

Evaluación de un modelo educativo y el papel de las condiciones de vida en salud oral en la comunidad estudiantil de la Fundación Formemos en Tena-Cundinamarca*

Evaluation of an educational and the role of living conditions in oral health community foundation formemos student in Tena-Cundinamarca

Angelica Maria Gonzalez Strusberg ¹
 Leidy Katherine Osorio López ²
 Victor Daniel Onofre Osorio ³

ABSTRACT

This work arises from the need to be interpreted the results of the application of a model of oral health education in the Fundación Formemos school community, developed by students of the National University of Colombia, since 2008, through the “MAIS” and with the support of the Research Line Social Environments. **Objectives:** Making a quantitative - qualitative assessment of the effect occurred because of the model applied, on the beneficiaries of the Fundación Formemos, as part of the social determinants of health. **Methodology:** Cross sectional study. **Sample:** 76 children aged between 5 and 15 years in the primary grades, internal and external of the Fundación Formemos, clinical examination, COP and O’Leary index record, observation and individual interaction with participants. **Results:** COP and O’Leary index values were found very close to the average of the Colombian population, according to the ENSAB III. Also, there were flaws in the oral health knowledge that the target population had. **Conclusions:** significant positive changes in oral health status of the target population after application of the model are not reported. This, from the social determinants of health standpoint, questions the educational method of the model and explains the relevance of the living conditions of the target population in the behavioral health / oral disease.

Keywords Oral health program evaluation, promotion and prevention, dental caries, gingivitis.

RESUMEN

Este trabajo surge de la necesidad de interpretar los resultados de la aplicación de un modelo de educación en salud oral en la comunidad de la Fundación Formemos (Tena – Cundinamarca) desarrollado por los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, desde el año 2008, mediante el “MAIS” y con el apoyo de la Línea de Investigación de Ambientes Sociales de Aprendizaje. **Objetivo:** Realizar una evaluación cuanti-cualitativa del efecto que produjo el modelo aplicado sobre los beneficiarios de la Fundación, en el marco de los determinantes sociales de la salud. **Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal. **Muestra:** 76 niños entre 5 y 15 años de edad, de los cursos de primaria, internos y externos de la Fundación. **Valoración clínica,** registro de índices COP y O’Leary, observación e interacción individual con los participantes. **Resultados:** se encontraron valores de índices COP y O’Leary muy cercanos al promedio de Colombia según el ENSAB III. También se observaron falencias en los conocimientos en salud oral con que cuenta la población objeto. **Conclusiones:** no se reportan variaciones positivas importantes en el estado de salud bucal de la población objeto después de la aplicación del modelo, lo cual, desde el punto de vista de los determinantes sociales de la salud, cuestiona el método educativo del modelo, y explica la relevancia de las condiciones de vida de dicha población en el comportamiento de la salud/enfermedad oral.

Palabras clave Evaluación de programas en salud oral, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, caries, gingivitis.

* Trabajo de investigación realizado como requisito para optar por el título de odontólogos

¹ Estudiante de Odontología. Universidad Nacional de Colombia. Dirección de correspondencia: Calle 52A N° 9-07 apto 202. Teléfono 3003372015. correo electrónico: angie_gonzalez05@hotmail.com. Bogotá, Colombia.

² Estudiante de Odontología. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C. — Colombia. Correspondencia: Carrera 97B #156B-45. Tel. 3013937252. Correo electrónico: leidyrita_holl@hotmail.com. Bogotá, Colombia.

³ Odontólogo. Especialista en Educación para la Salud. Docente Asociado Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Colombia. Correspondencia carrera 30 calle 45 — 03. Ed. 210. tel 3102550104. Correo electrónico: vdonofre@unal.edu.co. Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN

El Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) (1) realizado en 1999, hace una recolección muy importante de los datos de morbilidad oral en la población colombiana. Allí se presenta un análisis cuantitativo de los datos y se evidencian los mayores problemas de salud oral que afectan a la población Colombiana. Actualmente en el país, el ENSAB III es considerado como la herramienta más útil y el referente más importante, para interpretar los datos obtenidos en estudios que se realizan en grupos reducidos de población.

Como puede evidenciarse en el ENSAB III (1), la población infantil colombiana enfrenta entre otros problemas, una gran prevalencia de enfermedades orales. Entre las más frecuentes encontramos la caries dental y la enfermedad gingival, las cuales pueden atribuirse a factores biológicos y microbiológicos; económicos, de acuerdo con las posibilidades monetarias propias del individuo y de la comunidad con la que convive; políticos, como el acceso a los servicios de salud y las políticas públicas que regulan la atención odontológica en el país; sociales, en tanto que se habla de calidad de vida determinada por aspectos como un trabajo bien remunerado, una vivienda adecuada, buenos hábitos alimenticios, acceso a la educación, y otros. Entre estos últimos vale la pena resaltar, que la deficiencia o ausencia de educación en temas de salud oral, puede conllevar a la aparición de las condiciones de caries y enfermedad gingival. Lo anterior, puede contextualizarse en la Propuesta de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (en adelante CDDS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2) cuya consigna es "alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud", y sobre la cual, autores como Mario Hernández concluyen que los resultados en salud están relacionados con la posición social de las personas, donde vale la pena diferenciar las desigualdades de origen biológico o producto de opciones individuales, de las derivadas de la "posición social", pues estas últimas son las que realmente se consideran injustas (3).

Al documentar el tema en una revisión de la literatura que da cuenta de esto, se evidencia el reporte de altos índices de morbilidad oral en la población pre-escolar y escolar; por ejemplo, en el estudio de caries de la infancia temprana de Volschan en el 2006, se encontró que en el grupo de niños de bajos ingresos y una comunidad de alto riesgo ambiental, presentaban nutrición, higiene oral y salud general más pobre que en el grupo que presentaba mejores condiciones y estaba libre de caries (4). Éste resultado da cuenta de disparidades en salud y de la necesidad de reforzar los sistemas de cuidado de los niños y sus familias en alto riesgo.

En cuanto a problemas gingivales, Saied-Moallem y cols, realizaron un estudio comparativo con población escolar. Allí después de aplicar diferentes tipos de intervenciones educativas, reportan un mejoramiento de la salud gingival, en términos de disminución del sangrado y de la acumulación de placa bacteriana, cuando se involucra a los padres de los niños en dichas intervenciones, en tanto que estas van dirigidas conjuntamente a unos y otros (5).

Así mismo, en el estudio de Boyce y cols, se analizaron factores como el nivel educativo de los padres en términos del último grado alcanzado y el stress financiero, visto como el grado de dificultad económica y de oportunidades limitadas de financiación en una escala de 1 a 5 (en la que 5 correspondía a un stress mayor) en relación con la salud oral. De acuerdo con lo anterior, en el estudio se encontró una relación directa entre un alto nivel educativo de los padres y un bajo stress financiero familiar, lo que conduce según el estudio a una baja tasa de microorganismos patógenos en la cavidad oral de los escolares y consecuentemente una baja aparición de lesiones cariosas (6).

Otros ejemplos que pueden citarse son: el estudio de Misrachi y Zalaquett, en el que se busca demostrar la eficiencia de la educación escolar para la salud, orientada a lograr estilos de vida saludables, integrada al currículo de la escuela básica, mediante el diseño de un programa educativo dirigido a docentes y estudiantes. En este estudio se encontró una mejoría significativa en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de los niños. Así mismo, se concluyó que deben incluirse los padres y demás actores de la escuela para lograr resultados en el tiempo (7). Por otro lado, Limonta y Araujo analizaron los resultados de aplicar intervenciones grupales educativas para modificar los conocimientos de salud bucal de escolares de 3er grado en Santiago de Cuba, y concluyeron que dichas intervenciones fueron efectivas en tanto que utilizaron una metodología entretenida para los niños quienes demostraron una mejoría en sus conocimientos y prácticas de salud oral (8). Por último, Gonzalez y cols, en su estudio concluyen que la capacitación de docentes y estudiantes fue una metodología adecuada dentro de un programa de promoción y prevención enfocado a la población infantil, lo cual es una buena alternativa para mejorar los conocimientos y la salud bucal de la población escolar (9).

De acuerdo con lo anterior, se puede afirmar que es responsabilidad de los profesionales de la salud oral, identificar el riesgo de las comunidades y realizar intervenciones que eliminen la falta de educación o la educación precaria, del grupo de condiciones que no favorecen la salud de los individuos. Estas intervenciones deben incluir estrategias que impartan conceptos básicos sobre salud oral y a su vez promuevan buenas prácticas de autocuidado, minimizando así el riesgo.

Por consiguiente desde el año 2008, la comunidad de la Fundación Formemos en el municipio de Tena – Cundinamarca, cuenta con el apoyo y la intervención de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, que desarrolla un Modelo de Salud Oral (10), diseñado especialmente para esta población. Éste modelo ha enfatizado específicamente en la educación en salud e higiene oral, con el fin de reducir los índices de morbilidad oral encontrados y reportados para esta fecha, en el marco del ENSAB III.

Surge entonces la necesidad de interpretar de manera amplia, los cambios y resultados de la aplicación del modelo de salud oral (modificado en el año 2010) en los miembros de la comunidad de la Fundación Formemos. Se considera que es necesario evaluar desde diversos puntos de vista, ya que actualmente se desconoce el efecto cuantitativo que produce dicha intervención, en cuanto a disminución de los índices de enfermedades orales en la población.

Adicionalmente aparece una inquietud cualitativa, en tanto se quiere evaluar de qué manera los miembros de la Fundación Formemos se han apropiado de los conceptos desarrollados en el modelo y que tanto han sido aplicados en su vida cotidiana después de recibir las intervenciones diseñadas por la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia.

Existen varias teorías para evaluar los cambios de comportamiento en salud. Las teorías del cambio individual parten del punto de vista de que el individuo es la referencia más importante e inmediata para propiciar los cambios de comportamiento en la población. En ese sentido, encontramos la Teoría de etapas o estados del cambio, que tiene que ver con la disposición de los individuos al cambio o al intento de cambiar hacia comportamientos saludables. Su premisa básica es que el cambio de comportamiento es un proceso y no un acto. Por otro lado está la Teoría de creencias en salud, el cual aborda las percepciones que tiene una persona de la amenaza de un problema de salud y de la evaluación de un comportamiento recomendado para prevenir o manejar un problema. Este modelo resulta

útil para analizar la falta de acción o de incumplimiento de las personas, identificando las razones para ello (11).

Por otra parte, las teorías para el cambio grupal, según las cuales, el diseño de iniciativas de promoción de la salud para prestar servicios en grupos o comunidades es importante (y no solamente las que se dirigen a los individuos). Por eso, estas teorías están ubicadas en el campo de la salud pública. Desde este punto de partida se afirma que el bienestar colectivo de los grupos se puede estimular mediante la creación de estructuras y políticas que apoyen estilos de vida saludables (como soporte) y mediante la reducción o eliminación de los peligros en los entornos sociales y físicos. Entre estas tenemos la Teoría de aprendizaje social o cognoscitiva, que supone que las personas existen en entornos donde los pensamientos, consejos, ejemplos, ayuda y apoyo emocional de otras personas influyen en sus propios sentimientos, comportamiento y salud. Es decir, las personas se ven influidas por sus entornos sociales y al mismo tiempo ejercen influencias en éstos. También, la Teoría de difusión de innovaciones, que aborda cómo las ideas, los productos y las prácticas sociales nuevas se difunden en una sociedad o de una sociedad a otra. Esta teoría sirve para comprender las inquietudes de los usuarios en relación a la aplicación de nuevos productos o tecnologías, y también para la difusión de nuevas estrategias y herramientas de promoción. El desafío de la difusión requiere métodos que difieran de los que se concentran únicamente en individuos o grupos pequeños. Comprende prestar atención en la innovación, sea ésta una idea, producto, práctica o tecnología nueva, así como los canales de comunicación y los sistemas sociales (11).

Se pretende entonces evaluar el Modelo de Salud Oral modificado (12), aplicado a la población de la Fundación Formemos de Tena – Cundinamarca, ya que las modificaciones realizadas en el año 2010 incluyen variaciones en los contenidos teóricos y refuerzo de algunos conceptos en ciertos grupos de edad. Dicho proceso evaluatorio se contempla como imprescindible, al igual que en todo proyecto que desee conocer el funcionamiento y los resultados de su accionar en forma clara y transparente (13).

Así mismo aunque se conocen los resultados cuantitativos o de morbilidad oral para el año 2010, se hace necesario, un mayor énfasis en los resultados cualitativos, con el propósito de promover este programa como una estrategia que apunta al mejoramiento de la educación en salud oral que repercutirá en la disminución de índices de morbilidad Oral. 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 (14).

La OMS promueve programas de salud escolar como un medio estratégico para la prevención de los riesgos importantes de salud entre jóvenes, y la participación del sector educación en los esfuerzos para cambiar las condiciones educativas, sociales, políticas y económicas que afectan el riesgo (15).

METODOLOGÍA

El objetivo de la investigación descriptiva de tipo transversal fue realizar una evaluación cuanti–cualitativa del efecto en salud oral que produjo, sobre los beneficiarios de la Fundación Formemos (Tena – Cundinamarca), el modelo de salud oral, aplicado a esta población, desde el año 2008 en el marco de los determinantes sociales de la salud.

Se trabajó con la población escolar de la Fundación Formemos del Municipio de Tena – Cundinamarca, con la participación de 76 niños que oscilan entre los 5 y 15 años, que cursan preescolar, primaria y que forman parte o no del internado. Así mismo, se contó con la participación de los docentes y cuidadores de los niños que laboran en la fundación.

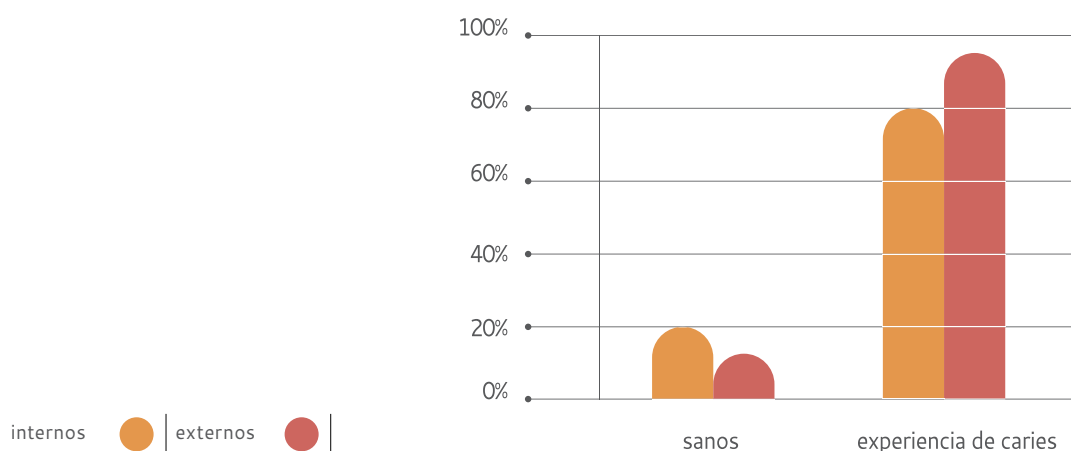
Los conocimientos acerca de Salud Oral con los que cuenta la comunidad escolar de la Fundación, se midieron mediante la aplicación del taller dirigido a docentes y cuidadores, como también mediante la observación e interacción individual con cada uno de los niños de la muestra. Higiene Oral: se calculó a través del Índice de O'Leary (porcentaje de placa bacteriana) (12). Caries/Experiencia de Caries: se calculó mediante el índice COP - ceo de acuerdo con edad y tipo de dentición de los individuos participantes en la evaluación (12).

Se evaluaron y se compararon los datos obtenidos frente a los datos del año 2010. Se recolectaron datos cuantitativos y cualitativos con el fin de evaluar el seguimiento del modelo por parte de la Fundación y el mantenimiento de los resultados en un corto periodo de tiempo. Se realizó un análisis de los resultados en el marco del ENSAB III y de los determinantes sociales de la salud.

RESULTADOS

En la evaluación del modelo de salud oral de la Fundación Formemos, se obtuvieron datos clínicos cuantitativos y cualitativos muy importantes. Se encontró predominio del género masculino de 10 años de edad. También fue evidente una mayor cantidad de niños externos a la fundación que internos (44 frente a 32 niños y niñas respectivamente).

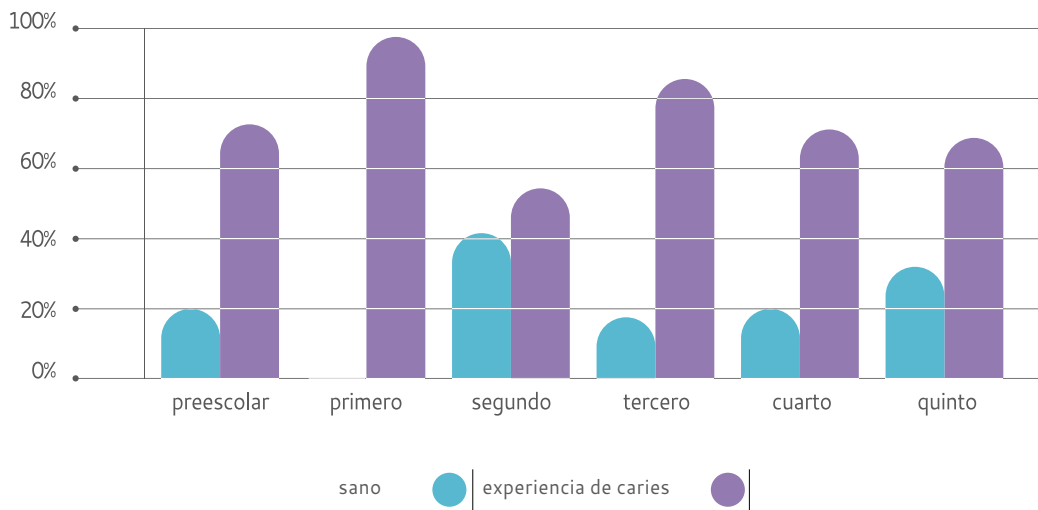
En cuanto a la caries/experiencia de caries, medida en términos del índice COP - ceo, se encontró una mayor presencia del componente "C" (Cariados) en los niños y niñas externos a la fundación (Gráfica nº1); es decir, aquellos niños y niñas que asisten a la fundación, pero su vinculación es netamente escolar. A su vez este componente, tuvo una alta representación en todos los grados de 1° a 5° (Gráfica nº2).



GRÁFICA 1.

Porcentaje de niños por experiencia o no de caries, según vinculación a la institución.
Fundación Formemos. 2011

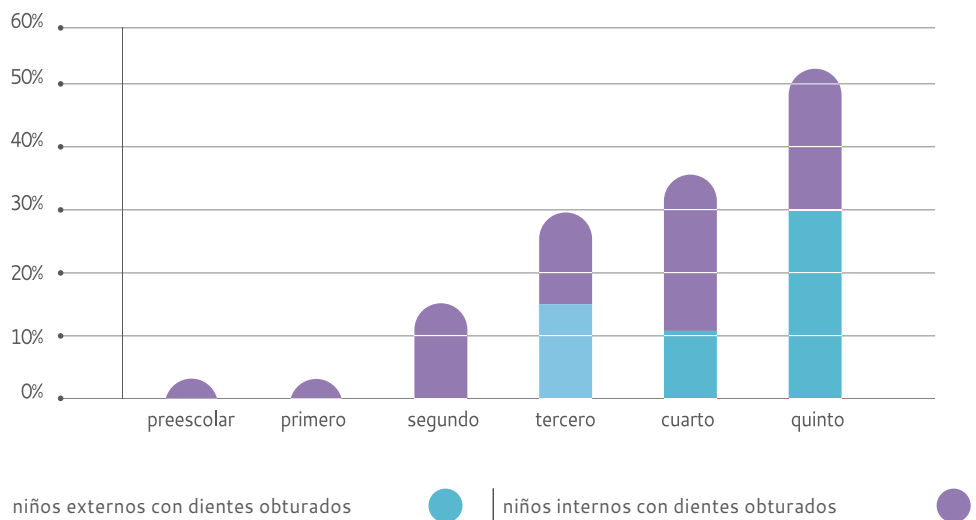
Modelo salud oral Tena, Cundinamarca



GRÁFICA 2.

Comportamiento del componente "obturado" (COP) por curso según vinculación a la institución. Fundación Formemos. 2011

Mientras tanto el componente "O" (Obturados), fue nulo en los grados preescolar y primero, tanto en niños internos como externos. A su vez, en segundo grado, fue también nulo para los niños internos, mientras que para los grados tercero, cuarto y quinto tuvo una representación similar tanto para los internos como para los externos (Gráfica n°3).

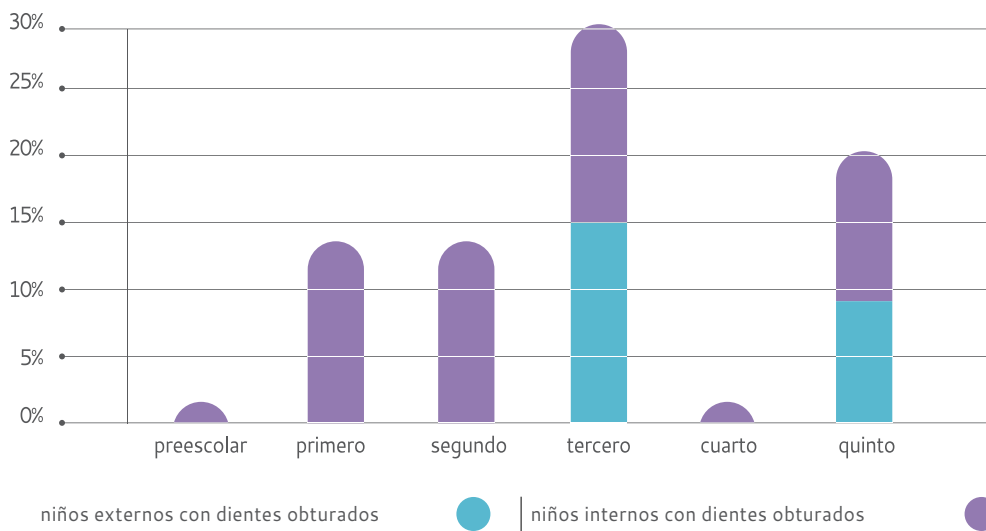


GRÁFICA 4.

Comportamiento del componente "perdido por caries" (COP) por curso según vinculación a la institución. Fundación Formemos. 2011

Al aplicar el índice O'Leary se encontraron valores muy altos en la mayoría de los niños examinados. El único curso que presentó algún porcentaje de niños con índice O'Leary óptimo fue el curso preescolar; aunque éste fue considerablemente menor que el porcentaje de niños con índice O'Leary malo. El curso con mayor porcentaje de placa promedio fue cuarto grado, con un índice de O'Leary del 90% (Gráfica n°5). En cuanto al género, las

niñas presentaron un índice O’Leary promedio de 77%, índice mayor que el de los niños que obtuvieron un 71%. Según la vinculación a la institución, se presentó un índice menor en internos (72%) que en externos (79%). Según la edad de los niños, se encontró que el porcentaje de placa más alto fue el de los jóvenes de 14 años (100%), seguido de los niños de 12 (89%), 13 (86%) y 8 años (82%).



GRÁFICA 5.

Índice O’Leary (porcentaje de placa) por curso. Fundación Formemos. 2011

A continuación se puede observar en la Tabla N°1, la comparación de los datos obtenidos durante el año 2010 y 2011. Los resultados en **negrita** representan los casos en que la situación de salud oral de los niños es más grave para el año 2011.

Aquí es importante aclarar que en los resultados que se presentan en este trabajo, se incluyeron algunos datos adicionales a los obtenidos en el año 2010, que tienen que ver con la distribución de algunas variables según vinculación a la institución. Esto se hizo con el fin de determinar las diferencias que puedan presentarse, dependiendo el tipo de aplicación del modelo según este criterio. Por esta razón, se obtuvieron algunas variaciones en cuanto al estado de salud oral de los niños internos vs. los externos. Por ejemplo, el COP promedio de los niños internos fue más bajo (2,6) que el de los externos (3,5), a expensas de la experiencia de caries, ya que esta fue menor para los internos que para los externos. Otra variable que presentó un comportamiento similar fue el índice O’Leary; ya que en promedio los niños internos tuvieron un índice menor (72%) que los niños externos (79%). Sin embargo, se observa que las cifras son bastante elevadas en ambos grupos de población.

El estado de salud oral de los niños de la Fundación Formemos, en términos de los resultados obtenidos durante el año 2011, son presentados en la Tabla N° 2 en relación con el III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III). Las cifras en **negrita** indican las edades en que los niños de la fundación están por encima del promedio del país en cada ítem.

TALLER DE DOCENTES

El taller realizado con los docentes y cuidadores de los niños de la Fundación Formemos, tuvo como objetivo recolectar información cualitativa acerca de los conocimientos en salud oral de los adultos que integran y laboran en la institución. Durante la sesión se brindó a los docentes y cuidadores, información amplia sobre el proyecto, y se aclararon conceptos que fueron claves para que se reconociera la importancia de buscar y mantener una buena salud oral. El taller se desarrolló en el aula de sistemas de la fundación y contó con la participación de los docentes del Colegio y de los encargados del cuidado de los niños en el Hogar de la misma. La metodología del taller incluyó los siguientes aspectos:

- Presentación del proyecto
- Charla en la que se tomaron temas referentes a la Salud, Determinantes Sociales de la Salud, Promoción y Prevención en salud oral, Caries, Enfermedad Periodontal e Índices de Higiene Oral.
- Motivación para que estos temas sean incluidos en actividades y programas que desarrollan las instituciones educativas.
- Sesión de preguntas por parte del auditorio en las que se aclararon las dudas de los participantes.

Al final y gracias a la participación de una estudiante de la Fundación Formemos, se realizó una parte práctica, en la que se aplicaron los conceptos aprendidos que se tradujeron en un taller enseñanza de cepillado a los niños.

Los resultados obtenidos del taller se consideran bastante enriquecedores, ya que gracias a las preguntas realizadas por los docentes y cuidadores, se pudo identificar un punto de falencia del modelo, el cual no había tenido en cuenta la capacitación de los educadores, como un paso previo al trabajo puntual con los escolares.

TABLA 1

Estado de salud oral promedio de la población de 5 a 15 años de La Fundación Formemos, respecto al promedio del país			
	ITEM/AÑO	2010	2011
"P" POR CURSO	0°	43%	0%
	1°	22%	14%
	2°	25%	14%
	3°	16%	30%
	4°	8%	0%
	5°	11%	20%
"O" POR CURSO	0°	29%	0%
	1°	22%	0%
	2°	50%	11%
	3°	21%	30%
	4°	42%	34%
	5°	39%	53%



TABLA 1

→ Estado de salud oral promedio de la población de 5 a 15 años de La Fundación Formemos, respecto al promedio del país

	ITEM/AÑO	2010	2011
"C" POR CURSO	0°	100%	75%
	1°	67%	100%
	2°	88%	61%
	3°	63%	84%
	4°	67%	82%
	5°	78%	82%
COP PROMEDIO POR CURSO	0°	--	1,8
	1°	--	5,5
	2°	--	3,5
	3°	--	3,6
	4°	--	2,4
	5°	--	2,5
COP PROMEDIO POR EDAD	5 años	2	1,75
	6 años	0,28	5,5
	7 años	0,83	3,4
	8 años	0,4	5,2
	9 años	0,88	3,5
	10 años	0,92	3
	11 años	1,85	3
	12 años	3,09	1,3
	13 años	2	2,3
	14 años	3,5	2
INDICE O'LEARY POR CURSO	0°	100%	55%
	1°	100%	68%
	2°	100%	92%
	3°	100%	70%
	4°	100%	92%
	5°	100%	82%
INDICE O'LEARY PROMEDIO POR EDAD	5 años	61%	55%
	6 años	59%	57%
	7 años	66%	65%
	8 años	79%	82%
	9 años	74%	68%
	10 años	87%	67%
	11 años	84%	77%
	12 años	83%	89%
	13 años	91%	86%
	14 años	86%	100%
15 años	--	62%	

TABLA 2

Estado de salud oral promedio de la población de 5 a 15 años de La Fundación Formemos (F.F), respecto al promedio del país

ITEM	EDAD	F. F	ENSAB III
COP	5 años	1,75	0,1
	6 años	5,5	0,2
	7 años	3,4	0,3
	12 años	1,3	2,3
	15 años	4	5,2
Proporción de personas con placa por edad	5 años	75%	99,8%
	6 años	100%	98,4%
	7 años	100%	99,6%
	12 años	100%	98,8%
	15 años	100%	95%

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las condiciones de salud oral de la población escolar de la Fundación Formemos, en términos generales se han mantenido estables en las evaluaciones hechas durante los años 2010 y 2011. Se han presentado ligeras variaciones en cuanto a los índices COP y O`Leary, tanto mejoras como decaimientos. Respecto al promedio del país en los datos de caries y placa blanda, se encuentra que los resultados se presentan por encima de este; por consiguiente se puede interpretar el resultado como un pobre estado de salud oral en la población evaluada, en términos de caries y enfermedad gingival, con respecto al grueso de la población en el año 1999.

En el taller de maestros y cuidadores realizado en la Fundación Formemos, se observó un bajo conocimiento sobre algunos temas de salud oral, como caries y enfermedad gingival en niños; lo que indica la necesidad imperiosa de proporcionar estos conocimientos al cuerpo docente, para que finalmente puedan ser transmitidos a los escolares.

Los niños que están a cargo de sus padres u otros cuidadores, al finalizar la jornada escolar (externos), mostraron niveles más altos de caries y placa bacteriana; esto sugiere que este grupo de niños y padres necesitan más que los otros grupos, capacitación en temas de salud oral. Como lo confirma el estudio de Saied-Moallemi y cols (5), donde se obtuvieron mejores resultados cuando se involucró el entorno familiar de los niños a los talleres de prevención de la enfermedad oral, y como lo sugieren Misrachi y Zalaquett para que los resultados perduren en el tiempo (7). Para el caso de los niños que están a cargo de la Fundación (internos), esta capacitación debe realizarse a los cuidadores encargados de la Salud Integral de estos, como se lleva a cabo en la Institución (16).

En ambos casos es importante tener en cuenta las condiciones y estilos de vida de los individuos para poder explicar las causas del comportamiento de su salud/enfermedad oral. El estilo de vida es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Ésta se

relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano; y por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. En la actualidad, se considera que la familia; como grupo particular con condiciones de vida similares, posee un estilo de vida propio que determina la salud del grupo familiar y sus miembros. De aquí se concibe además, la categoría de estilo de vida familiar (17).

Es importante resaltar las diferencias encontradas en el estado de salud oral de los niños internos y externos (como lo explican las gráficas), ya que a pesar de haber recibido el mismo énfasis en educación en higiene oral que proporciona el modelo, las diferencias en aspectos como la vivienda, la procedencia, la atención que reciben en cuanto al manejo de su problemática social, y el cuidado y acompañamiento de los adultos en sus actividades cotidianas, determina la presentación de las enfermedades orales de los grupos de individuos (internos/externos).

Por lo anterior, se sugiere profundizar en el análisis de los determinantes sociales de la salud, y encaminar nuevas investigaciones a la comprensión de los problemas de salud/enfermedad oral de los niños beneficiarios de la Fundación Formemos en este marco conceptual. Esto siguiendo la corriente de pensamiento medico-social que genera un quehacer científico comprometido con la transformación de las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones y con la solución de los problemas de salud de las clases populares (18).

Así mismo, se hace énfasis en la necesidad de generar mecanismos de solución a los problemas de salud/enfermedad oral encontrados en esta población, y estrategias encaminadas a la prevención de nuevas apariciones de enfermedad oral. El trabajo de dar visibilidad e importancia a lo social, en la producción de las condiciones de enfermedad, muerte y atención a la salud es esencial, en momentos en que existe un predominio de las visiones gerenciales y tecnocráticas para abordar y resolver los problemas colectivos de salud enfermedad en el mundo (2,15,18).

El objetivo principal de este proyecto se logró, y aunque los resultados no son del todo favorecedores, se cumple con el propósito de dar las pautas para el desarrollo de nuevas estrategias de promoción y prevención en esta población, para que a su vez puedan generar mejores resultados (en términos de morbilidad oral), tanto para los niños internos como para los externos que se benefician de la fundación.

Se sugiere a la Fundación Formemos, continuar con el manejo integral de la problemática social de los niños beneficiados, de la misma manera que se sugiere a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, continuar con el diseño y aplicación de nuevas estrategias que incluyan capacitación a los funcionarios de la fundación para el reconocimiento y actuación sobre los determinantes sociales de la salud, utilizando la propuesta de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) (2) como fundamento teórico para explicar la repercusiones de la inequidad sanitaria, y así, afectar de manera positiva sobre la calidad de vida de los escolares y la comunidad que integra la fundación.

REFERENCIAS

1. MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal. ENSAB III. Bogotá, Colombia. 1999.
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Comisión sobre determinantes sociales de la Salud. Resumen analítico del Informe Final. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 2008.
3. HERNÁNDEZ M. Ponencia presentada a la mesa "Problemas éticos: desigualdad, inequidad e injusticia", en el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). México D.F. 2008.
4. CRUXÉN B, VOLSCHAN G. Getting to Know Early Childhood Caries through Qualitative Analysis. *J Clin Pediatr Dent* 2006;31(1):48-51.
5. SAIED-MOALLEMI Z, VIRTANEN JI, VEKALAHTI MM, TEHRANCI A, MURTOMAA H. School-based intervention to promote preadolescents' gingival health: a community trial. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009;37(6):518-26.
6. BOYCE T, DEN BESTEN P, STAMPERDAHL J, ZHAN L, JIANG Y, ADLER N, ET AL. Social inequalities in childhood dental caries: The convergent roles of stress, bacteria and disadvantage. *Social Science & Medicine* 2010;71:1644 -1652.
7. MISRACHI C, ZALAQUETTE D. Influencia de la educación escolar para estilos de vida saludables en los factores determinantes de conductas en salud oral. *Odontol Chil*. 1994;42(2):87-92.
8. LIMONTA E, ARAUJO T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. *Medisan* 2000;4(3):9-15.
9. GONZÁLEZ S, ALVAREZ L, AMAYA A, ATUESTA C, BETANCUR G, MAYA D, ET AL. Promoción y prevención en salud bucal en docentes y escolares de una escuela de Medellín. *Rev colomb Investig Odontol* 2009; 1(1).
10. ROSASCO C. Participación en un proyecto de investigación a partir de la aplicación de un modelo de salud en una comunidad indígena y su aporte hacia su formación profesional en el campo de la odontología mediante interacción entre las diferentes culturas. [Trabajo de grado para obtener el título de Odontóloga]. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2008.
11. CHOQUE R. Comunicación y Educación para la promoción de la salud. Razón y Palabra. 2005. [Consultado marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>

12. **BURGOS D, HERNÁNDEZ F, RANGEL J.** Evaluación de programas y talleres de salud oral dirigidos a niños de educación básica primaria de la comunidad fundación formemos para mejorar su calidad de vida. [Trabajo de grado para obtener el título de odontólogos]. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2010.
13. **ABDALA E.** Manual para la evaluación de impacto en programas de formación para jóvenes. Montevideo. En: La evaluación de impacto: tipos, modelos teóricos y proceso técnico. Cinterfor, 2004:121.
14. **RESTREPO H, MÁLAGA H.** Promoción de la salud: como construir vida saludable. Ed. Panamericana. 2001. Pág. 81.
15. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).** School health and youth health promotion: Effective school health programmes. [Consultado marzo de 2012] Disponible en http://www.who.int/school_youth_health/en/.
16. **FUNDACIÓN FORMEMOS.** Formamos niñ@s semillas del presente, esperanza del futuro. [Consultado junio de 2011]. Disponible en: www.fundacionformemos.org.
17. **ESPINOSA L.** Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud – enfermedad. Rev Cub Estomatol 2004;41(3). [Consultado enero de 2012] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_3_04/est09304.htm.
18. **ARELLANO O, ESCUDERO J, CARMONA L.** Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Medicina Social. 2008; 3(4): 323 – 335.