

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS QUE ASISTEN A LA CLÍNICA CARTAGENA DE INDIAS UNIVERSIDAD DEL SINÚ Y UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

Farith González M.* Adriana Redondo,** Karen Díaz**

RESUMEN

Objetivo: Describir las representaciones sociales sobre la higiene oral de los niños menores de cinco años que asisten a la clínica del escolar de la Universidad del Sinú Cartagena.

Metodología: enfoque cualitativo tipo etnográfico. Se seleccionaron 12 familias de los niños menores de 5 años que asisten a la clínica odontológica Cartagena de indias. Para la recolección de la información se utilizó la observación, la entrevista individual y la entrevista de grupos focales en las personas responsables del cuidado de los niños.

Resultados: la población se encuentra muy limitada por el aspecto económico, reflejándose en la obtención de pocos elementos de higiene oral. Además, el conocimiento que han adquirido sobre las técnicas del cepillado es memorizado, notándose la influencia de los medios de comunicación y las actividades de promoción y prevención tradicionales. Por otra parte se resalta la escasa supervisión de los padres en las prácticas de higiene oral de sus niños.

Conclusiones: la información sobre higiene oral que reciben estas familias no les ha servido para cambiar su conducta hacia hábitos de higiene oral saludables. Por esto es fundamental estudiar a los padres ya que son ellos los responsables de impulsar las acciones para la salud oral de sus hijos.

Palabras Clave: Representaciones sociales, higiene oral, conocimientos en salud oral, practicas de higiene oral, herramientas de higiene oral. (Duazary 2009 I: 38-47)

ABSTRACT

Objectives: To describe the social representations on the oral hygiene of children under five who attend the school clinic at the University of Cartagena Sinú.

Methodology: Qualitative ethnographic approach. We selected 12 families of children under age 5 who attend dental practice Cartagena de Indias. For data collection was used observation, interviews and meetings with focus groups in the persons responsible for childcare.

Results: The population is severely limited by the economic aspect, reflected in obtaining a few elements of oral hygiene. In addition, the knowledge they have acquired on the techniques of brushing is memorized, note the influence of the media and advocacy and prevention traditional. Moreover highlights poor parental supervision practices in oral hygiene of their children.

Conclusions: Information about oral hygiene receiving these families has not served to change his behavior toward healthy oral hygiene habits, which is why it is essential to examine the parents because they are the ones responsible for actions to promote oral health of their sons.

Words Key: Learning styles, Academic Yield.

* Docente coordinador Departamento de investigaciones de la escuela de odontología Universidad del Sinú. Especialista en investigación social Universidad de Cartagena, Magíster en Salud Pública Universidad Nacional de Colombia. Docente Facultad de odontología Universidad de Cartagena

**Estudiantes de pregrado X Semestre escuela de Odontología Universidad del Sinú.



INTRODUCCIÓN

La salud oral de los niños con dentición temporal pareciera no tener relevancia para el común de la gente, idea posiblemente relacionada con el hecho de que los pequeños cambian de dientes y estos son recuperables hasta cierto punto. De esta forma, la percepción sobre la cavidad oral parece estar mediada por la cultura; de allí se desprenderán las actitudes que cada quien considere pertinentes para interpretar como relevante o no el cuidado buco dental.¹

Desde esta perspectiva, los niños que asisten a consulta en la clínica odontológica Cartagena de Indias son una muestra de este problema de salud, debido a que la gran mayoría llegan con altos índices de caries, placa bacteriana, enfermedad periodontal y patologías pulpares; sumado a esto se ha percibido que los padres de éstos niños no muestran interés en recuperar la salud oral de sus hijos, a pesar de conocer la importancia de la higiene. Esto se evidencia en la inasistencia a las citas programadas durante el proceso de atención y en la poca colaboración en las indicaciones instauradas por parte del profesional. Sumado a esto la gran mayoría de ellos viven y se desarrollan en innumerables dificultades socioeconómicas, lo que conlleva a que se expongan a factores de riesgo sociales que contribuyen a la presencia de una alta prevalencia de enfermedades orales.^{2,3}

En este sentido, el inicio de la etapa preescolar es trascendental para que los padres contribuyan a reforzar las actitudes y prácticas de higiene oral en sus hijos, adaptándolos a un escenario estratégico para la promoción de buenos hábitos higiénicos que conduzcan al cuidado y la protección de la salud bucal en forma permanente. Para que desde la práctica odontológica se pueda contribuir a fortalecer estos aspectos es imprescindible que se conozca en forma integral al niño y su núcleo familiar, identificando las actitudes y motivaciones de los padres hacia el fortalecimiento de la higiene oral de sus hijos, sus creencias, fortalezas y limitaciones para apropiarse de la información que le debemos impartir desde las actividades promocionales que se realizan al interior de todo proceso preventivo. En este orden de ideas en la literatura se encuentran innumerables experiencias donde se describen las representaciones sociales desde el núcleo familiar. A nivel de Latinoamérica en Venezuela Romero, Y., realizó un estudio etnográfico en un grupo de madres de la comunidad de San Isidro Estado de Mérida, con el fin de identificar los comportamientos sociales y culturales

que definen la significación de la salud bucal desde el seno familiar. Los resultados permitieron identificar el dolor dental como la situación odontológica que causa mayores problemas en la comunidad.

Por otro lado, se reconocen a la madre y al odontólogo como los actores principales involucrados en la solución de estas dificultades.⁴ En nuestro país, Nieva, B. y Jácome, S. en 1998, en poblaciones urbano marginales de Ciudad Bolívar, Santa fe de Bogotá encontraron como la gente interpreta el proceso de salud y enfermedad oral desde tres aspectos como son los estético, biológico y emocional. En cuanto a lo estético se relaciona la salud como lo agradable a la vista, limpio, armonioso, estereotipado socialmente. En el aspecto biológico se observa que la causa de enfermedades orales es atribuida a dos factores uno interno (del individuo) y otro correspondiente a influencias externas (hábitos, alimentos, determinantes sociales).^{5,6}

Por otra parte, a nivel local, otras investigaciones^{7,8} describieron las representaciones sociales de las familias del corregimiento de la Boquilla en Cartagena de Indias sobre los escenarios de prácticas en salud oral y encontraron que estos pobladores muestran cierta apatía hacia las acciones individuales o colectivas que se relacionen con la salud oral, existiendo otras prioridades para atender como la alimentación, el trabajo, la vivienda, condiciones sanitarias adecuadas y la salud general. En este aspecto se concluyó que toda intervención en salud oral que se desarrolle en estos individuos tiene que ser impulsada a través de un proceso de negociación de saberes en donde sean ellos los que a partir de sus necesidades propongan herramientas para resolver sus principales problemas incluyendo la salud oral.^{7,8}

Además, otros investigadores⁹ en poblaciones desplazadas por la violencia de la ciudad de Cartagena de Indias encontraron que el conocimiento que tienen sobre la salud oral es mecanizado, influenciado principalmente por los medios de comunicación y por otro lado, la presencia de patologías orales se refleja principalmente en el estado de ánimo, provocando incapacidades sobre todo cuando existen abscesos dentales.

Esta propuesta investigativa estuvo fundamentada en la posibilidad de conocer en su integralidad a la población objeto de estudio y poder interpretar los comportamientos que se evidencian en ellos, lográndose a partir de los resultados construir nuevas herramientas dentro de la prevención con métodos individualizados a partir de las necesidades de los sujetos de estudio.

El objetivo de este estudio fue describir las representaciones sociales sobre la higiene oral de los niños menores de cinco años que asisten a la clínica del escolar de la Universidad del Sinú Cartagena.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de enfoque cualitativo, debido a que esta metodología nos da la posibilidad de una observación y un registro de los fenómenos y eventos sociales que intervienen en el proceso de apropiación del conocimiento que se transmite y aplica constantemente en los procesos educativos de los individuos. Aquí se le otorga una importancia a la subjetividad, integrándose el investigador a la cotidianidad, al lado del sujeto investigable, permitiendo que este se exprese de sí mismo y encuentre en el diálogo el medio que permita tener una mayor aproximación al saber popular. Se intentó una aproximación a la etnografía como método, debido a que esta permite un acercamiento a los procesos de entendimiento y comunicación de los sujetos dentro de los grupos sociales, lográndose entender el por qué de los significados que los padres le otorgan a la higiene oral de sus hijos.^{10,11}

La muestra incluyó a 12 familias de los niños menores de cinco años que asisten a la clínica odontológica Cartagena de Indias, todos ellos pertenecen a los estratos más bajos de las zonas aledañas. La selección fue de forma intencional teniendo en cuenta el grado de calidad y profundidad de la información que el individuo pueda aportar y la validez de ésta, de acuerdo a las competencias que se han adquirido en el ambiente social objeto de estudio.

Se solicitó la participación voluntaria de los padres y/o acudientes de los niños posterior a la explicación de los objetivos del estudio y metodología, a través del consentimiento informado.¹²

Las categorías teóricas tenidas en cuenta fueron: conocimientos sobre la higiene oral de los niños, motivaciones de los padres sobre la higiene oral, prácticas de higiene oral, hábitos alimenticios y actividades de promoción y prevención que aplican los padres.

Inicialmente se diseñaron los instrumentos y fueron valorados por tres expertos con el fin de verificar si las preguntas eran pertinentes, si había coherencia entre cada uno de los ítems, si estaban bien ordenados y la semántica era la adecuada. Posteriormente se ejecutó una prueba piloto, que consistió en la aplicación de dos entrevistas a familias con características similares

a la población de estudio, con el fin de corroborar si existía comprensión de las preguntas y adquirir las competencias en la recolección de información y aplicación de instrumentos por parte del equipo investigativo.¹³

Para la recolección de datos se utilizaron las siguientes técnicas; observación, entrevistas individuales estructuradas, entrevistas individuales no estructuradas y entrevistas de grupos focales. El procedimiento inicial de observación permitió la documentación del objeto, buscando realidades que posteriormente se elaboraron en constructos, analizando todo desde la perspectiva de la investigación cualitativa. Esta se realizó al mismo tiempo del análisis en forma de espiral, devolviéndonos las veces que fue necesario, con el fin de profundizar más y afinar el foco cada vez que se construían las categorías entre observación y observación. El primer paso consistió en un abordaje dentro de cada actividad de los pobladores y en los diferentes contextos espaciales en el cual interactuaban, en particular en la construcción sociocultural de los saberes que estos manejan sobre la higiene oral, llevando diarios de campo en cada una de las visitas domiciliarias las cuales se realizaron en diferentes momentos.¹¹

Posteriormente se aplicaron 12 entrevistas individuales estructuradas con 15 preguntas a cada uno de los padres y/o acudientes de los niños, las cuales sirvieron para identificar las representaciones sociodemográficas, odontológicas y nutricionales y se obtuvo un diagnóstico situacional que permitió determinar la relación de la higiene oral de los niños con la perspectiva social en la que ellos se desarrollan. Luego se realizó el análisis a través de comentarios triangulados a cada una de las entrevistas, comparando respuestas, observando similitudes, discrepancias y relacionando las categorías entre sí, con el fin de obtener categorías emergentes e integrar las subjetividades de los investigadores. De esta manera se ilustraron los conceptos desarrollados y los hallazgos respectivos, de las entrevistas realizadas construyendo explicaciones alternativas, apoyándose, para ello en la observación no participante ya realizada para la interpretación sostenida de los datos generados por la investigación; siempre buscando la opinión más conveniente y global para la explicación de dichos datos. Para complementar la información se realizaron dos entrevistas de grupos focales tratando de involucrar seis personas del núcleo familiar diferentes a los padres para encuadrar un debate en torno a los hábitos de higiene oral en la casa, sus orígenes y los aspectos con que se relacionan. Por último, se realizaron 10 entrevistas



no estructuradas a informantes clave como dueños de tiendas, vecinos y líderes comunitarios que no pudieran servir de apoyo en los hallazgos encontrados en las entrevistas iniciales.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

La población de estudio se encuentra ubicada en barrios de la zona sur-oriental de la ciudad de Cartagena, la cuales en su mayoría pertenecen a los estratos 1 y 2. Las condiciones sanitarias de estos barrios son bastante deficientes, ya que no existe un sistema adecuado de disposición de basuras y tampoco de aguas. En muchas de las calles es posible ver cruzar cunetas donde hay acumulo de aguas negras y en las pocas calles pavimentadas es evidente el flujo de aguas residuales por el mal desagüe de estas, evidenciándose la presencia de moscas, mosquitos, cucarachas, ratas y ratones cercanos a las viviendas. Las casas son pequeñas algunas de cemento las cuales se encuentran en obra negra muchas sin repellar y otras construcciones de tablas y plástico; existen pocos cuartos y estos son creados con separadores de madera, tabla o sabanas, por esta razón la humedad en las casas se percibe ya que se puede filtrar el agua cuando llueve. (Fig. 1, 2, 3) También se observó que gran parte de la población tiene necesidades básicas insatisfechas, las viviendas las habitan de 3 a 5 familias cada una con entre 3 y 6 miembros.¹⁴

Los niños juegan en las calles con balones o con cualquier objeto que tengan a la mano. No hay espacios como canchas o parques para que ellos ejecuten actividades sociales. Por eso, es posible verlos correr de un lado a otro trepando a lugares peligrosos, rodando y gateando en el suelo y el piso, llevándose objetos sucios a sus manos y bocas. Estas características los ponen en situaciones de riesgo ya que viven, juegan, aprenden y trabajan en un ambiente degradado, contaminado e inseguro. Por ello, posiblemente hay incremento de las enfermedades en la piel, infecciones diarreicas, gripa e importantes niveles de desnutrición evidenciados clínicamente.

Por otro lado se observa un alto nivel de deserción escolar y la desmotivación para el estudio por parte de niños, adolescentes y jóvenes, lo que es un medio propicio para la presencia de problemáticas como adolescentes embarazadas y la proliferación de las bandas en el sector lo cual es generador de violencia. Muchos de estos niños desde una edad temprana forman parte del

ámbito laboral vendiendo en las calles, buses, playas para mantenerse ellos mismos o a sus familias.¹⁵

Los ingresos económicos que tienen los padres los obtienen trabajando, las madres en su mayoría como empleadas del servicio, los hombres como albañiles, vendedores ambulantes, mototaxistas, empleados etc. Las personas que se quedan en casa como las abuelas, tías o algunas madres se hacen cargo del hogar y de los niños. Por eso es posible verlas cocinando en las salas o en las terrazas, lavando la ropa, encargándose de las prácticas de higiene en general de los niños como lo son bañarse, cepillar sus dientes, aunque esto solo lo hacen cuando ellos van a salir ya sea al médico, odontólogo o a la escuela, mientras se les observa en casa sin bañarse, en ropa interior y algunos desnudos y a las personas responsables del cuidado se les puede ver obligándolos a realizar estas acciones con gritos y malos tratos.

En general la motivación por una buena higiene general por parte de la familia es escasa ya que se puede ver a los demás miembros de esta con las uñas y ropas sucias, descalzos, con malos olores en su cuerpo en las casa se observa mucho desorden. Por ende, la higiene oral también es muy deficiente, se observan personas con ausencia de dientes y los pocos presentes en mal estado, además de halitosis. (Fig. 4, 5)

En cuanto a acciones de higiene oral impartidas por los profesionales de la salud, no se ve una influencia significativa de estas, ya que las pocas que se realizan son solo en los colegios, en los centros de salud, o en la clínica odontológica Cartagena de Indias y se enfocan básicamente a los niños siendo poca la participación de los padres.

CONCEPTOS SOBRE HIGIENE ORAL

Esta categoría hace referencia a las opiniones y/o conceptos que tienen los individuos sobre higiene oral; que es tener una boca sana, de donde han aprendido esos conceptos. Desde esta perspectiva, se pueden identificar 4 subcategorías que pueden fácilmente tenerse en cuenta al momento de entender el porque de la mala higiene oral de los niños y sus familias.

Opiniones acerca de una boca sana: Los conceptos en este modo difieren ya que en algunos instantes tiene importancia orgánica relacionándolos con ausencia de enfermedad, encontrándose opiniones tales como “que no tenga ampollitas, esas que se llenan como de materia en la boca” y en otros enfocados a lo estético, “La boca sana es tenerla arreglada, limpia, bonita.” En

general, se encuentra un conocimiento enmarcado en la ausencia o no de signos y síntomas clínicos basados en el bienestar físico del organismo. Esto se puede estar presentado debido a que en estos individuos ocurre un efecto directo del problema desde sus síntomas, es decir que mientras que ellos no sientan dolor, creen que tienen una boca sana. Al igual que si al sonreír no observan ninguna alteración en los dientes que se aprecian al realizar esta acción.

Fuentes de aprendizaje sobre la higiene oral: La población descarta haber aprendido sobre higiene oral en sus casas, a través de sus familias ya que estos nunca se ocuparon de comunicarles y enseñarles la manera como mantener una buena higiene. Los sujetos comentan que los conocimientos que tienen acerca de la higiene oral, son adquiridos en la clínica odontológica a la cual asisten ya que en ella les enfatizan con claridad aspectos fundamentales para el cuidado de sus bocas a través de charlas y en la consulta misma, situación que no se presenta en los puestos de salud donde antes ellos habían asistido. *“En la universidad con la doctora, en las charlas, también en la televisión hablan mucho sobre higiene, en el colegio también le han hablado mucho y le han dado cremitas y cepillos”*. También se resalta la importancia de los medios de comunicación ya que las propagandas en donde se venden productos para la higiene bucal les muestran cómo cepillar sus dientes y los induce a tener una buena higiene oral. De igual forma sus hijos traen a casa mensajes en sobre la higiene oral provenientes de la escuela, basados en la frecuencia del cepillado y cómo debe realizarse este. Además, resaltan el consumo de dulces y las visitas periódicas al odontólogo. Lo anterior nos muestra que si son impartidas charlas sobre el cuidado de la boca en las escuelas del sector, manteniéndose algunos conocimientos para la prevención de la enfermedad oral en éstos niños.

En general los padres sienten un cambio por parte de los niños al recibir estos mensajes de higiene oral y lo ven reflejado en la actitud, debido a que están más pendientes de sus dientes, de cepillarlos frecuentemente y en la asistencia a las consultas odontológicas. En estos comentarios se percibe el impacto positivo que poco a poco van teniendo estos mensajes en los niños y por ende en sus familias.

Cuidado de los dientes temporales: Los padres manifiestan y reconocen que les han enseñado la manera de cuidar los dientes de sus hijos, a través del cepillado, del uso de la seda dental, de llevarlos frecuentemente

al odontólogo y de explicarles la importancia de que ellos cuiden su boca. Consideran que el mejor momento para empezar a cuidar los dientes de sus hijos es desde que estos empiezan a erupcionar. Saben que deben estar bien cuidados a pesar de que su duración no sea larga, porque si los dientes de temporales están enfermos, los permanentes heredarán la misma enfermedad que su antecesor. Lo anterior no concuerda con las características que presenta la cavidad oral de los niños, ya que se pudo observar en muy malas condiciones, con presencia de caries, gingivitis, lo que nos demuestra que los padres no aplican ni imparten los conocimientos que tienen a sus hijos. Esto determina un patrón atípico por parte de la población porque afirman cuidar sus dientes, practicando el cepillado. Sin embargo se observan en mal estado y ellos se lo atribuyen a problemas de tipo hereditario y genético, a la ausencia de vitaminas, alimentos y el no control de las mujeres en estado de embarazo: *“Ese problema viene nacido, eso uno nace con ello, puede ser por descuido de la mamá o porque les falta vitaminas, calcio o no van al médico cuando están embarazadas para que les manden medicinas, porque uno necesita un calcio como somos dos habitando en un solo cuerpo”*. En este sentido, los padres a pesar de ser concientes de lo fundamental e importantes que son los buenos hábitos de higiene oral que ellos les den a sus dientes, no practican el autocuidado de una forma disciplinada y consecuente con el conocimiento que han adquirido.

La pobreza como factor determinante en la higiene oral: La población no considera a la pobreza como un factor determinante para la enfermedad oral; lo encuentra alejado, porque creen que es fácil tener acceso a servicios de salud oral y se pueden tener herramientas básicas de higiene oral como cepillo de dientes y crema dental. Es importante reiterar que las características de esta población se relacionan con muchas dificultades económicas y condiciones de salubridad deficientes. Esto nos permite interpretar que es la falta de interés por el aseo en general de sus cuerpos, de sus casas, de su espacio lo que propicia un ambiente poco higiénico y saludable, afectando en gran medida la boca; teniendo en cuenta que les traerá problemas en su aspecto físico.

PRÁCTICAS DE HIGIENE ORAL

Esta categoría hace referencia a las opiniones y/o conceptos que los padres tienen acerca de las prácticas de higiene oral, cuánto tiempo tardan en el cepillado, quién realiza el cepillado de los niños, si este es o no supervisado y si los niños ingieren la crema cuando se cepillan.

Técnicas de cepillado: Esta población tiene definido cuantas veces debe cepillarse, pero esta actividad generalmente se realiza solo una vez al día, sin tener en cuenta que no se le está dando la importancia para hacerlo después de cada comida, practicándose como una situación rutinaria a una hora específica. Se encontraron descripciones de la forma del cepillado como *“Los dientes de arriba hacia abajo, los de abajo hacia arriba y las muelitas en forma circular”*. De esta forma, la comunidad en general tiene este concepto establecido como lo que se debe hacer, pero podemos asumir que este constructo está influido por los medios de comunicación y probablemente no lo están poniendo en práctica, evidenciándose a través de los momentos de interacción que se vivió dentro de la población y reiterado por los altos índices de placa bacteriana detectados en los controles que se realizan en consulta en la clínica odontología de la universidad del Sinú.

Supervisión del cepillado de los niños: Los niños realizan su cepillado ellos solos. No son supervisados por los padres. La mayoría solo se encargan de colocar la crema en el cepillo y de dárselos para que estos se cepillen sin importar la edad *“ellos mismos se cepillan, pero yo los mando y no los superviso”*. En este orden de ideas no hay un control del tiempo de cepillado, ni de la técnica que estos realizan. De igual forma no se sabe con certeza si los niños ingieren o no la crema dental porque los padres no están atentos a si lo hacen o no, aunque muchos digan que no la ingieren. Esto demuestra que los padres no saben que un niño a edad temprana no tiene la habilidad y destreza suficiente para realizar un buen cepillado y existe la posibilidad que ingieran la crema dental ya que puede resultar agradable el sabor y además porque no saben los problemas que esto puede ocasionar.

Elementos de higiene oral: En general los padres manifestaron que como herramientas de higiene oral principalmente utilizan la crema y el cepillo dental. El uso de otras herramientas como lo es la seda dental ha sido muy limitado y es poco utilizado entre las familias. Para la limpieza interdental estos utilizan otras herramientas como los palillos, en los cuales varios padres coinciden en su uso ocasionalmente, el uso de enjuague bucal también es escaso y se limita a la recomendación del odontólogo en presencia de algún problema de las encías.

En cuanto a la utilización de la crema dental se ha observado que la mayoría de los pobladores le da la importancia que esta tiene, aunque se observa que

utilizan una para todos. En general las familias se mantienen en una marca comercial específica, estos argumentan que se han acostumbrado a utilizar la misma marca siempre (Colgate). También se manifiesta, por parte de algunos, no darle mucha importancia a la marca sino a la capacidad económica que tengan en el momento de adquirir la crema, además no tienen en cuenta que existen las especiales para niños, ellos terminan usando la de los adultos. Esto refleja la falta de información, la influencia de los medios de comunicación de los cuales reciben mensajes, así como la falta de dinero para adquirir dos cremas: *“yo nunca había tenido esa precaución, porque en la televisión sale la frase Colgate para toda la familia, entonces yo siempre compro esa, es lo adecuado porque tiene máxima protección”*.

En cuanto a la cantidad de crema dental utilizada en el cepillo, hay discrepancias. Aunque todos la utilizan para el mismo fin, la manera de usarla difiere en que algunos de los padres relacionan y piensan que aplicando crema en todo el cepillo realizarán un mejor cepillado. De igual manera asocian la espuma que se produce con una mejor limpieza, esto se percibe en opiniones como *“yo le echo un poco, yo esprimo la crema y lo que salga le pongo de punta a punta del cepillo, sí, claro, de punta a punta, mi costumbre es así, hasta el cepillo de mi marido y el mío, porque yo creo que con un poquito no se están cepillando bien y con bastante sí lo hacen mejor”* pero predomina la opinión de la relación entre la cantidad de crema que se coloque con la edad, debido a que los niños por ser más pequeños se les aplica menos y en los adultos se les debe aplicar más. En general coinciden en aplicar en todo el cepillo, atribuyen esto a una costumbre ya adquirida. En este sentido, se percibe la poca información de los padres con respecto a la cantidad de crema que se debe aplicar, esto se le atribuye a la falta de comunicación por parte de los odontólogos principalmente en las charlas a las cuales la mayoría de estos asisten, ya que manifiestan no haber escuchado cuanta cantidad de crema dental deben colocar en sus cepillos.

CONSULTA ODONTOLÓGICA

La población tiene una concepción muy clara de las instituciones que prestan el servicio de salud oral. Además reconocen al centro de salud como la institución que se encarga de brindarles estos beneficios y de enseñarles a prevenir las enfermedades, al igual que la clínica odontológica Cartagena de Indias, de la cual se benefician gran parte de la población. De esta forma, la principal situación por la que los adultos asisten a la consulta odontológica es para la extracción de órganos

dentarios que presenten sintomatología dolorosa. La población manifiesta que cuando asisten al puesto de salud ya tienen el problema agudizado, lo cual se presenta porque las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dentro de la consulta no han tenido una cobertura total.

Además piensan que es mejor la extracción porque muchos de los tratamientos para mantenerlas en boca fracasan y hay una molestia constante al igual que dolor, esta decisión la atribuyen también al alto costo de los tratamientos restaurativos como lo son la endodoncia y las prótesis, que por su nivel económico es difícil de pagar. En este sentido se encontraron descripciones como *“Un dolor de muela es una cosa molesta, entonces antes de estar yendo cada ratito, es mejor sacarla, para mi es eso, a veces los tratamientos, el diente no lo resiste, por ejemplo una muela que yo tengo de tanto tratamiento se me hundió, me la partieron de tanta cura y eso, de tanto lavado, matarle la caries, ponerle pasta, cuando le lavan eso queda un hueco y le ponen pasta pero esa pasta no le dura a uno, eso se parte porque más que sea uno come y se parte y se abre más, para mi la solución no es curarla, sino sacarla”* Los pobladores concientizan que es el odontólogo la persona adecuada para solucionar los problemas de salud oral que puedan tener *“Si porque él es que tiene el conocimiento porque si yo vengo con un dolor de muela él es que sabe si tengo caries, si me está comenzando si necesito que hagan un tratamiento de conducto, si necesito que me la limpien, o si necesito que me hagan la extracción, ellos son los que saben que le tienen que hacer a uno en la boca”*.

Temores hacia la odontología: Es relevante la presencia de dolor, las inyecciones, el ruido que genera la pieza de alta, conocida por todos como “la fresa”. Puede parecer lógico el que estos temores estén presentes ya que ellos solo asisten cuando existe un proceso agudo y en estos casos la acción de la anestesia es muy débil y mucho de los procedimientos se tienen que realizar aunque el paciente sienta dolor; estas experiencias las adquieren desde muy temprana edad, cuando son niños y las van acumulando en sus recuerdos como algo traumático, diferente sería si asistieran a consultas periódicas por prevención, para profilaxis evitando que los dientes lleguen a ese estado.

Aunque tienen claro que no es bueno transmitir estos temores a sus hijos por esta razón no hablan de ellos, por el contrario los motivan a que asistan y se realicen los tratamientos. *“no creo que les afecte porque yo a ellos siempre los traigo acá y yo les digo que no tengan miedo,*

no les metí temor, les daba ánimo para que ellos mismos formaran su propio concepto sobre la odontología”. Por todo esto, la única opción que les queda es tomar las instrucciones de higiene oral de otros medios, como la televisión y la información que les llega por los productos que compran para la higiene oral, lo cual limita sus prácticas de higiene oral, a un cepillado sencillo y desordenado y con la firme concepción de que el cepillado les garantizará una buena higiene oral, ignorando las demás herramientas preventivas que son tan importantes para mantener una buena condición de salud oral como son la dieta, la exposición a fluoruros y la asistencia a consulta odontológica por lo menos una vez al año.

Motivación hacia la higiene oral: La mayoría de los padres afirman que si se encargan de enseñar a sus hijos sobre la higiene oral, lo hacen por medio de sus propias experiencias, les muestran sus dientes en mal estado, para que se den cuenta que si deben cepillarse y no les ocurran daños como a los adultos *“Por lo menos a mis nietos yo les muestro los míos y ellos me piden que se los muestren me dicen muéstrame tus dientes de hierro o de plata y yo se los muestro y les digo mira para que no te pase esto tienes que cepillarte y dejar que el odontólogo te atienda.”* De esta forma nos damos cuenta que es una de las pocas maneras con que los padres motivan a sus hijos, ya que se percibió por medio de la observación que ellos no están pendientes del aseo en general de sus hijos, evidenciándose en el mal aspecto y olores de sus cuerpos, cabellos y uñas, al igual que en su forma de vestir. Por otro lado se puede ver el desinterés de muchos padres por llevar a consulta odontológica a los niños, no lo ven como algo primordial, o prioritario, ya que se excusan de cualquier modo para no llevarlos.

DIETA

Esta categoría se trata de conocer los hábitos alimenticios de la población con relación a algunos alimentos específicos que pueden influir de forma benéfica o perjudicial en la salud oral y el conocimiento que estos tienen acerca de los nutrientes que estos proporcionan. Se pueden identificar dos subcategorías en cuanto al consumo de alimentos perjudiciales y beneficiosos para la salud oral.

Consumo de alimentos con contenidos de azúcar y carbohidratos: La mayoría de los padres coinciden en que sus hijos no consumen muchos dulces, solo la minoría aceptó que los niños si consumían, argumentando el poco contacto con estos en el tiempo que los niños permanecen en las casas, atribuyen a este hecho que

los consumen en el colegio ya que no hay supervisión por parte de ellos, pero todos tienen el concepto que el alto consumo de este tipo de alimentos puede afectar de alguna manera a los dientes y consideran que se debe proporcionar otro tipo de alimentos a la dieta de los niños. De acuerdo con lo anterior, nos muestra que los padres tienen algún grado de información acerca de las consecuencias que pueden traer un alto consumo de carbohidratos para los dientes, aunque no tienen claro en qué forma específicamente pueden hacerlo y cuáles son los alimentos que contienen azúcar, relacionan los dulces específicamente con las golosinas. Por ello es muy controversial lo que manifiestan y se percibe que debido al nivel económico de estas familias, su dieta principalmente se basa en este tipo de alimentos, como el pan y la panela, pero estos no aplican los conceptos que manejan dentro del núcleo familiar.

Consumo de alimentos que benefician los dientes: Todos los padres coinciden con que en sus hogares hay un alto consumo de leche, queso, pescado y sus derivados, desconociendo que estos alimentos tienen propiedades que ayudan a fortalecer dientes y huesos por medio de nutrientes como lo es flúor y el calcio principalmente. En general, estos conceptos no son muy claros. Son pocos los que manifiestan saber que algunos alimentos ayudan en algo pero no identifican claramente de qué forma lo hacen. De acuerdo con lo que manifiestan los padres, se corrobora la escasa información que se tiene acerca de la dieta no cariogénica que pueden o no favorecer a los dientes.

ACTITUD HACIA LA HIGIENE ORAL

Esta categoría se encontró durante el análisis y aplica a las distintas maneras que tienen los padres de familia para enseñar a sus hijos a que se cepillen, y de qué manera les indican cómo deben hacerlo; algunos coinciden en que el obligarlos no es la mejor manera de que ellos aprendan ya que esto debe ser innato de cada individuo pero como son niños se les recuerda que se deben cepillar después de cada comida y al momento de levantarse. *“Si ellos cuando yo los veo no se cepillan, con mi hija tengo ese problema porque a ella no le gusta cepillarse y les tengo que decir que cuidado van a comer sin que se cepillen”.*

Así como también afirman que a parte del odontólogo quienes deben enseñar a los niños sobre higiene oral, son los padres ya que la educación comienza en casa. Todo esto debe ser un complemento debido a que el odontólogo se encarga de enseñar y los padres de familia se deben responsabilizar de que lo aprendido en la consulta se ponga en práctica en el hogar.

Higiene oral y afecciones en el organismo: Toda la población le atribuye a una mala higiene oral las enfermedades en la boca y que éstas inciden directamente en el organismo. Tienen la creencia que en los dientes existen bacterias y éstas al momento de las comidas se transportan hacia el estómago y les pueden generar náuseas, gastritis, entre otras *“Pues produce peladuras, náuseas, ganas de vomitar, gastritis, porque los dientes están dañados eso tiene bacterias fétidas y cuando comen se las pasan con la comida y les llega al estómago y les afecta”.* Se puede notar que ni aun este tipo de conceptos e ideas son suficientes para que ellos se motiven y motiven a los niños a tener una buena higiene oral.

REFLEXIONES Y SINTESIS

En cuanto a la interpretación de la información obtenida, es necesario valorar los elementos socioculturales ya que es una población sin muchas motivaciones en cuanto a estética corporal, porque la precaria situación económica los obliga a estar todo el tiempo buscando el sustento diario por el lado de los hombres y las madres están dedicadas al hogar y cuidado de los niños en algunos casos.

Los lugares y momentos de diversión no exigen una presencia estética en donde la cavidad oral sea un componente importante. Esto crea seres humanos sin un sentido de pertenencia por su cuerpo, por su salud, por su higiene, por su espacio, lo que contribuye a la pérdida de la identidad desde sus costumbres, haciendo lo que todo el mundo hace, por las circunstancias sociales en las que se encuentran. Por otro lado es entendido que la estructura de los padres moldea, conforma y dirige la conducta de los niños; de allí que esta refleja la actitud predominante en el hogar. La importancia de los padres es tal, que el patrón de esta en la niñez ejerce gran influencia sobre la personalidad del niño y afecta la manera de responder a nuevas y exigentes situaciones. Por ende, es predecible que si en esta población los padres no asumen su rol de guía, supervisando y monitoreando las acciones que en cuanto a salud oral se emprenden, de igual forma los niños sienten desmotivación, apatía, poca pertenencia y apego en cuanto a actividades de higiene oral.¹⁶

Por otro lado, el ambiente donde conviven los niños es bastante sucio, insalubre, en donde a parte de los juegos, no hay motivaciones adicionales hacia la limpieza y la buena presencia. En este orden de ideas, los padres aun están en proceso de comprensión acerca de la importancia de las visitas periódicas al odontólogo con el fin de prevenir las enfermedades orales, aunque

tenham claro que el odontólogo es el profesional mejor capacitado para eso.¹⁷

En este sentido, es preocupante que las asistencia a consulta odontológica por parte de los miembros de las familias involucradas en este estudio solo se presenta para curar las enfermedades, mientras que las acciones de higiene oral utilizadas para prevenir la enfermedad oral no son puestas en práctica desde lo cotidiano. Es entonces el desconocimiento y la poca relevancia que los padres dan a la higiene oral lo que provoca una marcada tendencia hacia altos índices de enfermedades orales en toda la comunidad. En cuanto a lo económico, estas limitaciones sociales influyen en el acceso a los servicios de salud en instituciones como la clínica Cartagena de Indias o las Entidades Prestadoras del Servicios (EPS), y en la adquisición de elementos de higiene oral, lo cual genera que esta población no utilice en su práctica oral diaria la seda dental y el enjuague bucal, solo se limitan a la crema y el cepillo de dientes.¹⁸

Al descubrir esta problemática podemos desde la consulta odontológica dar a conocer información que se considera aun novedosa para la población y de esta forma incrementar y concienciar a los pacientes sobre la importancia de mantener una buena higiene oral, contribuyendo a la aparición de enfermedades en cavidad oral. De esta forma se hace necesario que desde la clínica de la Universidad del Sinú se implementen más acciones dirigidas a las madres, padres y/o acudientes de los niños, enfocando estos mensajes hacia los puntos que se percibieron más débiles en este estudio. Esto teniendo en cuenta sus creencias, despejando dudas para afianzar sus conocimientos y de esta forma incentivarlos y motivarlos a mantener la salud oral y la de sus familias para transformar sus comportamientos y hábitos.

Es importante entonces la interacción directa entre los odontólogos y la población, ya que de esta manera se pueden conocer a profundidad el origen de todos sus problemas, comprendiendo la situación en la que ellos se desenvuelven y desarrollan.

Se concluye que el involucrar a los padres dentro de un diagnóstico sociocultural para identificar la higiene oral de los niños es una labor de extrema relevancia en materia promocional, al permitir una visión desde lo colectivo de los factores sociales que están influyendo en la presencia de la enfermedad, lo que nos llevó a encontrar múltiples evidencias de que la información que reciben estas familias sobre la higiene oral no es utilizada desde la practica misma, en este orden de

ideas, el discurso impartido es asimilado pero no les sirve para cambiar su conducta, lo que conlleva a que los profesionales de la salud cambiemos la forma y los contenidos de los mensajes sobre la higiene oral, utilizando metodologías cualitativas que permiten un conocimiento mas integral del sujeto benefactor.

RECOMENDACIONES

Promocionar programas de higiene oral que incluyan de manera conjunta a los niños y a sus padres y/o acudientes, mediante prácticas de cepillado realizadas por ellos y supervisadas por el odontólogo.

Crear actividades que orienten a las madres sobre como debe ser el cuidado de la salud oral de sus familias, teniendo en cuenta que son ellas las directas responsable de la higiene en general de los niños.

REFERENCIAS

1. Murillo, M. P. La salud oral, ¿cuestión de cultura? Revista de salud pública Universidad Nacional de Colombia. 1999; 1 (1): 35-40.
2. González, F. Luna, L. Martínez, N. Solana, M. Relación entre caries y factores de riesgo en niños preescolares del Bienestar Familiar – Cartagena. Rev. Academia Colombiana de Odontología Pediátrica. 2007; 5 (1): 60.
3. González, F. Luna, L. Martínez, N. Solana, M. Correlación entre los factores de riesgo biológicos y sociales con la presencia de caries dental en niños entre 5 y 6 años de cinco hogares infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar familiar de la Ciudad de Cartagena. Rev. Federación Odontológica Colombiana. 2007; 69 (219): 7-20.
4. Romero, U. Y. hábitos que influyen en el proceso salud-enfermedad bucal. Estudio etnográfico en grupo de madres de la comunidad de San Isidro, estado Mérida, 2003. Acta Odontológica Venezolana. 2005; 43 (3): 256-260.
5. Neiva, B. Jácome, S. Representaciones Sociales del proceso Salud Enfermedad oral en poblaciones urbano marginales y su relación con los discursos y las prácticas institucionales. Primera parte Rev. FOC. 1998; 56: 30-32.
6. Nieva, B. Jácome, S. Representaciones sociales del proceso Salud Enfermedad oral en Poblaciones Urbano Marginales y su relación con los discursos y las prácticas institucionales. Segunda parte. Rev. FOC. 1999; 58: 10-12.
7. González, F. Oyola, E. Herrera, Y. Carrasco, H. Representaciones sobre los escenarios de prácticas en salud oral de los habitantes de la Boquilla-Cartagena De Indias 2005. Revista Odontológica CES. 2007; 19 (2): 2- 8.
8. González, F. Representaciones Sociales sobre la Salud y Enfermedad oral en familias del Corregimiento de la Boquilla Cartagena de Indias 2005. Trabajo de grado especialización en Investigación social Universidad de Cartagena 2005. 85- 90.
9. González, F. Carmona, L. Agudelo, Y. Campo, P. Análisis social de las familias del barrio Nelson mándela de Cartagena de indias, en cuanto a sus conocimientos en salud y enfermedad oral. Rev. Usta Salud Universidad Santo tomas. 2006; 5 (2): 115-122.
10. Rockwell, Elsie. Etnografía y Teoría de la Investigación Educativa. Aportes 35, dimensión educativa .1994; 35-54.
11. Sandoval, Carlos. Investigación cualitativa, Módulos Icfes, Especialización Métodos y técnicas de Investigación social, 2003; 76-78.
12. Normas Técnicas y Administrativas para la Investigación en Seres Humanos. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993. 25-35.
13. Velosa, P. Lafaurie, G. Validación de encuestas de riesgo. Revista Científica Facultad de Odontología Universidad El Bosque. 2004; 10 (2): 68-72.
14. Estadísticas poblacionales Secretaría de Planeación Distrital, Cartagena de Indias, 2004.

15. Estadísticas Secretaria de Educación Municipal, Cartagena de Indias, 2004.
16. Franco, A. Santamaría, A. Kurzer, E. Castro, L. Giraldo, M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. Rev. CES Odontología. 2004; 17 (1): 19-29. Febres C. Echeverri E. Keene H. Parental awareness, habits, and social factors and their relationship to baby bottle tooth decay. Ped Dent. 1997; 19 (1): 36- 37.
18. Martignon S. González, M. Mccornikc, V. Ruiz, J. Guías de practica clínica en salud oral. Secretaria distrital de salud Bogotá- ACFO. Bogotá 2006; 77- 86.