

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN SALUD ORAL PARA CUIDADORES
PRINCIPALES Y MADRES COMUNITARIAS DE LOS HOGARES DEL ICBF,
ZONA ZIPAQUIRÁ. FASE I**

ALICIA ORDOÑEZ URQUIJO
DEISY MILENA SALAMANCA GARCIA
DIANA ANGELICA SUAREZ RAMIREZ
KIMBERLY CORRAL LLANO

ASESOR CIENTIFICO

Dra Carmenza Macias G
Od. Esp en Odontopediatría

ASESOR METODOLOGICO

Dra. Martha Lucia Caycedo E
Od. Esp. Epidemiología

ASESOR METODOLOGICO Y TEMATICO

Dra. Ángela Suárez C.
Od. Esp. Epidemiología

INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA (UNICOC)

COLEGIO ODONTOLOGICO

BOGOTÁ D.C

19 DE JUNIO DE 2012

***Dedicado a Dios, a
nuestros familiares por su
apoyo en todo este tiempo
y de la institución gestores
de nuestro aprendizaje y futuro.***

Agradecimientos

La investigación expuesta en este libro es el resultado de un esfuerzo colectivo: entre estudiantes y docentes.

Les estamos muy agradecidos a todos porque nos enseñaron que la fuerza del trabajo, el tesón y la disciplina son formadores de profesionales exitosos y de logros por venir.

Agradecemos a todos aquellos que de una u otra forma hicieron que esto sea posible; a nuestros padres, que desde siempre nos han apoyado incondicionalmente y quienes nos han dado la fuerza para creer que todo es posible, a todos aquellos que en los momentos en que sentimos que las dificultades eran tan grandes nos dieron un mano o un abrazo y con ellos la fuerza para seguir.

A los amigos que creyeron y confiaron en nosotros, a los momentos de dificultad pues esos, son los que nos hacen fuertes.

Doctores: a todos ustedes que en los momentos en que nos tuvieron que corregir y enseñar lo hicieron con mano dura pero con el corazón dispuesto para que no fuera un castigo sino un aprendizaje. No los vamos a olvidar siempre estarán en nuestro corazón sobre todo cuando el conocimiento flaquea y sintamos que nos hacen falta. Gracia por ser mas que educandos otros padres.

TABLA DE CONTENIDO

	Pag
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.2 JUSTIFICACION.....	17
1.3 PROPOSITO.....	19
1.4 MARCO TEORICO	19
1.4.1 Conceptos de caries de infancia temprana	19
1.4.2 Caries de infancia temprana	20
1.4.3 Factores de riesgo	21
1.4.4 Incidencia y prevalencia	29
1.4.5 Intervencion educativa de caries de infancia temprana	30
1.4.6 Actividades preventivas asistenciales	33
1.5 OBJETIVO GENERAL	36
1.6 OBJETIVOS ESPECIFICOS	36
2.1 TIPO DE ESTUDIO	37
2.2 POBLACION DE ESTUDIO	37
2.3 MUESTRA	37
2.4 MARCO MUESTRAL	37
2.5 VARIABLE	37
2.6 PROCEDIMIENTO	37
3. RESULTADOS	41
3.1 Capacitación como lideres promotores en salud oral	41

3.2 Fortalecimiento de habilidades y conocimientos en salud oral para el mejoramiento de la calidad de vida	44
3.3 Educación en técnicas de higiene oral para la población infantil	46
3.4 Retroalimentación de conceptos Fase I	46
4. DISCUSION	48
5. CONCLUSIONES	51

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

GLOSARIO

Alimentos Sucedáneos: Se da este nombre a los productos que, teniendo condiciones análogas a otros, pueden reemplazarlos en el consumo. La satisfacción de las necesidades económicas puede conseguirse por medios muy diversos, y así es que cuando falta o escasea algún artículo, se echa mano de aquellas cosas capaces de prestar un servicio semejante. Donde no hay trigo o está muy caro, el pan se hace de centeno o de maíz, o se le substituye con la patata; la sidra se usa en lugar del vino; el algodón suple a la seda; el azúcar de remolacha a la de caña, etcétera, etc.

Caries de infancia temprana: La Caries Temprana de la Infancia (CTI) es una forma severa y particular de caries, de carácter multifactorial, que afecta la dentición temporal de lactantes y niños pre-escolares comprometiendo por lo general numerosos dientes, y produciendo una rápida destrucción e infección subsiguiente del tejido dentario. Se debe a múltiples factores: físicos, biológicos, ambientales, conductuales, hábitos alimenticios y de higiene.

Grupos focales: El grupo focal es un método cualitativo de investigación, que utiliza la discusión grupal como técnica para la recopilación de información, por lo que puede definirse como una discusión cuidadosamente diseñada para obtener las percepciones de un grupo de personas, sobre una particular área de interés.

Intervención educativa: Es un tipo de educación cuyo objetivo final es la modificación en sentido favorable de los conocimientos actitudes y comportamientos de salud de los individuos grupos y colectividades.

Salud bucodental: La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1987) define la caries dental como un proceso patológico y localizado de origen multifactorial, que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evolucionando hasta la formación de una cavidad. ⁽¹⁾

La caries dental es una enfermedad infecciosa de origen bacteriano, compleja y de carácter multifactorial. En su instauración y desarrollo confluyen numerosos factores, asociados en la tríada clásica de Keyes (huésped susceptible, dieta y microorganismos cariogénicos), junto a factores medioambientales y el tiempo. ⁽²⁾

Desde 1994, el Centro de Prevención y Control de la Enfermedad (CDC), recomendó utilizar el término "early, childhood, caries" (ECC) o "caries de la infancia temprana" (CIT), para designar este trastorno de salud oral en la infancia. ⁽³⁾

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) define la ECC como la presencia de una o más caries (lesiones cavitadas o no cavitadas), ausencia de piezas dentales (debido a lesiones cariosas) o superficies obturadas de cualquier diente primario en niños de 71 meses de edad. ⁽⁴⁾

Todos los niños (as) menores de 3 años de edad con lesiones cariosas cavitadas o no cavitadas son diagnosticados como Caries de Primera Infancia Severa (S-ECC). Los niños con dicha patología presentan mayor probabilidad de tener caries en la dentición permanente. Así mismo, los niños que ingieren biberón en la noche

con leche u otros agentes cariogénicos durante el primer año de vida, tienen mayor susceptibilidad a la enfermedad.⁽⁵⁾

Hasta hace algunos años esta enfermedad era conocida como *caries de biberón*; sin embargo, el término CIT fue adoptado en reconocimiento de los múltiples factores involucrados en la etiología de esta enfermedad, más que continuar atribuyendo su aparición a hábitos dietéticos inapropiados. Al inicio, la CIT se manifiesta como lesiones de caries dental que afectan las superficies lisas de los incisivos superiores deciduos; cuando la enfermedad progresa, aparecen nuevas lesiones sobre las superficies oclusales de los molares deciduos y su diseminación a otros dientes conlleva a la destrucción eventual de toda la dentición decidua.⁽⁶⁾

La educación para la Salud, como estrategia en la promoción de salud se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende 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 de su comunidad. Los resultados del ENSAB III realizado en Colombia (1998), mostraron como la educación en salud bucal y el refuerzo permanente de estos hábitos saludables son una estrategia efectiva para que la población se mantenga sana, ya que se observó como frente a los estudios realizados en años anteriores se presentó una disminución de la presencia de enfermedades orales en los niños(as).⁽⁷⁾

Los resultados encontrados en el estudio realizado por Macías. C y col 2006, demostraron la alta prevalencia de caries de infancia temprana (CIT) en la población de los hogares comunitarios del ICBF en la zona Zipaquirá, relacionado con un bajo nivel socioeconómico (67% estrato 2) y educativo de la madre y/o el cuidador principal, (38% primaria básica). Evidenciando la necesidad del diseño e implementación de una intervención educativa de promoción de la salud y prevención de la CIT, que de respuesta a la necesidades de salud oral de esta población como compromiso ético y responsabilidad social con la población previamente diagnosticada.⁽⁸⁾

Las madres comunitarias y cuidadores principales se convierten en actores fundamentales en el proceso y es así como con la capacitación adecuada, estos pueden llevar el mensaje de promoción y prevención en salud que se les transmite a los padres y tener la certeza que esta información cambia hábitos y crea conciencia sobre la importancia de practicar buenos hábitos de higiene oral.^(9,10,11,12)

La evidencia científica demuestra que la frecuencia de cepillado en los niños de 1 a 3 años se incrementa en una cuarta parte si el menor observa en su acudiente el cepillado de sus propios dientes en la semana.⁽¹³⁾

El propósito de esta investigación es Diseñar e Implementar una intervención educativa para la prevención de caries de la infancia temprana dirigida a las

madres comunitarias y cuidadores de los niños que se incluyeron en el estudio de hogares del ICBF, zona Zipaquirá realizado en el 2006.

La presente investigación dará cuenta del resultado de la fase I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como es bien conocido La caries de la infancia temprana (CIT) es un evento de salud oral de alta prevalencia en poblaciones vulnerables, relacionado, con diferentes determinantes de salud y considerado como un problema de salud pública. Macías. C y col 2006, evidenciaron la alta prevalencia de esta patología (92% criterios ICDAS, ceo-d mediana 2.0) en la población infantil perteneciente a los hogares comunitarios del ICBF en la Zona de Zipaquirá, relacionado con un bajo nivel socioeconómico (67% estrato 2) y educativo de la madre y/o el cuidador principal, (38% primaria básica) ⁽¹⁴⁾

Así mismo se demostró la presencia de otros factores relacionados con la discrepancia entre las representaciones sociales y las prácticas de salud oral por parte de los padres y cuidadores, la ausencia de acompañamiento a las prácticas de higiene oral de los menores, baja frecuencia de cepillado, así como también baja resolución de los problemas de salud oral por parte de los servicios de salud, evidenciando la necesidad del diseño e implementación de una intervención educativa de promoción de la salud y prevención de la CIT, que de respuesta a la necesidades de salud oral de esta población como compromiso ético y responsabilidad social con la población previamente diagnosticada. La intervención será dirigido a madres comunitarias y cuidadores principales con el fin de orientar las medidas preventivas que permitan controlar la prevalencia de

CIT, disminuyendo las complicaciones asociadas en la salud oral y general del menor, en búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de la población. ^(15,16)

1.2 JUSTIFICACIÓN

UNICOC-Colegio Odontológico en convenio con la Universidad de la Sabana y auspiciado por Colciencias, realizó el Estudio de prevalencia de caries de la infancia temprana (CIT) en el año 2006, en la población infantil de los hogares del ICBF Zona de Zipaquirá, dónde los resultados demuestran cifras de prevalencia del 92% según el criterio ICDAS en niños menores de 5 años con una severidad del 83% y una alta prevalencia de placa bacteriana. Evidenciando la relación directa de algunos determinantes sociales como el nivel socioeconómico y bajo nivel educativo de la madre con el desarrollo y progreso de esta patología. ⁽¹⁷⁾

Partiendo de la responsabilidad ética y compromiso social, de dar continuidad a este proceso, se propone realizar una II etapa de investigación, donde se elaboré e implemente una intervención educativa orientada a las madres comunitarias y cuidadores principales en esta población. ⁽¹⁸⁾

Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad bucal, están articulados con las políticas públicas, dadas por el Ministerio de la Protección Social, Resolución 412, Plan Nacional de salud Bucal (Resolución 3577 del 2006) y Plan Nacional de salud pública (decreto 3039 del 2007, en el cual la

salud oral se encuentra como una de las prioridades en salud a nivel nacional.

(19,20,21,22)

La “Ley de Infancia y adolescencia” (1098 de 2006), en el Artículo 27, referente al derecho a la salud a la letra dice: “Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, síquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera de atención en salud”.⁽²²⁾

El apoyo a la primera infancia se brinda a través de la operación del servicio público de bienestar familiar en diferentes modalidades de atención las cuales comprenden el conjunto de procesos, recursos, parámetros y actividades en corresponsabilidad (acordadas) con la familia, la comunidad y el estado que se articulan para dar respuesta al derecho que tiene la familia de ser apoyada para garantizarle a los niños y niñas menores de seis años su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos.^(22,23)

La adopción de comportamientos que promueven la salud desde una edad temprana influye de manera definitiva en la escogencia de estilos de vida y conllevan a mantener la salud a través de la vida. Las Normas Técnicas de Atención Preventiva en Salud Bucal del Sistema General de Seguridad Social en Salud recomiendan iniciar la promoción en salud oral con los padres de familia en los menores, concomitantemente con los controles de crecimiento y desarrollo y

establecen que el niño debe asistir a consulta odontológica a partir de los 2 años, como estrategia para la prevención de la caries de infancia temprana ⁽²⁵⁾

En el caso de la población infantil, numerosos estudios han demostrado la relación entre los conocimientos y prácticas de cuidado bucal de los padres y la frecuencia de caries dental en sus hijos. La caries durante la niñez tiene implicaciones en el crecimiento y desarrollo de los niños y es una tarea de primer orden de la odontología pediátrica, evitarla a través de la educación oportuna, suficiente y adecuada a los padres. ⁽²⁶⁾

1.3 PROPOSITO

Mejorar el estado de salud bucal haciendo énfasis en la disminución de la carga de la enfermedad asociada a la caries de infancia temprana en la población de 0 a 72 meses en la población de Zipaquirá.

1.4 MARCO TEÓRICO

1.4.1 Conceptos

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) define la ECC como la presencia de una o más caries (lesiones cavitadas o no cavitadas), ausencia de piezas dentales (debido a lesiones cariosas) o superficies obturadas de cualquier diente primario en niños de 71 meses de edad (Gispert Abreu, E Y Col, 2006).

Todos los niños menores de 3 años de edad con lesiones cariosas cavitadas o no cavitadas son diagnosticados como Caries de Primera Infancia Severa (S-ECC). Los niños con dicha patología tienen mayor probabilidad de tener caries en la dentición permanente. Así mismo, los niños que toman biberón por la noche con leche u otros agentes cariogénicos durante el primer año de vida, tienen mayor susceptibilidad a la enfermedad (Duque De Estrada, J Y Col, 2007).

Hasta hace algunos años esta enfermedad era conocida como *caries de biberón*; sin embargo, el término CIT fue adoptado en reconocimiento de los múltiples factores involucrados en la etiología de esta enfermedad, más que continuar atribuyendo su aparición a hábitos dietéticos inapropiados. Al inicio, la CIT se manifiesta como lesiones de caries dental que afectan las superficies lisas de los incisivos superiores deciduos; cuando la enfermedad progresa, aparecen nuevas lesiones sobre las superficies oclusales de los molares deciduos y su diseminación a otros dientes conlleva a la destrucción eventual de toda la dentición decidua. (Shaheed, 2007)

1.4.2 Caries de infancia temprana

La Caries de Primera Infancia es una enfermedad multifactorial. En su compleja etiología existe una interacción inexplicable de factores tales como: la infección por *Streptococcus Mutans* (MS), la educación de la madre (o cuidador), lactancia materna prolongada, el estrés, autoestima, estructura familiar y social, utilización

del biberón impregnado en miel o azúcar (como relajante o para que el bebe se duerma), frecuencia de alimentación del niño, o el consumo de alimentos o bebidas azucaradas, entre otros. (Belinda V, 2007)

El proceso carioso se inicia con la desmineralización del esmalte en la superficie del diente. Los cambios ocurridos durante los primeros estadios son eventos que suceden a nivel microscópico. Cuando la lesión se empieza a hacer visible, la superficie dental comienza a perder su brillo, tornándose opaca, de color blanco-amarillento y de manera progresiva se inicia la pérdida de la superficie del esmalte. (Franco, M, Y Col, 2004)

1.4.3 Factores de riesgo.

Los factores de riesgo se conocen como predictores los cuales pueden ser biológicos o sociales. De manera general se ha observado que individualmente estos predictores tienen muy poco efecto, lo cual varía al agrupar algunos de ellos, aumentando así su poder predictivo:

- **Biológicos**

Dieta: La utilización del biberón con sustancias edulcoradas es la causa más frecuente de Caries de Primera Infancia. La enfermedad también puede ocurrir en niños con lactancia materna prolongada y/o hábito de chupete impregnado en sustancias azucaradas. (Shaheed, 2007) El líquido se estanca alrededor de los dientes, particularmente en los niños que se quedan dormidos durante la

alimentación. Si los líquidos contienen azúcar, éstos son metabolizados por microorganismos que se encuentran en la boca, produciendo ácidos orgánicos que causan la desmineralización de los dientes. Si estos líquidos cariogénicos son consumidos frecuentemente, los dientes son expuestos a condiciones cariogénicas durante períodos prolongados de tiempo, únicamente con intervalos cortos de reparación o remineralización del diente desmineralizado. (Duque De Estrada, J y col, 2003).

Factores microbiológicos: La Caries de Primera Infancia se debe a un mal hábito en la alimentación por exposición frecuente y duradera de los dientes a una fuente de hidratos de carbono refinados, especialmente durante el sueño. Cuando existe un aporte abundante de estos hidratos, se produce un aumento de las cepas cariogénicas: *Streptococcus Mutans* y *Lactobacillus*, que producen, fundamentalmente, ácido láctico más difícil de neutralizar. Se ha demostrado que los *Streptococcus Mutans* constituyen menos del 1% de la flora oral en el niño con bajo índice de caries dental, en comparación con el niño que padece Caries de . (Shaheed, 2007).

- **Factores del huésped**

Maduración y defectos del esmalte: La hipoplasia del esmalte parece ser un factor de riesgo para CIT, por proporcionar un esmalte de peor calidad y zonas retentivas para el acúmulo de placa. Se ha detectado una mayor prevalencia de defectos del esmalte en relación a un nivel socioeconómico (NSE) bajo, lo que ha sido

asociado a una deficiencia nutricional materna crónica, bajo peso al nacer y a enfermedades infecciosas perinatales. (Tracy L, 2007)

Factores salivales: La saliva contiene un gran número de elementos que participan en la protección de los tejidos orales, y los pacientes con un menor flujo salival desarrollan más caries, sobre todo en sitios poco susceptibles. Entre los factores que han sido directamente relacionados a una mayor prevalencia de CIT se cuentan una menor capacidad buffer de la saliva, un menor flujo salival y una menor secreción de IgA (Fernández Ramos, M y col, 2006) Deficiente resistencia del esmalte al ataque ácido que favorece el proceso de desmineralización y progreso de la caries.

- **Factores sistémicos:**

Ciertas patologías sistémicas condicionan un mayor riesgo de desarrollar caries, ya sea por provocar un menor dominio motriz que imposibilita o dificulta la higiene, o por una derivación forzada de éstas prácticas a terceras personas. El consumo permanente de medicamentos en ciertos casos se relaciona con hiposialia, lo que junto al consumo de jarabes azucarados optimiza las condiciones para el desarrollo de esta patología. Los niños en muchos casos presentan mal comportamiento, lo que se traduce además, en bajos índices de restauración. Así, ha sido demostrado que los niños con discapacidades asisten menos al dentista que los niños sanos, y tienen peor higiene y salud oral. Las patologías que han sido relacionadas directamente con una mayor prevalencia de CIT son, entre

otras, el Síndrome de Down, el Síndrome de déficit atencional, la parálisis cerebral y la condición VIH+. Los niños hospitalizados dependen ampliamente de los cuidados prestados por enfermeras, lo que incluye la mantención de su higiene oral. Reportes actuales han logrado clarificar en qué medida estos cuidados no son entregados eficientemente, y cómo una intervención educativa produce una mejora evidente en la calidad de esos cuidados. (O. Fejerskov, 1995)

Baja capacidad buffer salival: la baja capacidad salival para detener la caída del PH y restablecerlo incrementa la posibilidad de desmineralización de los tejidos dentales (capacidad tampón) Valores normales de PH de saliva estimulada normal: 5.75 a 6.75, bajo: < 4. (Shaheed, 2007)

Flujo salival escaso: La xerostomía esta asociada a disminución de las funciones protectoras de la saliva, lo que promueve la desmineralización, aumento del número de microorganismos cariogénicos e incremento del riesgo a caries dental

Viscosidad salival: La saliva viscosa es menos efectiva en el despeje de los carbohidratos, favoreciendo la desmineralización.

Apiñamiento dentario moderado y severo: Dificultad para realizar correcta fisioterapia bucal, acumulación de placa dentobacteriana; y además el uso de aparatología ortodóncica y protésica, factores que favorecen la desmineralización. (Zanatal, 2003).

Anomalías u Opacidades del esmalte: favorecen la acumulación de placa dentobacteriana con el aumento de desmineralización y del riesgo de caries.

- **Factores sociales**

La prevalencia de muchas enfermedades lleva implícito un determinante social. Las desigualdades en el área de la salud oral son un hecho hasta en los países más avanzados, en donde ciertos grupos de riesgo se han convertido en el foco de la mayor parte de las intervenciones. La forma en que interactúan los variados factores sociales, demográficos y conductuales es muy compleja. En la mayoría de los estudios publicados no se logra definir un poder predictivo poderoso individual para cada una de estas variables (REALPE, C, 2002)

Nivel socioeconómico: La evidencia avala el hecho de que ciertos segmentos desfavorecidos de la población presentan una mayor prevalencia de caries. De esta forma, un bajo nivel socioeconómico, la condición de inmigrante y la pertenencia a ciertas minorías étnicas han sido apuntados como factores de riesgo para el desarrollo de CIT, aunque la medida en que cada uno de ellos influya en el modelo final permanece difícil de cuantificar debido a la superposición que existe entre ellos. Además, existe evidencia que demuestra ciertas diferencias en cuanto al status rural/urbano, siendo estas contradictorias. El mayor acceso a los servicios dentales en la ciudad se ve en muchos casos menoscabado por una oferta amplia en alimentos cariogénicos. Los ingresos familiares presentan una relación lineal inversa con la prevalencia y severidad de CIT. Otros factores

identificados son la falta de seguros médicos que incluyan el tratamiento dental, el estado marital de los padres y el tamaño de la familia, y un mal estado de salud oral de la madre. (Rosamund Harrison, 2003)

Educación de los padres: La educación en salud oral proviene principalmente de la madre, por lo que el grado de interés y la motivación de esta tendrá repercusiones en el estado de salud de sus hijos. Por esto, parece lógico que la alta prevalencia de la CIT esté asociada estrechamente a un bajo nivel educacional de las madres, y que este haya sido relacionado inversamente con el ceo-d de sus hijos. Hijos de madres jóvenes y solteras presentan una mayor prevalencia y severidad de CIT. La creencia popular de que la fórmula dentaria temporal es de menor importancia que la permanente y que los únicos azúcares que pueden causar caries provienen de los dulces, crea una situación en que las madres sistemáticamente ignoran la necesidad de mantener una higiene oral óptima en sus hijos y el tratamiento se busca casi exclusivamente en caso de dolor. Es importante mencionar que el nivel educacional ha demostrado una relación más fuerte con CIT que el ingreso, lo que demostrado en el análisis de familias que cambiaron su status social. (Tracy L, 2007)

En el caso de la población infantil, numerosos estudios han demostrado la relación entre los conocimientos y prácticas de cuidado bucal de los padres y la frecuencia de caries dental en sus hijos. La caries durante la niñez tiene implicaciones en el crecimiento y desarrollo de los niños y es una tarea de primer orden de la

odontología pediátrica, evitarla a través de la educación oportuna, suficiente y adecuada a los padres. (O. Fejerskov, 1995)

Biberón: El uso del biberón, especialmente nocturno, ha sido ampliamente relacionado a la aparición de CIT, al igual que otros elementos como las tazas antiderrame. El patrón de afección a los incisivos superiores se explica en parte por la posición del chupete entre estos y la lengua, dificultando la autoclisis por medio de la lengua y la saliva. Este hecho que explicaría la relativa resistencia de los incisivos inferiores, junto con una mayor proximidad a los conductos de salida de las glándulas sublingual y submaxilar. El biberón, usado como forma de pacificar al lactante cuando se despierta por la noche, junto a otras prácticas como la utilización de chupo durante el día, son situaciones en que debido a la alta frecuencia de ingesta, se multiplica el riesgo. (O. Fejerskov, 1995)

Lactancia: Una lactancia adecuada no debe prolongarse mucho más allá del año de edad, no sólo por el incremento de los requerimientos nutritivos del bebé sino por un riesgo elevado de desarrollar caries. El riesgo está relacionada a una alta frecuencia de consumo, especialmente en la lactancia "a demanda", y no específicamente a la composición de la leche materna. Un amplio estudio conducido en Australia el año 2003, concluyó que la lactancia materna prolongada hasta los 12 meses de edad, tenía un efecto beneficioso en la prevención de caries en comparación con el grupo que la recibió por menos de 6 meses. Juárez y colaboradores encontraron que 44,3% de los niños alimentados por biberón desarrollaron caries a los 4 años, en comparación con un 20,3% de los niños

alimentados por lactancia materna exclusiva, concluyendo que debería fomentarse ésta última. (Fernández Ramos, M y col, 2006).

Personalidad: Los niños con dificultades de adaptación, ya sea por agresividad, miedos, depresión u otros problemas de índole social, se rehúsan más a ser atendidos, presentando tasas de atención odontológica mucho menores que el resto de los niños. Un estudio demostró que los niños tímidos tenían un mayor riesgo de presentar CIT, lo que se ha relacionado a un mayor uso en frecuencia del biberón y al manejo de las dificultades para conciliar el sueño por parte de los padres. (Tracy L, 2007)

Higiene oral: La masificación de las prácticas de cepillado, junto al uso de pastas dentrificas fluoruradas ha tenido un impacto indiscutible en la prevalencia de la caries dental. Aún así, el hábito del cepillado dental es cultural y en algunos grupos étnicos que no cepillan sus dientes las caries aparecen sólo luego de un cambio en la dieta. La situación de los niños es especial en este contexto, ya que dependen de los adultos en cuanto a la instauración de este hábito y debido a que generalmente no son capaces de realizar las técnicas eficientemente debido a su limitado desarrollo motriz. En cuanto al tipo de dentrífico utilizado, se ha comprobado que los niños que utilizan pastas de niño usan más dentrífico y se cepillan por más tiempo que los que utilizan pastas de adulto. Adicionalmente, un estudio en nuestro país ha logrado establecer que un mal cepillado presenta una mayor relación con la aparición de caries en preescolares que una dieta altamente cariogénica. (Zanatal, 2003).

Políticas a nivel nacional: Las políticas en salud de un país tienen un efecto en las condiciones de vida de sus ciudadanos. Así, se ha encontrado una relación inversa entre el gasto nacional per cápita en salud y la prevalencia de caries. En Estados Unidos, Medicaid ha incorporado la cobertura de CIT, y se han incorporado programas específicos de prevención a segmentos en alto riesgo en algunos estados, como hispanos y nativos americanos, los que son aplicados a través de profesionales no dentales del área de la salud. Los resultados han sido prometedores. En Chile la prevención de la CIT forma parte de la norma de actividades promocionales y preventivas específicas en la atención odontológica infantil, habiéndose educado con este propósito al equipo pediátrico de consultorios y servicios de salud pública, en el contexto del Control de Salud del Niño, y el Control Odontológico del Niño Sano. (GARCIA,2001)

1.4.4 Incidencia y Prevalencia.

La prevalencia de caries de Infancia temprana es del 1-12% en países desarrollados y del 70% en países en desarrollo. Otros estudios determinan que los niños de padres con bajo nivel económico tienen una mayor prevalencia que los niños con alto nivel socioeconómico. (Hanoi González y col, 2006)

La prevalencia de caries de infancia temprana ha llegado a niveles epidémicos en países como México (97%), Emiratos árabes (93,8%), China (88,5%) y Escocia (75%). En Recife, Brasil, se encontró un 46,2% de prevalencia en niños de 2 a 3 años. En Estados Unidos (EU) el 8% de los niños de dos años presentan caries, valor que llega a 40% en los niños de 4 años. (Hanoi González y col, 2006)

En Colombia, el último Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III, encontró que a los 5 años, el 60.4% de los niños habían sido afectados por la caries dental, con grandes disparidades según la región, porque en la Orinoquia y Amazonia el porcentaje se eleva a 84.7% y en Medellín, disminuye a 47.4%. El número promedio de dientes primarios afectados por niño de 5 años en todo el país fue de 3.0 (rango 1.1 – 4.5) y en Medellín fue de 1.9. La descomposición del índice nacional, según sus componentes, revela que de los 3.0 dientes afectados, 2.4 están cariados, 0.5 están obturados y 0.1 están indicados para extracción.

1.4.5 intervención educativa caries de infancia temprana

Se recomienda enfocar las estrategias preventivas hacia cada uno de los factores asociados a la etiología de esta patología. (Brambilla, E, y col, 1998)

En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, celebrada en Ottawa en 1986, se dio a conocer que “la promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por

consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas vidas sanas, la Promoción de la Salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.” (Bernabé Ortiz y col, 2006)

Educación para la Salud, como estrategia en la promoción de salud se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende 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 de su comunidad. (Alsada, Lisa H, 2005) 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”. (Gispert Abreu, E y col, 2006)

Se ha reportado el establecimiento de tres niveles de prevención de la Caries de Infancia Temprana:

A nivel de la comunidad: Educación a las madres: orientada hacia una dieta equilibrada, Fluorización del agua. Programas preventivos comunitarios y personales para comunidades de alto riesgo.

A nivel profesional (clínicas dentales): Detección temprana, Asesoramiento dietético, Flúor, Clorhexidina, Selladores.

A nivel del cuidado en casa: Hábitos en la dieta, Dentífricos con flúor, Suplementos de flúor, Higiene oral.

La prevención especialmente vía educación y protección específica se vuelve esencial. Con respecto a la primera, numerosas intervenciones a través de programas educativos en niños en etapa preescolar han demostrado disminuir significativamente la experiencia de caries de esos niños a futuro, y la educación de los padres y cuidadores ha demostrado ser una de las estrategias de prevención más costo-efectivas. Aún así, algunos programas que han buscado cambiar hábitos dañinos relacionados al uso del biberón, fallaron en lograr un cambio sustantivo en éstas prácticas. Es importante agregar que niños y jóvenes responden mejor a una presentación visual de las recomendaciones a seguir, y que estas deben ser enfocadas en miras a cambiar los hábitos, y no solamente para aumentar el conocimiento, ya que un mayor conocimiento por si solo no logra cambiar el comportamiento. (INGER WENNHALL, 2005)

Todos los procedimientos disponibles para promover la salud oral incluyen componentes educativos. La educación de los grupos diana, tales como los responsables políticos, gestores de industrias alimentarias, personal encargado de proporcionar cuidados sanitarios -especialmente los profesionales de atención primaria-, trabajadores de centros educativos, participantes en programas sanitarios y escolares y los representantes de los organismos estatales reguladores de la publicidad, debería ser parte integrante de cualquier medida

reguladora, legislativa o de intervención de los servicios de Salud Pública. (Bernabé, E y col, 2006)

Del mismo modo, para concentrar los recursos y permitir que la información que se difunde sea específica, la educación para la salud dental de la población debería dirigirse sobre todo a embarazadas y niños.

1.4.6 Actividades Preventivas Asistenciales:

Control de placa bacteriana: Son las acciones encaminadas a conservar un bajo nivel de placa bacteriana en la cavidad oral, mediante la identificación, demostración de técnicas de higiene oral y eliminación de la placa de las superficies dentales y de los tejidos blandos por parte del odontólogo o la auxiliar de higiene oral, con las indicaciones respectivas a la madre para mantener la cavidad bucal con un nivel mínimo de placa bacteriana. (INGER WENNHALL, 2005)

Educación en Higiene Oral. Se evalúa la forma como la madre realiza la limpieza oral diaria e indica la técnica adecuada de higiene bucal. (Rosamund Harrison, 2003).

El cepillado dental es el método más eficaz para la remoción de la placa bacteriana, se realiza en orden para evitar dejar áreas sin limpiar con movimientos de barrido, es decir los dientes superiores hacia abajo y los inferiores hacia arriba

tanto por vestibular como palatino o lingual, en las superficies oclusales de molares se hacen movimientos circulares con el fin de remover la placa retenida en los surcos. (INGER WENNHALL, 2005)

La seda dental es un elemento elaborado para eliminar la placa interdental de los dientes mediante el arrastre de restos alimenticios por el roce del hilo sobre la superficie dental, como complemento del cepillado dental. Se corta 20 - 30 cms del hilo y enrolla las puntas alrededor de los dedos para su manipulación, se deja de 5 - 7 cms de parte activa e introduce en los espacios interdenciales hasta llegar a la zona subgingival. (Jorma I. Virtanen Et Al, 1999).

La higiene bucal se finaliza con la remoción de la placa depositada en los tejidos blandos y mucosas de la cavidad bucal, como lengua, encía, paladar y surco vestibular, cepillando con precaución pero de forma eficaz.

La crema dental se utiliza como agente abrasivo y detergente, con agentes saborizantes y sustancias como el flúor que ayudan a la prevención de la caries dental, se recomienda utilizar 0.5 cm de crema sobre el cepillo dental como cantidad ideal, ya que al ingerir o utilizar inadecuadamente el flúor se puede causar daños en la estructura dentaria como fluorosis dental, especialmente en los niños de 2 a 5 años. (Martignon S. González M C, 2003)

Profilaxis: Es la limpieza de la superficie de los dientes por parte del personal capacitado (odontólogo general o auxiliar de higiene oral) en el consultorio odontológico con una copa de caucho y pasta profiláctica, diente por diente con

movimientos circulares hasta remover la película de placa bacteriana de las superficies dentales por 5 minutos aproximadamente. (Tracy L, 2007)

Aplicación tópica de Flúor: Su mecanismo de acción es el fortalecimiento de la superficie del diente (esmalte), así como la reducción de la acción de los microorganismos (streptococo mutans principalmente), minimizando la producción de ácidos y la formación de cavidades en el tejido dentario.

Esta actividad la realiza personal capacitado como el odontólogo general o la auxiliar de higiene oral, en el consultorio odontológico, con la infraestructura necesaria que permita el adecuado manejo del material y el menor riesgo para el paciente, debido a que el flúor es una sustancia altamente tóxica al ser ingerida.

Sellantes: Es la modificación morfológica de la superficie dental mediante la aplicación de una barrera física (resina adhesiva) en las fosas y fisuras profundas de los dientes que permita disminuir el acumulo de placa bacteriana y facilitar la remoción de la misma en el proceso de cepillado e higiene bucal.

Esta actividad la realiza el personal capacitado como el odontólogo general o la auxiliar de higiene oral, en el consultorio odontológico con la infraestructura adecuada que permita la manipulación del material y colocación correcta de los sellantes de fosetas y fisuras en el paciente.

Los dientes sellados se evalúan cada seis meses o cada año, debido a que la pérdida parcial o total del sellante presenta fallas que ocurren con posterioridad a

su aplicación y estas son manifiestas dentro de los seis a doce meses de realizado el tratamiento. (Jorma I. Virtanen Et Al, 1999).

1.5 OBJETIVO GENERAL

Diseñar e Implementar una intervención educativa para la prevención de caries de infancia temprana dirigida a las madres comunitarias y cuidadores de los niños de hogares del ICBF, zona Zipaquirá (Fase I)

1.6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar a las madres comunitarias y cuidadores principales como líderes promotoras de salud oral.
- Fortalecer las habilidades y conocimientos en salud oral de las madres comunitarias y cuidadores principales, que conlleven a la construcción de estilos de vida saludables.
- Educar a la madre comunitaria y cuidadora principal, en una adecuada técnica de cepillado para realizarla en los niños.
- Implementar la rutina de higiene oral en el hogar comunitario.

2.1 TIPO DE ESTUDIO: Intervención educativa.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO: 103 madres comunitarias, 1442 cuidadores, 3024 niños beneficiados por el programa.

2.3 MUESTRA: No probabilística por conveniencia. Esperando cubrir al máximo una muestra representativa de la población aproximada de 103 padres y/o cuidadores principales.

2.4 MARCO MUESTRAL: Madres comunitarias padres y/o cuidadores.

2.5 VARIABLES: Sociodemográficas, Representaciones sociales de salud oral, frecuencia de cepillado, clasificación de riesgo individual, nivel socioeconómico, grado de escolaridad, presencia de cepillero, presencia de elementos básicos de higiene oral.

2.6 PROCEDIMIENTO: Se realizó un estudio de intervención educativa donde en la fase I se seleccionaron madres comunitarias de los hogares del ICBF de la

zona de Zipaquirá. Teniendo en cuenta el perfil requerido para la investigación.
(Lideres-replicadoras en educación)

Perfil de la madre comunitaria, según especificaciones del ICBF:

- Ser menor de 55 años
- Demostrar buen comportamiento social y moral reconocido por la comunidad.
- Tener mínimo aprobado cuatro años de educación básica secundaria
- Encontrarse en buen estado de salud. Tener al día los exámenes de rigor con mínimo seis meses de vigencia.

Se realizó una sensibilización sobre la situación de salud oral de la población infantil de Zipaquirá, con base en el estudio realizado por Macias C. Y col. en el 2006. Posteriormente Se realizó la convocatoria y selección de las madres comunitarias para participar en las actividades programadas para la Fase I.

Se desarrollaron grupos focales y un taller educativos, teniendo en cuenta los siguientes ejes temáticos:

1. Grupo focal de identificación de preconceptos en salud oral. El cual fue retroalimentados de forma verbal a través de estrategias de acción participativa.
2. Capacitación y grupo focal sobre la formación dental, secuencia de erupción dental y estrategias de higiene oral en dientes deciduos.

3. Capacitación sobre patologías frecuentes relacionadas con: Caries dental, haciendo énfasis en CIT enfermedad gingival. (Historia natural de la enfermedad, estrategias de prevención, abordaje e intervención).

4. Capacitación y grupo focal sobre la importancia y beneficios de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y complementaria hasta los dos años en la salud general y oral los niños, a la luz de la estrategia AIEPI. Adicionalmente se incluyó la temática relacionada con la nutrición como parte de los ejes fundamentales en el crecimiento y desarrollo de los(as) niños (as). Haciendo énfasis en la importancia de limitar la ingesta de alimentos que contengan carbohidratos refinados, en la frecuencia de consumo de dicho alimentos. Se sensibiliza sobre la importancia del complemento de las actividades de higiene oral como estrategia preventiva en el desarrollo de la caries dental, motivando la implementación y continuidad del cepillado nocturno.

Finalmente se capacitó al grupo convocado en las características de acceso a los servicios de salud para la población colombiana, haciendo énfasis en la temática de derechos y deberes de los pacientes.

5. Taller práctico sobre enseñanza de cepillado e instrucciones de higiene oral para la población adulta e infantil: se elaboró material ilustrativos tipo poster, donde se incluyó el paso a paso, de la técnica de cepillado rotacional tanto en adultos como en niños, haciendo énfasis en la importancia de la remoción efectiva de la biopelícula, la cual se identificó a través de revelador de placa bacteriana.

Se capacitó adicionalmente, por medio de estrategias demostrativas sobre las diferentes técnicas posturales y de posicionamiento corporal del niño para recibir las actividades de cepillado.

Se dotó a las madres comunitarias con elementos de higiene oral como cepillo y crema dental y espejos facial.

La respuesta a la convocatoria inicial (Fase I) fue de 26 madres comunitarias.

3. RESULTADOS:

En relación a las variables sociodemográficas el 100% de la población corresponde al sexo femenino; el rango de edad fue de 25 a 50 años; la edad promedio de 28 años.

El 100% curso secundaria completa y el mismo porcentaje de la población pertenece al régimen contributivo.

El porcentaje de participación de la madre comunitaria en los talleres fue del 93% (n=24), el 8 % no participo en 3 de los 5 talleres.

Se evaluaron preconceptos sobre representaciones, actitudes y prácticas de las madres comunitarias de forma verbal y escrita a las 26 participantes convocadas, pertenecientes a los hogares del ICBF Zipaquirá.

3.1 Capacitación como líderes promotores en salud oral

- **Identificación de preconceptos**

Los ejes temáticos planteados para el primer taller fueron:

- **Lactancia materna**
- **Concepto de salud bucal**
- **Secuencia de erupción dental y función de los dientes**
- **Higiene oral en la primera infancia**

- **Patologías orales frecuentes**

Lactancia materna

Se evaluó los preconceptos respecto a lactancia materna y se determinó que para la mayoría de las madres comunitarias fue una experiencia dolorosa durante las primeras semanas de lactancia se discutió que en algunas ocasiones por esta razón las madres suspenden la lactancia.

En cuanto al tiempo de lactancia materna ellas manifestaron que debe ser exclusivo desde el nacimiento hasta los seis meses y si es posible debe prolongarse hasta los dos años.

Sin embargo apoyan los alimentos sucedáneos en un 50%, evidenciándose un posible desconocimiento del código de sucedáneos. Se desconocen adicionalmente las técnicas de recolección, almacenamiento y uso de la leche materna.

El 70% de las madres afirma que apoya la lactancia materna, sin embargo aceptan el uso del biberón cuando la madre no produce leche materna suficiente o en los casos donde no es posible prolongar la lactancia hasta los seis meses de edad.

Las madres comunitarias afirman que el contenido del biberón de los niños consiste en bebidas azucaradas como agua de panela y chocolate en

aproximadamente un 80% de los casos y a su vez que el estado general de los biberones no es el adecuado en relación a las condiciones de higiene.

Conceptos de salud bucal

El 100% de las madres comunitarias sostiene que la salud bucal se relaciona con la ausencia de caries dental. A su vez el 100% desconoce conceptos técnicos relacionados con la enfermedad gingival y desordenes temporomandibulares donde se incluye la maloclusión. Asocian la hemorragia gingival con el cepillado traumático.

Secuencia de erupción y función de los dientes

El 60% de las madres comunitarias conoce la secuencia de la erupción de los dientes temporales y el 90% conoce el concepto para la dentición permanente.

El 15% sostiene que los niños y niñas nacen con dientes en boca.

A su vez, el 90% afirma que la higiene oral debe ser implementada antes de la erupción dental. Respecto a las funciones de los dientes, el 100% las relaciona con la masticación.

Higiene oral en la primera infancia

En el 100% de los hogares dirigidos por las madres convocadas se emplea crema y cepillo dental.

El 70% de las madres comunitarias reconoce la importancia de la crema dental, sin embargo el concepto relacionado con la cantidad de crema que debe aplicarse en el cepillo no es claro para el mismo porcentaje.

El 100% de las madres afirma, que “los niños pequeños se tragan la crema dental” y los “mas grandes si la escupen”. Argumentan escases de tiempo para supervisar el cepillado de cada niño. El 90% afirma que a los seis años, el niño cuenta con la capacidad de “cepillarse solo”.

Patologías orales frecuentes

En relación a la identificación y conocimiento de las patologías orales frecuentes el 100% reconoce la caries dental como la enfermedad ***“más común” en los niños.***

El grupo en general no hacen mención a las demás patologías.

3.2 Fortalecimiento de habilidades y conocimientos en salud oral para el mejoramiento de la calidad de vida (Historia natural de la enfermedad CIT)

Ejes temáticos

- **Caries de infancia temprana**
- **Placa bacteriana**
- **Factores de riesgo**

A través de la identificación de preconceptos, se busco estandarizar los ejes temáticos propuestos para que los cuidadores de los hogares puedan replicarlos a los demás cuidadores, donde se incluyen los padres de familia y las personas a cargo de los (as) niños (as) en otros espacios de la vida cotidiana de los mismos.

La información suministrada al grupo de madres comunitarias se relacionó con aspectos referentes a la caries de infancia temprana, su historia natural, los factores etiológicos y su importancia diagnóstica y terapéutica.

Las madres demostraron interés en los contenidos temáticos, así como también reconocieron la importancia de su participación en la implementación de acciones preventivas; afirmando ***“...Que algunos niños que se encuentran a su cargo muestran signos de caries de infancia temprana...”***

Diversos factores son determinantes para el desarrollo de las diferentes enfermedades bucales, particularmente, la caries dental. En el presente estudio, se evidenció que los cuidadores asocian las enfermedades bucales, frecuentemente, a la dimensión biológica, sin embargo el peso de los demás factores en la carga de la enfermedad no es identificado en su totalidad. (Determinantes ambientales, culturales, sociales y acceso al servicio de salud)

Se evidencia la necesidad de implementar los conceptos emitidos a partir de las primeras etapas de la vida, incluso desde la edad gestacional, replicando la información a las madres ***“...a partir del momento del embarazo”***. Lo cual ***“...ayudaría a disminuir la prevalencia de esta enfermedad.”***

3.3 Educación en técnicas de higiene oral para la población infantil

Ejes temáticos:

- a. Concepto de higiene oral**
- b. Frecuencia de cepillado**
- c. Control de biopelícula**
- d. Técnica de cepillado rotacional.**

Se retroalimenta la información suministrada en los grupos focales anteriores evidenciando apropiación del conocimiento en conceptos básicos.

Se capacitó a las 26 madres comunitarias en técnica de cepillado rotacional, así como también en las técnicas de cepillado sugeridas para la población infantil.

Se evidenció adherencia a la capacitación por parte del 100% de las participantes, las cuales manifestaron ***“...estar de acuerdo en enseñar a los niños y replicar la información en los demás cuidadores principales...”***, sin embargo la escasez de tiempo de las madres comunitarias y los demás cuidadores, puede representar una barrera de acceso al conocimiento e implementación de las técnicas sugeridas.

3.4 Retroalimentación de conceptos Fase 1.

Al finalizar los procesos relacionados con la fase 1, se evidenció la necesidad de reforzar conceptos que demostraban debilidad temática en el manejo de la cultura de auto cuidado y de cuidado de la población infantil.

Se hace énfasis en la importancia del cuidado integral de la salud general y oral de los niños, a partir de la etapa gestacional, haciendo énfasis en la lactancia materna exclusiva a partir del nacimiento hasta los seis meses de edad y de forma complementaria hasta los dos años. Se refuerzan conceptos relacionados con nutrición, crecimiento y desarrollo.

Se especifica el papel de la biopelícula como factor etiológico-biológico fundamental en el inicio de la caries de la infancia temprana, destacando a su vez el rol de los determinantes del proceso salud enfermedad como parte de la dinámica de la patología.

Se refuerzan conceptos relacionados con el sistema de seguridad social en salud para la población colombiana, haciendo énfasis en la temática relacionada con derechos y deberes.

Se motiva a las madres comunitarias en la continuidad del proceso, (fase 2 y 3), donde serán multiplicadoras y modelos de replicación de la información suministrada en la primera fase del proceso.

4. DISCUSIÓN

Se presenta teniendo en cuenta las principales implicaciones del estudio y comparación con otras investigaciones, se deben hacer las referencias bibliográficas necesarias cuando se citan otras investigaciones o artículos.

El grupo de madres comunitarias sujeto de intervención en la presente investigación (Fase 1) demostró una actitud receptiva y participativa en relación a la dinámica de la propuesta inicial, lo cual resulta favorecedor a la luz del impacto final de las fases siguientes del estudio. La actitud receptiva se percibe como un factor positivo en las comunidades tal como lo expresa la literatura es investigaciones similares: Yensi Díaz y colaboradores (2011) en su estudio *“Intervención educativa sobre salud bucal en maestros de enseñanza primaria”*. Y León Ortiz (2007) en su estudio de intervención en comunidades peruanas.(26)(28)

El presente estudio apoya la teoría que sustenta la necesidad del conocimiento previo de las características particulares de la comunidad relacionada con los conceptos pre establecidos en relación a la dinámica de los procesos de salud, como lo sostiene. Farith González y col (2011) en su estudio *“Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia”*, así como también lo sustenta Ana María Franco (2002) en su estudio *conocimientos y prácticas de cuidado bucal de las madres de niños menores de 6 años* (26)(29)

En relación a los resultados cualitativos del presente estudio y a la aproximación estadística propuesta (Distribución de frecuencias) los conocimientos, actitudes y prácticas de la población analizada se relacionan con los hallazgos evidenciados por Yensy Díaz (2011) en su estudio de *intervención educativa a maestros de educación primaria en Matanzas cuba* y por Farith González y col (2011) en el estudio “*Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia*”, donde se evidencia a los padres como principales cuidadores y responsables de la salud oral de los niños, lo cual es apoyado por los demás cuidadores del mismo.(27,29).

En relación al empleo de elementos de higiene oral, se encuentran similitudes relacionadas con el desconocimiento del efecto del dentífrico en las poblaciones económicamente vulnerables.(26,29)

Respecto al eje temático relacionado con la importancia de la lactancia materna, las madres demuestran debilidades conceptuales relacionadas con la alimentación complementaria al incluir el uso de sucedáneos y el empleo de biberón como elemento de alimentación complementaria. Lo cual plantea la necesidad de reforzar la temática internacional y nacional relacionada con el tema, lo cual respalda Constanza Díaz (2003) en su estudio “*Representaciones sociales de lactancia materna en un grupo de mujeres de Cali*” (30)

Lo anteriormente descrito plantea la necesidad de continuar las fases 2 y 3 del presente estudio, donde se pretende ampliar el tamaño de la muestra a la

población de referencia constituida por las madres comunitarias de la zona Zipaquirá, con el fin de transmitir la información a través de las madres comunitarias líderes, donde, en la tercera fase, se realizara el análisis cuanti-cualitativo de los posibles cambios generados en la situación de salud oral de la población infantil, específicamente, en relaciona al desarrollo de caries de la primera infancia.

5. CONCLUSIONES

De acuerdo a cada uno de los objetivos del estudio no hacer repetición de los resultados.

En la fase I se determinó que el grupo intervenido conoce la temática básica de los conceptos emitidos por parte del grupo de investigadores, sin embargo se deben reforzar temáticas relacionadas con lactancia materna y empleo de dentífrico.

El grupo demostró una actitud receptiva y participativa. Se determinará a través de estrategias evaluativas la respuesta e impacto de las intervenciones educativas a través de la visualización de las madres comunitarias líderes, como multiplicadores del conocimiento en las siguientes fases del proceso.

Se evidencia mayor dominio de los temas relacionados con los conocimientos de salud oral y su importancia en la población infantil en las madres comunitarias mayores de 50 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez, C y Col. 'et al' Componente educativa, recreativa, asociativa en estrategias promotoras de salud bucal en preescolares. Rev cubana estomatol. 2006; jun;43(2):
2. Álvarez, C.J. Navas Perozo R. 'et al' Componente educativo, recreativo, asociativo en estrategias promotoras de salud bucal en preescolares. Universidad del Zulia, Venezuela. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Odontología. Rev. Cubana de Estomatol. 2006; May-Aug;43(2).
3. Bao-Jun Tai, Han Jiang, Min-Quan, Du, Bin Peng, 'et al' Assessing the effectiveness of a school-based oral health promotion programme in Yichang City, China, Community Dentistry and Oral Epidemiology, 2009; 37: 391–398.
4. Diaz. C, Cabrera G, Mateus, J. Representaciones de lactancia materna en un grupo de cali, Rev.Medica Colombiana 2010;23(1)
5. Finlayson, T. Siefert, K. Ismail, A. Woosung, S. 'et al' Maternal self-efficacy and 1–5-year-old children's brushing habits, Community Dentistry and Oral Epidemiology, 2007;35:272–281.
6. Folayan, M.O. Oziegbe, E.O. Esan/Breastfeeding, A.O. 'et al' Timing and number of erupted teeth in first twelve months of life in Nigerian children. European Archives of Paediatric Dentistry. 2010;11(6).

7. Franco A.M, Jimenez. J, Santariaga, C. Zapata, L. Conocimientos y practicas de cuidado bucal de las madres de niños menores de 6 años. Rev. CES 2003; 16(1).
8. Garcia, C. y Col, 'et al' Experiencias del familiar en relación al cuidado con la salud bucal de niños. Rev. Latino-Am. Enfermagem.2011; jan.-feb;19(1).
9. González F, Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia/salud publica 2011; 53(3) .
10. Gonzalez, S. y Col. 'et al' Evaluación del programa de capacitación a docentes líderes en el mejoramiento de la salud bucal de la población preescolar de Sabaneta - Antioquia, 2006. Rev CES 2007;20(2).
11. Harrison, R. Dent, C. 'ét al'. Oral Health Promotion for High-Risk Children: Case Studies from British Columbia. 2009;may; 10:25
12. Huebner, C. Riedy, C 'et al'. Behavioral Determinants of Brushing Young Children's Teeth: Implications for Anticipatory Guidance. Pediatric dentistry. 2010;jan-feb;32(1).
13. Lucas, A. Neumann, N. Kilpatrick, JM. Nicholson, k. 'ét al' State-level differences in the oral health of Australian preschool and early primary school-age children. Australian Dental Journal 2011; 56: 56–62.
14. Marquezan, M. Faraco, IM. Feldens, CA. Kramer, PF. Ferreira, SH. 'et al', Association between occlusal anomalies and dental caries in 3- to 5 year-old Brazilian children. J Orthod. 2011; Mar;38(1):8-14.

7. Franco A.M, Jimenez. J, Santariaga, C. Zapata, L. Conocimientos y practicas de cuidado bucal de las madres de niños menores de 6 años. Rev. CES 2003; 16(1).
8. Garcia, C. y Col, 'et al' Experiencias del familiar en relación al cuidado con la salud bucal de niños. Rev. Latino-Am. Enfermagem.2011; jan.-feb;19(1).
9. González F, Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia/salud publica 2011; 53(3) .
10. Gonzalez, S. y Col. 'et al' Evaluación del programa de capacitación a docentes líderes en el mejoramiento de la salud bucal de la población preescolar de Sabaneta - Antioquia, 2006. Rev CES 2007;20(2).
11. Harrison, R. Dent, C. 'ét al'. Oral Health Promotion for High-Risk Children: Case Studies from British Columbia. 2009;may; 10:25
12. Huebner, C. Riedy, C 'et al'. Behavioral Determinants of Brushing Young Children's Teeth: Implications for Anticipatory Guidance. Pediatric dentistry. 2010;jan-feb;32(1).
13. Lucas, A. Neumann, N. Kilpatrick, JM. Nicholson, k. 'ét al' State-level differences in the oral health of Australian preschool and early primary school-age children. Australian Dental Journal 2011; 56: 56–62.
14. Marquezan, M. Faraco, IM. Feldens, CA. Kramer, PF. Ferreira, SH. 'et al', Association between occlusal anomalies and dental caries in 3- to 5 year-old Brazilian children. J Orthod. 2011; Mar;38(1):8-14.

15. Martell Y y col /Intervención educativa sobre salud bucal en maestros de enseñanza primaria/ universidad ciencias medicas matanzas, revista medica electrónica 2011;33
16. Mattos-Graner, O. Rontani, RM. Gavião, MB. Bocatto, HA. 'et al' Caries prevalence in 6-36 month-old Brazilian children. Community Dent Health. 1996; Jun;13(2):96-8.
17. Ministerio de Salud de Chile. 'et al'. Atención primaria Odontológica del preescolar de 2 a 5 años. Santiago: Minsal, 2009". Fecha de publicación: Noviembre de 2009.
18. Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal. República de Colombia. Dirección General de Promoción y Prevención. Serie de documentos técnicos: 005; 1999.
19. Mohebbi, S. Z. Virtanen, J. I. Vahid-Golpayegani, M. Vehkalahti M. 'et al' Feeding habits as determinants of early childhood caries in a population where prolonged breastfeeding is the norm. Community Dent Oral Epidemiol 2008; 36: 363–369.
20. Molina, A. López, A. López, C. Sáez, U. 'et al' Nursing bottle caries. Rev Clin Med Fam. 2008; jun; 2(4)
21. Ortiz L, Fritz A, Efectividad de un programa preventivo promocional en el cuidado de la salud bucal durante la primera infancia dirigido a madre primíparas en niños menores de 6 meses, odontolgia pediátrica lima. 2007; 6(2); 918.

22. Plutzer K, Spencer AJ, 'et al' Oral health promotion initiated during pregnancy successful in reducing early childhood caries, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2008; 36: 335–346.
23. Plutzer K, Spencer AJ, Keirse MJ. 'et al'. How first-time mothers perceive and deal with teething symptoms: a randomized controlled trial. 2011;36(2)
24. Plutzer K. Spencer, A. 'et al' Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36: 335–346
25. Quiñones, M. Ferro, P. Martínez, H. Rodríguez, Y. Seguí A. 'et al' Relation of the oral health state to some socioeconomic factors in children aged 2-5. *Rev Cubana Estomatol*. 2008; jul.-dic 45:3-4.
26. Rothe, V. Kebriaei, A. Pitner, S. Balluff, M. Salama, F. 'et al' Effectiveness of a presentation on infant oral health care for parents. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2010; 20: 37–42.
27. Schroth RJ, Harrison RL, Moffatt ME. 'et al'. Oral health of indigenous children and the influence of early childhood caries on childhood health and well-being. PMID: 1996; 20:(3)
28. Suzely, A. col. 'et al' Harmful oral suction habits in children: association with breastfeeding and family social profile. *Rev. odonto ciênc*. 2010;25(4):355-360.
29. Teixeira, V. Munguia, J. Sáez, S. Bellet, L. 'et al', Caries de Primera Infancia. *Rev Oper Dent Endod*, 2007;5:77.
30. Tinanoff, N. Reisine, S. 'et al'. Update on Early Childhood Caries Since the Surgeon. General's Report. 2009;9:396–403.