

PROGRAMA INCREMENTAL DE EDUCACIÓN EN SALUD ORAL EN LA CONCENTRACIÓN
ESCOLAR BILBAO DE LA LOCALIDAD DE SUBA BOGOTÁ
Desde II de 2001 hasta VI de 2002



COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

BARBOSA J*. BARRETO L*. CARDOSO M*. ECHAVARRIA N*. GRANADOS P*. PERALTA C*.
ZULUAGA M*
MACIAS C**
GONZALEZ MA***
IBÁÑEZ M****

RESUMEN

Con base en la problemática de la Concentración Escolar Bilbao perteneciente a la localidad de Suba, Bogotá D.C. al ser una comunidad de estrato socio-económico bajo, debido a la falta de información acerca del auto-cuidado bucal y el difícil acceso a los servicios odontológicos y de salud en general; se observó la necesidad de implementar un programa de educación en salud oral en el cual como base primordial se les facilitó el recurso físico (cepillos dentales), luego se les instruyó en el manejo adecuado de éste, pudiendo crear un buen hábito en su cotidianidad y a su vez logrando disminuir la incidencia de caries. Se incluyeron niños de cinco a diez años con dentición mixta. Con esto se quería observar si en el recambio de dientes era posible que sus primeros permanentes pudieran mantenerse sanos. Era importante que el grupo de investigadores fueran el inicio de este proceso, pero a su vez se tenían que delegar funciones a personas que permanecieran con ellos un mayor tiempo, por lo tanto este programa se hizo extensivo a profesores y a padres de familia para que además de guiar a sus hijos en este proceso, ellos también mejoraran los hábitos y fueran parte de la enseñanza; se buscó que estos miembros fueran multiplicadores de estos conocimientos. En la mayor parte de la población infantil se logró mantener un número considerable de dientes sanos en boca y mejorar sus hábitos de higiene oral.

Palabras claves: Programa de Educación, Higiene Oral, dentición y hábitos, índices.

ABSTRACT

With base in the problem of the school concentration Bilbao, belonging to the town of Suba, Bogotá, D.C. to the being a community of stratum socioeconomic first floor due to the lack of information about the selfcare buccal and difficult access to the odontological services and of health in general; one observes the necessity to implement of education in oral health, in the one which like primordial base is facilitated the physical resource (dental brushes), then they are instructed in the appropriate handling of these, being able to create a good one inhabits its daily and in turn being able to diminish the cavity incidence. Children were included from five to ten years with mixed teething, with this it was wanted to observe if in two years of replacement of teeth it was possible their first permanent teeth to stay healthy. It was important that the group of students went to the beginning of this process, but in turn they were had to delegate functions therefore to people that remained with them a bigger time, this program it became extensive to professors and family parents so that besides guiding its children in this process, they also improved the habits and they were part of this teaching, finally we achieve with this program to make these members to apply these knowledge in the life he/she practices, and in most of the infantile population you achievement to maintain a considerable number of healthy teeth in the mouth.

Key words: Program of education, hygienic oral, dentition, habits, indices.

INTRODUCCION

En los niños de Preescolar y Primero de Primaria de la Concentración Escolar Bilbao de la Localidad de Suba, Bogotá D.C., se encontró la caries y la gingivitis como una enfermedad bucodental que afecta a esta población.

Se estableció un Programa Incremental de Educación en Salud Oral en la Concentración Escolar Bilbao de la Localidad de Suba, Bogotá D.C., para preservar la salud bucodental de la población infantil de preescolar y primero de primaria de dicha concentración.

*Estudiantes X Semestre C.O.C.

**Asesor Científico OD Odontopediatría

***Asesor Metodológico OD Magíster en Administración de Salud.

****Asesor Estadístico

De conformidad con el diagnóstico realizado inicialmente se vió la necesidad de implementar un Programa Incremental de Educación en Salud Oral en la población estudiantil, padres de familia y docentes de la Concentración Escolar Bilbao de la Localidad de Suba, Bogotá D.C. por esta razón cabe preguntarse ¿Este programa podrá controlar el proceso de caries dental y gingivitis existente en los niños de preescolar y primero de primaria pertenecientes a dicha institución?.

La Concentración Escolar Bilbao de la Localidad de Suba, Bogotá D.C. posee un estrato socioeconómico bajo, por ello se realizó un Programa de Educación en Salud Oral, donde tanto padres como docentes, fueron guiados por los profesionales para que colaboraran en el desarrollo del programa, que no solo suple las necesidades de la población estudiantil sino que da pautas de enseñanza. Teniendo en cuenta el alto nivel de placa bacteriana, sus condiciones socio-económicas culturales y educativas, se vió la necesidad de disminuir el proceso de caries y controlar la gingivitis.

Con este estudio se pretende implementar hábitos de auto-cuidado oral en la Concentración Escolar Bilbao, de la Localidad de Suba, Bogotá D.C. como es el cepillado, para disminuir el riesgo de caries en una población infantil cuyas edades oscilan entre los cinco y diez años.

Se entiende por Programa Incremental, aquel procedimiento de trabajo cuyo propósito es la cobertura completa por atención odontológica en una población determinada, evaluando inicialmente las necesidades acumuladas y posteriormente manteniéndola bajo control, basándose en criterios de prioridad según edad y problemas. La experiencia obtenida en su implementación, ha demostrado que la mejoría del estado de salud oral de una población determinada pasa a ser algo visible y un resultado concreto del trabajo desarrollado en equipo localmente. El Programa Incremental se aplica principalmente a grupos de edad escolar, debido a la facilidad que ofrecen las escuelas como agrupaciones cerradas de personas y

por el énfasis que se da a este grupo etéreo desde el punto de vista de atención odontológica. (Gómez, V 1998)

El Programa Educativo actúa como un mecanismo de sustentación logística del sistema. Básicamente las acciones educativas deben ser vistas, bajo una perspectiva de difusión máxima de la "Cultura Odontológica" para la población, dentro de un proceso de desmonopolización de conocimientos y tecnología odontológica, que permiten a cada cual realizar los cuidados necesarios con relación a su salud y al ambiente en que vive. Un programa educativo posee, además, un enfoque operacional de apoyo directo a las actividades de educación y prevención de atención odontológica. (Gómez, V 1998).

Forma parte del estrato económico la entrada y salida de recursos que dependen en gran parte del nivel de educación, de la ocupación o el empleo en el cual se desarrolle el individuo. Esta población de bajos recursos no puede contar con la información suficiente en cuanto al cuidado de la salud oral, dentro de lo que forman parte las guías de cepillado, uso de seda dental, las enfermedades que se manifiestan en cavidad oral; y mucho menos cuentan con los materiales necesarios para llevar a cabo este procedimiento, ni el personal que les asesore en el auto-cuidado diario para disminuir el riesgo de enfermedad. (Gómez, V 1998).

Los problemas buco-dentales en la población colombiana, guardan una estrecha relación con la dinámica social; de tal manera que una comprensión de la problemática actual, en cuanto a salud oral se refiere, remite necesariamente a un examen panorámico de las coyunturas históricas del presente siglo, las cuales han incidido en la comprensión social de la salud, (González, M y colaboradores, 1998).

Caries Dental: Se define como un proceso o enfermedad dinámica crónica que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, dando como resultado una pérdida de mineral de la

superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros. (González, M y colaboradores, 1998).

Tipos de Índices relacionados: se tuvo en cuenta el índice C.O.P., el índice ceo-d y el Índice de Higiene Oral (González, M y colaboradores, 1998)

Índice C.O.P.: Índice de dientes cariados, obturados y perdidos. Este índice se basa en el hecho de que los tejidos dentales duros no curan por sí mismos, por lo tanto es un índice irreversible, lo cual significa que mide experiencias de caries en el tiempo total de la vida. (Palmer, K. 1937).

Características de Índice C.O.P.: Índice para dentición permanente, siempre se escribe con letras mayúsculas, es un índice sencillo y versátil, proporciona riqueza de datos al odontólogo o investigador, permite el establecimiento de comparaciones en la esfera internacional, es comprensible y confiable, los datos se obtienen en forma rápida y objetiva. (González, M y colaboradores 1998)

Índice c.e.o: La severidad del problema de caries dental en la dentición primaria se estima a través de este índice.

El III Estudio Nacional de Salud Bucal 1997 - 1998 en Bogotá muestra en niños mayores de cinco años, un C.O.P. de 3.1 promedio, distribuido así: 1.9 cariados, 1 obturados, 0.2 extraídos por caries. En cuanto a dentición decidua, el índice c.e.o. (Gruebbel), mostró un promedio de 3.0 distribuido en: 2.4 cariados, 0.5 obturados y 0.1 con extracción indicada. La necesidad de tratamiento en dentición permanente en niños de 5, 6 y 7 años aumenta paulatinamente, según el porcentaje de dientes con necesidad de tratamiento (3.4 % a los cinco años, 12.1 a los siete años), aportado principalmente por la necesidad de sellantes (3%, 10% y 10.1% respectivamente), y obturaciones de una superficie (0.4%, 1.2% y 2%). El 89% del total de los dientes en la población colombiana presenta según este estudio de Morbilidad Oral, necesidad de tratamiento. La mortalidad dentaria presenta aún una situación dramática, puesto que la exodoncia

continúa participando con el 25-35% de todas las acciones clínicas. (Ministerio de Salud 1998).

Índice de Higiene Oral: Este índice se toma para detectar el acumulo de placa bacteriana, para esto se utiliza líquido revelador de placa, aplicando una o dos gotas sobre la lengua del paciente, explicándole que pase su lengua sobre todas las superficies de sus dientes, es así como se puede observar la superficie donde hay mayor acumulo de placa. Se le muestra al paciente con un espejo para que así aumente la eficacia del cepillado en esta zona. El estado de placa blanda se mide únicamente en superficies de dientes completamente erupcionados, es decir, cuando las superficies oclusales y los bordes incisales han alcanzado el plano oclusal. El estado de higiene oral se determinó con base en la cantidad de placa blanda (restos alimenticios, materia alba) que presentaron las superficies predeterminadas de 6 dientes permanentes seleccionados o sus equivalentes en la dentición decidua, los dientes y superficies a examinar son: en dientes permanentes, 16 Vestibular, 11 Vestibular, 26 Vestibular, 36 Lingual, 31 Vestibular, 46 lingual; en dientes temporales, 55 vestibular, 51 vestibular, 65 vestibular, 75 lingual, 71 vestibular, 85 lingual. Para dentición mixta los dientes de elección para el examen son los permanentes (González, M y colaboradores, 1998).

Criterios: 0 No hay presencia de placa, 1. Presencia de placa en menos de 1/3 gingival de la superficie del diente, 2. La placa bacteriana cubre más del 1/3 gingival del diente, 3. La placa bacteriana cubre más de 2/3 gingival del diente, 9. No aplicable.
Criterios clínicos de placa bacteriana: Bueno 0.0 - 1.2, Regular 1.3 - 3.0, Malo 3.1 - 6.0. (González, M y colaboradores, 1998).

Gingivitis: Es el padecimiento periodontal más frecuente y se puede presentar en cualquier sujeto debido a la excesiva acumulación de placa en el margen gingival. Esta enfermedad es la inflamación de la encía, que se caracteriza por cambios en el color de rosa coral a rojo; cambios en la forma que en condiciones normales es delgada y con borde afilado a edematosa con

papilas interdentes abultadas, cambios en la posición gingival, margen gingival abultado, cambios en texturas de superficies satinadas y reducción del punteado gingival, hemorragia espontánea o bajo una leve presión (Riviere, G. 1998).

Generalmente su factor etiológico es ocasionado por la presencia de placa bacteriana o microbiana, pero existen factores que manifiestan gingivitis no asociada a placa bacteriana (Riviere, G. 1998).

Por esto el objetivo general se desarrolló en dos fases: la primera fase buscó evaluar si es necesario implementar el Programa Educativo en Salud Oral en los cursos de preescolar y primero de primaria jornadas mañana y tarde de la Concentración Escolar Bilbao de la Localidad de Suba, Bogotá D.C.; en la segunda fase fue evaluar la eficacia del Programa Incremental de Educación en Salud Oral.

Los objetivos específicos en la primera fase fueron: Medir a través de un examen inicial, la necesidad de implementar el Programa Incremental de Educación en Salud Oral. En la segunda fase fueron: Comparar el COP inicial, con el obtenido al año de haber iniciado el programa, determinar si existen cambios significativos entre el índice de higiene oral inicial y los índices aplicados a los tres, seis y nueve meses de haber iniciado el Programa, describir el índice ceo conseguido al inicio de programa y el obtenido en el corte realizado al año.

METODO

El tipo de estudio es de intervención porque después de diagnosticado el problema inicial se implementó el Programa Incremental de Educación en Salud Oral, por lo tanto se observó si la intervención produjo un cambio en las variables principales del estudio durante un período de tiempo de un año.

Con respecto a la población de estudio diana o blanco estuvo conformado por niños de preescolar y primero pertenecientes a la Concentración Escolar Bilbao de la Localidad de Suba, Bogotá, D.C. La población elegible

fue determinada a través de los siguientes criterios de selección, criterios de inclusión: alumnos que se encuentren debidamente matriculados en preescolar y primero en el año 2001 de la Concentración Escolar Bilbao de la Localidad de Suba, Bogotá, D.C., edades que oscilan entre los cinco y los diez años, niños autorizados por sus padres mediante consentimiento informado para participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron: Niños que abandonaron la institución en el tiempo de aplicación del Programa.

La muestra la conformaron niños de preescolar y primero pertenecientes a la Concentración Escolar Bilbao de la Localidad de Suba, Bogotá, D.C. que cumplieron con los criterios de selección, el tamaño de la muestra fue de 195 niños distribuidos así: 73 en preescolar y 122 en primero de primaria de las jornadas mañana y tarde de la Concentración Escolar Bilbao de la Localidad de Suba, Bogotá, D.C.

Para efectos de este estudio se utilizó la técnica de observación directa, habiendo calibrado previamente a los observadores, de esta manera se recogió la información primaria del estado de salud bucodental de la comunidad a tratar, es decir niños de preescolar y primero de primaria pertenecientes a la Concentración Escolar Bilbao de la Localidad de Suba, Bogotá, D.C.

Mediante una evaluación clínica individual se establecieron los índices ceo y COP que fueron recolectados en un instrumento especialmente diseñado para esto, el cual se dividió en dos partes: La primera, de información general en donde se encontraron los siguientes datos: Nombre del estudiante a examinar, fecha de la recolección, edad, talla, peso, curso y la segunda parte de información más específica como número de dientes temporales sanos, cariados, obturados y con extracción indicada y número de dientes permanentes sanos, obturados, cariados y perdidos. Estos índices fueron reunidos en dos tiempos, al principio del Programa Incremental de Educación en Salud Oral y posteriormente en un control a un año.

Se realizó igualmente el índice de higiene oral en tres períodos de tiempo; a los tres, seis y nueve meses de iniciado el Programa Incremental de Educación en Salud Oral, habiendo instruido a los niños en enseñanza de cepillado e higiene oral, el cual era dirigido diariamente por los maestros y controlado cada dos semanas por los investigadores.

Estos datos se recogieron en un instrumento creado para este fin en el cual se contaba con la siguiente información: Nombre del alumno, fecha y a continuación los dientes base que se tomaron para obtener este índice.

En la sistematización de la información se hizo digitación y depuración. La digitación: Se registró la información de las variables del estudio en el paquete Excel, versión 7.0 de la siguiente manera: Primero se organizaron las historias clínicas de acuerdo al número en orden ascendente, luego se creó una base de datos y posteriormente se introdujeron los datos recolectados. La depuración: Se corroboró que la información digitada en la base de datos creada para este fin, concordara fielmente a los datos reales; se realizó así: Mediante comparación entre los datos consignados en la historia clínica y los consignados en la base de datos y a través de frecuencias simples.

Posteriormente se definieron las siguientes variables: Género: Se clasificaron los niños de acuerdo a su género (Masculino y Femenino); Edad: Se tendrán en cuenta los rangos de edad de 5-6; 7-8 y 9-10; diagnóstico de dientes permanentes sanos; índices C.O.P., c.e.o. e Índice de Higiene Oral.

Para la realización del Programa se necesitó tanto de la aprobación de la institución como de los padres de familia. Después de una reunión previa en la cual se les explicó la importancia del Programa se consiguió así la aprobación de cada uno. Se recibieron 195 autorizaciones por parte de los padres.

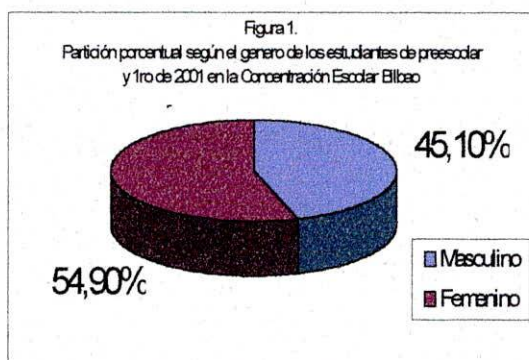
Se elaboró una guía para unificar criterios en la realización del Índice C.O.P., c.e.o. y el Índice de Higiene Oral.

Primero se realizó un examen inicial de diagnóstico. Se utilizó espejo bucal y visión directa. Este mismo examen se realizó al año como mecanismo de control. Para la toma del índice de higiene oral, se reunieron en grupos de diez niños los cuales salieron del aula con vaso y cepillo dental, se les supervisó el cepillado y se registró el índice a los tres, seis y nueve meses.

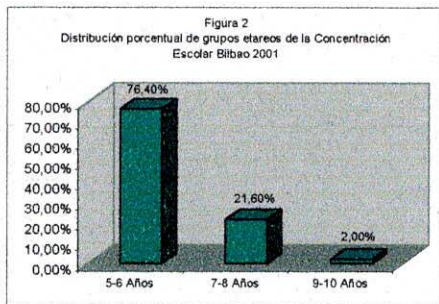
Para efectos de este estudio se realizó estadística descriptiva del tipo medidas de tendencia central como porcentaje para género y estrato social; Promedios para edad, el índice C.O.P., el índice c.e.o., el índice de higiene oral simplificado, control de conteo de caries, presencia o ausencia de gingivitis.

RESULTADOS

Descripción demográfica: el total de la población del estudio fueron 195 alumnos matriculados en la Concentración Escolar Bilbao de la localidad de Suba, Bogotá D.C. pertenecientes a los grados pre-escolar y primero jornada mañana y tarde donde el 45.1% (88) correspondió al género masculino y el 54.9% (107) al género femenino. (figura 1)



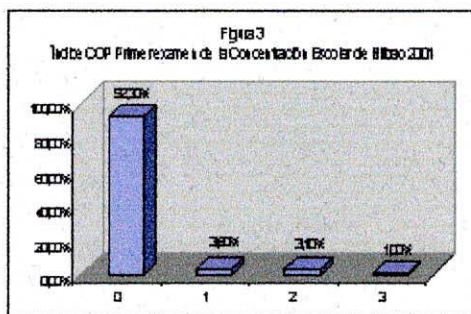
La edad mínima fue de 5 años y la edad máxima de 10 años con un promedio de 6.02 y una desviación estándar de +/- 0.98. Se distribuyó por grupos etáreos así de 5-6 años con un porcentaje de 76.4%; de 7-8 años correspondiente al 21.6% y de 9-10 años con un porcentaje de 2%. (figura 2).



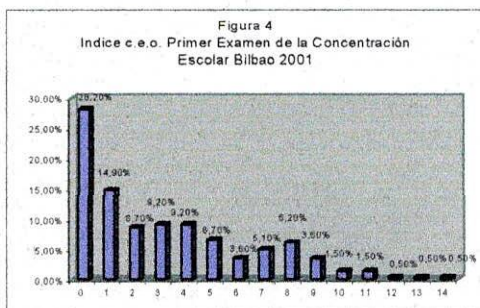
Evaluación de índices antes de implementar el programa

Para dientes permanentes perdidos se observó que el 100% corresponde a un índice de 0, es decir que ningún alumno examinado presenta dientes permanentes perdidos por caries.

En el primer examen el total del índice C.O.P. se obtuvo que el mayor porcentaje 92.3% (180) corresponde a un índice de 0, seguido de 3.6% (7) para un índice 1, el 3.1% (6) para un índice de 2, y el menor porcentaje 1,0% (2) para un índice de 3. Los alumnos examinados tenían dentición mixta. (figura 3).



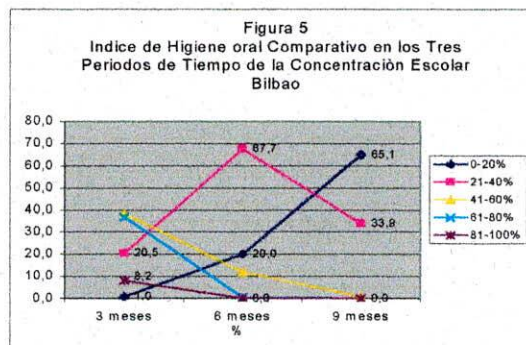
En el total del índice c.e.o. se obtuvo un valor de 0 representando el 28,2% (55) correspondiente a alumnos que en cavidad oral no presentaron caries y el 71,2% (140) de la población presentó experiencia de caries (figura 4).



Evaluación de índice de higiene oral en los tres periodos de tiempo: En la primera toma se observó como resultado que entre el 0-20% de Índice de higiene oral se encontró el 1% de la población, entre 21-40% se encontró el 20,5% de la población, entre 41-60 % se halló el 38,5 % de la población, entre el 61-80 % se observó el 31,8 % de la población y más del 80% de Índice de higiene oral en solo el 8,2 % de la población en total, lo que dio una media de 55,72% de Índice de higiene oral.

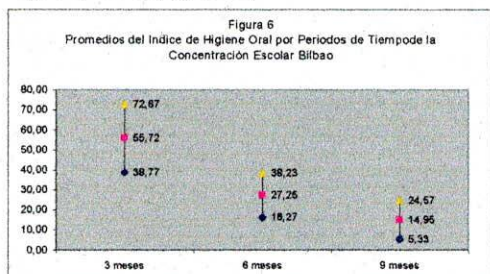
En la segunda toma se observó que entre el 0 – 20 % del Índice de higiene oral se tiene el 20 % de la población, entre 21-40 % se encontró el 67,7 % de la población entre el 41-60 % se halló el 11,8 % de la población, entre el 61-80 % de la población y más del 80 % del Índice de higiene oral no se encontró individuo alguno en la población escolar obteniendo así una media de 27,25 % de Índice de higiene oral.

En la tercera toma se observó que entre el 0-20% se encontró el 65,1 % de la población total siendo la más representativa, entre el 21-40 % se halló el 33,9 % de la población, entre el 41-60 % se encontró el 1 % y más del 60 % no se encontró individuo alguno de la población para obtenerse una media 14,95 % del Índice de higiene oral. (figura 5).

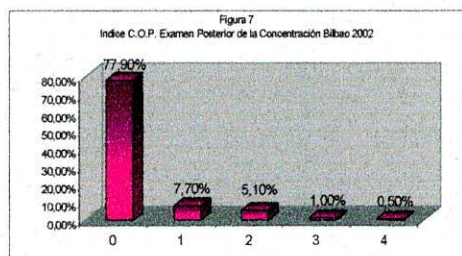


Comparando los índices tomados a los tres, seis y nueve meses se encontró que a los tres meses se obtuvo un índice de higiene oral con un promedio de 55.72%, en la segunda toma a los seis meses el promedio fue de 27.25% demostrando una disminución significativa estadísticamente con un promedio de 28.46%, en la tercera toma a los nueve meses se obtuvo un promedio de 14.95% que comparado con la anterior

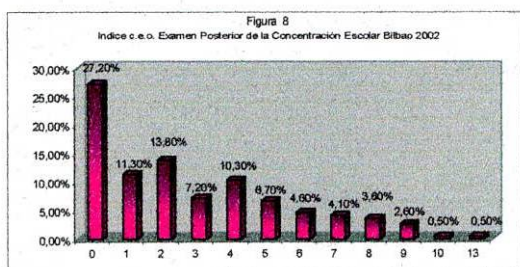
mostró una disminución en cuanto a la placa bacteriana de la población con un promedio diferencial de 12.36% y comparando la tercera toma se obtuvo una diferencia de un promedio de 40.76% lo que permite concluir que en la Concentración Escolar Bilbao se logró una disminución significativa durante el transcurso del Programa del Índice de Higiene Oral. (figura 6)



En el segundo examen el total del Índice C.O.P. se obtuvo que el mayor porcentaje 77,9% (168) corresponde a un índice de 0, seguido de 7,7%(15) para un índice 1, el 5.1%(10) para un índice de 2, y el menor porcentaje 1,0%(2) para un índice de 3. (figura 7).



En el total del índice c.e.o. se obtuvo un valor de 0 representando en 27,2%(53), correspondiente a alumnos que en cavidad oral no presentaron alteración alguna, y el 72,8% (142) de la población presentaron experiencia de caries. (figura 8).



DISCUSIÓN

Con el Programa de Educación en Salud Oral, se pudo establecer y reforzar un comportamiento y un hábito de auto cuidado de la boca, que conlleva a un mejoramiento de la salud oral de los niños. El Programa por si solo no evita la enfermedad. Para que la Educación en Salud Oral sea efectiva se necesita involucrar activamente a toda la comunidad escolar (maestros, padres y niños).

En los resultados de este estudio el Índice C.O.P. al inicio del Programa se observó que el 92.3% de la población fue de (0), 3.6% fue de (1) y 3.1% fue de (2) y el 1% fue de (3) y en el control se obtuvo un Índice de C.O.P. de 77% correspondiente a (0) de 7.7% equivalente a (1) de 5.1% equivalente a (2) y 1.0% equivalente a (3); este aumento se debe a que en el inicio del Programa el número de dientes permanentes en boca era de 707 y en el segundo examen eran 1292 dientes permanentes. El promedio de dientes permanentes sanos al inicio del programa fue de 3.5 y en el control el promedio de dientes permanentes sanos fue de 6.4.

Estos hallazgos se pueden comparar con los obtenidos en el III Estudio Nacional de Salud Bucal de 1997 – 1998, donde el índice de dientes cariados, perdidos y obturados tienen valores de 0.1 a los cinco años y 2.3 a los 12 años (95%), con un número promedio de dientes permanentes sanos a los doce años de 23.3, es decir el 90% de dientes presentes en boca.

Los hallazgos del Índice c.e.o. al inicio del programa fueron del 71% de la población que presentó experiencia de caries en dentición temporal y en el control no se encontró diferencia ya que el 72.8% presentó historia de caries. Los mismos resultados se corroboran con el III Estudio Nacional de Salud Bucal de 1997 – 1998 donde a los cinco años el Índice de c.e.o. es de 3.0 (95%) y no presenta incrementos importantes a los seis y siete años.

Se encontraron cambios significativos en el Índice de Higiene Oral inicial y los índices aplicados a los 3, 6 y 9 meses. A los tres

meses el 1% de la población presentó un índice de placa bacteriana entre 0-20%, el 38.5% de la población presentó un índice de placa bacteriana 41% y 60% y el 31% de la población entre el 61% y 80% de placa bacteriana. A los seis meses el 67% de la población presentó un índice de placa bacteriana de 21-40% y a los nueve meses el 65% se halló 0-20%. El control mecánico de la placa bacteriana se basa principalmente en el cepillado dental. Este cepillado fue supervisado diariamente por los maestros y cada dos semanas por los investigadores, esto contribuyó a lograr buenos resultados, así lo han mostrado estudios longitudinales en donde se compara la eficacia del cepillado supervisado y no supervisado en grupos de 9-11 años de edad durante un período de 3 años. (Horowitz 1997) (Koch 1970)

CONCLUSIONES

Al realizar un primer examen en la Concentración Escolar Bilbao en la comunidad de estudio, mediante los Índices utilizados C.O.P. y c.e.o se identificó la necesidad de implementar un Programa de Educación en Salud Oral.

El Índice de C.O.P. tuvo un leve incremento por el aumento de dientes permanentes en boca.

El Índice c.e.o. entre el primer examen y el control no vario.

Se encontró diferencia significativa entre el Índice de Higiene Oral a los tres meses y los controles realizados a los seis y nueve meses.

Se logró la participación activa de niños y maestros en la realización de cepillado.

RECOMENDACIONES

Continuar con el Programa en la Concentración Escolar Bilbao de la Localidad de Suba Bogotá, D.C., hasta lograr la cobertura de toda la población escolar.

Evaluar el Programa a mediano y largo plazo.

Desarrollar estrategias y actividades que permitan una mayor participación, no solo de los alumnos sino también de padres y maestros.

BIBLIOGRAFÍA

GÓMEZ, Víctor; **PITRONI**, Luis; **VERNEY**, Paulo Sistema Incremental de atención Odontológica para Escolares Porto Alegre (Brasil) 1998

GONZALEZ, María Clara; **VALBUENA**, Luisa Fernanda; **ZARTA**, Olga Lucía Caries Dental, Guías de práctica Clínicas Basadas en la Evidencia. ISS, Asociación colombiana de Facultades de Odontología 1998

PALMER, K Índice C.O.P. 1937 Gil Villegas Francisco, " Liderazgo ", Ed. Instituto de Capacitación Política, México D.F., 1990. Carl Jung, " Diportable Jung " , De Campbell, New York, 1992, pg 60.

RIVIERE, George. Journal of Periodontally April 1998

e.mail

marinellazg@hotmail.com

nathaliae@uol.com.co

julibar79@hotmail.com

lilibarreto@terra.com.co

