



## Metodología estratégica para la participación de los padres en los cuidados de la salud bucal de niños preescolares

Rita Navas P.<sup>1</sup>, Carmen Julia Álvarez<sup>1</sup>, Thaís Rojas-Morales<sup>2</sup> y Olga Zambrano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Área de Epidemiología y Práctica odontológica. <sup>2</sup>Área de Clínica y Patología.  
Instituto de Investigaciones, Facultad de Odontología, Universidad del Zulia.  
Maracaibo, Venezuela

### Resumen

**Objetivo:** Evaluar la efectividad de una metodología estratégica para la participación de los padres en los cuidados de la salud bucal de niños preescolares. **Metodología:** Muestra constituida por 32 padres y sus niños, provenientes de un preescolar público del municipio Maracaibo, estado Zulia, Venezuela. Se establecieron las condiciones bucales de los preescolares antes y después de la aplicación del método, determinando caries inicial y manifiesta, índice de placa e índice gingival. Se utilizó el Método Altadir de Planificación Popular para impulsar la participación de los padres, propiciándose la discusión sobre la salud bucal, se partió de la selección de un problema, para identificar sus causas, nudos críticos, actores relevantes, y se diseñaron operaciones y acciones para enfrentarlo. **Resultados:** La caries manifiesta, sin tratar, se reportó en un 56.3% de los niños antes de la aplicación del método, disminuyendo a un 15.6% ( $P < 0.05$ ) posterior a su aplicación. El índice gingival e índice de placa se redujo de 0.65 a 0.37 ( $P < 0.05$ ) y de 1.12 a 0.59 ( $P < 0.05$ ) respectivamente. **Conclusión:** Después de la aplicación de la metodología se produjeron cambios significativos en las condiciones de salud bucal de los niños preescolares, resultando factible y viable la aplicación de la misma en otros contextos y adecuándola a cada realidad.

**Palabras clave:** Educación en salud bucal, preescolares, participación de los padres.

\* Autor para correspondencia: Rita Navas P. Calle 65 con Av. 19. Edificio Ciencia y Salud. 3er piso. Código postal 4002. Teléfono 0261 7597346. Fax 0261 7597347. ritaminp@yahoo.com

## *A Strategic Methodology for the Participation of Parents in Oral Health Care in Pre-School Children*

### Abstract

**Objective:** To evaluate the efficacy of a strategic methodology in the participation of parents in oral health care in pre-school children. **Methodology:** The sample was composed of 32 parents and their children from a public kinder garden in Maracaibo, Zulia State. The oral conditions of the kindergardeners were established before and after applying the methodology. The presence of decay, the plaque index and the gingival index were determined. The Altadir Method of popular planning (MAPP) was used in order to promote the participation of parents and motivate discussion about oral health problems, starting with the selection of a problem in order to identify its causes, critical interactions, and relevant actors, and then designing operations and actions to confront it. **Results:** Decay was reported in 56.3% of children before the participation of parents, it diminished to 15.6% ( $P < 0.05$ ) after the participation of parents. The gingival index and plaque index were reduced from 0.65 to 0.37 ( $P < 0.05$ ) and from 1.12 to 0.59 ( $P < 0.05$ ) respectively. **Conclusions:** Meaningful changes in the oral conditions of these children occurred after using the method, which makes use of those encouraging and viable methodologies, as well as the application of the same in other contexts when modified to each context and reality.

**Key words:** Participation of parents, oral care, preschool children.

### Introducción

Los conceptos de participación en salud han evolucionado paralelamente a las transformaciones de las políticas y sistemas de salud. La Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup> señala que la participación de grupos organizados, entre ellos las comunidades, debe darse en las deliberaciones, la toma de decisiones, el control y la responsabilidad con respecto a la atención de la salud. Esta organización estableció en el año 2000<sup>2</sup> como una función esencial de la salud pública, la “participación social y el refuerzo del poder (*empowerment*) de los ciudadanos en salud” y plantea que puede expresarse a través de la participación de la comunidad organizada en programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilita-

ción de la salud. Wallerstein<sup>3</sup> considera que una de las principales estrategias para desarrollar el *empowerment* (empoderamiento o apoderamiento) de las poblaciones locales, es la de involucrar a las propias poblaciones en proyectos de investigación-acción participativa, para disponer de diagnósticos reales que contengan la perspectiva de los interesados. Fernández y González<sup>4</sup> señalan que “la participación debe surgir de una planificación a partir de las necesidades sentidas de una comunidad y de un proceso reflexivo que incorpore al mayor número posible de miembros de dicha comunidad”. Desde esta perspectiva, se hace imprescindible entonces, la utilización de metodologías estratégicas participativas que eliminen la tendencia de “arriba, hacia abajo” según la cual se formulan programas

ignorando totalmente la percepción y participación de sus usuarios de la situación problema sobre la cual se pretende actuar y modificar. Briceño<sup>5</sup> señala que muchos de los programas de salud han sido diseñados y ejecutados *para* la población; el reto de la participación, es poder hacer que estos programas sean elaborados y aplicados *con* la población, es decir entre funcionarios del Estado, del Ministerio de Salud o de las instancias locales y la población en riesgo

La efectividad o impacto que tiene la participación de los individuos en los programas de salud bucal ha sido abordada en diversos estudios, uno de ellos, es el de Watson y col.<sup>6</sup> quienes reportaron la planificación, implementación y evaluación de un proyecto de participación comunitaria en salud oral en una comunidad de vecinos latinos de Washington D.C. Las necesidades evaluadas por esta comunidad permitieron identificar problemas de salud bucal en los niños, así como deficiencias en las prácticas y conocimientos de los padres respecto a la salud bucal. Rong y col.<sup>7</sup> evaluaron la efectividad de un programa de educación y promoción de salud bucal en niños preescolares que incluyó la participación de los padres, sus resultados reportaron disminución en el índice ceo.

El propósito de este estudio fue evaluar la efectividad de una metodología estratégica para la participación de los padres en los cuidados de la salud bucal de niños preescolares, mediante la evaluación del índice de placa, índice gingival y prevalencia de caries no tratadas antes y después de la intervención.

## Participantes y métodos

### Participantes

Un total de 32 niños y sus padres fueron incluidos en el estudio, el cual se realizó en el Preescolar público "Fuerzas Armadas de Cooperación" de la parroquia Cecilio Acosta del

municipio Maracaibo- estado Zulia, Venezuela durante un periodo de 16 meses. Los niños tenían un rango de 3 a 5 años de edad, y un promedio de 4.5 años. El 62.5% era del sexo masculino y 37.5% del sexo femenino.

Cada uno de los padres de los niños que participaron en el estudio, firmaron un informe de consentimiento luego de explicarles el propósito del mismo.

Los padres de los niños tenían un rango de edad de 22 a 45 años y un promedio de 31.3 años. El 27 % de los padres tenía grado de instrucción universitario, 21% técnico superior, 36% secundaria completa, 9% secundaria incompleta y 7% educación primaria.

### Metodología estratégica

Para lograr la participación de los padres en los cuidados de salud bucal de los niños del preescolar, se utilizó el método Altadir de Planificación Popular<sup>8</sup> (MAPP) el cual tiene su fundamento en la planificación estratégica situacional. Este es un método creativo diseñado para guiar la discusión de los problemas en grupos y comunidades, propone que estos grupos identifiquen y seleccionen sus problemas, los jerarquicen y asuman el compromiso de enfrentarlos definiendo estrategias, operaciones y acciones para hacerlo. Se aplicaron 12 pasos del método (Tabla 1).

### Evaluación clínica

Antes y después de la aplicación de la metodología estratégica, se realizaron exámenes odontológicos a los niños seleccionados para el estudio, utilizando luz natural, espejo bucal plano y una sonda periodontal WHO. Se consideró un periodo de 3 meses entre las evaluaciones antes y después, correspondientes a las vacaciones por finalización del año escolar.

Las evaluaciones clínicas fueron realizadas por un odontólogo entrenado y calibrado

Tabla 1. Método Altadir de Planificación Popular (MAPP).

Pasos	Definición
1. Selección de los problemas	Identificación, y jerarquización de los problemas para seleccionar los más relevantes y comenzar el diseño del plan.
2. Precisión del problema	Descripción del problema en grupos de discusión y análisis, identificando los síntomas o descriptores del mismo.
3. Explicación del problema	Proceso de análisis y discusión generado para precisar las causas del problema y sus interrelaciones estableciendo las consecuencias del mismo. El producto de estas actividades es la elaboración de un "árbol explicativo" sintético y preciso del problema.
4. Diseño de la situación objetivo	Discusión en grupo de los objetivos alcanzables. Es la definición de la situación deseable para los actores que explican el problema. Cambiar la situación inicial problema por una situación objetivo distinta, real y factible.
5. Selección de nudos críticos	Se identifican y seleccionan los nudos críticos del problema, reflejados y jerarquizados en el árbol explicativo.
6. Diseño de operaciones	Para enfrentar y disolver cada nudo crítico seleccionado, se establece un conjunto de operaciones que serán realizadas mediante una serie de acciones coherentes y específicas (actos de intervención).
7. Definición de responsables por operaciones	Designación de responsables para la ejecución de las operaciones y acciones y para responder por los resultados de las mismas. Esto permite el monitoreo y seguimiento del Plan.
8. Identificación de actores relevantes	Se identifica a los actores sociales involucrados en el problema y se precisa su interés por resolverlo.
9. Presupuesto para el plan	Este presupuesto se hace por operaciones, en el caso de que ellas exijan recursos económicos, trabajo comunitario equipos y otros.
10. Definición de los recursos y de quien los controla	Se requiere identificar los recursos y los actores que los controlan. Ello permite el diseño de operaciones para atacar los nudos críticos.
11. Selección de trayectorias	Establecer la secuencia en la que se realizarán las operaciones, lo que influye en la viabilidad y calidad del plan.
12. Sistema de petición y rendición de cuentas	Este sistema involucra la exigencia del compromiso y desempeño de cada responsable por operación. Califica el esfuerzo en relación con las metas alcanzadas.

para el manejo de los criterios de caries inicial (criterios de Grinddeford<sup>9</sup>), caries manifiesta (Koch<sup>10</sup>), índice de placa (Silness y Loe<sup>11</sup>) e índice gingival (Loe y Silness<sup>12</sup>). La confiabilidad intraexaminador fue determinada mediante la aplicación del coeficiente de Kappa obteniéndose 0.90 para el índice de placa e índice gingival y de 0.89 para caries.

La caries inicial se registró cuando se observó desmineralización de la superficie dental con pérdida de translucidez, (criterios de Grinddeford<sup>9</sup>) y se consideró caries manifiesta sin tratar, según los criterios de Koch<sup>10</sup> quien la define como el mínimo nivel que puede ser verificado en una cavidad o fisura detectable por sondeo o con retención del explorador bajo ligera presión.

Se evaluó la higiene oral utilizando el índice de placa de Silness y Loe<sup>11</sup>; para ello se examinó a los niños tres veces en días consecutivos, antes de la intervención y tres veces posterior a ella, el valor del índice para cada momento (antes-después) fue el resultado de promediar los valores obtenidos de las evaluaciones.

Para el índice Gingival e índice de placa se evaluaron los dientes primarios 54-64-74-84-81-71. La evaluación gingival se realizó usando el Índice de Loe y Silness<sup>12</sup>.

#### Análisis estadístico

La asociación entre las variables antes y después de la aplicación del método, fue contrastada aplicando el test de Wilcoxon para gingivitis y placa; y chi-cuadrado para caries, con un nivel de significancia del 5% para ambos test.

## Resultados

### Paso 1: Selección de los problemas

Después de determinadas las condiciones de salud bucal de los niños en estudio, se

efectuaron reuniones con un grupo de 32 padres y representantes para darles a conocer los resultados colectivos e individuales de las evaluaciones odontológicas realizadas a los preescolares. En la aplicación de este paso no se cumplió con la identificación y jerarquización de los problemas, por cuanto ya los padres habían solicitado a la institución educativa su intervención para orientarlos y ayudarlos a abordar lo relacionado con la salud bucal de sus niños; por ello, solamente se presenta un problema el cual fue identificado como “inadecuados cuidados de salud bucal de los niños del Preescolar de las Fuerzas Armadas de Cooperación” de la parroquia Cecilio Acosta, municipio Maracaibo, estado Zulia, Venezuela.

### Paso 2: Precisión del problema

Los padres participantes identificaron como síntomas o descriptores del problema los siguientes:

- DP<sub>1</sub>: 65.6% de los niños presentó gingivitis grado 1
- DP<sub>2</sub>: 87.5% mostró placa grado 1
- DP<sub>3</sub>: 56.3% de los preescolares presentaron caries manifiesta
- DP<sub>4</sub>: 25.0% registró Caries inicial
- DP<sub>5</sub>: Ningún niño tenía dientes obturados.

### Paso 3: Explicación del problema

Se generó un proceso de análisis y discusión para precisar las causas del problema y sus interrelaciones estableciendo posteriormente las consecuencias. El producto fue la elaboración de un “árbol explicativo” (Figura 1) sintético y preciso del problema.

### Paso 4: Diseño de la situación objetivo

La situación objetivo establecida como “Adecuados cuidados de salud bucal de los niños del Preescolar Fuerzas Armadas de

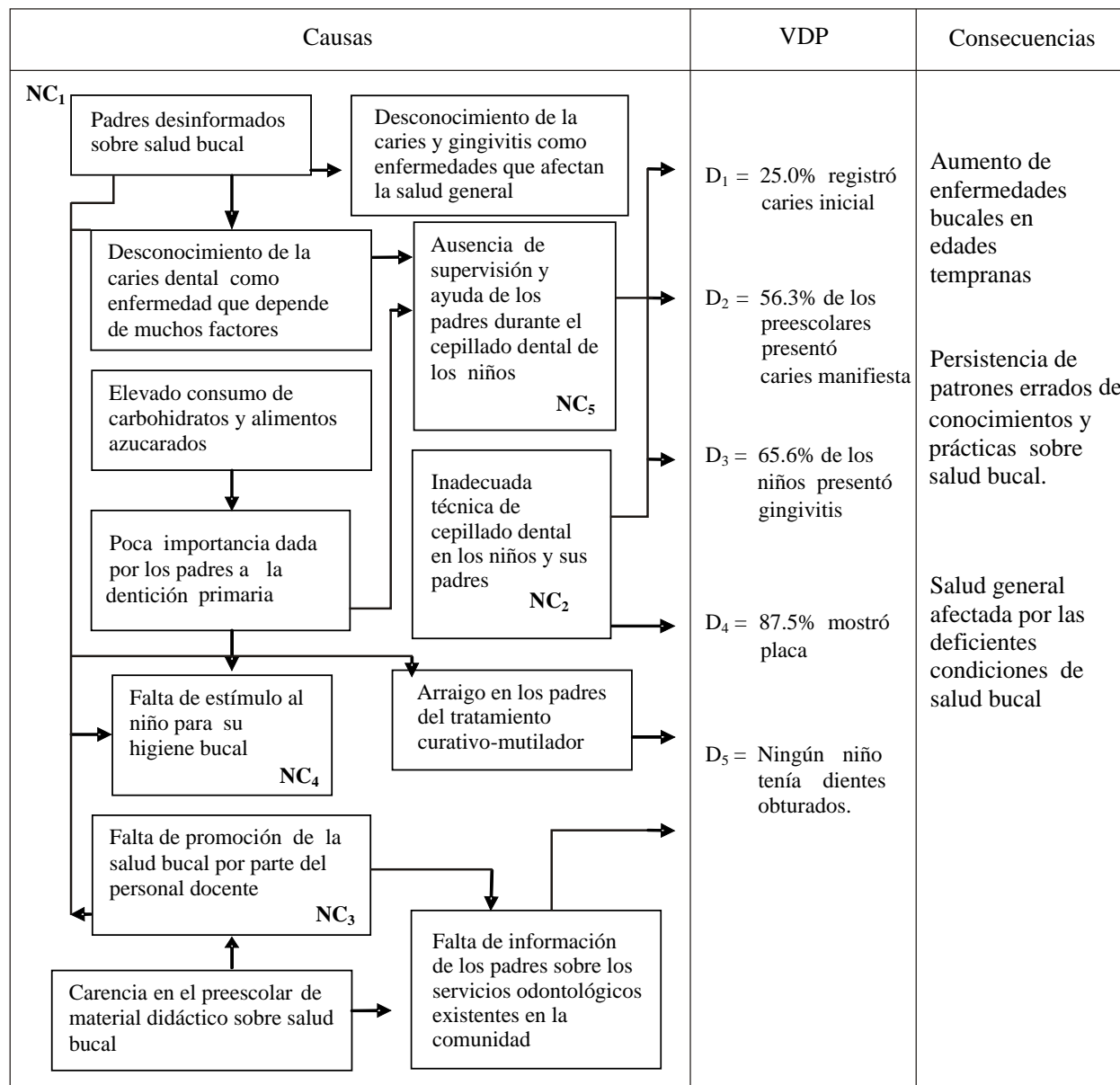


Figura 1. Árbol explicativo.

**Problema:** Inadecuados cuidados de salud bucal de los niños del Preescolar Fuerzas Armadas de Cooperación, parroquia Cecilio Acosta, municipio Maracaibo, estado Zulia, Venezuela.

**Actor que explica:** Padres de los niños del Preescolar.

Cooperación” de la parroquia Cecilio Acosta, municipio Maracaibo, Zulia, Venezuela.

Paso 5: Selección de los nudos críticos  
 Luego de la elaboración del árbol explicativo, los padres participantes comenzaron

la discusión y discernimiento sobre cuales debían ser los nudos críticos del problema y sobre los cuales pudieran tener capacidad de intervención, después de este proceso de reflexión y análisis seleccionaron los siguientes nudos críticos:



- NC<sub>1</sub>: Padres desinformados sobre la importancia de la salud bucal y de los factores de riesgo que contribuyen en la presencia de caries, placa y enfermedad periodontal.
- NC<sub>2</sub>: Incorrecta aplicación de las técnicas de cepillado tanto por los padres como por los niños.
- NC<sub>3</sub>: Falta de promoción sobre la salud bucal en la institución educativa.
- NC<sub>4</sub>: Falta de estímulo al niño para la realización de su higiene bucal.
- NC<sub>5</sub>: Ausencia de supervisión y ayuda del adulto en la realización de las prácticas de higiene bucal del niño.

#### Pasos 6 y 7: Diseño de operaciones y definición de responsables

Se conformaron grupos para la realización de acciones específicas derivadas de las operaciones. A cada operación se le asignó uno o dos responsables dependiendo de la complejidad y necesidad de recursos; estas fueron:

- OP<sub>1</sub>: Búsqueda guiada utilizando medios como Internet, revistas y material de promoción de empresas de dentífricos comerciales, sobre información relacionada con la salud bucal. Responsables: padres y representantes, investigadores de la Facultad de Odontología, Universidad del Zulia.
- OP<sub>2</sub>: Reuniones para la selección y discusión de los contenidos de la información. Responsables: padres y representantes, investigadores de la Universidad del Zulia.
- OP<sub>3</sub>: Elaboración de un cronograma de actividades definiendo días, temáticas, recursos humanos y logísticos a utilizar para el dictado de las charlas. Responsables: padres y representantes y personal docente del preescolar.
- OP<sub>4</sub>: Solicitud al Instituto de Investigaciones de la Facultad de Odontología (IIFO) del dictado de charlas educativas e informativas sobre cuidados de la dentición decidua y permanente, traumatismos dentales infantiles, factores de riesgo y terapéutica de la caries dental en niños preescolares. Responsables: padres y representantes y personal directivo del preescolar.
- OP<sub>5</sub>: Elaboración de cartelera informativas. Responsables: niños, padres y representantes, investigadores de la Universidad del Zulia y Personal Docente del Preescolar.
- OP<sub>6</sub>: Elaboración de boletines y trípticos informativos, sobre salud bucal. Responsables: padres y representantes, personal docente del preescolar, investigadores de la Universidad del Zulia.
- OP<sub>7</sub>: Instrucciones y prácticas guiadas de la técnica de cepillado dental a los padres y niños sobre un macromodelo dental. Responsables: Investigadores de la Universidad del Zulia Niños, Padres y representantes, docente del preescolar.
- OP<sub>8</sub>: Realización de sesiones de cepillado dental mediante prácticas guiadas y supervisadas a fin de efectuar eliminación, la mecánica de la placa dental y afianzar el aprendizaje de la técnica de cepillado. Responsables: niños, padres y representantes, investigadores de la Universidad del Zulia.
- OP<sub>9</sub>: Realización de actividades relacionadas con la salud bucal en las aulas de clases (juegos, dibujos, crucigramas, premios, sorpresas y celebración de semana de la salud bucal). Responsables: Investigadores de la Universidad del Zulia, niños, padres y representantes, docente del preescolar.

- OP<sub>10</sub>: Conformación de un grupo de títeres y teatro, presentando obras alusivas a la salud bucal cuyo guión, elaboración de títeres, presentación y representación oral de los personajes fue realizada por los padres representantes y niños. Responsables: niños, padres y representantes.
- OP<sub>11</sub>: Exposición de videos sobre salud bucal a los niños en las aulas de clases. Responsables: docente del preescolar.
- OP<sub>12</sub>: Aplicaciones tópicas de flúor a los niños en el preescolar. Responsables: Odontólogos del Programa Clínicas Móviles de la alcaldía de Maracaibo.
- OP<sub>13</sub>: Levantamiento de un censo de los establecimientos de salud públicos y privados que disponen de servicios odontológicos, ubicados en la parroquia donde se encuentra el preescolar así como en las parroquias aledañas. Responsables: padres y representantes quienes establecieron contactos con los jefes de servicios de estas instituciones y de otras que disponen de servicio de odontopediatría en el municipio Maracaibo, estado Zulia.
- OP<sub>14</sub>: Elaboración y difusión de volantes y trípticos informativos al resto de la comunidad con la información obtenida en el censo. Responsables: padres y representantes, docentes del preescolar.
- OP<sub>15</sub>: Asistencia de los niños a las consultas odontológicas de los servicios de salud de las parroquias aledañas, acompañados de sus padres, para recibir tratamiento curativo y restaurador.

#### Paso 8: Presupuesto

Los padres elaboraron un cuadro donde por cada operación se definió el número de horas requeridas de trabajo comunitario y los aportes económicos tanto de los padres como de la institución educativa. El número total de

horas aproximadas fue de 1920 y el aporte económico de Bs. 855.000

#### Paso 9: Identificación de actores relevantes y su interés

Los padres identificaron como actores relevantes a los niños, padres, docentes, personal Directivo del Preescolar y a los investigadores de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, concediéndoles un alto interés por la resolución del problema. También identificaron como otros actores importantes a los Odontólogos que se desempeñan en los servicios públicos y privados ubicados en la parroquia, los odontólogos de la clínica móvil de la Alcaldía de Maracaibo y a los representantes de las compañías de dentífricos comerciales, señalando en estos un interés moderado.

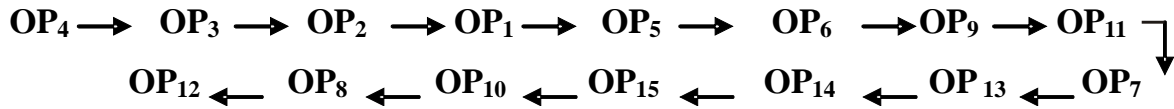
#### Paso 10: Definición de los recursos y de quien los controla

El conocimiento fue definido como recurso y su control fue identificado en los docentes e investigadores del Instituto de Investigaciones de la Universidad del Zulia, el personal docente del preescolar y los odontólogos de la Compañía Colgate-Palmolive® así mismo se definieron otros recursos como equipos audiovisuales (retroproyectores, proyectores de diapositivas, televisores, VHS) y materiales de oficina bajo el control del personal directivo y docente del Preescolar. Los equipos (computadoras con acceso a Internet) para la búsqueda de información y los materiales utilizados en la elaboración de las carteleras, obras de teatro, títeres y juegos también fueron considerados y su control reconocido en los padres y representantes.

#### Paso 11: Selección de trayectorias

Se seleccionó como la mejor trayectoria posible la siguiente:





### Paso 12: Sistema de petición y rendición de cuentas

Los padres elaboraron un formato en el cual se contemplaban los aspectos referidos a nombre de la operación, responsable de la misma, resultados que se esperaban, resultados obtenidos, causas del incumplimiento de la operación y decisión tomada.

### Condición bucal de los preescolares. Caries dental, placa bacteriana y gingivitis

Del total de niños examinados, el 18.8 % estaba libre de caries antes y después de la participación de los padres. La caries inicial no presentó modificaciones manteniéndose en un 25% de los niños. La caries manifiesta mostró cambios significativos ( $P < 0.05$ ) después de la participación de los padres, disminuyendo de 56.2% a un 15.6%. Igualmente el porcentaje de niños con dientes obturados pasó de 0.0 a 40.6% (Tabla 2).

La Tabla 3 muestra los hallazgos en relación a la placa bacteriana; se observaron cambios significativos ( $P < 0.05$ ), evidenciándose un 40.6 de preescolares sanos posterior a la aplicación de la metodología estratégica de participación de padres, así como una disminución de 87.5% a 59.4% de los individuos ubicados en el grado 1. El índice total de placa se redujo de 1.12 a 0.59.

En cuanto a gingivitis, al comparar los resultados obtenidos antes y después del MAPP (Tabla 4), se pudo observar que el porcentaje de niños sano aumentó de 34.4 % a 62,2%. El grado 1 que reportó mayor porcentaje (65.6%) disminuyó a 37.5%; así mismo el índice gingival total disminuyó de 0.65 a 0.37.

### Discusión

La caries manifiesta mostró una alta prevalencia en los individuos antes de aplicar la metodología estratégica (MAPP) coincidiendo con lo reportado por autores como Wyne y col.<sup>13</sup> quienes encontraron un importante número de preescolares con caries en la ciudad de Al-Ahsa de Arabia Saudita; Peressini y col.<sup>14</sup> que reportaron 75% de niños entre 3 y 5 años con una o más lesiones cariosas en el distrito Manitoulin de Ontario Canada y Menghini y col.<sup>15</sup> cuyos hallazgos evidenciaron 45% de caries en la dentición decidua en niños de 5 años.

Igualmente, se observó que los niños de nuestro estudio no tenían dientes obturados antes de la participación de sus padres, coincidiendo con lo encontrado por Albert y col.<sup>16</sup> que evidenciaron un 91% de caries no tratadas en niños de 3-4 años en una población predominantemente hispana y afroamericana del norte de Manhattan.

Después de aplicar MAPP<sup>8</sup> se produjo una importante reducción de niños con caries sin tratar, y un aumento significativo de dientes obturados. Al relacionar la variable caries manifiesta antes y después, ésta fue estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ). La reducción muestra la efectividad de la utilización de esta estrategia coincidiendo con Rong y colaboradores<sup>7</sup> quienes encontraron disminución en el índice ceo-d después de la participación de los padres en un programa de promoción de salud bucal en niños preescolares.

La caries inicial no mostró variaciones antes y después, lo que quizás pudiera ser indicativo de la detención del proceso carioso ya

Tabla 2. Caries dental en niños preescolares antes y después de la aplicación del MAPP.

Pacientes	Antes del MAPP		Después del MAPP	
	n	%	n	%
Sanos	06	18.8	06	18.7
Caries manifiesta	18	56.2 <sup>a</sup>	05	15.6 <sup>b</sup>
Obturados	00	0.00 <sup>a</sup>	13	40.6 <sup>b</sup>
Caries inicial	08	25.0	08	25.0
Total	32	100.0	32	100.0

Fuente: Instrumento clínico. a y b: valores diferentes (P < 0,05).

Tabla 3. Placa bacteriana en niños preescolares antes y después de la aplicación del MAPP.

Pacientes	Antes del MAPP		Después del MAPP	
	n	%	n	%
Sanos	11	34.4 <sup>a</sup>	20	62.5 <sup>b</sup>
Grado 1	21	65.6 <sup>a</sup>	12	37.5 <sup>b</sup>
Grado 2	00	0.00	0.0	0.00
Grado 3	08	25.0 <sup>a</sup>	0.0	0.00 <sup>b</sup>
Total	32	100.0	32	100.0

Fuente: Instrumento clínico. a y b: valores diferentes (P < 0,05).

Tabla 4. Gingivitis en niños preescolares antes y después de la aplicación del MAPP.

Pacientes	Antes del MAPP		Después del MAPP	
	n	%	n	%
Sanos	00	0.00	13	40.6 <sup>b</sup>
Grado 1	28	87.5 <sup>a</sup>	19	59.4 <sup>b</sup>
Grado 2	04	12.4 <sup>a</sup>	00	0.00
Grado 3	00	0.00	00	0.00
Total	32	100.0	32	100.0

Fuente: Instrumento clínico. a y b: valores diferentes (P < 0,05).

que se interfirió su evolución con la adopción de medidas mayoritariamente preventivas. Esto nos permite señalar que en prevención primaria, programas de higiene bucal especialmente en el nivel preescolar, deben implicar a los padres, con ello se puede contribuir a detener lesiones ya establecidas permitiendo que la enfermedad se estabilice y se pueden

obtener beneficios significativos y mejoras sustanciales en la salud bucal.

Antes de la utilización de esta metodología el mayor porcentaje de los niños preescolares se ubicó en grado 1 de placa bacteriana, coincidiendo con los hallazgos de Paul TR<sup>17</sup> quien reportó en su estudio un 90% de niños con placa dental. Al establecer asociación an-

tes y después de placa bacteriana y gingivitis, ésta fue estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ). La disminución del Índice de placa bacteriana e Índice gingival en los preescolares de nuestro estudio, coincide con los hallazgos de Silveira y col.<sup>18</sup> quienes encontraron reducción del índice gingival e índice de placa después de la aplicación de un programa de promoción de salud bucal para niños que incluyó la participación de los padres.

Ling Zhu y col.<sup>19</sup> señalan que una política de cuidados de salud bucal orientados a la prevención podría ser más ventajosa que los enfoques curativos, y que son necesarios sistemáticos programas cuya base sea la educación y promoción de la salud en la familia y la comunidad. Sostienen que la educación en salud oral puede jugar un importante rol en la escuela primaria y ésta puede ser un efectivo escenario para el desarrollo de los programas educativos de salud bucal.

Se concluye que después de la aplicación del MAPP se produjeron cambios significati-

vos en las condiciones de salud bucal de los niños de este estudio, resultando factible y viable la aplicación del mismo para lograr una efectiva participación y compromiso de los padres, en el diseño y ejecución de acciones estratégicas que lleven al establecimiento de hábitos de higiene bucal en niños preescolares.

Se reafirma la necesidad de utilizar una metodología participativa, si se pretende generar un efectivo impacto en la modificación de las condiciones de salud bucal de la población objeto y sujeto de intervención; la misma podría reproducirse en otros contextos siempre que se adecue a las características de cada realidad a intervenir.

Se recomienda la realización de estudios a más largo plazo, que permitan evaluar con mayor precisión no sólo la efectividad de esta metodología para propiciar la participación, sino el proceso que se genera en la significación y resignificación de conocimientos, conceptos y prácticas de salud bucal en padres y niños.

## Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. La Participación Social en el Desarrollo de la Salud. Washington, D.C. E.U.A. 1993.
2. Organización Mundial de la Salud. Funciones esenciales de salud pública. 42 Consejo directivo. Washington DC. 2000. Disponible en <http://www.who.org> Fecha de la consulta: 21 de Enero de 2005.
3. Wallerstein N. Power between evaluator and community: research relationships within New México's healthier communities. *Social Science of medicine*. 1999; 49(1): 39-53.
4. Fernández G; González L. Educación, Trabajo y Ciudadanía. Ediciones CIDE/PIIE Santiago de Chile, 1999.
5. Briceño León R. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública* 1998; 14(2): 141-147.
6. Watson MR, Horowitz AM, García I, Canto MT.A. Community participatory health promotion program in a inner-city Latino community. *J Public Health Dent*. 2001; (1): 34-41.
7. Rong W.S, JY Bian, EJ Wang. Effectiveness of and oral health education and promotion program in Kindergartens in China. 2002. *J. Dent. Res.* 81(A). Abstr 0114.
8. Fundación Altadir. Método Altadir de Planificación Popular (México MAPP). Colección: Ciencia y Técnicas de Gobierno: 1 Colombia. Fondo Editorial Altadir. Ediciones Angular Ltda. 1994.

9. Grindefford M, Dahllof N, Moderert T Caries development in children from 2.5 to 3.5 years of age. A longitudinal Study. *Caries Res.* 1993; 27: 505-510.
10. Koch G. Effect of sodium fluoride in dentrifice and mouthwash on incidence of dental caries in schoolchildren. *Odontol Revy.* 1967; 18: 12-16.
11. Silness J, Loe H. Periodontal disease in proagnancy. *Acta Odont Sacand.* 1964; 22: 121-128.
12. Loeh H, Silness J. Periodontal disease in proagnancy. *Acta odont Sacand.* 1963; 21: 533-538.
13. Wyne AH, Al-Ghannam NA, Al-Shammery AR. Caries prevalence, severity and pattern in pre-school children. *Saudi Me J.* 2002; 23(5): 580-4.
14. Peressini S, Leake J, Mayhall JT, Maar M. Prevalence of early childhood caries among First National children, District of Manitoulin, Ontario. *J. Dent Paediatr* 2004; 14(2): 101-10.
15. Menghini G, Steiner M, Leisebach T, Webber R. Caries prevalence among 5 year-olds in the city of Winterthur in the year 2001. *Schweiz Monastsschr Zahnmed.* 2003; 113(5): 519-23.
16. Albert DA, Park K, Findley S, Mitchell Da, McManus JM. Dental caries among disadvantaged 3-to 4 year-old children in northern Manhattan. *Pediatr Dent.* 2002; 24(3): 229-33.
17. Paul TR. Dental health status and caries pattern of preschool children in Al-Kharj, Saudi Arabia. *Saudi Med J.* 2003; 24(12): 1347-51.
18. Silveira JL, Oliveira V, Padilha WW. Evaluation of the reduction of the visible plaque index and of the gum bleeding index in a program of oral health promociòn for children. *Pesqui Odontol Bras.* 2002; 16(2): 169-74.
19. Ling Zhu, Poul Erik Petersen, Hong-Ying Wang, Yin-You Biand. Oral health Knowledge, attitudes and behavior of children and adolescents in China *International Dental Journal.* 2003; 53(5): 289-98.