



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EL EDUCADOR PARA LA SALUD ANTE LA CARIES
DE LA INFANCIA TEMPRANA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

JESSICA GABRIELA JIMÉNEZ REYES

TUTOR: C.D. CHRISTIAN MENESES REYES

ASESORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Este trabajo es fruto del esfuerzo tanto de mi familia como mío.

Agradezco a Dios por permitirme llegar hasta aquí, por darme fuerza, salud y una familia que me ha apoyado en cada uno de mis triunfos y tropiezos, por permitirme seguir creciendo como persona y ahora como profesional.

Agradezco a mis padres, que sin ellos no habría llegado hasta aquí. Gracias papá José P. Jiménez G. por apoyarme en cada una de mis decisiones, aunque a veces no sean las correctas, gracias por ser mi héroe favorito, por darnos tu vida entera, por todo el esfuerzo que has hecho para que cada uno de nuestros sueños y metas se cumplan, gracias por todo. Gracias mamá Estela Reyes Z. por ser mi amiga, por acompañarme en cada una de mis etapas, por lidiar con mi carácter, por corregirme cuando estoy mal, por soportar mis dramas y por guiarme. Agradezco todo el esfuerzo que junto con papá hicieron a lo largo esta carrera, gracias por ayudarme a alcanzar mis sueños. Gracias por formarme como persona y enseñarme los valores que tengo, siempre estaré en deuda con ustedes, mil gracias por todo.

Gracias a mis hermanos Oscar y Tania por ser mis compañeros de viaje, por ser mis amigos, por el amor y el apoyo que siempre me han dado, gracias por las risas y los enojos. Gracias por ser parte de este esfuerzo.

No tengo palabras para agradecer todo lo que han hecho por mí, jamás acabaría de escribir lo agradecida que estoy con Dios por darme la familia que tengo los amo.

Gracias a mi compañero, a mi amor, Erick E. López R. por apoyarme, por formar parte desde el comienzo de este largo camino, por ser mi amigo y escuchar mis quejas. Gracias por darme el regalo más grande y hermoso, por darme tus palabras de aliento es este último escaloncito que me falta para lograr mi sueño, por consentirme y por todo lo que haces por nosotros. Sabes que te amo.

Gracias a mi bebé Alik, por las horas que lo deje para poder crear este trabajo, mi amor estas muy bebé, pero algún día leerás esto y quiero que sepas que fuiste mi motor en esta etapa que está por concluir. Quiero ser tu ejemplo.

Gracias a mi familia Reyes por ser unas personas admirables, apoyarnos cuando más lo necesitamos, por consentirme y formar parte de este esfuerzo, gracias por darnos alojamiento para no tener que batallar con el largo camino a casa. Siempre agradeceré todo lo que han hecho por mí.

A mi familia Jiménez por siempre hacerme reír, a mi abuelita Guillermina Gómez por siempre tenernos un lugar en su casa, gracias Abuelita. Gracias a mis tíos por darnos su apoyo justo en el comienzo de la carrera y cuando más lo necesitamos, gracias por no dejarnos solos nunca.

Gracias a mis amigos de la prepa 5 y de la facultad, gracias por enseñarme tantas cosas, por formar parte de mi formación como persona y como profesional.

Gracias a mi tutor el C.D. Christian Meneses Reyes por apoyarme a lo largo de la carrera, por sus consejos, y por tomarse el tiempo para la realización de este trabajo, gracias infinitas.

Agradezco a mi asesora C.D. María Elena Nieto Cruz por despertar en mí el gusto por la educación y promoción de la salud, gracias por ser una persona linda y comprensiva.

Y sobre todo gracias a la Facultad de Odontología y a la Universidad Nacional Autónoma de México por acogerme en sus instalaciones, por ser mi segunda casa y por la formación que me ha dado.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
OBJETIVO	8
CAPÍTULO 1 CARIES	9
1.1. Definición	9
1.2. Etiopatogenia	10
1.3. Caries dental en el niño	12
1.3.1. Formas de presentación clínica de la caries en niños	13
1.3.2. Caries de la infancia temprana	16
1.3.2.1. Etiología	20
1.3.2.2. Factores predisponentes	22
1.3.2.2.1 Dieta	22
1.3.2.2.2. Huésped	26
1.3.2.2.3. Saliva	26
1.3.2.3. Factores de transmisibilidad	27
1.3.2.3.1. Transmisión vertical	27
1.3.2.3.2. Transmisión horizontal	28
1.3.2.4. Clasificación de la caries de la infancia temprana	29
1.3.2.5. Aspectos clínicos	30
1.4. Relación entre la caries de la infancia temprana con el embarazo y la lactancia.	31

1.4.1. Cambios en el embarazo	32
1.4.2. Lactancia	33
1.4.2.1. Composición de la leche materna.....	35
1.4.2.2. Beneficios de la lactancia con respecto a la salud general y bucodental del bebé.	35
CAPÍTULO 2. PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA SALUD.....	38
2.1. Salud.....	38
2.2. Promoción de la Salud.....	39
2.3 Carta de Ottawa.....	40
2.4. Educación para la salud.....	42
2.5. Promotores de la salud	44
2.6. Modelos de educación para la salud.....	44
2.6.1. Modelo de creencias de salud	45
2.6.2. Modelo de la comunicación persuasiva	45
2.6.3. Modelo comunicación-cambio de comportamiento.....	46
2.6.4. Modelo PRECEDE- PROCEED	46
CAPÍTULO 3 EL EDUCADOR PARA LA SALUD ANTE LA CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA	48
3.1. Educación como estrategia de prevención	48
3.2. Programa preventivo binomio madre-hijo	50
3.3. Medidas preventivas	51

3.3.1. Pautas para la educación y promoción de la salud bucal	52
3.3.2. Limpieza oral del bebé sin dientes.....	54
3.3.3. Bebés de los 0 a 2 años	55
3.3.4. Prevención durante los 2 y 6 años.....	57
3.4. Técnicas participativas.....	60
3.4.1. Charla educativa	61
3.4.2. Estudio del caso.....	61
3.4.3. Discusión de grupo	61
3.4.4 Los talleres	61
3.4.5. Sociodrama.....	62
3.4.6. Demostración.....	63
3.5. La Promoción de la salud y los medios de comunicación como estrategia de difusión.....	64
3.5.1. El panel, póster o folleto	64
3.5.2. Prensa	65
3.5.3. Radio	66
3.5.4. Televisión.....	67
3.5.5. Internet.....	68
CONCLUSIONES.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

INTRODUCCIÓN

Es importante enfatizar la falta de información que existe en las familias mexicanas con respecto a los cuidados sobre higiene oral que deben tener hacia sus hijos, por eso los educadores de la salud tenemos la tarea de informar sobre los cuidados, que van desde el embarazo hasta formar adultos sanos y con conciencia de la importancia que tiene la educación para la salud.

Para ello es necesario entender que la salud depende de nuestro conocimiento y las acciones que tenemos para beneficio de esta. La educación para la salud pretende cambiar modos de vida y alcanzar una mejor calidad.

Hoy en día los padres desatienden la salud bucal de sus bebés porque tienen el tabú de que por ser dentición temporal no importa, sin realmente tener el conocimiento de que una boca sana en la niñez será una boca adulta sana.

El contenido de este trabajo está basado en información concisa sobre lo que es la caries, los factores que la ocasionan y las pautas que el educador para la salud debe transmitir a los padres y cuidadores del niño para evitar la transmisión temprana de microorganismos que la generan, así como las medidas preventivas y cuidados para evitar la caries de la infancia temprana.

OBJETIVO

El objetivo principal es reconocer la importancia que tiene el educador para la salud para transmitir los conocimientos a los padres, tutores o cuidadores de niños de 0 a 3 años, para evitar la transmisión de microorganismos encargados de generar caries de la infancia temprana.

CAPÍTULO 1 CARIES

1.1. Definición

Una de las enfermedades con mayor prevalencia en el ser humano a nivel mundial es la caries dental y para ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha definido como “Un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad”. Esta puede definirse de diferentes maneras y se describe como una secuencia de procesos de destrucción localizada en los tejidos duros dentarios, que evoluciona en forma progresiva e irreversible y que comienza en el esmalte y luego avanza destruyendo dentina hasta llegar a la pulpa. Si no se detiene oportunamente, afecta todos los tejidos dentarios y provoca una lesión irreversible llegando a afectar la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades.^{1,2.} Fig. 1



Fig. 1 Proceso carioso progresivo, en donde se observa la acumulación de placa como primer factor, seguido de la reproducción de microorganismos y por último la destrucción dental, en ocasiones acompañada de inflamación apical.³

Actualmente se sabe que la caries dental es una enfermedad infecciosa de etiología multifactorial, transmisible, de carácter crónico y de progresión lenta, cuyo proceso de períodos alternados con desmineralización y remineralización se caracteriza por la destrucción localizada y progresiva de los tejidos duros del diente. Corresponde a una enfermedad transmisible, producida por la concurrencia de microorganismos, un huésped susceptible y un ambiente adecuado, como es la cavidad oral. La suma de estos factores favorece la acidificación local del medio, lo que produce degradación de los hidratos de carbono de la dieta, a su vez seguida de la destrucción de este. A menos que este proceso sea atendido a tiempo, se puede lograr la rehabilitación del órgano dental afectado evitando la pérdida de este. Se localiza preferentemente en ciertas zonas susceptibles y su tipo depende de las características morfológicas del tejido.^{1,4,2}

1.2. Etiopatogenia

En la década de los 60's, Keyes, Gordon y Fitzgerald afirmaron que su etiopatogenia se debe a la interacción simultánea de tres factores principales:

1. Microorganismo
2. Sustrato
3. Diente (huésped)

Creando así la triada de Keyes, en donde un factor microorganismo que en presencia de un factor sustrato logra afectar un factor diente, que es el huésped y el área en común entre los tres círculos señala la caries. Pero König manifestó que, si estos condicionantes se interrelacionan durante un periodo muy breve, la caries no se producirá; por lo tanto, agrego el tiempo de interacción (fig. 2).²

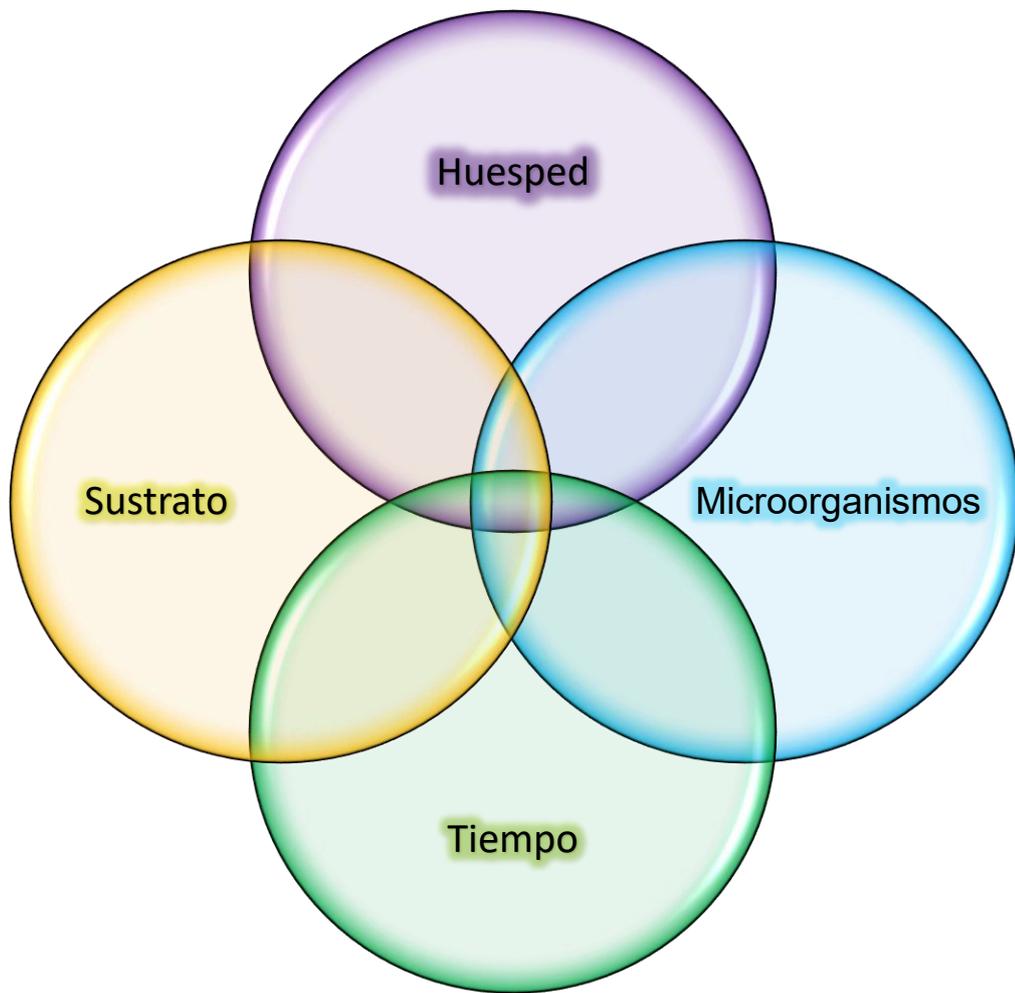


Fig. 2 Esquema de la etiología multifactorial de la caries desarrollada por Keyes, modificada por König.

Para entender lo anterior se puede afirmar que el inicio de la caries dental es propiciado por la interrelación de los microorganismos y su retención en el huésped (diente), durante un periodo de tiempo prolongado, dando como resultado una biopelícula con concentración alta ácida, gracias al aporte excesivo de azúcares que se ingieren por una mala dieta, y es así que la caries se disminuye eliminando de la dieta los azúcares.

Para finalizar la biopelícula que cubre las superficies dentarias corresponde a una entidad bacteriana proliferante con actividad enzimática que se adhiere con firmeza a dichas superficies y debido a la actividad bioquímica y metabólica que presenta que ha sido relacionada como el principal agente etiológico de la caries dental.^{2,4} Fig. 3



Fig.3 Representación de la biopelícula formada por la falta de higiene, siendo ésta el principal factor para el comienzo de la caries dental.⁵

1.3. Caries dental en el niño

Como se mencionó anteriormente, la caries es una enfermedad infecciosa de origen microbiano, localizada en los tejidos duros del diente, en donde su inicio es la desmineralización del esmalte dental debido a los ácidos producidos por las bacterias presentes en la boca que metabolizan a los carbohidratos de la dieta. El proceso biológico que se produce es dinámico: desmineralización-remineralización, gracias a este proceso es posible controlar la progresión de la enfermedad y hacerla reversible en sus primeros estadios.⁶

Ahora bien, existen diferentes maneras de clasificar la enfermedad y son innumerables los escritos que existen universalmente, la

clasificación de la que se hablará a continuación hace referencia desde el punto de vista de localización y manifestación clínica.

1.3.1. Formas de presentación clínica de la caries en niños

Si bien el desarrollo histopatogénico de las caries es el mismo en todas sus clasificaciones, la presentación clínica varía de acuerdo a los condicionantes como se explica en el siguiente diagrama:

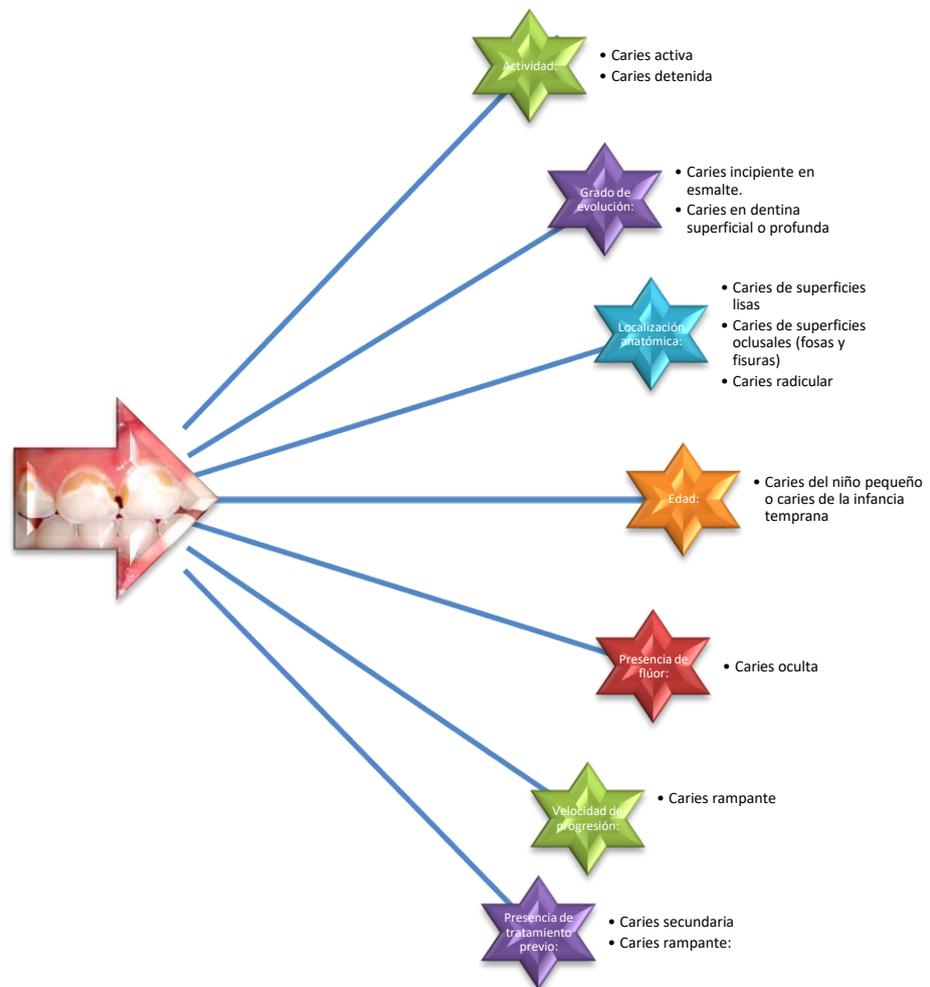


Diagrama 1 Presentación clínica de la caries dental en niños.^{6,7}

- Caries activa: si la lesión cariosa está progresando.
- Caries detenida: hace referencia a la lesión cariosa que esta inactiva, suele mostrarse con una coloración negra y su consistencia es dura (cicatriz de la enfermedad).

- Caries incipiente de esmalte en superficies lisas: las características clínicas que presenta son: pérdida de translucidez de esmalte, mancha blanca (en medio seco), superficie frágil al tacto con la sonda, aumento de porosidad y por consecuencia mayor potencial para teñirse.
- Caries incipiente en fosas y fisuras: la lesión inicial está sujeta a una carga oclusal considerable durante la masticación y el esmalte que esta frágil y desmineralizado se daña rápidamente, sufriendo una cavitación más rápida.
- Caries en dentina superficial: en el esmalte se observa un cambio de coloración de blanco a gris o marrón, antes de producirse la fractura del esmalte.
- Caries en dentina profunda: la cavitación de la lesión se produce una vez que el esmalte se ha fracturado, observándose una zona de la dentina cariada externa de aspecto amarillento, blanda friable, es la dentina infectada o necrótica que debe eliminarse y conforme se va profundizando en la lesión la dentina aumenta su dureza y con ello su contenido mineral, el color es amarillo oscuro o marrón, esta es la dentina cariada interna, actualmente llamada dentina afectada susceptible de remineralización (puede haber sintomatología).
- Caries secundaria: (recurrente) es aquella que se produce en los márgenes de una restauración como consecuencia de la microfiltración.
- Caries remanente o residual: se refiere al tejido cariado que se ha dejado en la preparación sobre la cual se colocó una restauración.
- Caries del niño pequeño: (caries de la infancia temprana) este concepto hace referencia a la aparición de una lesión de caries en cualquier superficie dentaria durante los primeros tres años de vida. Con esta definición se quiere hacer énfasis en la importancia que tiene la aparición de un primer signo de la enfermedad, ya que en esta edad la caries tiende a evolución con ciertas características comunes siguiendo el patrón de caries rampante. Una de las diferencias con los

dientes permanente es que los temporales tienen un grosor y una calcificación menor del esmalte, favoreciendo así el avance rápido de las lesiones cariosas. Cuando esta enfermedad adopta el patrón de la caries rampante y está asociado a exposición prolongada y habitual de carbohidratos refinados se denomina caries de biberón.

- Caries rampante: esta forma se refiere al ataque agudo de caries, de extensión, cavitación, y compromiso pulpar rápido; aquí se afectan superficies dentales que normalmente están sanas; son lesiones blandas y de color entre amarillo y amarillo oscuro. Se observan en todas las edades. Una forma es la caries de biberón asociada al uso de este y a chupones con contenido azucarado, y cuando se presenta en un niño con mayor edad pueden afectarse los incisivos inferiores a diferencia de la caries de biberón.⁶ Fig. 4



Fig. 4 Uso frecuente de chupones con contenido azucarado, puede causar caries en el niño. Fuente directa

1.3.2. Caries de la infancia temprana

Ya que se comprendido el concepto de la caries dental y su clasificación, en el siguiente punto se expone una de las enfermedades con un alto índice de incidencia en niños; conforme ha transcurrido el tiempo, la caries en niños de edad temprana ha ido cambiando de nombre. El término caries de la infancia temprana es actualmente el más aceptado. Algunas denominaciones son:

- Caries rampante
- Caries de incisivos
- Caries labial
- Caries circunferencial
- Caries de mamila
- Síndrome de biberón
- Caries de pecho o del lactante
- Caries de la primera infancia
- Caries de aparición temprana
- Síndrome por alimentación infantil.^{8,6}

Todas estas denominaciones aparecen en las publicaciones actuales que hacen referencia a esta patología. Sin embargo, más universalmente utilizado es en inglés “Early Childhood Caries”: Caries de Aparición Temprana (*ECC*), este término refleja mejor el proceso de caries como enfermedad de etiología multifactorial que aparece en determinada etapa de la vida (1 a 6 años).^{6,9}

Cabe destacar que el término “Caries del Biberón” fue usado por Elías Fass en 1962 para describir el proceso de la caries dental en el infante, sus manifestaciones clínicas y factores de riesgo; sin embargo, este término se modificó por “caries del lactante” entre otros términos y fue sólo hasta 1994 cuando se utilizó el concepto de “Caries de la Infancia Temprana (CIT)” propuesto por consenso en la conferencia del centro de control de enfermedades y prevención, por ser un término más

específico, ya se ha demostrado que no sólo se debe al uso frecuente del biberón como único factor etiológico, ya que puede aparecer con la presencia de cualquier líquido azucarado (natural o artificial) como la leche, fórmulas, jugos de frutas y refrescos. además, se sabe que también la alimentación a libre demanda del seno materno y la utilización de tazas entrenadoras y de chupones endulzados pueden causar esta caries.^{10,11} Fig. 5



Fig. 5 Cuando el uso de biberón o vasos entrenadores es frecuente y con líquidos ricos en azúcares se vuelve un factor de predisposición. Fuente directa

Para ello la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAOP) define la caries de la infancia temprana como la presencia de una o más superficies dentales deterioradas (cavitadas o no cavitadas), ausentes (como resultado de caries), u obturadas en cualquier diente deciduo en un niño de 71 meses de edad o menos. Después de que inicia la aparición de los dientes deciduos, la alimentación exageradamente

frecuente con biberón o pecho es a menudo asociada con caries de la primera infancia y rampante.^{12,8,6,13}

Cualquier signo de caries en superficies lisas en niños menores de tres años, nos indica una CIT severa. En aquellos niños de tres a cinco años de edad, que se encuentra la cavitación de una o más superficies, dientes perdidos (por caries) o superficies lisas restauradas, cavitadas o con un índice de restauración de superficies ± 4 (a los tres años), ± 5 (a los cuatro años), o ± 6 (a los cinco años de edad) constituye CIT severa. (fig. 6)^{11,6}



Fig. 6 Presencia de caries de la infancia temprana severa.

Este tipo de caries es similar a otras formas de caries dental en niños mayores, con la particularidad de que la enfermedad progresa muy rápidamente convirtiendo las lesiones de mancha blanca o descalcificaciones, en cavidades francas. Ismail en 1999 sugirió que la CIT debe ser definida como: “La ocurrencia de cualquier signo de caries dental en cualquiera de las superficies dentales que ocurra durante los tres primeros años de vida”.⁸

El proceso biológico que se produce es dinámico: desmineralización-rem mineralización, lo que implica que es posible controlar la progresión de la enfermedad y hacerla reversible en los primeros estadios.⁶

Hay que mencionar que, la caries dental es considerada una de las enfermedades más comunes en la infancia, esta se puede desarrollar de inmediato tan pronto como el diente entre en erupción en la cavidad oral; y constituye un problema de salud serio, cuya prevalencia mayor es en grupos de nivel socioeconómico bajo, sin descartar la población en general. Las consecuencias de la caries de la infancia temprana no sólo afectan los dientes, también tiene implicaciones en el estado general de la salud de los niños, ya que crecen a un menor ritmo que los niños libres de caries. Algunos niños pueden estar por debajo de su peso debido a problemas asociados a la ingesta de alimentos. También ha sido asociada por algunos investigadores a deficiencias de hierro.^{14,6,11} Fig. 7



Fig. 7 En niveles socioeconómicos bajos se observa una falta de higiene bucal, por falta de educación y dinero para comprar lo necesario para esta.¹⁵

1.3.2.1. Etiología

Acerca de la etiología se puede entender que la caries de la infancia temprana es una enfermedad infecciosa crónica, transmisible y multifactorial es similar a otra caries como se ha descrito en los puntos anteriores.

Entre los factores etiológicos principales, se mencionan:

- Alimentación frecuente con biberón y/o tazas antigoteo con contenido azucarado.
- Lactancia materna a libre demanda (nocturna).
- Dieta rica en carbohidratos.
- Consumo de carbohidratos fermentables entre comidas, como colaciones (zumos, refrescos, leche).
- Mala higiene oral.
- Reducción del flujo salival.
- Predisposición genética.
- Hábitos nutricionales.
- Educación y nivel socioeconómico de los padres.

Dentro de los factores etiológicos se señala al *Streptococo mutans* como el principal microorganismo generador de caries de la infancia temprana.^{6,8}

DIAGRAMA DE FACTORES ETIOLÓGICOS

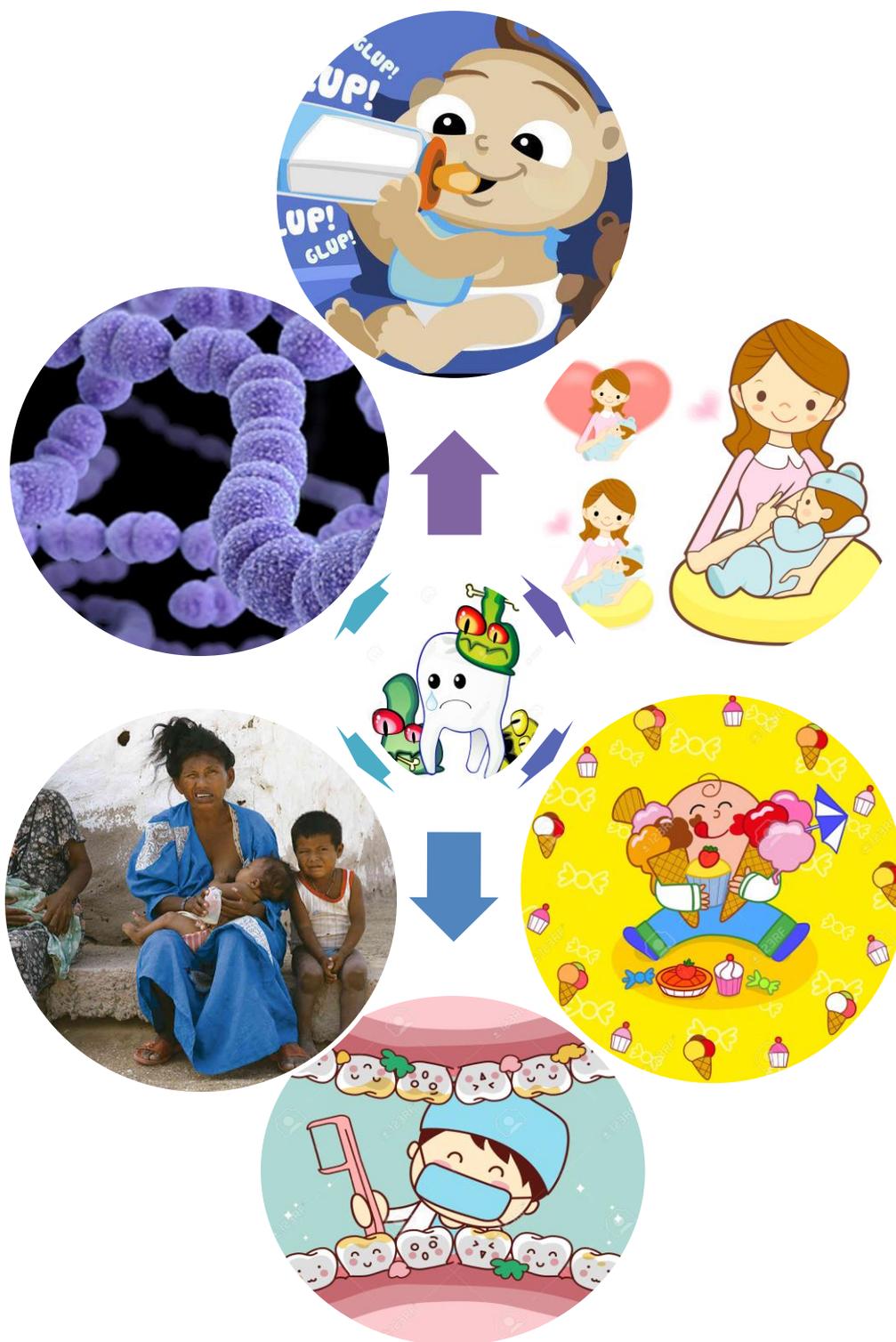


Diagrama 2. Factores etiológicos ^{16,17,18,19, 20, 21,22}

1.3.2.2. Factores predisponentes

Dentro de los factores que influyen en el desarrollo de la caries se encuentran; la dieta, el huésped y la saliva que se detallan a continuación.

1.3.2.2.1 Dieta

Ahora bien, uno de los factores importantes para el desarrollo de la caries de la infancia temprana es una dieta rica en carbohidratos, desde hace más de un siglo ya se sabía que la caries era el resultado de una desmineralización del diente, que es causada por un ataque ácido de bacterias. Para que esta desmineralización comience las bacterias toman los residuos alimenticios de la dieta principalmente de los carbohidratos (panes, cereales y frutas) y alimentos azucarados (dulces, chocolates, y refrescos); todos estos residuos se fijan gradualmente a la superficie dental y forman la placa dental. En los estudios que realizó Hoppenwood House (Australia 1947-1961) se observó que la ausencia total de sacarosa y otros carbohidratos disminuye la incidencia de la caries dental, es decir, una dieta balanceada como lo indica el plato del bien comer.²³ Fig. 8



Fig. 8. Plato del bien comer.²⁴

Actualmente se han realizado diversas investigaciones a fin de encontrar el factor principal de la caries de la infancia temprana, advierten la estrecha relación que existe entre los carbohidratos (en especial la sacarosa) y la aparición de la caries.

Gustafsson y cols. en 1954 estudiaron los efectos de la ingesta de azúcares tanto en su forma líquida como sólida y hallaron que cuando los caramelos se consumen en forma chiclosa o muy adhesiva los dientes se deterioran con mayor rapidez formando así la caries. Entonces la decisión de suministrar a temprana edad dulces, en cualquier presentación, y alimentos ricos en carbohidratos, debería ser postergada el mayor tiempo posible.^{23,9} Fig. 9



Fig. 9. Jugos, refrescos y bebidas azucaradas es una forma de “alimentar” al desarrollo de la caries.²⁵

En los primeros meses de vida la alimentación consiste en la lactancia materna exclusiva y por lo tanto es básicamente líquida y el bebé presenta gran frecuencia de ingestión. Hasta los 6 meses la alimentación materna exclusiva es suficiente para proveer al niño de los nutrientes necesarios para su pleno desarrollo. además, de constituir la mejor

protección y permitir un desarrollo facial armónico, disminuye la posibilidad de ingesta de azúcar en su contenido.^{26,27}

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, recomienda la leche materna como el único alimento que el lactante necesita durante sus primeros 6 meses de vida. Maldonado y col. (2010), consideran a la lactancia materna, como un factor protector en el desarrollo de la caries temprana.¹⁴ Fig. 10

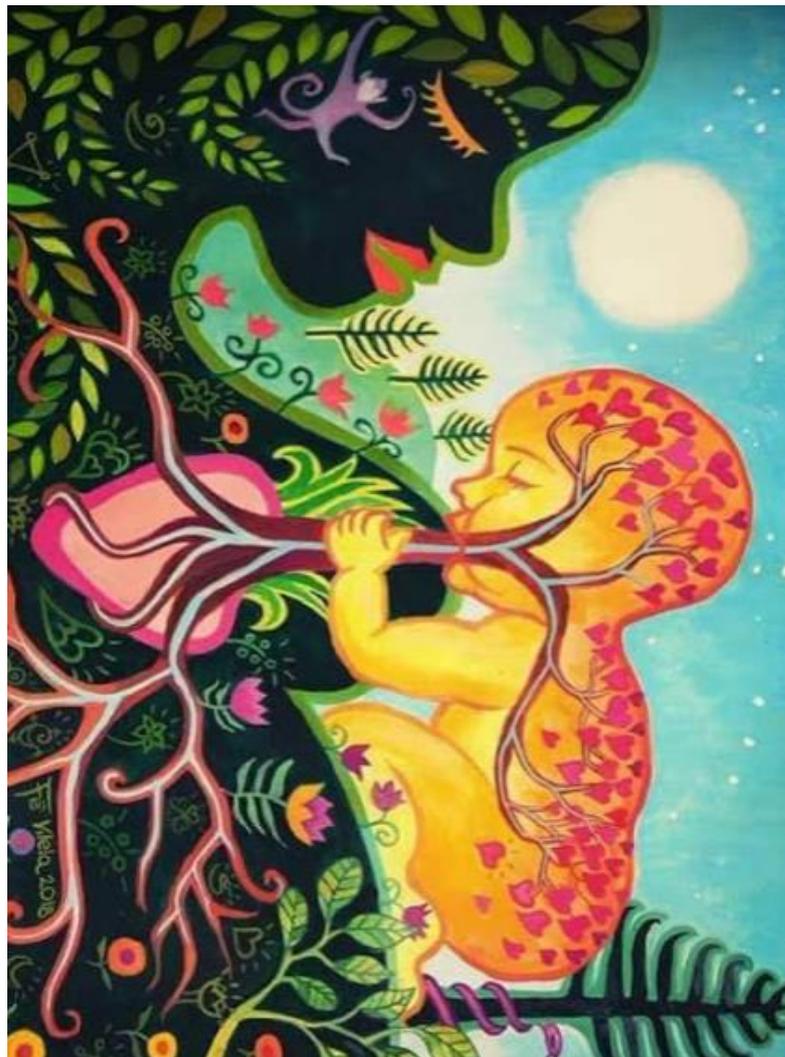


Fig. 10 La acción de amamantar no solo incluye aspectos de nutrición, es el momento en que la madre y el hijo fortalecen vínculos afectivos entre ellos.

Una lactancia materna prolongada superior al tiempo en el que se retira por completo la leche materna y se introducen los alimentos sólidos

a la dieta, se vuelve un factor para la aparición de caries temprana. Uno de los beneficios de la leche materna es que posee agentes anticariogénicos, pero, así como posee estos también posee agentes cariogénicos debido a la lactosa que esta contiene y el problema no está en su contenido, sino, en la ingesta nocturna que es lo que la hace un factor potencial para el inicio de ésta.⁹

Como se mencionó anteriormente la leche materna es el alimento más completo que puede tomar un bebé, porque su composición se va adaptando a las necesidades de cada etapa y además incorpora anticuerpos que inmunizan al bebé de las enfermedades. La alimentación al seno materno, por sí sola, no genera caries, pero cuando se combina con la ingesta de otros carbohidratos y la lactancia materna nocturna en donde el bebé se mantiene dormido con la boca llena de leche, se hacen vulnerables a la caries de la infancia temprana.²⁸

Por ello la producción de caries se debe a la frecuencia del consumo de leche materna y a la mala higiene que realiza la madre con el bebé; es decir que la leche materna de por sí no es la que produce la caries en el bebé si no por el contrario son los factores mencionados lo que hacen la aparición y prevalencia de caries en el bebé.

Entonces, después de haber explicado que el factor principal no es simplemente el consumo de la leche materna, si no el tiempo prolongado de su uso aunado a una dieta rica en carbohidratos se puede concluir que el potencial cariogénico de cualquier alimento no solo depende de su composición, sino también de la persona que lo consume incluyendo con esto la forma, método de preparación y su frecuencia de consumo. Para que los microorganismos se propaguen en boca es necesario el consumo de alimentos ricos en azúcares fermentables ya que estos producen ácidos y ellos dependen principalmente de estos ácidos. Es importante el tiempo en que el azúcar permanezca en boca, ya que cuan mayor sea el número de veces de ingesta de ésta, mayor será el tiempo de contacto y la predisposición a la formación caries.^{9, 23}

1.3.2.2.2. Huésped

Como se mencionó en la triada de Keyes para el desarrollo de la caries existe el factor huésped que hace referencia al diente y para ello es importante el periodo de erupción dental y su maduración del esmalte ya que en estas etapas se vuelven muy susceptibles; cuando el diente aparece en boca aún está ocurriendo su mineralización y es en este periodo en que se puede decir que el diente es una “esponja” que absorbe minerales importantes como calcio, fósforo y flúor que los tomará de la saliva y estará más susceptible a los ataques ácidos.^{26, 23}

Fig. 11

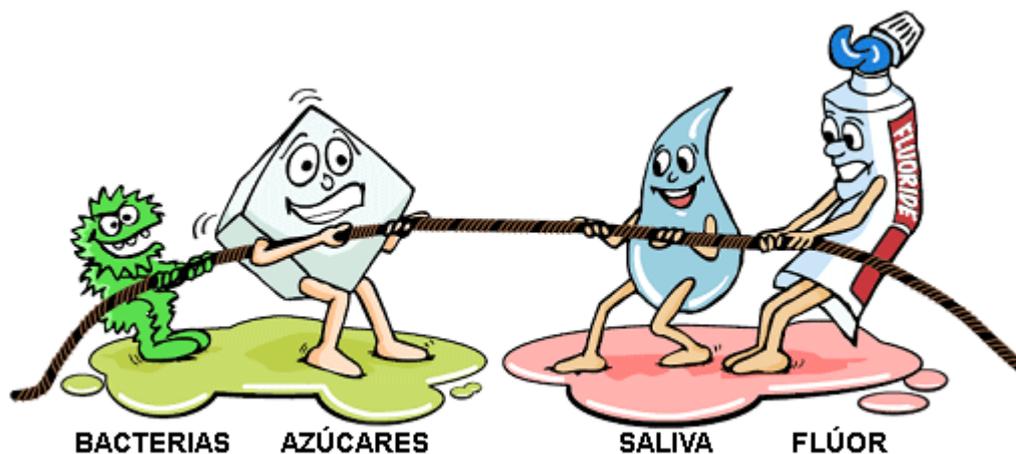


Fig. 11. El balance entre los factores predisponentes y la higiene bucal puede disminuir el riesgo a caries.²⁹

1.3.2.2.3. Saliva

En cambio, un factor protector que constituye el sistema de defensa del huésped contra caries es la saliva y su proceso de autoclisis, ya que cuan mayor sea la ingesta de azucares durante la noche el flujo salival es menor y por consiguiente la autoclisis disminuye, lo que constituye un factor de riesgo importante en la aparición de caries de la infancia temprana.²⁶

1.3.2.3. Factores de transmisibilidad

No obstante, los *estreptococos mutans* aparecen en la boca del niño porque son transmitidos por la madre, tutor o quien esté al cuidado y alimentación de éste, y se establecen a la erupción de los primeros dientes. cuanto la colonización de estos es temprana el riesgo de aparición de caries de la infancia temprana será mayor. La transmisión de caries dental hacia los niños menores de 3 años se clasifica en:

1.3.2.3.1. Transmisión vertical

Es la transmisión de microorganismos de la madre al niño debido a las costumbres y hábitos que ella tiene, por ejemplo: darle besos en la boca, soplar la comida para enfriarla, probar el biberón para sentir la temperatura.^{26,23} Fig. 12



Fig. 12. A) Madre besando a su bebe en la boca.³⁰
B) Las bacterias son transmitidas al soplar a la comida del bebé.²³

La transmisión de microorganismos desde la saliva de la madre al niño fue sugerida por primera vez en 1975 por Berkowitz y Jordán, demostraron que los microorganismos de las muestras tomadas de la boca de los niños eran idénticos a los encontrados en la boca de sus madres.¹¹

1.3.2.3.2. Transmisión horizontal

Recientes estudios realizados en guarderías y jardines de niños indican que la posible transmisión horizontal del *E. mutans* cuyas edades están entre los 12 y 30 meses. Al analizar las bacterias comprometidas, se encontró que varios niños de la misma sala tenían genotipos idénticos del *Streptococo*, lo que indicaría que la transmisión horizontal se puede dar por el compartir objetos puede ser otra forma de adquisición del microorganismo.^{26, 23} Fig. 13

Esto nos indica que la transmisión de microorganismos también está dada al compartir objetos entre los niños.



Fig. 13. Transmisión del *Streptococos* en salones de guardería, gracias al compartimiento de juguetes.³¹

1.3.2.4. Clasificación de la caries de la infancia temprana

Investigaciones realizadas en las últimas décadas revelaron el proceso dinámico, caracterizado por la disolución y reposición de minerales del tejido duro dental demostrando que el proceso puede estar presente en la cavidad oral (latente), tiempo antes de la aparición clínica de estas lesiones. Y para ello existe una clasificación adaptada de la clasificación clásica de la caries por Psoter en 2009.⁹

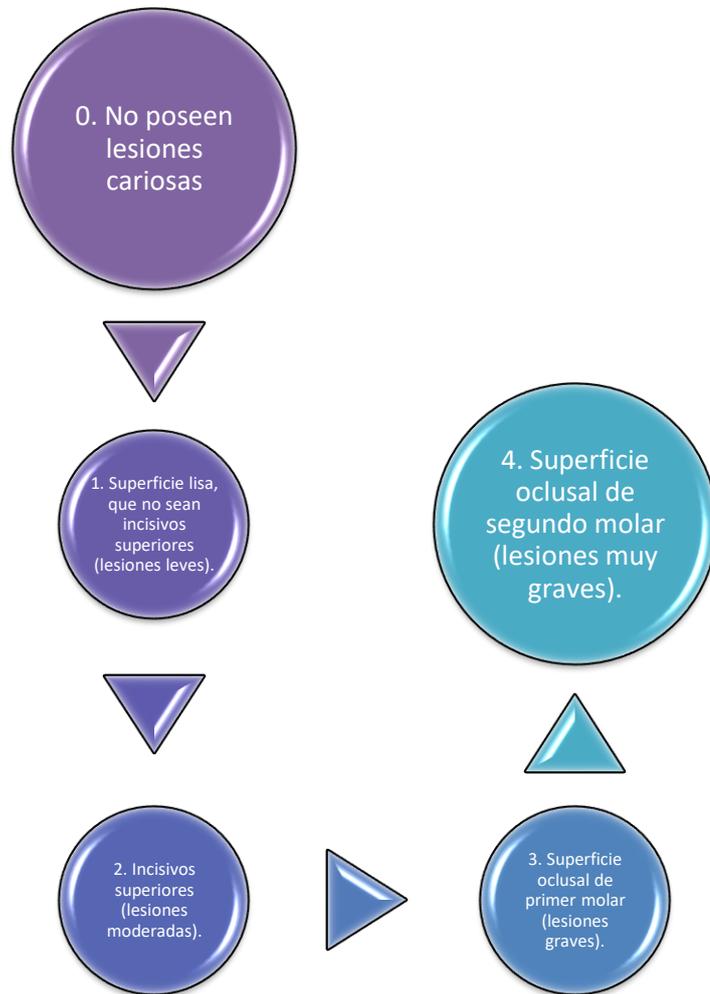


Diagrama 3 Clasificación de la caries de la infancia temprana.⁹

1.3.2.5. Aspectos clínicos

Vale la pena tener conocimiento sobre las características clínicas que presenta este tipo de caries para poder detener el proceso lo antes posible y así evitar la propagación de estos microorganismos. La primera señal de actividad cariogénica se presenta con una zona opaca, blanquecina, con superficie rugosa, áspera, pero íntegra; estas son llamadas manchas blancas que corresponden al proceso de desmineralización. Debido a su opacidad se distingue del esmalte sano translucido, este aspecto se debe a los cambios físicos y químicos de los cristales. En el primer año de vida se presentan como una descalcificación en el tercio cervical de los incisivos superiores que pueden terminar en cavitaciones. Afecta básicamente a los cuatro incisivos superiores por vestibular, cuando es generalizada su distribución es simétrica entre los dientes superiores e inferiores, con excepción de los incisivos inferiores.^{23,2,9} Fig. 14



Fig. 14 La caries de la infancia temprana generalizada afecta dientes superiores e inferiores a excepción de los incisivos inferiores.³²

Clínicamente, presenta un patrón característico, donde varios dientes están involucrados, el desarrollo de la lesión es rápido, las lesiones comienzan a desarrollarse en la superficie lisas del diente en el contorno de la encía, los dientes se ven afectados según la cronología, la secuencia de erupción y por la posición de la lengua al succionar, por tanto, afecta primero los incisivos maxilares seguido por los primeros molares deciduos.¹⁰

1.4. Relación entre la caries de la infancia temprana con el embarazo y la lactancia

Hay que tomar en cuenta que la salud empieza desde el principio de la vida y para ello se hablará sobre el embarazo, algunos cambios significativos tanto bucales como generales, también se incluirá el periodo de lactancia, debido a que si la salud de la madre es buena la alimentación al seno materno llena prácticamente los requerimientos de una buena nutrición para los primeros meses de vida, con excepción del hierro.

En primer lugar, el embarazo es un proceso natural y sublime en la vida de una mujer. Constituye una etapa que está acompañada de una serie de cambios fisiológicos, patológicos y psicológicos, que hacen que se conviertan en pacientes especiales que demandan cuidados exclusivos, sobre todo si necesitan tratamiento en cualquier especialidad. Durante esta etapa existe una serie de aportaciones de nutrientes de la madre al producto, por tal motivo es importante enfatizar el cuidado en la alimentación de la progenitora. Esto nos dará como resultado un desarrollo óptimo del bebé.³³

1.4.1. Cambios en el embarazo

Durante la gestación, la mujer está sometida a una serie de cambios extrínsecos e intrínsecos relacionados entre sí que la hacen vulnerable a padecer alteraciones en su estado de salud general y bucodental como son: Fig. 15

- Amenorrea.
- Alteraciones en su peso.
- Aumento de secreciones orales y genitales.
- Cansancio.
- Hipotensión.
- Trastornos del sueño.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Estreñimiento.
- Modificaciones en los sentidos del gusto y el olfato.³⁴



Fig. 15. Durante el embarazo la mujer sufre cambios físicos y biológicos para el buen desarrollo del bebé.³⁵

1.4.2. Lactancia

La Lactancia Materna Exclusiva (LME) es definida como el consumo prolongado y único de leche materna por el bebé durante un periodo definido, permitiéndole al bebe el uso de vitaminas, suplementos minerales u otros medicamentos durante el mismo periodo. Los diferentes organismos dedicados a la salud indican que el periodo ideal de duración de la LME es entre el nacimiento hasta los 6 meses (180 días de nacido). Las necesidades nutricionales de los bebes nacidos a término son normalmente cubiertas por la leche materna en este periodo.⁹ Fig. 16



Fig. 16. “La lactancia materna es el regalo más precioso que una madre puede dar a su bebé”³⁶

Así mismo recomiendan la prolongación de la lactancia materna hasta los 24 meses de vida o más, afirmando diversos beneficios tanto

nutricionales como afectivos, sin embargo, estos organismos no son explícitos en las implicancias a nivel de salud bucal. “no demonizamos ni contraindicamos el consumo de leche materna más allá de los seis meses. Por tanto, no dudamos de los posibles beneficios a largo plazo de este en los bebés. Sin embargo, creemos que si se va a llevar a cabo el consumo más allá de los 12 meses de edad debe ser acompañado con una enseñanza de horarios adecuados (juntamente con una limpieza adecuada) e indicando las consecuencias de no seguirse estas en la salud bucodental (caries dental).⁹

La leche materna consiste en un alimento exclusivo el cual provee energía y las necesidades nutricionales que el bebé necesita durante los primeros meses de vida para su óptimo desarrollo y crecimiento. Además de que esta proporciona protección contra infecciones.³⁷ Fig. 17



Fig. 17. Dar de mamar transmite al bebé consuelo, cariño, compañía y seguridad.³⁸

1.4.2.1. Composición de la leche materna

Con respecto a su composición va variando ligeramente a lo largo de la toma, al principio es ligera, al final más cremosa y grasosa lo que hace que el bebé al principio sacie su sed y al final su apetito. Por eso es importante que se vacíe el pecho totalmente antes de ponerle al otro. La leche es el alimento perfecto para el bebé, siempre que sea la materna, ya que, como hemos visto, es el mejor alimento producido por la naturaleza en el “laboratorio humano” de la madre. Sin embargo, una vez que el niño tiene los dientes suficientemente desarrollados para masticar, no hay razón para seguir dándole leche; pocas madres lactan o dan el pecho a sus niños, por más de un año. Se compone de los siguientes elementos:

- Proteínas, de las cuales 60% es suero y 40% es caseína.
- Grasas, mayoritariamente ácidos grasos esenciales necesarios para el funcionamiento correcto del organismo.
- Hidratos de carbono, en forma de lactosa, glucosa y galactosa.
- Sales minerales; calcio, fósforo, sodio, magnesio, potasio y hierro.
- Vitaminas; la leche materna contiene todas las necesarias para el bebé. El milagro de la leche materna es que cambia en función de las necesidades nutricionales del bebé. Desde el calostro (rico en proteínas, vitaminas y minerales) hasta leche con mayor contenido en grasas que favorece el crecimiento y la ganancia de peso, cuándo el bebé tiene más de 4 meses. ³⁹

1.4.2.2. Beneficios de la lactancia con respecto a la salud general y bucodental del bebé

El recién nacido presenta la mandíbula retraída y al realizar los movimientos para tomar el pezón y deglutir, cuando es lactado

naturalmente, va conformando la cavidad bucal pues se adelanta la mandíbula para el desarrollo normal de su oclusión. Cuando el bebé es lactado artificialmente, debe realizar movimientos linguales no fisiológicos para controlar la cantidad de leche que ingiere para evitar broncoaspiraciones y, por ende, se alteran los movimientos armónicos de los maxilares y demás estructuras del aparato estomatognático que intervienen en la succión. Es decir, que la falta de movimientos osteomusculares fisiológicos disminuye la estimulación del crecimiento y desarrollo de la cavidad bucal y en general del complejo maxilofacial generando maloclusión. Esta previene el síndrome de respirador bucal, pues establece una relación correcta entre las estructuras, permitiendo una adecuada respiración, tonicidad y postura correcta de la lengua y labios.⁴⁰ Fig. 18



Fig. 18: Correcto agarre del bebé hacia la madre, favoreciendo la musculatura y el óptimo desarrollo dento-facial.⁴¹

Otros beneficios son:

- Excepcional e irremplazable aporte nutricional.
- Provee su sistema inmunológico.
- Disminuye las infecciones estomacales.
- Ayuda a un aumento en el nivel cognitivo.
- Otorga un efecto protector en relación con enfermedades a largo plazo: muerte súbita, diabetes insulínica, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, patología alérgica y linfomas.
- El acto de mamar provee sensación de afecto, protección, etc.
- Crecimiento del tercio medio de la cara.
- Protección postero anterior mandibular, disminuyendo los 6 mm fisiológicos de retrognatismo mandibular.
- Disminución en la producción de la caries dental por retraso en la introducción de alimentos con potencial cariogénico. El pH salival es adecuado para la no formación de caries. Las inmunoglobulinas que contiene la leche materna inhiben las bacterias causantes de la caries dental.
- Prevención de hábitos bucales nocivos.

CAPÍTULO 2 PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA SALUD

El propósito de este capítulo es conocer algunas definiciones como salud, promoción y educación para la salud, para ello hablaremos sobre la conferencia de Ottawa que dio como resultado la carta de Ottawa, esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo.⁴²

2.1. Salud

Para empezar, definiremos el concepto de salud, según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones y enfermedades (Figura 19). Esta 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, personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas. Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerequisites. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.^{43,42}

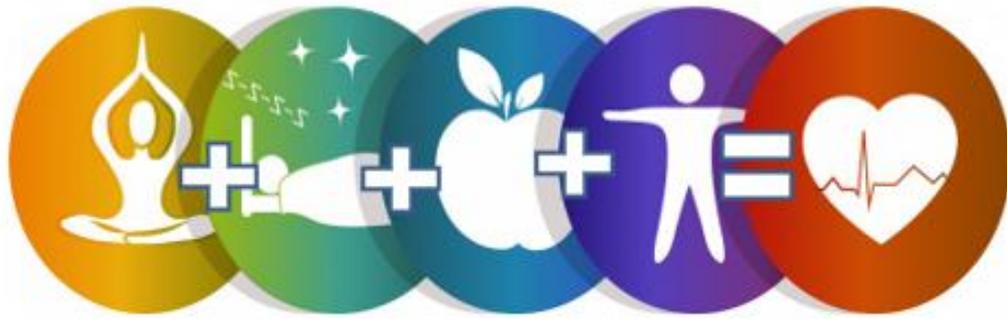


Fig. 19. El equilibrio entre el ejercicio, un buen descanso, una alimentación balanceada, y un bienestar mental nos dan como resultado la salud.⁴⁴

2.2. Promoción de la salud

Definir promoción de la salud nos acerca a múltiples definiciones que han ido evolucionando según las variaciones en los conceptos de salud. Esta 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. Según el concepto de salud, mencionado anteriormente, la promoción de la salud incluye todas las acciones tendientes a conseguir ese ideal: alimentación, vivienda, educación, empleo, condiciones económicas, recreación, descanso, cultura, ausencia de enfermedad, etc. Por lo tanto, la promoción de la salud es el proceso de capacitación el cual deben tener los individuos para ejercer un mayor control sobre su salud y poder, de este.^{42, 43}

Se juzga que la promoción de la salud incluye la atención sanitaria y la educación, sin embargo, pretenden ampliar su campo considerando los determinantes individuales que estos incluyen las características genéticas y antecedentes biopsicosociales; y los determinantes del entorno que estos están constituidos por aspectos sociales políticos y económicos, que influyen directa o indirectamente en la salud.^{43, 37}

El objetivo principal de la promoción de la salud es concientizar a la población sobre la educación y acciones que benefician a la salud, ofrecidas por un equipo dirigido a nivel familiar o grupal, logrando un nuevo estilo de vida saludable, fomentando el autocuidado y la transmisión de información con nuestro entorno social. Fig.20



Fig. 20. Información que llega a la población, para lograr un cambio en sus hábitos. Fuente directa

2.3 Carta de Ottawa.

Sobre la promoción de la salud a escala internacional, el día 21 de noviembre de 1986 en Ottawa se emite la presente carta dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000". Establece estrategias concretas multidisciplinarias, como la creación de las políticas de salud pública y de entornos ambientales favorables, y la reorientación

de los servicios sanitarios, entre otras. Todas las medidas se concretaron en una declaración de consenso conocida como carta de Ottawa. (fig. 21)^{45, 42}

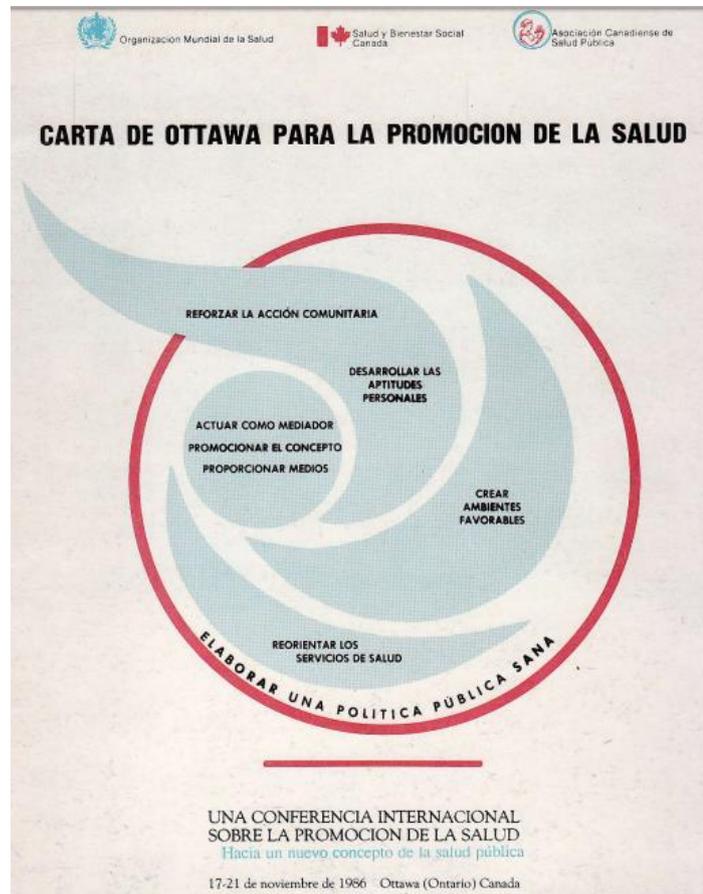


Fig. 21 Carta de Ottawa para la promoción de la salud.

En ella se redacta que la promoción de la 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 de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.⁴²

2.4. Educación para la salud

Para empezar el termino de educación para la salud se ha interpretado desde diferentes enfoques. El primero ubica el término desde la perspectiva de la información y la prescripción, Valdez (2004) señala que en este periodo se ubica en la forma más convencional de orientar actividades educativas y, exclusivamente, los profesionales son los individuos para educar en salud. El objetivo en este enfoque consiste en provocar en la población cambios de conducta favorables hacia la salud. Por lo que surge la necesidad de estudiar los estilos de vida, mejorar la calidad de vida, por ende, lograr salud.³⁴ Fig. 22



Fig. 21 Promoviendo la educación para la salud bucal en prescolares, para lograr un cambio de hábito. Fuente directa

La OMS y la OPS (Organización Panamericana de la Salud) reconocieron la importancia de los factores sociales, políticos, económicos y ambientales. En el concepto de educación para la salud confluyen la educación como posibilidad para construir nuevo conocimiento, y la salud, como posibilidad para el autocuidado y el mejoramiento del estilo de vida. De acuerdo con Lawrence W. Greene, es toda aquella combinación de experiencias de aprendizajes planificada. En la actualidad la educación para la salud es reconocida como una de las estrategias básicas de los sistemas de salud para alcanzar la salud para todos.³⁴

Por otra parte, la OMS define la educación para la salud, como el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad que influyen en las creencias, actitudes y conducta respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo de ella. Se puede dar en dos niveles:

- 1) Para los que no tienen los conocimientos adecuados.
- 2) Para quienes tienen los conocimientos, pero no los practican, por ejemplo, muchas personas saben que es perjudicial para la salud y no obstante lo hacen.⁴⁶

Para que la educación sanitaria sea efectiva debe:

- Producir cambios en el conocimiento y la comprensión, o en la forma de pensar.
- Influenciar o clarificar valores.
- Provocar algún cambio en la creencia o actitud.
- Facilitar la adquisición de competencias.
- Modificar el comportamiento o el estilo de vida.⁴⁷

En conclusión, la educación para la salud es una estrategia de participación en la que su objetivo es lograr en la sociedad un cambio en el estilo de vida, en la que se involucran factores culturales, sociales, económicos y de conducta.

2.5. Promotores de la salud

Cuando hablamos de promotor de la salud nos referimos a un educador que puede ser profesional de la salud o personas que no han tenido estudios relacionados a la salud, una persona voluntaria a la que se le ha capacitado que comparte cultura con su comunidad, es decir, tiene aspectos religiosos, lingüísticos, demográficos y costumbres en común con ellos.

La OMS y la OPS enfatizan la importancia de este y su labor comunitaria, ya que educan a los miembros de su comunidad para acceder a la salud y motivar para actuar y responsabilizarse de la salud.

Es necesario recalcar que la principal tarea del promotor de la salud es fomentar la autorresponsabilidad es los individuos, familias o comunidades para participativamente en el proceso, tomar iniciativas y adoptar un comportamiento saludable. Estos actúan como núcleo organizador.^{45,34}

2.6. Modelos de educación para la salud

Por lo tanto, para que la población asuma el compromiso del cuidado de su salud, necesita concientizarse sobre los beneficios que aportaría un cambio en su estilo de vida, por consiguiente, es necesario contar con un modelo cuyo objetivo es modificar los comportamientos de la población para aumentar su nivel de salud.

Estos modelos explican aspectos de conductas de prevención:

Prevenición en el nivel primario: Este se va a dirigir a personas sanas, son por lo regular grupos de niños y jóvenes. El objetivo es prevenir las enfermedades y mejorar su salud positivamente y por ende la calidad de vida.

Prevención en el nivel secundario: va dirigido a personas enfermas, para evitar que la enfermedad progrese. Implica educar a las personas sobre su condición y que hacer al respecto.

Prevención en el nivel terciario: Dirigido a pacientes crónicos o incapacitados. Aquí no solo se trabaja a la persona enferma sino también a sus familiares para obtener un mejor resultado. ⁴⁸

2.6.1. Modelo de creencias de salud

Este es uno de los modelos más conocidos que se basa en las creencias de la población para la toma de decisiones ya que estas influyen de manera importante en la toma de decisiones en relación con la aceptación de las medidas preventivas recomendadas por los profesionales de salud. Y propone que para que se produzca un cambio, importa más lo que se cree que lo que se sabe acerca del hábito y sus consecuencias. Este modelo busca la estimulación (campañas en medios de comunicación, consejos de profesionales) para poner en marcha la nueva conducta. ⁴⁵

2.6.2. Modelo de la comunicación persuasiva

Su principal característica es la fuente de comunicación dirigida a la población en donde se transmite la mejor información posible con los métodos auxiliares disponibles. Según este método bastaría con transmitir dicha información para fomentar un cambio de conocimiento y por consiguiente un cambio de actitudes al que le seguiría el cambio de hábito o la adopción de uno nuevo; gracias a la información y motivación con la que se dirige el mensaje.⁴⁵

2.6.3. Modelo comunicación-cambio de comportamiento

Las estrategias de este modelo se basan en un modelo de comunicación-persuasión, en donde se pretende influir en los conocimientos y en las actitudes de las personas, sin violar su comportamiento. Su objetivo es transmitir un mensaje saludable procurando una actitud positiva, la expectativa de este modelo es la adquisición de habilidades necesarias para el cambio de comportamientos e incluso fomentar nuevas habilidades, todo esto se pretende lograr con ayuda de un póster o folleto. Para lograr el éxito los destinatarios deben exponerse al mensaje saludable aprobarlo, interpretarlo, incorporarlo, reforzarlo y mantenerlo en el tiempo. ⁴⁵

2.6.4. Modelo PRECEDE- PROCEED

Modelo Precede-Procede es un modelo de planeación diseñado por Lawrence Green y Marshall Kreuter para la educación en salud y para los programas de promoción de la salud. Se apoya en el principio en que la mayoría de los cambios de comportamiento relacionados con la salud que tienen un carácter permanente son de naturaleza voluntaria. ^{49, 45}

Está basado en algunas suposiciones acerca de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, y por extensión, también acerca de otros asuntos comunitarios. Este modelo pretende proporcionar conocimientos, motivaciones y habilidades necesarias para que el individuo opte comportamientos saludables, buscando su compromiso activo y así beneficiar a su comunidad.

Se divide en dos partes: precede que consta de 5 etapas y está dedicada al diagnóstico. Y proceed que se dedica a la aplicación del programa. Que se detallan en el siguiente diagrama:

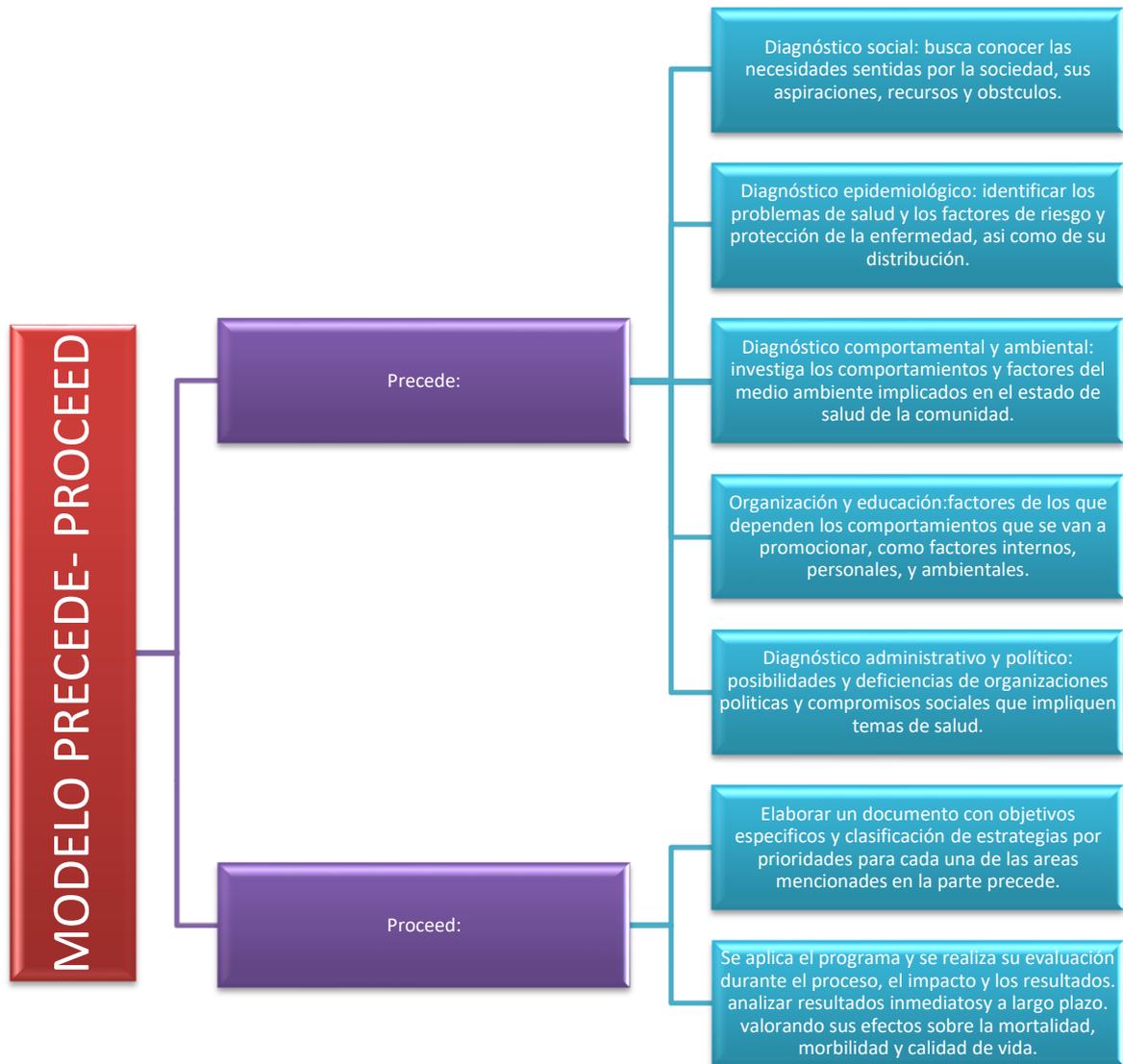


Diagrama 4 Modelo PRECEDE-PROCEED.⁴⁵

CAPÍTULO 3 EL EDUCADOR PARA LA SALUD ANTE LA CARIES DE LA INFANCIA TEMPRANA

3.1. Educación como estrategia de prevención

Ahora bien, el papel que juega el educador para la salud es de suma importancia para poder tener una población con baja incidencia de caries, y comúnmente se desarrolla por falta de información por parte de los padres, en este punto se desarrollan algunas medidas de prevención y las estrategias que se utilizan para la promoción de la salud.

“La educación genera prevención” y “educar previniendo- prevenir educando” es el lema de la bebé clínica, de la universidad estatal de Londrina, en donde realizan programas de educación y se basan en que la odontología para bebés que actúa en tres niveles:

1. Educativo: concientización de los padres.
2. Preventivo: implica los factores de riesgo, control y realización de procedimientos preventivos.
3. Curativo: resolución de problemas específicos, incluyendo urgencias.⁵⁰

El objetivo principal del educador para la salud es cambiar el comportamiento de los padres de familia o tutores que están al cuidado del niño, dejando a un lado el mito de que los dientes deciduos no tienen importancia y asimismo fomentar los cuidados y limpieza de la boca para evitar crear un hábitat rico en ácidos y así el desarrollo de la caries dental.

El papel que juega el educador para la salud es el de intermediario, entre los avances de la ciencia y la población en general de una forma común. A veces es la falta de información lo que impide al público a tomar las medidas necesarias. Los profesionales en salud tienen parte de responsabilidad de divulgar el conocimiento y estimular a la gente en la comunidad para que reconozcan los problemas de salud de los que

no tienen información o no la suficiente y trabajar junto con ellos para encontrar la solución.

Como se ha mencionado anteriormente la caries es una enfermedad infecciosa crónica con evidente prevalencia en niños a nivel mundial, sin embargo, es una enfermedad prevenible si se controlan los factores de riesgo que la ocasionan y para ello es necesario que las personas a cargo del niño tengan los conocimientos adecuados sobre los modelos de salud bucal. Cuando se establecen estrategias de prevención se reduce el porcentaje de incidencia a caries, la educación dirigida a la prevención y promoción de la salud bucal debe vincular en su totalidad a los adultos encargados del niño, desde su nacimiento para así alcanzar la salud bucal deseada y lograr un ambiente sano en la cavidad oral durante los primeros años de vida.^{51, 50}

Darden (1973) menciona que, para que un programa de educación para la salud sea eficaz, debería tener como objetivo principal el ayudar al individuo a comprenderse y estimarse mejor, saber que hábitos lo hacen marchar y tener responsabilidad hacia el prójimo y con el mismo, para lograr su bienestar. Hace énfasis en que la meta primaria de la educación para la salud es el individuo y el dominio afectivo.⁴⁸

Una estrategia clave para evitar una necesidad futura y disminuir la prevalencia de caries en los niños, es la implementación de una educación precoz de la población para controlar los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores idealmente durante el embarazo y los primeros años de vida del niño, toda la información debe ser sustentada por los profesionales encargados del niño (pediatra y odontopediatra).⁵¹

En el siguiente punto se describe un programa preventivo importante durante el desarrollo del bebé ya que la madre es la principal, promotora de salud a nivel familiar, y la encargada muchas veces del cuidado de los hijos.

3.2. Programa preventivo binomio madre-hijo

El educador para la salud debe informar de la existencia de ciertos programas que ayudan a controlar el problema de caries dental de la infancia temprana, uno de estos programas vincula de manera indispensable a la madre e hijo.

El programa aplicado sobre el binomio madre-hijo tienen los siguientes objetivos fundamentales⁴⁰:



Diagrama 5 Objetivos generales del programa binomio

Dicho programa presenta estrategias que son herramientas esenciales en un programa de promoción de salud bucal y prevención de enfermedades en el binomio madre-hijo: ^{51,40}

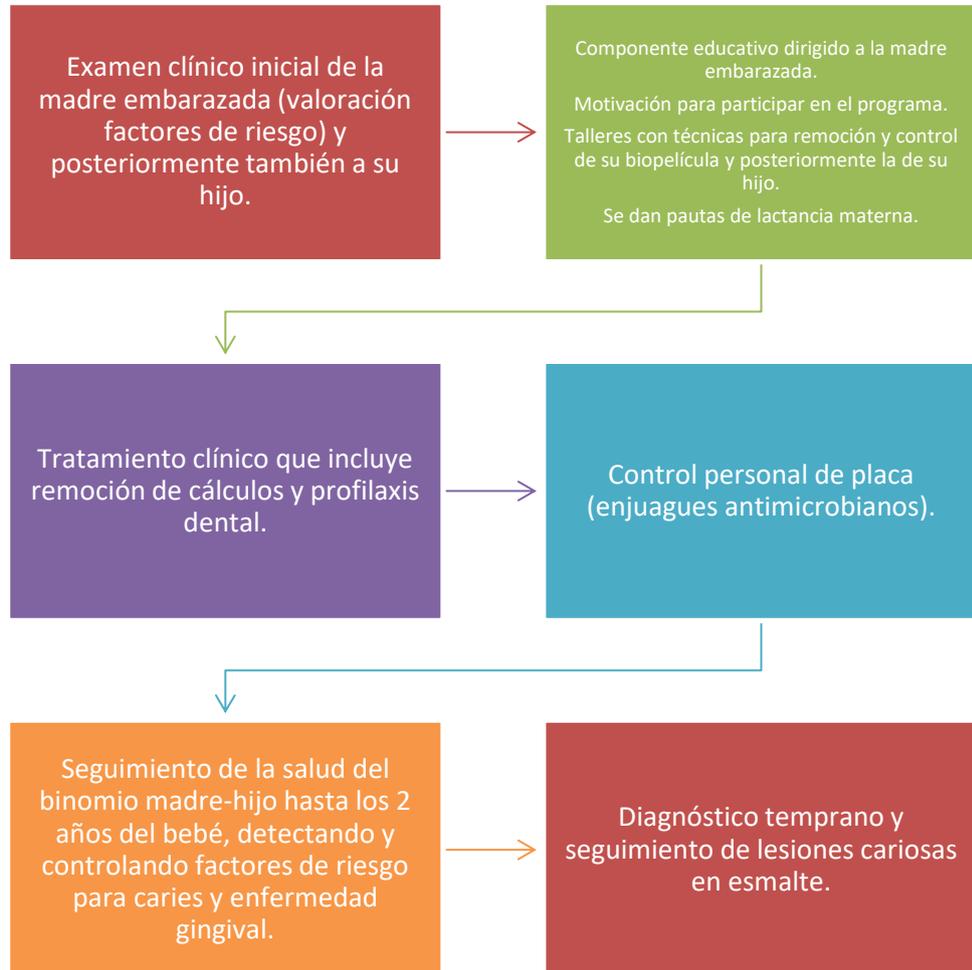


Diagrama 6 Estrategias binomio Madre-Hijo.^{51,41}

3.3. Medidas preventivas

Cuando se habla de medidas preventivas se engloban gran parte de las pautas que se deben tomar para evitar la transmisión de microorganismos, la reproducción de esos y para frenar el problema si es que el niño ya presenta caries. A continuación, se presentan las medidas preventivas para lograr un cambio de hábitos saludables y favorecer tanto el crecimiento craneofacial del bebé como la prevención de la caries temprana.

3.3.1. Pautas para la educación y promoción de la salud bucal

En la siguiente tabla se presentan algunos parámetros que el educador de la salud debe tomar en cuenta para la promoción de la salud bucal y la prevención de la caries de la infancia temprana:

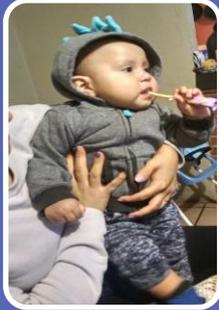
	<h4>Lactancia materna</h4> <ul style="list-style-type: none">• Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida.• Desaconsejar la lactancia materna nocturna después de la erupción del primer diente.• Si el niño se queda dormido mientras es alimentado, limpiar sus dientes antes de acostarlo.
	<h4>Uso del biberón</h4> <ul style="list-style-type: none">• Debe utilizarse solo como vehículo para la leche, los demás líquidos deben ofrecerse en tazas o vasos.• No agregar ningún tipo de azúcar o miel.• Desaconsejar el uso del biberón nocturno después de la erupción de los primeros dientes.• Si el niño se queda dormido mientras es alimentado, limpiar sus dientes antes de acostarlo.• Abandono progresivo del biberón a partir del año y definitivamente cuando erupcionen su molares y
	<h4>Uso del chupón</h4> <ul style="list-style-type: none">• Debe ser anatómico y abandonarse progresivamente a partir de los 12 meses y definitivamente a los 2 años.
	<h4>Transmisión bacteriana</h4> <ul style="list-style-type: none">• Desaconsejar hábitos como: compartir cucharas con el bebé, limpiar chupón con saliva, soplar a la comida con el fin de enfriarla, besar en la boca al bebé.

continua...



Alimentación cariogénica

- Evitar cualquier tipo de azúcares refinados los primeros 2 años de vida.
- Desaconsejar la ingestión de azúcares entre comida y aquellos con consistencia pegajosa.



Higiene bucal

- Debe ser realizada por los padres hasta que el niño sea autónomo (8-10 años)
- Apartir del cuarto mes, empezar la higiene bucal, una vez al día
- Cuando erupcionen los primeros dientes realizarla 2 veces al día.
- Después de la erupción de los primeros molares, utilizar cepillo dental infantil.
- Pasar el hilo dental apartir de que exista contacto entre dientes.
- Utilizar pasta fluorada de acuerdo a la edad del paciente.



Visita al odontopediatra

- Todo niño debe visitar al odontopediatra antes de su primer año.

Diagrama 7 Pautas de orientación.^{40, 16,17, 18, 19, 20, 21, 22}

La promoción de la salud bucal y la prevención de caries en la primera infancia y alteraciones en oclusión está dada básicamente por la asesoría nutricional en relación a la lactancia materna y artificial sumada a la destreza que adquieran los padres para realizar la higiene bucal a los niños. Es importante tener en cuenta los siguientes periodos para el aprendizaje:

- Erupción de los primeros dientes (entre el nacimiento y los dos años). El niño es totalmente pasivo en el cepillado y depende totalmente de sus padres. Hay una limitación importante y es la falta de cooperación del niño, en este periodo la prevención se

basa en la supervisión, control y asesoría por parte del odontólogo a los padres en hábitos nutricionales y de higiene bucal.

- Se debe motivar a los padres a la lactancia materna, resaltando sus beneficios que favorecen el desarrollo óseo y muscular de las arcadas dentarias, previene las maloclusiones y demás factores protectores para la salud general. Sin embargo, se les debe instruir en el potencial cariogénico de la leche y la necesidad de limpieza de la boca especialmente cuando inicia la erupción dental.⁵²

3.3.2. Limpieza oral del bebé sin dientes

La estimulación que antecede a la higiene oral debe ser hecha desde antes de que salga el primer diente, creando así un ambiente sano e ideal para la llegada de los dientes, además de motivar al niño a tener hábitos de higiene adecuados. Comenzar la limpieza de las encías desde el nacimiento, una vez al día, aprovechando el momento del baño.

Se puede utilizar:

- Una gasa seca o húmeda.
- La punta de un pañito limpio humedecido en agua.
- Un dedal de silicona con la finalidad de estimular la mucosa bucal y el reborde gingival.

Se pasará por las mucosas con suavidad, pero enérgicamente, es normal que el bebé proteste al igual que protesta con otras medidas higiénicas como cortarle las uñas, limpiarle las orejas o la nariz. Fig. 22

Durante el periodo de lactancia se sugiere la remoción de restos de leche o alimento que queda estancado en las comisuras labiales y en la cavidad bucal.²³



Fig. 21 Limpieza oral del bebé: A) Limpieza con gasa, B) Limpieza con dedodent C) Limpieza con cepillo suave cuando erupcionan los primeros dientes. Fuente directa

3.3.3. Bebés de los 0 a 2 años

Las siguientes medidas de prevención están diseñadas para los bebés más pequeños que están en el proceso de erupción dental y es importante que el educador para la salud informe a los padres de familia sobre ellas, para evitar problemas bucales futuros.

1. Exploración bucal en donde se observarán malformaciones o alteraciones

2. Seguimiento de la erupción de la dentición primaria. Tras 5 o 6 meses del nacimiento, es muy común que a los bebés empiecen a salivar más de lo normal, ya que comienzan a erupcionar sus primeros dientes. En este periodo, es decir, desde la aparición de los primeros dientes hasta que el bebé cumple la primera etapa de la dentición, es natural que sus encías se inflamen, causándole mucho dolor e irritación, e incluso fiebre o un pequeño aumento de la temperatura corporal. El ofrecer a los niños a los que les están saliendo los dientes las mordederas para aliviar el dolor no tiene mucho sentido, pues evitará el contacto con zonas dolorosas, así que, si la encía está inflamada y duele, presionar sobre ella con las mordederas no aliviaría el dolor. Pero estimulara la encía para que se haga menos fibrosa. Se considerará anormal la falta de erupción de la primera pieza a los 15 meses y la erupción de dientes malformados. Asimismo, se considerará anormal la falta de alguna pieza a los 30 meses.

3. Prevención de la caries: el educador para la salud debe desaconsejar firmemente endulzar el chupón y dejar dormir al niño con un biberón de leche o zumo en la boca. En niños menores de dos años, el cepillado deben realizarlo los padres.

4. Debe informar de que la sacarosa es el hidrato de carbono más cariígeno. Los azúcares complejos, como los almidones y otras sustancias presentes en las legumbres y los cereales, son menos cariógenos, sobre todo en estado no refinado. Es más importante la frecuencia de las tomas que la cantidad total ingerida, los azúcares con textura pegajosa o blanda son más cariógenos que los líquidos o duros.⁵²

5. Vigilar la aparición de: gingivitis (por falta de cepillado, maloclusiones, medicaciones). Maloclusiones (mordida abierta) evitando hábitos perjudiciales (chupete, succión del pulgar).

3.3.4. Prevención durante los 2 y 6 años

Ahora que ya comenzaron a salir los dientes, la higiene oral debe seguir con la utilización de un cepillo muy suave y adecuado para esta edad. Los dientes se limpiarán dos veces al día (por la mañana y por la noche antes de dormir) únicamente con agua. Hay que tener especial cuidado en el cepillado nocturno, ya que durante el sueño los mecanismos de autoclisis disminuyen considerablemente y el riesgo a caries aumenta.²³

Erupción de los primeros y segundos molares. (Entre los 2 y los 5 años). En esta fase el niño es muy sumiso, pero con limitaciones en la coordinación motora y en la motricidad fina. Por esta razón requiere de la ayuda de los padres. Es de vital importancia la remoción de la biopelícula con el cepillado y el uso de seda dental para la prevención sin descuidar el control de buenos hábitos nutricionales, dieta balanceada y alertarlos del riesgo potencial del consumo frecuente de golosinas. Además del riesgo de caries en esta etapa, es común la alteración de la oclusión por malos hábitos de succión.^{40, 51}

Los padres deben estar conscientes de la importancia del cepillado y animarse a limpiar los dientes de sus hijos con cepillo dental después de cada comida, cuando los molares ya estén erupcionados para así prevenir la caries.



Fig. 23 Mamá cepillando dientes ⁵³

Cuando los dientes ya están erupcionados hay que tomar en cuenta que será necesario el uso de pastas dentales adecuadas a la edad del niño y para ello se muestran las concentraciones adecuadas de flúor que debe contener los dentífricos en la siguiente tabla.^{6, 28,23}

Edad	Ppm	Dosis/tamaño pasta, similar a
Menores de 2 años	500 a 1000 ppm	Grano de arroz o mancha sobre el cepillo
Entre 2 y 6 años	1000 a 1450 ppm	Chícharo
Mayores de 6 años	A partir de 1450 ppm	1-2 cm.

Tabla 1 cantidad de Flúor recomendada.^{6, 28,23}

El educador deberá tomar en cuenta que la educación para la salud en escuelas tiene la oportunidad de influir en las actitudes y valores de los estudiantes en los años escolares.

1. Exploración de la dentición primaria, se remitirá al odontólogo aquellos niños con piezas cariadas, según la disponibilidad de los recursos sanitarios.

2. Información a los padres sobre alimentos cariogénos. Inicio del cepillado dental, a partir de los dos años se aconsejará a los padres que se cepillen los dientes por la noche en presencia del niño. Este se “cepillará” también para ir adquiriendo el hábito y posteriormente alguno de los padres repasará el cepillado limpiando cuidadosamente los restos de comida. Deberá cepillarse al menos dos veces al día y de forma especial antes de acostarse. Todos los niños se pueden beneficiar del fluoruro, pero es importante usar la cantidad correcta de pasta dental, las recomendaciones actuales aconsejan usar un frotis (untar una pequeña muestra del tamaño de un grano de arroz) para los niños menores de 3 años y una muestra del tamaño de un chícharo para los niños de 3 a 6 años.⁵²

3.4. Técnicas participativas

Estas técnicas son instrumentos que se utilizan en algunos procesos informativos, de consulta o de toma de decisiones, se aplican para adquirir conocimientos partiendo de lo que la gente sabe, de las experiencias vividas y de los sentimientos que originan diversas, así como las dificultades de nuestro entorno y los problemas.

Para aplicar una técnica participativa debe tenerse siempre muy claro qué objetivo u objetivos pretendemos alcanzar con ella, antes de aplicar una técnica debemos conocerla, saber cuándo, cómo utilizarla y de qué modo conducirla. Cuando se trabaja un tema es conveniente utilizar más de una, es preciso buscar técnicas que se complementen unas con otras, reorientándolas todas a un objetivo común y que permitan profundizar en el tema de forma ordenada y sistemática. Las técnicas participativas son instrumentos que se utilizan en determinados procesos informativos, consultivos, de toma de decisiones, entre otras, y se aplican para adquirir conocimientos partiendo siempre de la práctica, es decir de lo que la gente sabe, de las experiencias vividas y de los sentimientos que muchas situaciones originan, así como de los problemas y dificultades de nuestro entorno.

Su aplicación permite el desarrollo de la imaginación y la creatividad, por lo que es bueno que todo el grupo pueda utilizarlas y adaptarlas a nuevas circunstancias. Es importante trabajar con grupos pequeños o subgrupos, ya que se facilita la participación a todas las personas y especialmente a aquellas que tienen dificultades para manifestarse en grupos grandes, es ideal para crear espacios de participación más accesibles. Que son:

- Charla educativa
- Estudio del caso
- Discusión de grupo
- Los talleres

- Sociodrama
- Demostración

3.4.1. Charla educativa

Esta técnica es de comunicación verbal, por medio de la cual el emisor comparte información con un grupo de personas, se caracteriza por la participación del grupo. El emisor motiva al grupo y desarrolla con él un tema de forma continua y ordenada, verificando que cada uno de los mensajes sean comprendidos por el grupo.⁵⁴

3.4.2. Estudio del caso

Este se refiere al análisis o estudio de una narración detallada, que se toma de una situación real que se conoce o con la que se llegan a identificar los participantes. Favorece el desarrollo de la capacidad de análisis y toma de decisiones, desarrolla el razonamiento y la creatividad y sensibiliza a los participantes en situaciones reales que los afectan.

3.4.3. Discusión de grupo

Esta es una técnica complementaria del estudio del caso para su desarrollo, su objetivo es formar una opinión, como resultado de la interacción y motivación que se da entre los miembros del grupo, a través del análisis que requiere solución, promueve el juicio crítico y pensamiento creativo.⁵⁴

3.4.4 Los talleres

Un taller es un espacio de reflexión y acción que permite analizar las situaciones o problemas reales, para desarrollar alternativas de solución. Promueve la participación del grupo para el análisis del problema o aspecto de salud.⁵⁴

3.4.5. Sociodrama

Este tipo de difusión en general se usan para presentar situaciones problemáticas, ideas y contrapuestas, actuaciones contradictorias, para luego suscitar la discusión y la profundización del tema. Este es la representación de algún hecho o situación de la vida real en un espacio físico y con un público involucrado (ellos mismos), el cual posteriormente a la temática representada que generalmente es hecha por ellos mismos participará analizando la situación en mayor profundidad.

También pueden ser representaciones teatrales breves con temáticas pertinentes a los participantes en una charla, conferencia u otra actividad y que tiene como objetivo demostrarles situaciones donde ellos se podrían ver involucrados: riesgos laborales, problemas sanitarios, conflictos familiares, vecinales, contenidos educacionales, entre otros.

Es una técnica de aprendizaje donde interviene activamente todo el grupo, consiste en que dos o más personas representen libre y espontáneamente una situación de la vida real asumiendo los papeles del caso, con el objeto de que pueda ser mejor comprendida y tratada por el grupo, tanto por los participantes como por el resto del grupo que actúa como observador. Después de esta vivencia, todo el grupo expone sus ideas y las intercambia, de esta manera se obtienen conclusiones sobre el problema en discusión.

Las campañas de comunicación deben plantearse dilatadas en el tiempo, porque la comunicación de masas no tiene la eficacia suficiente y necesaria para provocar a corto plazo un cambio de costumbres.

El mensaje puede ser eficaz, cuando una campaña está bien organizada, orquestada y se lleva a cabo sin prisas, teniendo claro que el tiempo de actuación debe ser largo y los canales de información variados, para que la gente asimile la información recibida, asuma sus propias responsabilidades; porque sería imposible conseguir un cambio

duradero de los modos de vida, sin la decisión personal de cada individuo.

La comunicación debe ir adaptándose a los cambios que en la sociedad vayan produciéndose. Por eso es tan importante mantener siempre la intercomunicación con el público al que se dirige la campaña.

Conseguir el abandono de hábitos de vida poco saludables es una labor compleja en la que intervienen muchos agentes, pero que, con tiempo y constancia se puede lograr, siempre que se tenga muy en cuenta los condicionantes del público objetivo y se le proporcione información clara y fiable que le haga ver las ventajas de llevar a cabo un cambio de comportamiento.⁵⁴

3.4.6. Demostración

Es una técnica que sirva para enseñar mediante la exhibición de los materiales y su explicación simultánea. Se ejemplifica. Facilita los procesos de aplicación de lo aprendido a situaciones reales.⁵⁴ Fig. 24



Fig. 24 Demostración de la técnica de cepillado en niños de 2 a 3 años. Fuente directa

3.5. La Promoción de la salud y los medios de comunicación como estrategia de difusión

La importancia del papel que juegan los medios de comunicación en la Promoción de la Salud es indiscutible pues el objetivo es informar a la población. Una campaña de comunicación deberá tener en cuenta el público al que se dirige, el mensaje que quiere hacerle llegar, quién debe ser el emisor y cuál es el vehículo de transmisión más indicado para obtener resultados óptimos. El mensaje puede ser enviado por diversos canales a las grandes masas de población, siendo los más característicos:

- El panel, póster o folleto
- Prensa
- Radio
- Televisión
- Internet ⁵⁵

3.5.1. El panel, póster o folleto

Este medio puede resultar muy fácil de elaborar, siendo además el más económico. Uno de sus principales inconvenientes es que se trata de un recurso solo apto para población alfabetizada, aunque en el caso del póster o panel, la iconografía empleada puede vehicular un mensaje apto incluso para personas que no saben leer. El contenido debe ser simple y claro; las ilustraciones tendrán por objeto atraer la atención, lanzar un mensaje y/o aclarar la información.

Este medio puede resultar muy fácil de elaborar, siendo además el más económico. Uno de sus principales inconvenientes es que se trata de un recurso solo apto para población alfabetizada, aunque en el caso del póster o panel, la iconografía empleada puede vehicular un mensaje apto incluso para personas que no saben leer. El contenido

debe ser simple y claro; las ilustraciones tendrán por objeto atraer la atención, lanzar un mensaje y/o aclarar la información.

Estos materiales no se distribuirán nunca sin un programa, que debe acompañar siempre a cualquier intervención; por ejemplo, un folleto se puede distribuir después de una charla o un taller grupal, para ayudar a recordar las ideas y la información, sirviendo de refuerzo a lo aprendido.⁵⁵ Fig. 25



Fig. 25 Cartel sobre el cuidado de la salud oral⁵⁶

3.5.2. Prensa

Se caracteriza porque puede ser leída por grandes audiencias de forma muy rápida. Al ser una información que la lleva el lector consigo, puede ser leída en numerosas ocasiones. Este medio también permite profundizar en la información de forma más extensa que en

otros. También se puede compartir la lectura con familiares, compañeros o amigos, por lo que el mensaje puede llegar a más población, además, tiene la limitación en personas analfabetas.⁵⁵ Fig. 26



Fig. 26 Medios de comunicación utilizados para la promoción de la Salud.⁵⁷

3.5.3. Radio

La radio es el medio de comunicación de masas de mayor cobertura, puesto que llega prácticamente a todos los hogares. También se escucha mucho en los automóviles, oficinas, fábricas, entre otras. Esta gran capacidad de cobertura es su principal ventaja, a ello hay que añadir la transportabilidad del receptor, lo que hace que sea un medio cuyos mensajes pueden recibirse en prácticamente cualquier lugar. Una importante ventaja de la radio es que el oyente no debe poseer ninguna capacidad especial para recibir el mensaje, a diferencia de lo que ocurre con los medios impresos, cuya comprensión, generalmente, exige que el educando sepa leer y tener un cierto nivel de instrucción. A través de la radio, pueden retransmitirse cuñas radiofónicas, noticieros, charlas, programas dialogados, entre otras.⁵⁵

Entre los inconvenientes de la radio, cabe citar que es un medio que no sirve para enseñar métodos, es decir, para instruir de forma práctica cómo pasar a la acción de la conducta deseada, por lo que, en general, debe limitarse a inculcar conceptos e ideas y despertar el interés de los oyentes por el tema.

Otro inconveniente es que el mensaje suele ser de corta duración, excepto en los programas dialogados en forma de discusión entre varios expertos y un moderador, por lo que los mensajes deben ser repetidos para que tengan efecto, sobre todo los de corta duración (cuñas radiofónicas).

Aunque la radio tiene la desventaja sobre la televisión de que carece del impacto visual, lo que le confiere menos incidencia entre el público receptor, las ventajas mencionadas anteriormente hacen que sea un medio a tener presente en educación sanitaria, sobre todo al comienzo de las campañas masivas de promoción de la salud, con objeto de informar, concienciar y sensibilizar a la población sobre el tema.⁵⁵

3.5.4. Televisión

Es el medio de comunicación por excelencia, posee gran audiencia superior al resto de los medios. Su único inconveniente es que es un medio unidireccional, es decir, no puede obtenerse un reflujo del receptor al emisor mediante preguntas y respuestas, a pesar de ello, la televisión es el medio de comunicación de masas de mayor potencial para educación sanitaria. El mensaje de educación sanitaria puede transmitirse a la población mediante *spots* publicitarios sobre información sanitaria, entrevistas, sesiones de discusión, películas documentales, programas específicos de educación para la salud, y películas argumentales con mensaje sanitario.⁵⁵

3.5.5. Internet

Actualmente, en el año 2018 la promoción por medio de este medio se ha vuelto viral, gracias a que permite a la audiencia acceder a una gran cantidad de información. Presenta un gran problema debido a que la fuente de información puede ser de dudosa procedencia provocando errores en el contenido y falsas interpretaciones. Hoy en día es el medio que más está innovando en cuanto a comunicación para la salud. Además, desde la popularización de los blogs, redes sociales como *Facebook*, *Twitter*, *Instagram* y otros sitios *web* dedicados a compartir videos como *YouTube* en donde se dispone de espacios para participación y comunicación con los ciudadanos que suponen una excelente forma de complementar los canales clásicos de comunicación.⁵⁵ Fig. 27



Fig. 27 Uso de las redes sociales para la divulgación de la educación, un método muy utilizado hoy en día y gracias a que se ha vuelto viral más personas tienen acceso a la información sobre la educación para la salud.⁵⁸

La comunicación y educación se vuelven, cada vez más, un binomio inseparable, por encima mismo de los propios medios, técnicas e instrumentos comunicativos empleados, y esto fortalece, enriquece y

modifica, en forma consciente e informada, conocimientos, actitudes y/o comportamientos a favor de la salud.

Pero también resulta obvio que ligado a dichos objetivos está la de formar opinión o influir en ella mediante la concienciación, sensibilización, movilización.

Esto adquiere si cabe mayor importancia en la era de la tecnología de la información y comunicación. Debe aprovecharse esa accesibilidad universal e inmediata por parte de la población para que cale el mensaje de que la Promoción de la Salud debe ser un valor en la sociedad en general. Y de este modo, a través de una participación activa y consciente de la comunidad lograremos fomentar el autocuidado de la salud.⁵⁵

CONCLUSIONES

Para concluir podemos decir, que la promoción de la salud está en declive ya que la prevalencia de caries va en aumento, debido a una mala alimentación, cuidados en etapas tempranas y al estrés con el que se vive hoy en día.

El estudiante de odontología juega un papel importante como educador para la salud ya que desde los inicios de la carrera tiende a promocionar la salud en su entorno social, es nuestro deber ser los emisores de la promoción ya que muchas veces dejamos de lado la promoción y nos enfocamos en la cavidad oral, sin tomar en cuenta que, para tener una buena salud oral es importante cambiar hábitos nocivos como son la mala alimentación y falta de higiene como principales factores, y para ello tenemos que enfocarnos más en la educación de nuestros pacientes.

Los profesionales de la salud en conjunto con los padres deben formar un equipo en el que, si uno de los integrantes no coopera, el objetivo de la educación no será exitoso.

Una propuesta para mejorar la educación para la salud en la Facultad de Odontología es colocar pantallas en donde se reproduzcan videos sobre las pautas necesarias para cambiar nuestros hábitos y así lograr tener una salud oral en óptimas condiciones.

También propongo la utilización de trípticos de las diferentes áreas, por ejemplo, en pediatría en donde su contenido sea una pequeña introducción de lo que es la caries, los factores de riesgo, las medidas preventivas para evitar esta afección (en bebés y niños), y con ello reforzar el conocimiento de los padres sobre la salud bucodental de sus hijos, tomando en cuenta que el contenido del tríptico debe estar diseñado con un lenguaje claro y entendible para la población a la que va dirigido. Con ello eliminaríamos los tabúes como: “los dientes de leche

no importan” y “el cepillado se realiza hasta la aparición de todos los dientes”.

Con relación a lo anterior podemos mencionar que el educador para la salud juega un papel muy importante en odontología desde las primeras etapas del ser humano debido a que la caries de la infancia temprana es una afección que puede ser prevenida siempre y cuando el educador cumpla con su misión que es el transmitir el conocimiento a los padres de familia, tutores o quienes estén al cuidado de los niños y con ello se logre una salud bucodental óptima desde los primeros años de desarrollo de los bebés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Palomer R L. Caries dental en el niño: Una enfermedad contagiosa. Revista chilena de pediatría. febrero de 2006;77(1):56-60.
- ² Barrancos Mooney J, Barrancos PJ. Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética. 5ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2015. Pp.24-79
- ³ <http://southcenterpediatricdental.com/category/tooth-decay/>
- ⁴ Guedes-Pinto AC, Bonecker MJS, Rodrigues CRMD, Crivello Junior O. Odontopediatría. S. o Paulo: Santos; 2009. Pp.133-138
- ⁵ <https://www.clinicaferrusbratos.com/wp-content/uploads/Placa-bacteriana.jpg>
- ⁶ Boj Quesada JR. Odontopediatría: la evolución del niño al adulto joven. Madrid: Ripano; 2011. Pp.211-214, 315-323
- ⁷ <https://steemit.com/stem-espanol/@teregogfrey/caries-de-la-infancia-temprana>
- ⁸ Montero Canseco D, López Morales P, Castrejón Pérez RC. Prevalencia de caries de la infancia temprana y nivel socioeconómico familiar. Revista odontológica mexicana. junio de 2011;15(2):96-102.
- ⁹ Elías Podestá M. Odontología para bebés: fundamentos teóricos y prácticos para el clínico. Madrid: Ripano; 2013. Pp.132-179
- ¹⁰ Arango MC, Baena GP. Caries de la infancia temprana y factores de riesgo. Revista Estomatología [Internet]. 1 de junio de 2004 [citado 18 de septiembre de 2018];12(1). Disponible en: <http://estomatologia.univalle.edu.co/index.php/estomatol/article/view/206>

-
- ¹¹ Alonso-Noriega MJ, Karakowsky L. Caries de la infancia temprana. *Perinatología y Reproducción Humana* 2009;23(2):90-7.
- ¹² Dean JA, McDonald RE, Avery DR, Rodriguez J. Odontología para el niño y el adolescente de McDonald y Avery. 9na ed. 2014. Pp 177-188, 213-241
- ¹³ Aguilar-Ayala FJ, Duarte-Escobedo CG, Rejón-Peraza ME, Serrano-Piña R, Pinzón-Te AL. Prevalencia de caries de la infancia temprana y factores de riesgo asociados. *Acta pediátrica de México*. agosto de 2014;35(4):259-66.
- ¹⁴ Maldonado Ramirez MA, González Hernández A, Huitzil Muñoz EE, Isassi Hernández H, Reyes Flores R.. Lactancia materna y caries de la infancia temprana. *Revista de odontopediatría latinoamericana*. 2016. 6(2), 90-98.
- ¹⁵ <http://3.bp.blogspot.com/-vFpimoAxrUA/UKpCswz-EI/AAAAAAAAABI/irCWe-Huee4/s1600/chocolatada87.jpg>
- ¹⁶ <https://curiosidadental.blogspot.com/2017/04/no-mas-caries-si-vemos-una-ninoa.html>
- ¹⁷ <https://www.cannypic.com/es/free-vector/baby-drinking-milk-in-feeding-bottle-180921>
- ¹⁸ <http://full-assistance.wixsite.com/alianzaseguros/single-post/2015/07/16/La-lactancia-materna-y-sus-beneficios>
- ¹⁹ https://es.123rf.com/photo_16393734_muchacho-que-come-dulces-ilustraci%C3%B3n-c%C3%ADrculo.html
- ²⁰ <http://insteractua.ins.gob.pe/2016/12/salud-oral-video.html>
- ²¹ <http://mujerdiosa.blogspot.com/2010/10/para-dar-no-es-necesario-ser-rico.html>

-
- 22 <https://www.odontoespacio.net/noticias/transmision-de-streptococcus-mutans-en-ninos-ocurre-dentro-y-fuera-del-nucleo-familiar/>
- 23 Corrêa MSNP, Valério S, editores. Salud bucal del bebé al adolescente: guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de salud y los educadores. Sao Paulo: Livraria Santos; 2009. Pp. 15-106
- 24 <http://i1.wp.com/nutricampeones.com/wp-content/uploads/2014/02/plato-del-bien-comer-nutricampeones.png>
- 25 <http://www.lohechoenmexico.mx/sociedad-cooperativa-trabajadores-de-pascual-s-c-l/>
- 26 Castillo Mercado R, López Gómez R, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Departamento Académico de Estomatología del Niño y del Adolescente. Estomatología pediátrica. Madrid: Ripano; 2011. Pp. 103-107
- 27 Walter LR de F. Odontologia para o bebê: odontopediatria do nascimento aos 3 anos [Internet]. São Paulo: Artes Médicas, Divisão Odontologia; 1999 [citado 24 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://books.google.com/books?id=3flpAAAAMAAJ> Pp.107-122
- 28 Barbería Leache E. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. Madrid: Ripano; 2014. Pp.84-87
- 29 <https://i2.wp.com/k61.kn3.net/taringa/3/A/D/B/B/F/Anibal9202/714.jpg?ssl=1>
- 30 <https://www.bebesymas.com/ser-padres/los-padres-deberian-pensarse-dos-veces-besar-a-sus-hijos-en-los-labios-segun-una-psicologa>
- 31 https://t3.ftcdn.net/jpg/01/39/72/20/500_F_139722037_MzydVD5EeI0xFoh1ATz3mMlzGqICkt3w.jpg

-
- 32 <https://www.odontobebe.odontovida.com/2010/02/conozca-la-caries-rampante.html>
- 33 Bouza Vera M, Martínez Abreu J, Carmenate Rodríguez Y, Betancourt González M, García Nicieza M. El embarazo y la salud bucal. *Revista Médica Electrónica*. agosto de 2016;38(4):628-34.
- 34 De la Fuente Hernández J, Sifuentes Valenzuela MC, Nieto Cruz ME. Promoción y educación para la salud en Odontología. México D.F: El Manual Moderno; 2014. Pp. 34-84
- 35 <https://www.natalben.com/semanas-de-embarazo>
- 36 http://www.aeped.es/sites/default/files/guia-lactancia-2014_la_rioja.pdf
- 37 Alvarez Alva R. Salud pública y medicina preventiva. 3ra ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2002. Pp. 219-247
- 38 <https://espanol.babycenter.com/blog/mamas/como-crear-una-foto-de-lactancia-con-el-arbol-de-la-vida-treeoflife/>
- 39 <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%20beneficios%20manual.pdf>
- 40 González GE. Orientational guidelines for health professionals for oral health in early childhood. *Acta odontológica Columbiana*, 2013 3(2), 103-118.
- 41 <http://comunidad-pediatria-unachi.blogspot.com/2013/02/indicadores-de-agarre-correcto-al-pecho.html>
- 42 Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y de la Asociación Canadiense de Salud Pública. (s.f.). *Secretaria de Salud*. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ottawa.html>

-
- ⁴³ Álvarez Alva R, Kuri-Moreles PA, Mendoza Murillo CA. Salud pública y medicina preventiva. 4ta ed. México, D.F.: El Manual Moderno; 2015. Pp. 35-46
- ⁴⁴ <http://centroessencia.com/evento/taller-de-alimentacion-y-salud/>
- ⁴⁵ Cuenca Sala E, Baca García P. Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. 4ta ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. Pp.205-228, 255,260
- ⁴⁶ Higashida Hirose BY. Educación para la salud. 2da ed. México: McGraw-Hill; 2005. Pp. 1-15
- ⁴⁷ Ocampo-Rivera DC, Arango-Rojas ME. La educación para la salud: "Concepto abstracto, práctica intangible". Rev Univ. salud. 2016;18(1):24-33.
- ⁴⁸ Greene W, Simons-Morton B. Educación para la salud. México D.F.: Interamericana 1988. Pp.4-33
- ⁴⁹ Trujillo A, Venth A, Morry C, Valbuena Sosa D, Brotherston D. *The Communication Initiative Network*. 2005. Obtenido de <http://www.comminet.com/la/node/192683>
- ⁵⁰ Figueroa Espitia Y, Enriquez Sanders G, Vera Serna D, Hernández Ramírez B. *Odontología pediátrica actual*. 2015. España: Master Books.
- ⁵¹ Palma C, Cahuana A. Guidelines for Oral Health Ouring Early Childhood. *Odontología pediátrica*, 2010. 9(2), 179-189. Recuperado el 2 de Octubre de 2018, de <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v9n2/a7.pdf>
- ⁵² Vitoria Miñana I. Promoción de la salud bucodental. *Pediatría Atención Primaria*. septiembre de 2011;13(51):435-458.
- ⁵³ <https://bbluv.com.mx/product/sonik-cepillo-de-dientes-sonico-2-etapas-para-bebe/>
- ⁵⁴ Méndez, A.. Metodología y técnicas de educacion para la salud . 1991. Bogotá.

⁵⁵ Moncada PAM. LA PROMOCION DE LA SALUD Y LOS MEDIOS DE COMUNICACION [Internet]. Blog Promoción de la Salud Comunitaria. [citado 24 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.easp.es/web/blogps/2018/05/15/la-promocion-de-la-salud-y-los-medios-de-comunicacion/>

⁵⁶ <http://ampareinasofia.org/programa-educacion-para-la-salud-higiene-bucodental/>

⁵⁷ <https://profetics13.jimdo.com/nineth/first-term/content-1/>

⁵⁸ https://www.google.com.mx/url?sa=i&source=images&cd=&ved=2ahUKewiciNLlz5_eAhWVnoMKHYR4DzAQjRx6BAgBEAU&url=https%3A%2F%2Fsolomarketing.es%2Fel-uso-de-las-redes-sociales-en-espana%2F&psig=AOvVaw1kA7Az8_T7Z0au_VlvkRwO&ust=1540489244917484