

Los niños tienen la palabra: Nuestras bocas sanas para una vida sana

Ángela María Franco¹, Cecilia María Martínez², Mauricio Álvarez³, Ives Alberto Coutin³,
Ingrid Maricela Larrea³, María Angélica Otero³, Karen Portacio³, Juliana Vivas³, Ana María Zapata³

Resumen

Introducción y Objetivo: La niñez es una etapa de la vida que se considera decisiva para el adecuado desarrollo de los seres humanos, y esta fue la motivación para ejecutar un programa de intervención comunitaria, familiar e individual, orientado a la promoción de la salud general y bucal, en la vereda Tierradentro, municipio de Bello Antioquia, durante los años 2005 y 2006. **Materiales y Métodos:** El programa se realizó en tres fases: (1) Diagnóstica: Identificación de las principales características de la población involucrada. (2) Intervención: Estrategias de información, educación y comunicación, buscando negociación de saberes e incorporación de aprendizajes para una vida sana. (3) Evaluación: Identificación de resultados alcanzados. **Resultados:** Sensibilización de la comunidad educativa (profesores y estudiantes) sobre la importancia de la salud bucal; posicionamiento de hábitos de higiene bucal en la cotidianidad de la escuela; reducción de valores del Índice de Higiene Oral; atención a necesidades básicas de salud bucal y general; aprendizaje de los estudiantes de Odontología del CES, sobre las características y el compromiso que requiere el trabajo comunitario. **Conclusión:** El trabajo comunitario con propósitos educativos es posible y productivo y los resultados permanecerán en el tiempo, si hay participación y compromiso de todos los actores implicados y los objetivos se integran al diario vivir de las comunidades. **Palabras Clave:** Desarrollo de programa, educación en salud, salud oral, odontología en salud pública, participación comunitaria.

Children have the word: Our healthy mouths for a healthy life

Abstract

Introduction and Objective: To execute a community, family and individual intervention program, oriented towards the promotion of the general and oral health in Tierradentro Community in Bello during 2005 and 2006. **Materials and Methods:** The intervention program was carried out into three phases: (1) Diagnosis: Identification of the characteristics of the population, priorities, existent support networks, needs, main health - illness problems and their conditions. (2) Intervention: information, education and communication strategies, aimed to incorporate healthy lifestyle habits. (3) Evaluation: Identification of results and impact of the therapy in terms of the incorporation of new knowledge, attitudes and skills for general and oral health. **Results:** Sensibilization of the educational community (teachers and students) on the importance of oral health, incorporation of daily routine oral habits within school activities, reduction of the Oral Hygiene Index, attention of basic oral health needs was obtained. Motivation of CES Dental students on the characteristics and commitment required for community work was gathered as well. **Conclusion:** Community work with educational purposes is possible and results will have long-term effect only if there is participation and commitment of all actors implied and if the results are incorporated in the daily lifestyle of the community. The program should be assumed by the Local Direction of Health. **Key words:** Promotion of the oral Health, school, program, education, participation

Introducción

En todo el mundo y en particular en Colombia, diferentes sectores de la sociedad han realizado esfuerzos en los últimos años para que los derechos de los niños y las niñas, se respeten no sólo de palabra sino que en la práctica se

demuestre la voluntad real de la sociedad para proteger integralmente a la población infantil. De hecho se vienen realizando esfuerzos para incluir a la niñez como parte de las políticas internacionales y nacionales para su protección, cuidados integrales

1. Odontóloga Mg. Epidemiología. Universidad de Antioquia.
2. Odontóloga. Mg Epidemiología. Universidad de Antioquia.
3. Odontólogos. Universidad CES.

y fortalecimiento.¹ Un ejemplo de ello es la firma, junto con otros 190 países, de la Convención Internacional de los Derechos de los Niños de la Asamblea General de las Naciones Unidas, que declara que “los Estados se obligan a adoptar las medidas administrativas, sociales y educativas de orden legislativo, apropiadas para reconocer a los niños y niñas de su territorio como sujetos de derecho y protegerlos contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, maltrato o explotaciónes, incluido el abuso sexual”.²

La niñez es una etapa de la vida que se considera decisiva para el adecuado desarrollo de los seres humanos. Los eventos que ocurren en este período del ciclo vital, determinan positiva o negativamente, las características físicas y mentales que acompañarán a las personas por el resto de la vida. Por otro lado, el desarrollo de las personas no es independiente del medio ambiente en el que crecen, de hecho las oportunidades de interacción con el medio ambiente físico y con el medio ambiente social, son factores determinantes del desarrollo individual.

El componente bucal, como parte de la salud general, es importante también para el adecuado crecimiento de niños y niñas, motivo por el cual es necesario atender oportunamente el proceso salud enfermedad que lo afecta. En los países en desarrollo en particular, la salud bucal es un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud, debido a la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad, los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención.

La caries dental es el principal problema de salud bucal en las poblaciones y se presenta desde los primeros años de vida en muchos países industrializados y no industrializados, como una enfermedad que alcanza grados variables de severidad, con consecuencias negativas para la salud.³⁻⁵ En la niñez está asociada con dificultades en el desarrollo del lenguaje y problemas psicológicos relacionados con la autoestima del niño. Produce pérdida temprana de dientes, pérdida de espacio que afecta el desarrollo de los arcos, colapso del crecimiento de los maxilares e infecciones que pueden progresar hasta la osteomielitis. Todos estos problemas locales tienen alta relación con otros problemas sistémicos entre los que se cuenta como el más importante la desnutrición o malnutrición infantil.⁶ Desde el punto de vista epidemiológico se sabe además

que la distribución de la caries dental no es uniforme en las poblaciones; las curvas de población en función del CPO-D (índice de dientes cariados, obturados y perdidos) muestran que un 25% de los niños y adolescentes tienen alrededor del 80% de las lesiones de caries,⁷ lo cual sugiere la existencia de factores que van más allá de lo biológico. Thylstrup y Fejerskov⁸ propusieron un modelo para explicar la enfermedad, que tiene en cuenta la relación entre los depósitos microbianos y la superficie dental en presencia de una serie de factores locales, pero reconocen la importancia de determinantes sociales, económicos y culturales en su desarrollo. La caries en la niñez está asociada con precarias condiciones de vida, malos hábitos higiénicos, bajo nivel educativo de los padres, factores culturales relacionados con la valoración social de la salud bucal, así como limitado acceso de los niños y niñas a los programas preventivos y a la atención oportuna.^{9,10}

En Colombia, y pese a la reducción de los índices ceo-d y CPO-D en los últimos años, la caries dental es el principal problema de salud bucal y una causa muy importante de morbilidad en niños. El último Estudio Nacional de Salud Bucal reveló que el 60.4% de los niños de cinco años tienen historia de caries dental y que cada niño tiene, en promedio, tres dientes afectados. A los 7 años el 73,8% ha experimentado la caries en los dientes primarios y el 19,9% ya se ha visto afectado en su dentición permanente.¹¹ En concordancia con las tendencias mundiales estos indicadores son menores a los obtenidos en el Estudio Nacional de 1980,¹² sin embargo no lo suficiente como para que el problema deje de tener importancia en salud pública y sean necesarias intervenciones oportunas, integrales y continuas sobre este grupo de población.

Ahora bien, la tendencia a la reducción de la caries dental en la niñez que se ha documentado en varios países del mundo¹³⁻¹⁵ ratifica que los programas implementados con este fin, han arrojado resultados positivos, aunque se requiere mejorar algunas estrategias que garanticen su permanencia en el tiempo y resultados de largo plazo. Ejemplo de ello es la adopción de conductas que fomenten o mejoren la toma de decisiones, la toma de conciencia de la comunidad y los cambios de largo plazo en el comportamiento.

Para lograr el objetivo de impactar la toma de decisiones, los aprendizajes y los comportamientos de los niños y niñas, es necesario tener en cuenta que ellos no tienen aun capacidad de decisión, autonomía, destrezas, ni

conocimientos suficientes para decidir qué es mejor para su salud, por lo tanto, las intervenciones educativas deberán tener en cuenta los espacios de referencia del niño: la familia, la escuela y la comunidad.

La familia es la unidad básica de la sociedad y el primer espacio de socialización del niño, en ella los padres tienen la co-responsabilidad de preparar amorosa e inteligentemente a sus hijos para la vida adulta, transmitiendo valores y conocimientos e inculcando actitudes y hábitos que les permita enfrentar adecuadamente el reto de su bienestar. La familia además es el entorno primario de los niños, las condiciones materiales y espirituales de vida que le puede ofrecer la familia al niño, se constituyen en uno de los determinantes de su estado de salud enfermedad.

La escuela, por su parte es un espacio propicio para el fortalecimiento de las potencialidades y habilidades de niños y niñas, para el aprendizaje de nuevas formas de sentir, actuar y expresarse frente a la vida; es el lugar donde convergen diferentes acciones para lograr una formación integral de nuevos hombres y mujeres. Los maestros al igual que las madres, juegan un papel muy importante en la creación de ambientes y estilos de vida saludable, en la promoción de las responsabilidades individuales, familiares y comunitarias y en el fomento de relaciones sanas con los demás individuos y con el entorno.

La comunidad es el espacio donde se producen los determinantes económicos, políticos, ambientales y culturales que garantizan o no el derecho a la salud de todos los ciudadanos, allí toman cuerpo el respeto y la valoración de los niños, las posibilidades de participación en la construcción de su futuro, la posibilidad del desarrollo integral, el derecho a la equidad y a las mismas oportunidades. Cualquier intervención dirigida a promover la salud y prevenir la enfermedad debe contemplar un nivel comunitario con el fin de crear redes de apoyo social que garanticen que la decisión política prevalezca sobre la decisión técnica.

Este programa de intervención comunitaria se llevó a cabo con el propósito de que los niños de la Escuela Antonio María Bedoya del Municipio de Bello, Departamento de Antioquia, sus familias y sus maestros, incorporaran en su cotidianidad, aprendizajes saludables que fomentan y preservan la salud general y bucal.

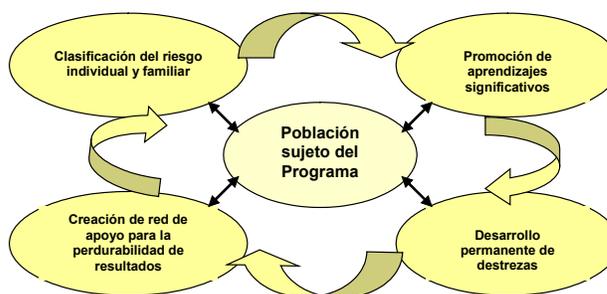
Materiales y Métodos

El Municipio de Bello está ubicado en el área metropolitana de Medellín; un área rural denominada Vereda Tierradentro, fue el sitio seleccionado para desarrollar el Programa. Sus habitantes son 1100 personas, aproximadamente, pertenecientes a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 según la clasificación del SISBÉN (Sistema de Identificación de Beneficiarios de subsidios sociales).

Las familias residentes en esta localidad se dedican principalmente a la construcción, la explotación de arena y los oficios varios, y su educación en la mayoría de los casos no va más allá del bachillerato. Las condiciones de vida son precarias para la mayor parte de los habitantes, debido a la carencia de ingresos suficientes para la manutención y por la dificultad para el acceso a servicios sanitarios básicos.

La población directamente beneficiada del programa estuvo conformada por 110 alumnos de los grados, preescolar, primero y segundo, con edades comprendidas entre los 4 y los 9 años; 8 profesores y la Asociación de Padres de Familia, que hacen parte de la Institución Educativa Antonio María Bedoya.

Para el logro de los objetivos del programa se definieron cuatro pilares básicos, los cuales se ilustran en el siguiente esquema:



La clasificación del riesgo familiar e individual, permitió identificar de manera objetiva, las condiciones particulares, familiares y comunitarias que favorecían o desfavorecían la salud de los niños y que se constituyeron en el punto de partida para el diseño de la estrategia educativa.

La promoción de aprendizajes significativos retoma las teorías actuales de la educación en términos de la construcción de sentido de los saberes comunes y científicos. Conocer para decidir, es una de las premisas importantes de la educación, desarrollando las capacidades humanas de manera íntegra e integral; es decir, desplegar de adentro hacia fuera, todas las potencialidades humanas y de afuera hacia adentro, lo que el entorno ofrece, para incorporar estos ofrecimientos en aprendizajes para la vida y utilizarlos en lo sucesivo con inteligencia e intencionalidad.

El desarrollo de destrezas se refiere a mejorar la habilidad motriz de los niños, fundamentada en la necesidad de garantizar una adecuada remoción de la placa dento-bacteriana, principal factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades bucales más prevalentes en esta etapa de la vida (caries y gingivitis). En consecuencia, el refuerzo orientado y continuo del uso de los implementos para la higiene oral, permitirá que se convierta en un hábito consciente y permanente.

Los resultados adquiridos tienen sustentabilidad en el tiempo, en la medida en que se reconozca que el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad brindan mayores ganancias que la curación misma, reconociendo que si se presenta la enfermedad hay que tratarla.

Así mismo, el Programa tuvo varias fases, a saber:

Fase 1: Difusión, discusión y apropiación del programa por parte del equipo de trabajo y de la comunidad académica, para la comprensión de los objetivos, el método de trabajo, los alcances, limitaciones y responsabilidades de los participantes; una fase que por sus características no debe tener prisa, dada la importancia del diálogo entre actores clave, para que los compromisos adquiridos logren incorporarse en el imaginario de los integrantes, generando confianza, de tal manera que surtan un efecto sostenible.

Fase 2: Reconocimiento de las familias y sus integrantes facilitando la exploración de asuntos no explicados por la escuela, pues el contacto directo, familia a familia, posibilita el reconocimiento del entorno de los niños y niñas, información obtenida desde la fuente más importante: los padres y las visitas domiciliarias, como un recurso valioso a la hora de evaluar factores protectores y de riesgo para la salud.

Fase 3: Diagnóstico de salud bucal en términos de complementar la caracterización del riesgo individual; el examen clínico permite visualizar la situación de salud bucal de los integrantes de un colectivo humano, de tal manera que adicionado a la identificación de su entorno se tenga un panorama mucho más completo que si solo se recurriera a uno de los componentes.

Fase 4: Intervención con varios propósitos a saber: primero, realizar una negociación de saberes que posibilitara la incorporación de nuevos aprendizajes para una vida sana. La principal característica es “dejar hacer”, porque aunque el acompañamiento al programa debe ser permanente, el trabajo descansa en las iniciativas de las personas participantes, compartiendo conocimientos sobre el proceso salud enfermedad general y su componente bucal.

El segundo propósito se refiere a la atención de necesidades en salud, percibidas por padres, maestros y niños. Con el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, la atención a la salud general y bucal no es del todo satisfactoria, lo que implica esfuerzos adicionales por parte de organizaciones o programas de salud para al menos tener una evaluación que permita solicitar la atención en las IPS.

El tercer propósito permite dejar claro en padres y maestros, que aunque los niños pueden efectuar su cepillado dental, se requiere la supervisión de los adultos, además de la motivación hacia la mejor salud bucal; es decir, se requiere de la incorporación de rutinas en el diario vivir de los niños, como comer, jugar, hacer tareas, dormir. En consecuencia y a pesar de las controversias, la elaboración e instalación de los cepilleros en cada salón de clase, con la participación de la comunidad educativa, permite la motivación y adhesión al programa.

El cuarto propósito, crear una red de multiplicadores de los aprendizajes logrados, a través de la estrategia “Comuníquelo y hágalo”, para que, de manera permanente, se promueva el refuerzo de conductas saludables, pretendiendo con ello la perdurabilidad en el tiempo y el mantenimiento de los resultados.

Fase permanente: Evaluación del programa porque un programa de esta naturaleza requiere oír, interpretar, devolver, concluir, rediseñar y ejecutar, con base en un monitoreo continuo, tanto de las actividades como del alcance de los objetivos propuestos, estableciendo las metas y los indicadores de logro; de igual manera la sistematización de la experiencia aporta elementos

clave para interpretar la realidad de las comunidades, con aportes interesantes desde quienes experimentan estas vivencias.

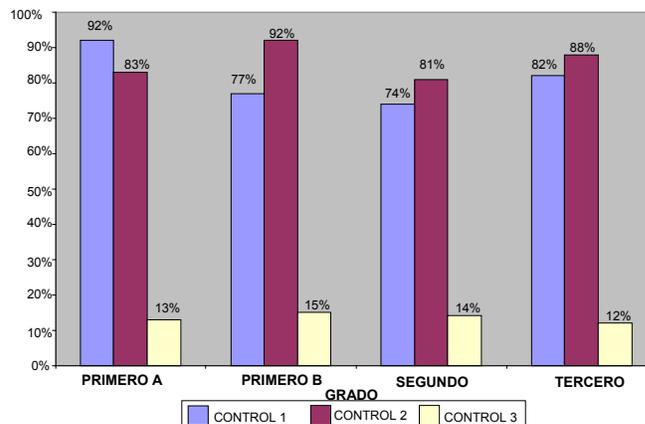
Resultados

El programa fue concebido y diseñado, con el propósito de promover la salud general y bucal, a través de estrategias educativas dirigidas a los niños, los padres y los maestros; padres y maestros son referentes importantes para los escolares, sin embargo cabe señalar que por las condiciones socioeconómicas y culturales de la Vereda, los padres no fueron actores protagónicos del programa, a pesar de los esfuerzos. Se observó pasividad, principalmente, frente a la situación de salud bucal de ellos mismos y de sus hijos, no así en los maestros, quienes pasaron del escepticismo al compromiso.

Los niños, quienes fueron el eje central del trabajo, respondieron con afecto y con responsabilidad por el programa y en este sentido la incorporación de nuevos saberes a la cotidianidad de la escuela fue uno de los resultados cualitativos a destacar; los chicos paulatinamente aceptaron y promovieron el cepillado dental y el uso de la seda después del almuerzo escolar, demandando de los profesores, el acompañamiento para la práctica de la higiene bucal; la constante motivación como resultado de las diferentes actividades lúdicas realizadas, permitió que por sí mismos, tomaran iniciativas de cuidado bucal.

Otro asunto importante, fue el desarrollo de destrezas (mejoramiento de capacidades motrices) para un buen cepillado, trabajo que fue monitoreado por una Higienista, por algunos profesores y por los investigadores; el fruto de este trabajo fue una disminución importante en los índices de placa a lo largo del programa, realizando fichados mensuales, en los cuales se valoraba la cantidad de placa presente. En el gráfico 1 se muestran los porcentajes de cada grado escolar, en tres de los controles, realizados. Se puede apreciar que en la primera y segunda medición se encontraron valores elevados de placa dental (cerca del 90%), mientras que en el último control se evidencia una reducción importante del indicador.

Gráfico 1. Control de placa en tres momentos del programa



Otra ganancia del programa fue la recuperación de la salud; además de la disminución de los índices de placa, se trataron los focos infecciosos que presentaban los niños antes del programa, por medio de brigadas de salud, las cuales atendieron las principales necesidades de salud bucal y de salud general, con la prestación de servicios odontológicos para los beneficiarios del programa y de servicios médicos para ellos y sus familias.



Figura 1. Restaurante Escolar

Se logró además cambiar el escepticismo por la aceptación y vinculación de los profesores al programa; el compromiso de buscar el bienestar de sus alumnos fue patente en las reuniones de capacitación y evaluación. La discusión sobre el papel del maestro más allá de enseñar temas, es el del compromiso con la vida misma, y en consecuencia, con la salud como derecho conexo con la vida.



Figura 2. Docentes de la escuela en jornada lúdica

La receptividad de la escuela facilitó la adhesión al programa; aun sin la presencia de los investigadores, la práctica de higiene bucal fue constante durante el tiempo de la intervención; el estado de los cepilleros, con algunas excepciones, fue sobresaliente. A pesar de la pobreza de los padres de familia, si el cepillo se ausentaba del aula de clase, el compromiso era reponerlo, debido a que el niño estaba mucho más acompañado en la escuela. Por supuesto, se encontraron algunas excepciones que se constituyen en los retos de cualquier programa.

Discusión

Cuando se plantea un programa de desarrollo comunitario, debe pensarse siempre en relaciones complejas y de múltiples niveles, porque los sujetos a quienes van dirigidos dichos programas, no siempre los consideran necesarios. Cuando existen múltiples carencias, las más determinantes tienen que ver fundamentalmente con la consecución de los alimentos para el hoy, porque el mañana puede no estar completamente aclarado; en este sentido, a veces los programas que no resuelven la situación inmediata, pueden no ser bien recibidos e incluso fracasar.

Casi siempre el diagnóstico se refiere a lo que “ven” las instituciones y sus técnicos, quienes invitan a asistir a líderes, en barrios o en veredas, casi siempre en condiciones de vulnerabilidad (pobreza), con el nombre de “participativo”. Sin embargo, la participación no puede entenderse como la asistencia a reuniones para que otros “obtenan” información, regresen a sus puestos de trabajo y elaboren documentos para distribuir bien, “la plática pública”.

El diagnóstico comunitario tiene en cuenta otros aspectos además de los individuales, puesto que se trata de caracterizar un colectivo social y en esa medida, se utiliza el análisis de la situación de salud de dicho colectivo. Si en esta afirmación se tiene en cuenta el modelo propuesto por Laframboise y desarrollado por Lalonde y Blum, se deben tener en cuenta los conceptos de campo de salud y sus determinantes: biología humana, medio ambiente, servicios de salud y estilos de vida,¹ sin olvidar que en países como Colombia con grandes disparidades en indicadores de atención en salud las condiciones de vida son las que en última instancia determinan los estilos de vida.

El cepillado dental es factor de suma importancia para evitar la aparición de diferentes enfermedades bucales, entre ellas la caries dental, la enfermedad periodontal y el cáncer bucal. Existe suficiente evidencia en la literatura científica que el cepillado dental contribuye a la remoción de las bacterias acumuladas en la unión dento-gingival, previniendo la inflamación de las encías y la formación de caries.¹⁶

Por lo general, estos programas tienen un impacto suficiente para mejorar el índice de placa de los escolares después de varias sesiones de educación y motivación en salud oral;¹⁷ proyectos realizados en el Departamento de Antioquia también corroboran estos resultados.¹⁸ Es decir, que en materia de conservación de la salud bucal, los esfuerzos que se realicen para controlar la placa dental no son inútiles; queda demostrado que el acompañamiento del adulto además de que el niño incorpore las rutinas del aseo dental, permiten incidir en uno de los factores de riesgo más importantes de intervenir: la organización y maduración de la placa dental.

La adhesión de quienes son parte de un programa preventivo, es una de las metas a alcanzar y se puede lograr con estrategias de afianzamiento de conocimientos, actitudes favorables hacia el autocuidado, incorporación de hábitos saludables y refuerzo permanente del cepillado dirigido por los adultos (padres o acudientes y profesores), especialmente porque los niños no tienen los conocimientos suficientes para discriminar qué les conviene o no en términos de salud.

Cuando se programan actividades con los niños, se observa con frecuencia la falta de participación de los padres, lo cual impide lograr el impacto deseado del proyecto y dificulta los resultados ya que se carece del refuerzo para la higiene oral durante el tiempo que el escolar permanece en el hogar.¹⁷ En este sentido, “La educación en salud bucal desde la infancia crea

patrones adecuados de higiene bucal y modifica tempranamente los malos hábitos. Las madres son el principal transmisor de estos hábitos de salud y las creadoras de patrones de comportamiento para sus niños".¹⁹

A pesar de la importancia de la ejecución de programas de promoción y prevención en la población infantil, también se destaca la poca presencia de organismos estatales que velen por la salud de los escolares. Dichas instituciones están llamadas a fomentar este tipo de programas, en esta y otras instituciones, para lograr mayor impacto a largo plazo.

Al momento de comparar los diferentes índices de placa tomados durante el proyecto, se notó un aumento en el segundo índice; dicho levantamiento se realizó después de un largo periodo de vacaciones y en un momento inicial del programa, aspecto que refleja la poca colaboración recibida por parte de los padres de familia. A pesar de esto, se encontró una disminución del mismo, en la última revisión después de un periodo centrado en los buenos hábitos de higiene oral, los cuales fueron reforzados por diferentes actores del programa, como profesores, investigadores y una higienista.

Los profesores son parte importante de un programa que involucra la escuela, si se logra coincidir en intereses y planes de trabajo y el proyecto a desarrollar; la motivación y el compromiso de los educadores son cruciales para el refuerzo de hábitos higiénicos.

Conclusiones

Los programas de intervención en salud alcanzan resultados positivos en la medida en que se trascienda la charla informativa y se desarrollen estrategias tendientes a fortalecer las capacidades locales de los participantes, por cuanto las soluciones económicas y técnicas por sí solas, son insuficientes cuando se trata de generar desarrollo autónomo y con perspectiva de largo plazo.

Trabajar entonces de la mano de los actores protagónicos de un programa de esta naturaleza, permitió que los niños, los maestros y algunos miembros de las familias, comprendieran, en sus propios aprendizajes, que la salud bucal es un componente íntimamente ligado a la salud general, a la autoestima y a las relaciones interpersonales.

La vinculación de los profesores, a medida que el programa fue avanzando, se logró a partir de la generación de lazos de confianza, inevitablemente ligado al cumplimiento y a la seriedad con que se realizaron las actividades. De una actitud de incredulidad en un comienzo, por experiencias previas negativas, se alcanzó una total confianza y participación decidida.

La implementación de cepilleros es una estrategia adecuada para la motivación y compromiso de los niños con el hábito de la higiene oral, máxime que en este caso, los niños fueron actores protagónicos despertando en ellos un sentido de pertenencia muy importante para mantenerlos en el mejor estado.

Es importante la vinculación de otras disciplinas, a los programas de intervención; además de que se brinda un abordaje interdisciplinario y más integral de los niños, se pueden mejorar otros aspectos de la vida de los colectivos sociales.

La formación de replicadores busca dar sostenibilidad en el tiempo a los resultados; su papel es el de socializar los aprendizajes, tanto en quienes participan activamente de los programas como en personas que se vinculan por primera vez a la comunidad educativa

Finalmente, se planteó la posibilidad con los profesores, de incorporar el componente de salud oral en el PEI (Proyecto Educativo Institucional), lo cual es una clara muestra del impacto favorable de la intervención.

Recomendaciones

- Buscar mecanismos de mayor vinculación de los padres de familia al escenario de la escuela, de tal manera que se sostengan los resultados
- Incentivar la vigilancia del programa para que los resultados perduren en el tiempo.
- La resolución de las necesidades de las personas, debe diseñarse de tal manera que no se perciba como un asunto de paternalismo, porque no genera desarrollo.
- Los profesores son un pilar importantísimo a la hora de alcanzar resultados; cualquier esfuerzo para que acompañen los procesos de intervención en salud permiten resultados positivos.
- Fortalecer los contactos interinstitucionales, públicos y privados en torno a la garantía de la presencia de programas de salud tanto preventivos como curativos para las escuelas, especialmente por la política de protección a la infancia.

- Incorporar otros profesionales de la salud como psicólogos y nutricionistas para brindar un servicio integral en salud al niño y su familia.

Referencias

1. Gobernación de Antioquia. Estructuración de la política pública para el desarrollo integral, integrado, sostenible y equitativo de la niñez. 2003.
2. Organización de las Naciones Unidas. Convención Internacional sobre los derechos de los niños. 1989.
3. Jackson L. Trends in untreated caries in primary teeth of children 2 to 20 years old. *J Am Dent Assoc* 2000;131:93-100.
4. Twetman S, García-Godoy F, Goepferd SJ. Infant oral health. *Dent Clin North Am* 2000;44:487-505.
5. Axelsson P. An introduction to risk prediction and preventive dentistry. Quintessence 2000.
6. Ten Cate J. What Dental Diseases Are we Facing in the New Millenium: Some Aspects of the Research Agenda. *Caries Res* 2001;35 (Suppl 1):2-5.
7. Seppä L. The Future of Preventive Programs in Countries with Different Systems of Dental Care. *Caries Res* 2001;35 (suppl 1):26-29.
8. Thylstrup A, Fejerskov O. Textbook of clinical cariology. 2ª ed. Copenhagen: Munksgaard. 1994, Munksgaard.
9. Ismael AI, Sohn W. The impact of universal acces to dental care on disparities in caries experience in children. *J Am Dent Assoc.*2001;132:295-303.
10. Quiñonez RB, Keels MA, Vann WF Jr, Melver Ft, Heller K, Whitt JK. Early childhood caries: análisis of psychosocial and biological factors in a high-risk population. *Caries Res.* 2001;35:376-383.
11. Colombia. Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud Bucal. Serie Documentos Técnicos. Tomo VII. Bogotá, 1999.
12. Moncada O, Herazo B. Estudio Nacional de Salud: Morbilidad Oral. Ministerio de Salud. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME. Bogotá 1984.
13. Burt BA. Trends in caries prevalence in North American children. *Int Dent J* 1990;44:403-413.
14. Burt BA. Prevention policies in the light of the changed distribution of dental caries. *Acta Odontol Scand* 1998;56:179-186.
15. Bönecker M, Cleaton-Jones P. Trends in dental caries in Latin American and Caribbean 5-6- and 11-13-year-old children: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31:152-157.
16. Russel JN, Michael GN. Ecology of the oral flora. *Oral microbiology and inmunology* .2a. Ed; 25.
17. Delgado C, Arias MI. Influencia de la motivación en la salud oral sobre la higiene oral de los niños campesinos entre los 7 y los 12 años del corregimiento de Santa Helena. [Tesis de Grado]. Medellín. Facultad de Odontología. Instituto de Ciencias de la Salud CES.
18. Muñoz J, Rua J, Valenzuela J, Zuluaga LC, Franco AM. Promoción y prevención para una salud bucal completa en escolares de la vereda Perico. [Tesis de Grado]. Medellín. Facultad de Odontología. Instituto de Ciencias de la Salud CES; 2001-2002.
19. López PA, Navarro JC, González C. Programa de educación en salud bucal dirigido a madres de escolares de 2 a 5 años de la Fundación Carla Cristina. [Tesis de Grado]. Medellín. Facultad de Odontología. Instituto de Ciencias de la Salud CES; 2002-2003.

Correspondencia:

afranco@odontologia.udea.edu.co

Recibido para publicación: Marzo de 2008
Aprobado para publicación: Abril de 2008



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007