

Representaciones sociales sobre higiene bucal en madres y cuidadores de hogares infantiles

Social representations on oral hygiene in mothers and caregivers at child care centers

MSc. Farith González Martínez, Dra. Laura Hernández Saravia, Dra. Karina Correa Mulett

Universidad de Cartagena. Cartagena de Indias, Colombia.

RESUMEN

Introducción: las investigaciones cualitativas que involucren las percepciones de los pobladores sobre higiene bucal, son necesarias porque permiten reconocer nuevos horizontes conceptuales y metodológicos en el abordaje de esta temática.

Objetivo: describir las representaciones sociales sobre higiene bucal en madres y cuidadores de niños en hogares infantiles.

Métodos: investigación con enfoque cualitativo que utilizó como método la teoría fundada en 15 madres y 23 cuidadores de hogares infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de Cartagena, Colombia, durante el año 2010. Se aplicaron entrevistas individuales semiestructuradas, entrevistas en grupos focales y la observación no participativa. Los datos se analizaron a través de codificación abierta y se agruparon en categorías axiales y nucleares para avanzar y profundizar conceptualizaciones. En todo este proceso se utilizó la comparación constante con la teoría.

Resultados: los cuidadores consideraron a las madres como las principales responsables de la higiene bucal de sus hijos, aunque ellos también pueden ser impulsores de la educación bucal desde el hogar infantil. Existe un temor generalizado por la atención odontológica, lo que explica la poca asistencia a consultas de control.

Conclusiones: las representaciones de madres y cuidadores sobre higiene bucal se dirigen hacia la búsqueda de una mayor interacción entre los odontólogos y la comunidad, lo cual permite la implementación de metodologías de trabajo más acertadas y da a los padres y cuidadores la posibilidad de ejercer un monitoreo continuo de la salud bucal en los niños, quienes tendrán en un futuro la misma responsabilidad para con su núcleo familiar.

Palabras clave: higiene bucal, salud bucal, educación en salud, madres, cuidadores, investigación cualitativa.

ABSTRACT

Introduction: The design of qualitative research involving the perceptions of the population is necessary in order to recognize new conceptual and methodological horizons in oral health.

Objectives: To describe the social representations on oral hygiene in mothers and caregivers at child care centers.

Methods: Qualitative approach research using as method the theories based on 15 mothers and 23 caregivers of child care centers of the Instituto Colombiano de Bienestar Familiar of Cartagena, Colombia during the 2010. Individual semi structured focal group and non participatory observation interviews were made. The data was analyzed with open codification and it was grouped into axial and nuclear categories in order to advance and delve into conceptualizations. During the process there was constant comparison with the theory.

Results: The caregivers regarded the mothers as the responsible for the children's oral health, although they can also be promoters of oral health education at the child care center. There was general fear to go to dentist's, which explained the little attendance to dental control visits.

Conclusions: The representations of mothers and caregivers on oral hygiene are directed to the search of greater interaction between dentists and the community, allowing the implementation of more assertive working methodologies, and to the empowering of the parents and caregivers to exercise a continuous monitoring of the oral health of children, who in turn would have the same responsibility with their families in the future.

Key words: oral hygiene, oral health, health education, mothers, caregivers, qualitative research.

INTRODUCCIÓN

En Colombia, la caries dental sigue siendo una de las enfermedades de mayor prevalencia. El último Estudio Nacional de Salud Bucal, ENSAB III,¹ encuentra en niños de cinco años, el 54,8 %, y es muy similar en las diferentes regiones del país. Estos datos demuestran que en dentición temporal, continúan encontrándose altas ocurrencias de esta alteración, lo que permite una reflexión entorno a la efectividad de las medidas preventivas y promocionales que se implementan a la luz de las

disposiciones técnicas emanadas por las guías de promoción y prevención del Ministerio de Salud Nacional, Colombia 2000.²

A nivel local, en varios municipios del Caribe colombiano existen poblaciones con diferencias socioculturales, lo que influye en la forma de afrontar las enfermedades, de ahí que tienen diversas percepciones sobre la higiene bucal, hasta el punto de que se identifican varias perspectivas para explicar su origen, entre ellas, biológica, social o comportamental. Este aspecto es desconocido por los profesionales de la salud cuando se implementan acciones de salud individuales o colectivas.

*González y otros,*³ en pobladores desplazados por la violencia de una zona vulnerable de la ciudad de Cartagena, Colombia, encuentra muchos conocimientos sobre higiene bucal memorizados, influidos por los medios de comunicación y los programas tradicionales de promoción de la salud, lo que puso de manifiesto las pocas interacciones entre lo que saben los individuos y lo que hacen con sus prácticas bucales.

Un grupo social importante para impulsar el cambio temprano en estas percepciones sobre la higiene bucal son los padres y cuidadores, quienes por estar orientando las actitudes de los niños, pueden servir de apoyo a los profesionales de la medicina en general, para la implementación de acciones educativas que generen un impacto en las condiciones de salud bucal y que permita a los niños crecer con mensajes adecuados relacionados con prácticas higiénicas saludables desde temprana edad.⁴

La realización de trabajos cualitativos donde se involucren las percepciones de los pobladores, permite reconocer que no existen verdades absolutas en lo relacionado con las metodologías y los contenidos de las acciones de salud, por lo que es indispensable intentar en un futuro la construcción de nuevos modelos de atención en salud que contribuyan a empoderar a la población y disminuir las enfermedades bucales desde la infancia temprana.⁵

Esta investigación fue realizada con el objetivo de describir las representaciones sociales sobre higiene bucal en madres y cuidadores, para comprenderlas e involucrarlas dentro de las acciones preventivas que formulan las guías de atención en salud bucal para poblaciones colombianas.

MÉTODOS

Estudio cualitativo, realizado en 23 madres y 15 cuidadores de hogares infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de Cartagena (ICBF). El método utilizado fue la teoría fundada, con el cual se obtuvo una teoría explicativa acerca del comportamiento de los individuos en cuanto a su higiene bucal.

Se realizó un muestreo multietápico, a partir de 23 hogares infantiles en tres localidades en que está distribuida la ciudad de Cartagena, según el actual plan de ordenamiento territorial (POT 2005). Primero se muestrearon localidades, luego hogares y posteriormente madres y cuidadores. Para las madres se eligió una por cada hogar y para los cuidadores fueron seleccionados diez que representaran proporcionalmente a las tres localidades de la ciudad de Cartagena. Los participantes ingresaron al estudio de forma voluntaria, teniendo como criterio una interacción dialógica con los investigadores durante las visitas de identificación, tanto en el lugar de residencia familiar como en los hogares infantiles. Previo a la

selección, se tuvo en cuenta, que los participantes estuvieran de acuerdo en participar. El protocolo de la investigación fue sometido a evaluación por el comité de ética institucional y a las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación con seres humanos; resolución 8430 de 1993 Ministerio de salud, República de Colombia.⁶

Técnicas e instrumentos

Se aplicaron tres tipos de técnicas de recolección: entrevistas individuales semiestructuradas, entrevistas en grupos focales y observación no participativa. Los cuestionarios contenían los siguientes tópicos: salud e higiene bucal, dieta y hábitos alimenticios, prácticas y actitudes saludables.

La guía de entrevista individual semiestructurada estuvo dirigida a los padres y cuidadores con 15 preguntas, tendientes a proponer un diálogo constructivo con los investigadores. Para complementar esta información se diseñó una guía temática de grupos focales con 12 preguntas, lo cual permitió abordar tópicos mucho más específicos dentro de la categorización inicial. El registro estructurado de observación se utilizó tanto en los hogares infantiles como en el lugar de residencia de las madres, lo cual permitió adquirir las competencias dentro del contexto para abordar las interacciones y el diálogo con los participantes.

Antes de aplicar las entrevistas, los instrumentos fueron evaluados por dos expertos y se realizó un estudio piloto en dos madres y cuidadores, con el fin de explorar la información conceptual concebida *a priori*, afinar la guía de entrevista, analizar el grado de profundidad de la información obtenida y corroborar la comprensión de cada una de las preguntas en los potenciales participantes. De la misma forma se obtuvo la guía temática para los grupos focales.

En el proceso de recolección de información siempre se utilizaron tres fases o momentos (exploración, focalización y profundización). Los datos fueron analizados a través de codificación abierta, luego se agruparon en categorías iniciales para avanzar y profundizar de una forma más selectiva. Se obtuvo una lectura mucho más fina de las categorías, y se ajustaron con cada información las guías de entrevistas, mediante un modelo de análisis flexible típico de este enfoque, buscando patrones o discrepancias entre las respuestas obtenidas, hasta lograr la saturación de la información. En todo este proceso se utilizó una comparación constante con la teoría. Además, se realizaron permanentemente comentarios entre los investigadores y se trianguló la información obtenida desde diferentes fuentes y momentos.

RESULTADOS

Análisis en las madres

En relación con las prácticas de higiene bucal que realizan las madres con sus hijos, a la pregunta de: ¿cree usted ser el responsable del cepillado dental de su hijo?, ellas se consideran responsables de la higiene, aunque consideraron no poseer el conocimiento y las destrezas necesarias para realizar estos procedimientos. Además desean que en los menores no se repitan los errores que ellos han tenido durante su vida, en cuanto a la poca importancia que le han dado a los hábitos

higiénicos bucales. En este mismo sentido, creen que su deber es infundirles hábitos saludables a sus hijos para que puedan reproducirlos durante toda su vida.

Al preguntarles sobre que medidas adoptarían para prevenir la aparición de enfermedades bucales, se encontraron respuestas como:

Es importante que los niños conozcan que después de cada comida deben cepillarse los dientes y antes de acostarse, lo cual es más importante todavía, porque al quedar la comida dentro de los dientes es cuando se producen más caries, entonces debemos estar atentos y enseñarles este aspecto.

Las madres manifestaron, que por estar los menores gran parte del día dentro del hogar infantil, los cuidadores también deberían contribuir en esta tarea, en el sentido de complementar la higiene bucal del niño durante las horas que permanecen bajo su cuidado, así como fortalecer la destreza para una adecuada limpieza de las estructuras bucales, que pueda generar hábitos adecuados en su vida adulta.

Con respecto al concepto que tienen las madres sobre la acción del flúor en los dientes, es claro que la mayoría lo desconocen, sin embargo, hubo algunas que se acercaron al concepto actual al atribuirle una función protectora que evita la aparición de la caries dental, en contraste con respuestas como "el flúor es un desinfectante de los dientes que produce un blanqueamiento y elimina bacterias".

A la pregunta sobre la presencia de manchas blancas, como indicio de fluorosis dental, se piensa que si un niño presenta algún tipo de decoloración en un órgano dentario se deben reforzar las medidas de higiene bucal, así como implementar la supervisión de esta actividad a fin de detectar los factores que puedan estar originando esta alteración. Este hallazgo es concebido a partir de la evidencia de caries dental, alteración que también se manifiesta con la presencia de opacidades blancas en su etapa inicial.

De acuerdo a las actitudes necesarias para la higiene bucal, a la pregunta de ¿cómo califica usted el papel que desempeñan los odontólogos actualmente en cuanto a la promoción de la salud y prevención de enfermedades orales?, se encontraron respuestas como:

No es que promocionen mucho la salud bucal, uno va y el odontólogo le explica lo que tiene que hacer, pero nada más, yo estaría de acuerdo en que se realizaran jornadas de odontología para educar a la población, pero casi nunca la hacen.

El motivo más frecuente de asistencia odontológica en las madres fue la limitación del daño o cuando existe algún tipo de dolor, esto lo explican como un comportamiento inadecuado, debido al temor y a experiencias pasadas frustrantes que marcaron la poca aceptación de ellos a los tratamientos odontológicos, no obstante, no desean transmitir estas conductas a sus hijos, por lo que creen que en estos, se debe mantener una periodicidad en las consultas odontológica preventivas.

En lo relacionado con las percepciones sobre la salud bucal, a la pregunta ¿cree que en los menores se aumenta el riesgo de caries dental si antes de acostarse reciben una bebida azucarada?, todos consideraron que la acción de no cepillar los dientes en los niños antes de dormir y después de haber ingerido bebidas endulzadas, puede producir enfermedades en la cavidad bucal como la caries dental, pues

comentan que los residuos se acumulan y favorecen la colonización de bacterias. En cuanto a los alimentos que aumentan el riesgo de tener caries dental, la mayoría consideran que los dulces son los más peligrosos, pero no se observó una conciencia de que los alimentos que contienen harinas y otros carbohidratos, también influyen y son fuente primaria de la alimentación diaria.

Con respecto a si la salud de los dientes permanentes depende del cuidado de los dientes temporales, se encontraron respuestas interesantes como:

Yo creo que no, porque los de leche hasta ahora están iniciando y después vienen los de hueso, que son ya los definitivos y requieren de más cuidado, y pues los de leche casi no se cuidan porque los niños están pequeños y ciertas personas ni utilizan crema.

Análisis en los cuidadores

En lo que tiene que ver con las percepciones de los cuidadores, se analizaron los siguientes tópicos; a la pregunta ¿a que le atribuye, que la población infantil en edades menores de cinco años, se vean afectados por enfermedades bucales como la caries dental?, los participantes señalaron a los padres como los principales responsables de que en los menores se presenten enfermedades bucales, debido a que esta etapa del ciclo vital no les permite autonomía y todavía no han adquirido la destreza necesaria para realizar los procedimientos de barrido de la placa dental a través del cepillado. Además, se considera que los padres deben ser responsables de la asistencia odontológica frecuente del menor, por lo menos una vez al año, a fin de atender tempranamente cualquier indicio de enfermedad, o de buscar orientación sobre dicho evento si se desconoce. Se encontraron expresiones como:

Una de las razones que yo intuyo para que este problema se presente tiene que ver con que los padres, con hijos en estas edades no le dan la suficiente importancia a la salud bucal, no les hacen los controles respectivos, siendo estas las principales causas para la aparición de la caries dental. Aquí nosotros ahora para la matrícula les exigimos a los padres un certificado de salud bucal, para que ellos se vean en la obligación de llevar a sus hijos al odontólogo y así monitorear su salud bucal.

Con respecto a las medidas adecuadas para prevenir o disminuir este problema en la población de estudio, los cuidadores consideraron que la educación al padre de familia es la medida más importante que se debe instaurar, ya que a través de esta estrategia se pueden crear hábitos de higiene bucal desde muy temprana edad. Se parte del concepto de que la educación empieza en el núcleo familiar, por lo que se hace necesario involucrar a los diferentes actores a través de programas que capaciten a los padres en hábitos higiénicos saludables y los ayuden a llevar una limpieza bucal adecuada después de alimentarlos. En este sentido se encontraron descripciones como:

Se debe concientizar a los padres de lo importante que es mantener una higiene bucal adecuada, que al igual que asearse el cuerpo es importante asearse los dientes. También se necesita impulsar que además de asistir al Médico, hay que hacer visitas periódicas al odontólogo. De esta forma considero que se podrían educar a los padres con charlas de prevención.

Por otro lado, se percibe a partir de varias opiniones, que el estrato socioeconómico de los sujetos de estudio no es un factor influyente en la salud bucal de sus hijos, encontrándose en las cuidadores las siguientes reflexiones:

La enfermedad bucal se trata de hábitos que se deben aprender en casa y esto no tiene ningún costo, además actualmente con muchos programas de salud que se aplican en las comunidades, es preocupante que se pueda presentar este problema, pues creo que hay muchas oportunidades para que las personas de bajos recursos acudan a las instituciones de salud públicas y mantengan un buen control odontológico.

Además, se considera que la información sobre higiene bucal que cada madre tenga puede influir en cierto grado en la presencia de enfermedades bucales, por lo que es probable que aquellas personas que hayan recibido capacitaciones en cuanto al cuidado de las estructuras bucales tengan buenos conocimientos, actitudes favorables y prácticas adecuadas que puedan transmitir a sus niños.

En relación con las actividades de higiene bucal que se realizan dentro de los hogares infantiles para fomentar el autocuidado, según las opiniones, estas se consideraron efectivas, debido a que logran mantener actitudes favorables para la higiene. Una de las acciones más importantes dentro de cada hogar infantil es la exigencia de un examen odontológico para el ingreso del niño y un control odontológico cada año, así como también la implementación de un programa llamado "Escuela para padres" el cual defiende una buena educación para la higiene bucal y la creación de hábitos saludables, entre ellos, la realización del cepillado después de ingerir algún tipo de alimento dentro del hogar.

Los cuidadores manifestaron que los niños mostraron actitudes positivas en el momento en que realizan las prácticas de higiene bucal como el cepillado dental, les gusta y lo disfrutan, pero cuando se trata de visitar al odontólogo la mayoría siente temor porque lo asocian con dolor o molestia. Se considera que los expertos en salud bucal tienen las principales fuentes de conocimientos en cuanto al cuidado de las estructuras bucales, por lo tanto, son ellos los encargados de influir en la preservación de la boca en general y orientar la implementación de las acciones de intervención necesarias.

DISCUSIÓN

El presente estudio fue diseñado a partir de un enfoque complementario al cuantitativo, teniendo en cuenta que el personal de la salud debe comprender e interpretar las percepciones de las madres y cuidadores sobre la salud e higiene bucal de niños menores de cinco años, con el fin de utilizar metodologías promocionales innovadoras para llegar al núcleo familiar sin vulnerar sus representaciones sociales, las cuales han sido contextualizadas y heredadas de generación en generación y son el resultado de las diferentes experiencias que han compartido a través de los tiempos los miembros de un grupo social, con una marcada influencia de la cultura y el origen étnico en cada comunidad. Además, el hecho de evaluar en forma complementaria los comportamientos y la higiene bucal ha sido últimamente el interés de la comunidad académica latinoamericana, sobre todo en poblaciones vulnerables.⁷

Según los resultados del presente estudio, los participantes consideraron a las madres como las principales responsables de la higiene bucal de sus hijos, aunque estos también se muestran como impulsores de un importante papel como complemento a la educación bucal que desde el hogar ha sido implementada por los padres. Estos resultados son similares a los publicados por *Escoba-Paucar* y otros,⁸ donde se atribuye a la madre la mayor responsabilidad por la salud de los

niños, más que al padre o a otros miembros de la familia y esto incluye la salud bucal.

Por otro lado, los niños son percibidos con actitudes favorables para replicar las acciones preventivas que se ponen a prueba en los diferentes escenarios, sin embargo, hay mucha dificultad para la asistencia al odontólogo hacia las consultas de control, por un temor generalizado, el cual ha sido auspiciado por experiencias anteriores traumatizantes.

A nivel de poblaciones afrodescendientes de la ciudad de Cartagena de Indias Colombia, *González Martínez* y otros,⁹ encuentran que las personas saben cómo se previene la enfermedad bucal, pero utilizan muy pocas herramientas preventivas, posiblemente porque no interiorizan este conocimiento para utilizarlo, o no toman conciencia de los beneficios que obtendrían dentro de su salud general.

En el presente estudio se encontraron percepciones razonablemente adecuadas en cuanto a los riesgos que puede tener un niño en ausencia de cepillado, consumo de biberón con contenido azucarado por las noches y la no asistencia al odontólogo para consulta de control. No obstante, en lo relacionado con la importancia de la dentición temporal, tanto madres como cuidadores, manifestaron que como estos dientes se recambian no es tan necesario su vigilancia con respecto a los permanentes; este aspecto ha sido registrado en estudios previos,¹⁰ y del alguna forma refleja lo que ha ocurrido en Colombia desde hace ya varios años, a nivel del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, cuyas empresas promotoras y prestadoras de los servicios de salud bucal, le han restado importancia a las acciones promocionales y preventivas en niños menores de cinco años, lo que ha contribuido de alguna forma al aumento de la ocurrencia de la enfermedad bucal para estas edades, con un impacto negativo a nivel epidemiológico en las regiones como el Caribe colombiano, cuyo grupo poblacional en buena parte todavía se encuentra en condiciones vulnerables.^{11,12}

En lo relacionado con el temor que todavía las personas tienen hacia la consulta odontológica, hallazgo del presente estudio, se ha reconocido que la tradición occidental ha influido desde lo conceptual en el actual sistema educativo colombiano, esto ha producido profesionales de la odontología cada día mejor preparados en lo técnico e instrumental, pero con muchas deficiencias a la hora de tomar decisiones para influir en el sujeto de una forma integral; tienen dificultades para reflexionar sobre los comportamientos de su paciente y sus creencias en torno a experiencias traumáticas anteriores.¹³ Esta es una oportunidad para llegar a lo más profundo de sus convicciones y poder lograr una verdadera interacción de saberes.¹⁴ En este sentido, en Colombia se han tenido varios acercamientos exitosos en intervenciones preventivas de la enfermedad bucal, al utilizar el lenguaje simbólico de los sujetos de estudio para comprenderlo previamente y poder adquirir competencias desde lo social que permitan una visión más integral del problema y de esta forma contribuir a su solución.¹⁵⁻¹⁷ Sin embargo, todavía no existe una política de salud bucal nacional con esta filosofía, lo que amplía cada día más las distancias entre el quehacer del odontólogo como profesional de la salud y las necesidades de las poblaciones en lo que a salud bucal se refiere.

Las representaciones de madres y cuidadores sobre higiene bucal se dirigen en el mismo sentido, hacia la búsqueda de un mayor compromiso de los profesionales de la odontología y de las instituciones de salud. En este sentido, la interacción de los odontólogos con los individuos de una comunidad puede ser útil para obtener un reconocimiento de las percepciones y necesidades de cada uno de los actores dentro de un grupo social, lo cual permitirá la implementación de más acertadas metodologías de trabajo y empoderaría a padres y cuidadores para ejercer un

monitoreo continuo de la salud bucal de los niños, quienes tendrán en el futuro la misma responsabilidad para con su núcleo familiar.

Agradecimientos

A los hogares del ICBF y a los directivos de la Facultad de Odontología Universidad de Cartagena, por el apoyo para este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud -República de Colombia, Centro Nacional de Consultoría CNS. Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III). TVII. Bogotá: Lito Servicios ALER; 1999.
2. Ministerio de Salud -República de Colombia. Resolución número 00412 del 25 de febrero 2000. Normas Técnicas y Guías de Atención. Colombia: Diario Oficial; 2000.
3. González F, Carmona L, Agudelo Y, Campo P. Análisis social de las familias del barrio Nelson Mandela de Cartagena de Indias, en cuanto a sus conocimientos en salud y enfermedad oral. *Revista USTA SALUD*. 2006;5(2):115-22.
4. Franco A, Santamaria A, Kurzer E, Castro L, Giraldo M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. *Revista CES Odontología*. 2004;17(1):19-29.
5. Efe E, Sarvan S, Kukulku K. Self-reported knowledge and behaviors related to oral and dental health in turkish children. *Pediatric Nur*. 2007;30:13346.
6. Ministerio de Salud. Resolución 008430. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud, República de Colombia; 1993.
7. Medina-Solís C, Maupomé G, Segovia-Villanueva A, Casanova-Rosado A, Vallejos-Sánchez A, Casanova-Rosado J. Introducing a Clinical-behavioural Scoring System for Children's Oral Hygiene. *Rev Salud Pública*. 2006;8 (1):14-24.
8. Escobar-Paucar G, Sosa-Palacio C, Burgos-Gil LM. Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana. Medellín, Colombia. *Salud Pública Méx*. 2010; 52(1):46-51.
9. González Martínez F, Puello del Rio E, Díaz Caballero A. Representaciones Sociales sobre la Salud y Enfermedad Oral en familias de La Boquilla Cartagena-Colombia. *Rev Clín Med Fam*. 2010; 3(1):34-40.
10. Scambler S, Klass Ch, Wright D, Gallagher JE. Insights into the oral health beliefs and practices of mothers from a north London Orthodox Jewish community. *BMC Oral Health*. 2010 [cited 2011 Mar 2];10(14):1-7. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/10/14>

11. González F, Sánchez R, Carmona L. Indicadores de riesgo para la caries dental en niños preescolares de la Boquilla, Cartagena. Rev Salud Pública. 2009;11(4):620-30.
12. Díaz S, González F. Prevalencia de caries dental y factores familiares en niños escolares de Cartagena de Indias, Colombia. Rev Salud Pública. 2010;12(5):721-8.
13. Couto AC, Grosseman S, Bosco VL. Práticas e significados de saúde bucal: um estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. Ciência Saúde Coletiva. 2010; 15(Supl. 2):3271-81.
14. Nieva B, Jácome S, Cendales L. Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad oral en poblaciones urbano-marginales y su relación con los discursos y las prácticas institucionales. Rev Fed Odontol Coloma. 1998;195:9-56.
15. González F, Carmona L, Campo P. Prevención de la enfermedad oral en familias desplazadas por la violencia de la comunidad de Nelson Mandela Cartagena-Colombia. CES Odontología. 2008;21(2):17-26.
16. Franco A, Martínez C, Álvarez M, Coutin A, Larrea I, Otero M, et al. Los niños tienen la palabra: nuestras bocas sanas para una vida sana. CES Odontología. 2008;21(2):9-16.
17. Dougherty D, Simpson L, FAAP M. Measuring the Quality of Children's Health Care: A Prerequisite to Action. Pediatrics. 2004;113 (1):185-98.

Recibido: 11 de mayo de 2012.

Aprobado: 29 de junio de 2012.

Farith González Martínez. Facultad de Odontología, Universidad de Cartagena Campus de la salud. Barrio Zaragocilla. Cartagena de indias. Colombia. Correo electrónico: farithgm@hotmail.com