el contrario hay un factor mucho más influyente allí que es la falta de conocimiento en la realización del proceso de higiene oral en la prevención de enfermedades bucodentales en los niños y por lo tanto, deben ser instruidos acerca de la promoción de la salud oral. Estos hallazgos señalaron la importancia de centrar los esfuerzos educativos sobre jóvenes madres y cuidadores con menos educación y que proceden de comunidades desfavorecidas socioeconómicamente.

5. CONCLUSIONES

En la población estudio se implementó un instrumento el cuál mostró un déficit en cuanto a conocimientos de cuidado bucal para los niños menores de 6 años del Instituto los Pisingos. Se realizó una herramienta multimedia con contenidos básicos de información acerca del cuidado en salud oral, la cual mostró ser efectiva, práctica y completa en el momento de la implementación. Al evaluar el grupo en el que se utilizó la herramienta interactiva se observó un aumento significativo en la adquisición de conocimientos en salud oral, según lo muestra la gráfica en los ítems tipo de cepillo y cantidad de crema dental, también se observa que el concepto en cuanto al uso de seda dental se mantuvo, logrando preservar los buenos hábitos de higiene dental, sin embargo el cambio no fue tan positivo en cuanto a técnica y tiempo de cepillado; aún existen falencias que esta herramienta no logró suplir, sin embargo el CD fue catalogado como interesante, claro y eficaz en el proceso de aprendizaje de la población estudio, no obstante se debe seguir trabajando para culminar con éxito los propósitos de este estudio.

6. RECOMENDACIONES

Para los nuevos trabajos relacionados con programas de educación en salud oral se recomienda poder tener un fácil acceso a las diferentes universidades con énfasis en odontología, ya que el resultado de la búsqueda fue insuficiente con los artículos que contiene la institución en su base de datos.

Se recomienda a la institución universitaria UNICOC seguir realizando campañas de promoción y prevención en las instituciones educativas en los municipios aledaños.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lozada, A; Garcia, L Global oral health data bank. Geneva: World Health Organization 2002.
2. Caplan DJ, Weintraub JA. The oral health burden in the United States: a summary of recent epidemiologic studies. Department of Dental Ecology, School of Dentistry, University of North Carolina at Chapel Hill. Journal of dental education 1993. Dec; 57(12):853-62.
3. Beltrán ED, Barker LK, Canto MT, Dye BA, Gooch BF, Griffin SO, Hyman J, Jaramillo F, Kingman A, Nowjack-Raymer R, Selwitz RH, Wu T. et al. Surveillance for dental caries, dental sealants, tooth retention, edentulism, and enamel fluorosis. MMWR Surveillance Summaries 2005. 54(3):1-44
4. Plutzer K, Spencer AJ. Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. Preventing Dental Caries with Community Programs. Department of Health and Human Services. Centers for disease Control and Prevention. Division of Oral Health. Preventing Dental Caries with Community Programs. Community Dent Oral Epidemiology. 2008. Aug. 36(4):335-5
5. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud: La salud bucal. HSD/SILOS 1993. (22) p.3-4
6. Rivera L, Acevedo A, Núñez A. Estudio basal de prevalencia de caries y

- fluorosis dental en niños escolarizados: Informe final. Maracaibo: Organización Panamericana de la Salud 1998. p. 26-35.
7. Dorronsoro ST, Minetti Z, Luna ER, Cornejo LS, Aguzzi A. Evolución de la salud bucal en niños de 3 a 5 años de edad de la Ciudad de Córdoba. Argentina. Rev. Esp. de Cirugía Oral y Maxilofacial 2000; 22: [Fecha de acceso 2003/04/04]. URL disponible en: <http://www.secom.org/recom/verarticulo.html> consultado el 23 - 03 - 09
 8. Mazariegos M; Vera, H; Velásquez, O; Cashat,M; Medicina preventiva en pediatría. Intervención de la Secretaría de Salud en la salud bucal, Revista Asociación Dental Mexicana, 2004; 59(3): 226
 9. Ministerio de Salud de Colombia. III Estudio Nacional de Salud bucal (ENSAB III). Bogotá: Ministerio de Salud; 1999. p. 85-147.
 10. Secretaría Distrital de Salud. Estudio del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral SISVESO. Bogotá. Secretaria Distrital de Salud; 2001 p.45 - 187
 11. Organización Panamericana de la Salud Oral. 1997. 16 de julio Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/gov/cd/doc259.pdf>
 12. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. La salud oral en los Estados Unidos: Informe del Cirujano general. Resumen ejecutivo. Rockville. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial, Institutos Nacionales de la Salud, 2000. [Fecha de acceso 2003/04/04]. URL disponible en: <http://www.odontologiapreventiva.com/oralhealth>.
 13. Díaz M. La salud Oral Cuestión de Cultura? Revista de Salud Publica. Volumen 1(1) Marzo 1999 p. 125 - 8

14. Kawaxhita Y, Fukuda H, Kawasaki K, Kitamura M, Hayashida h, Furugen R, et al. Caries Dental in 3-Year-Old Children is Associated More with Child-Rearing Behaviors than Mother-Related Health Behaviors. *Journal Public Health Dent* 2008; Nov: p 1-7

15. Blinkhorn AS, Wainwright-Stringer YM, Holloway PJ. University Dental Hospital, Manchester, UK. Dental health knowledge and attitudes of regularly attending mothers of high-risk, pre-school children. *Int Dent Journal* 2004volumen 56 numero 6 pp 435-438.

16. Akpabio A, Klausner CP, Inglehart MR. University of Michigan School of Dentistry, Ann Arbor, Mich, USA. Mothers'/guardians' knowledge about promoting children's oral health. *J Dent Hyg.* 2008 inter; 2(1):12.

17. Man Qin, DDS, PhD1, Jing Li, DDS, MSc2, Sun Zhang, DDS MSc3, Wenli Ma, DDS, MSc4; *Pediatric Dentistry* V30 N0 2 MAR/APR 08;30:122-8

18. Tang S. Kin Dental Therapist Training School, MacLehose Dental Centre, and Faculty of Dentistry, The University of Hong Kong, Hong Kong SAR, People's Republic of China Feeding and oral hygiene habits of preschool children in Hong Kong and their caregivers' dental knowledge and attitudes .*International Journal of Paediatric Dentistry* volume 12 pp 322-331 2002.

19. Hua X, Kwo Q, Xue Z. A survey on dental knowledge and behaviors of mothers and teachers of childrens. *Mothres Child* 2002; Jun 20(3):219:220-22

20. Vehkalahti Z, Miira M, Virtanen J, Tehranchi A, Murtomaa H, et al. Mothers as Facilitators of Preadolescents' Oral Self-Care and Oral Health. *Oral Health Prev Dent* 2008;6(4):271-7

21. Antunes S, Antunes LA, Corvino MP. Educative practices and attitudes within the pre-school environment: evaluating the education professionals. *Braz Oral Res.* 2008 Oct-Dec; 22(4):340-5
22. Tascón J., Aranzazu L. Velasco T. Primer molar permanente: historia de caries en un grupo de niños entre los 5 y 11 años frente a los conocimientos, actitudes y prácticas de sus madres. *Colombia Médica.* (Octubre-Diciembre) 36 (4) Supl 3, 2005
23. Cabrera G., Fon., M.S.P., Dr.S.P.² Jorge Eduardo Tascón, Odontol, M.S.P.¹, Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca. *Revista Colombia Médica*, Vol. 36, Num. 2, Abril-Junio, 2005, pp. 73-78
24. Avellaneda D. Casas G. Capacitación en Promoción en Salud Oral a Través de una Metodología Participativa, con Promotores y Líderes en Salud Comunitaria en los Municipios de Tabio (Cundinamarca) Y Duitama (Boyacá) 1998. Tesis de Grado Facultad de Odontología. Universidad Javeriana.
25. Ministerio de protección social. Ley 3577 de 2006. Plan nacional de salud bucal 2006; Sep; p:2-15; disponible en: [htt://www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)
26. Ministerio de Salud. Ley 3997 de 1996. Actividades de procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el sistema de seguridad social en salud 1996; [28 Octubre] p. 1-8; disponible en [htt://www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)
27. Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Rev Fac Nal Salud Pública* 2000; 19: 91-101.

28. Agudelo L; Cardona, D; "Situación actual de los Programas Preventivos de la Salud Bucal en el contexto del SGSSS" Revista Digital de Salud, Universidad Autónoma de Manizales 2005; 10: 161-6
29. Programa de salud, ámbito científico-tecnológico 2003. pág. de 2-4
www.euskadi.net
30. Organización Mundial de la Salud. Programas de salud oral. 1998
disponible en www.oms.org.co. Consultado el 14 de mayo de 2009 20:23
31. Katz S, Mc Donald J, Stookey G. Odontología pediátrica y del adolescente. 1 edición: editorial Losada;1982; p. 75-93
32. Iutzer K, Spencer AJ. Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol 2007 (8)36:35–46
33. Tinanoff N, Kanellis MJ, Vargas CM. Current understanding of the epidemiology mechanisms, and prevention of dental caries in preschool children. Department of Pediatric Dentistry, Dental School, University of America, 2005 12(3) p.223- 9
34. Andruskeviciene V, Milciuviene S, Bendoraitiene E, Saldunaite K, Vasiliauskiene I, Slabsinskiene E, Narbutaite J. Oral health status and effectiveness of caries prevention programme in kindergartens in Kaunas city. Oral Health Dent 2008; 6(4): p. 343-48
35. Ganss, N. Schlueter & S. Preiss, J. Klimek. Tooth brushing habits in un instructed adults—frequency, technique, duration and force. Journal Clin Oral Invest 2008; Sept: 10(5) p. 1-6
36. Perez R., Gadello R. Corrientes Constructivas. Ed Cooperativa Editorial Magisterio 1994. Pg 46.

37. Gómez J., Hernandez I., Universidad Nacional, *Diseño y Aplicación de un Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad Oral Dirigido a la Población Infantil Sikuaní en Los Internados de Piramidi y Sunape en el Municipio de Cumaribo en el Departamento del Vichada, Vichada. ; 2004 Agosto. 8(5)p.125 -9*
38. Organización Mundial de la Salud. 1998 *Glosario de Términos. Washington. 1986 Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra*
39. Montoya V, Norminanda *Comunicación Audiovisual En La Educación Ediciones del Laberinto S. L 2003. Pp21*
40. Dominick P. DePaola, D.D.S., Ph.D. *Journal of dental education 2008.vol. 72 (2) Supplenment: p.28-42*
41. Friend J. *Bolivia: Interactive radio instruction: developing instructional methods. Journal Pedod 1990.8(1):4-5 y 20(2):106-14*
42. Herazo. B., *Influencia de audiovisuales masivos en higiene bucodental, Universidad Javeriana de Colombia, Bogotá 1998. Ministerio De Salud Bucal p. 1 -24*
43. Campaña Colgate. *Dientes sanos, bocas sanas. 2006 Disponible en: <http://www.colgate.com.co> consultado 23 de abril de 2009 13 :45*
44. McGrath C, Broder H, Wilson-Genderson M. *The effectiveness of a 6-year oral health education programme for primary schoolchildren Community Dent Oral Epidemiol 2004; 32 (2): 81–5.*
45. Franco,A.M, Santamaria.A, Kurzer.E, Castro.I, Giraldo.M, *Situación de caries , conocimientos y prácticas de cuidado bucal de madres, Revista CES odontologia, 2004, 17(1): 173 – 82*
46. NOMURA, Y; TAMAKI, Y. *Tooth brushing habits in uninstructed adults— frequency, technique, duration and force Journal Commun Dis 2006.*

March. 38(1);p. 79-87

47. Silva R., Morano J., Miguel P. *Programas de prevención en escuelas del departamento de Risaralda 2007. Diciembre. Revista Odontomédica CES* 6(4) p. 56 - 62
48. Freitas F., Batos L. Hernández Freitas, Batos Liana. *Effectiveness of an oral hygiene program for Brazilian orphans. Brazilian Dental Journal.* 2002 14(3) p. 225 - 231;
49. *Fundación los Pisingos Misión Visión, Aspectos demográficos de la institución Disponible en: <http://www.fundacionlospisingos.com>, [Consultado 15 Mayo 2009] 13:45 .*