

SISTEMA DE ACCIONES EDUCATIVAS SOBRE SALUD BUCODENTAL EN LA ESCEULA PRIMARIA ENRIQUE JOSÉ VARONA

Autor: Dra. Yordana Silva Martínez. Especialista de Segundo Grado en Estomatología General Integral. Master en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Auxiliar. Institución: Policlínico Universitario Docente “Julio Antonio Mella”. Camagüey. Cuba. luisls@finlay.cmw.sld.cu

Coautores: Dr. Luís Ley Sifontes, Dra. Lourdes García Vitar, Dra. Noris Tan Suárez, Dra. Neris Tan Suárez.

RESUMEN:

Introducción: la salud bucodental en edad escolar es un objetivo de primer orden en el contexto de las políticas de salud pública, las enfermedades bucales pueden ser evitadas mediante correctos hábitos de higiene, alimentación y conductas, que no nacen con la persona, sino que deben aprenderse desde los primeros momentos de la vida. **Objetivo:** determinar el nivel de información sobre salud bucodental e higiene oral antes y después de realizar acciones educativas.

Método: se realizó una investigación en servicios y sistemas de salud a 75 escolares de tercer grado de la escuela Enrique José Varona, de Camagüey, desde enero-marzo del 2013. El estudio se realizó con 75 escolares que conformaron el universo de la población escolar de tercer grado en las edades comprendidas entre los 8 y 9 años de edad Se aplicó una encuesta sobre nivel de información en salud bucodental antes y después de las acciones educativas. Se evaluó la higiene bucal según el índice de lovë y colaboradores. **Resultados:** el nivel de información de los escolares antes de aplicar las acciones educativas fue de 16.0 % de los niños evaluados de bien y al mes el 82,7 % logró esta calificación. Al inicio la higiene bucal deficiente era del 80,0 % y después de realizar las acciones educativas solo 26.7 % de los participantes quedó con esta evaluación. **Conclusiones:** el sistema de acciones educativas sobre salud bucal en escolares de tercer grado de la escuela fue evaluado de satisfactorio.

Palabras clave: nivel de información, intervención educativa, higiene bucal

INTRODUCCIÓN

En nuestro país, la salud bucal constituye una de las estrategias priorizadas del Ministerio de Salud Pública. Esto permite inferir que se confiere un especial esmero a la atención primaria y al logro de un estado de salud bucal satisfactorio desde la más temprana edad, lo cual es una aspiración de todos, pues garantizará la salud bucal del futuro adulto.¹

Las enfermedades del complejo bucal han existido a lo largo de toda la historia y son especialmente frecuentes en la actualidad por lo que el conocimiento del estado de salud bucal de la población resulta una premisa indispensable para el desarrollo de una correcta planificación, organización, dirección y control de la atención estomatológica.²

El objetivo fundamental de la salud en Cuba es el desarrollo de la medicina comunitaria, que tiene como fin promover salud y prevenir enfermedades. De ahí la importancia de educar a la población sobre temas relacionados con las enfermedades bucales. En la etapa de la niñez se crean una serie de hábitos y conductas que influirán de manera significativa en la salud del individuo a lo largo de su vida. Por tal motivo, es este el momento más adecuado para fomentar actitudes y estilos de vida saludables; en esta etapa es de vital importancia la colaboración de los maestros de los primeros años de la enseñanza primaria en la detección de malos hábitos en los que puedan estar incurriendo, y los eduquen para la formación de hábitos básicos para el cuidado y la protección de la salud.³

La salud bucodental infantil es un objetivo de primer orden en el contexto de las políticas de salud modernas en cualquiera de los países de nuestro entorno. El enfoque preventivo y las actividades que se aplican desde los primeros años de vida son claves para el éxito de los programas de salud.⁴

La experiencia e investigación han demostrado que los niños captan favorablemente lo suficiente en el proceso de aprendizaje y aprenderán más rápido y eficazmente si la enseñanza se les torna interesante y amena, por lo que hay que tratar de encontrar los mejores métodos para proporcionar nuevos conocimientos y lograr que

los escolares participen más activamente en el proceso de aprendizaje, que se basa en la producción de un cambio conductual en el estudiante, pero gradual, aceptable, selectiva y continuamente hacia la selección de una relativa permanencia como resultado de la práctica.⁵

En los últimos 15 años en nuestro país se han desarrollado proyectos de prevención en caries dental, que han llegado a la población, en mayor o menor medida, dependiendo de la administración publica que los desarrollara, y que han posibilitado la obtención de una inversión en las tendencias de caries, tanto en la prevalencia como en su intensidad.⁶

El análisis entre lo que se aspira para la promoción de salud dado por las estrategias y la descripción de lo que ocurre en realidad, impone la necesidad de buscar vías concretas para lograr una promoción de salud más efectiva. El objetivo de la Investigación es evaluar los resultados de la intervención educativa realizada a escolares de tercer grado de la escuela Anexa “Enrique José Varona”.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una estrategia de intervención educativa para incrementar el nivel de información sobre salud bucal en escolares de tercer grado de la Escuela Primaria “Enrique José Varona”, perteneciente al Departamento de Estomatología del policlínico Universitario Julio Antonio Mella, del municipio Camagüey, en el periodo comprendido desde enero-marzo del 2013.

Para iniciar el estudio se firmó el convenio investigador- escuela, los pacientes incluidos en la investigación fueron beneficiados con los resultados del estudio. Su participación fue voluntaria, y se solicitó a los padres el consentimiento de participación, oral y escrito; fueron informados debidamente acerca de las características de la investigación, sus objetivos y beneficios; también se les hizo saber su derecho de abandonar la misma en cualquier momento.

El estudio se realizó con 75 escolares que conformaron el universo de la matrícula de tercer grado en las edades comprendidas entre los 8 y 9 años, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos por el autor. Se tomó como criterio de salida aquellos que causaron baja del centro en el período que se realizó el estudio.

La selección de las variables fue en correspondencia con el problema de investigación y los objetivos, quedando explícita su operacionalización, las formas y unidades de medición, así como los procedimientos para el control de la calidad de los datos. El estudio para una mejor comprensión fue concebido en 3 fases.

Primera fase. Diagnóstica: Se realizó una encuesta de 18 preguntas relacionadas para determinar el nivel de información sobre salud bucodental. Para su elaboración consultamos distintos modelos de encuestas sobre salud realizadas en otros estudios. Posteriormente, se procedió a la evaluación cuantitativa de la higiene bucal tras cepillado dental de los escolares aplicando el índice de Lovë; todo lo anterior constituyó el formulario para la recogida de la información.

Segunda fase. Ejecución: Dos semanas después de la primera recogida de datos se procedió a realizar las acciones educativas sobre salud bucodental. Se realizaron varias actividades (5 sesiones) de aproximadamente 20 minutos de duración cada una con frecuencia semanal, utilizando las técnicas educativas y afectivo-participativas de acuerdo a la edad de los niños.

Las actividades educativas se llevaron a cabo en tres grupos de 25 niños cada uno. Las mismas se prepararon en forma de dramatizaciones, demostraciones y con juegos didácticos. Se trataron temas de interés para la salud bucodental: la importancia de la higiene bucal para mantenerse sano, sobre dieta saludable y dieta cariogénica, así como hábitos que afectan la estética facial. Se mostraron en rotafolio algunas de las enfermedades que pueden afectar la cavidad bucal, tales como la caries, gingivitis y maloclusión. Asimismo se enseñó a los escolares la prevención de enfermedades a través del cepillado dental y la eliminación de hábitos bucales deformantes.

Tercera fase. Evaluación: Un mes después de la última actividad educativa se procedió a la aplicación de una segunda encuesta. Se recogieron las mismas variables anteriores, se volvió a medir el índice de higiene Bucal de lovë. Se les indicó a los escolares que tuvieran en cuenta lo aprendido durante la intervención.

El estudio se realizará conforme a los principios éticos para la investigación médica en humanos, establecidos en la Declaración de Helsinki enmendada por la 59 Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, y acogidos por Cuba.⁸

Los datos se procesaron en una computadora Pentium 4 mediante el paquete estadístico SPSS 21 para Windows. Se ejecutó estadística descriptiva mediante la distribución de frecuencias en valores absolutos y relativos y estadística inferencial con prueba de Chi cuadrado. La confiabilidad (C) de 95% según normas internacionales. Los resultados obtenidos fueron reflejados en cuadros y gráficos para la mejor comprensión e interpretación de los mismos.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de los escolares de tercer grado según edad y sexo. Escuela Primaria "Enrique José Varona". Camagüey. Enero-marzo del 2013.

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	#	%	#	%	#	%
8	15	20.0	41	54.5	56	74.5
9	14	18.2	5	7.3	19	25.5
Total	29	38.2	46	61.8	75	100

Se estudiaron 75 escolares de los cuales 46 (61.8 %) eran masculinos y 29 (38.2 %) femeninos y la edad predominante fue 8 años con 56 niños (74,5%).

Tabla 2. Nivel de información sobre salud bucal antes y después de la intervención.

Nivel de información	Antes		Después	
	#	%	#	%
Bien	12	16.0	62	82.7
Regular	18	24.0	8	10.7
Mal	45	60.0	5	6.6

Al realizar el análisis del nivel de información de los escolares, pudimos apreciar que antes de aplicar las acciones educativas el 16.0 % de los niños se evaluó de bien y al mes el 82.7 % logró esta calificación. Este resultado guarda diferencias significativas con relación con el inicio, donde el 60.0% estaba mal informado.

En la categoría de regular encontramos inicialmente 24.0 % que estuvo representado por 18 escolares y un mes después disminuyó 10.7 % representado por 8. Esta disminución es satisfactoria pues significa que estos niños incrementaron su nivel de información a la categoría de bien. Evaluados de mal al inicio se encontró un 60 % con 45 escolares y luego de aplicada solo el 6.6 % se mantuvo en esta categoría.

Tabla 3. Distribución de niños según higiene bucal antes y después de la intervención.

Higiene bucal de love	Antes		Después	
	#	%	#	%
Buena	15	20.0	55	73.3
Deficiente	60	80.0	20	26.7

La evaluación de la higiene bucal antes y después de aplicadas las acciones educativas se observa en la tabla 3. Al inicio el 80,0 % se evaluó como deficiente y después de realizar las acciones educativas solo 26.7 % de los participantes quedó con esta evaluación. Este resultado es altamente significativo si se tiene en cuenta que al final el 73,3 % se evaluó de bien.

Más del 70% de los escolares obtuvo un buen nivel de información y un índice de higiene bucal bueno, entonces las acciones educativas son evaluadas de satisfactorias.

DISCUSIÓN

Bosch, Rubio y García observaron que la mayoría de los escolares tenían conocimientos básicos sobre educación bucodental. Antes de la intervención educativa, el 78% afirmaban saber en qué consiste la caries dental y también el 78% pensaba que se podía prevenir. En cuanto a la relación entre género de los escolares y algunas de las variables estudiadas nuestros resultados reflejan que hay un porcentaje mayor de niñas que de niños que contestan que hay que acudir al menos una vez al año al odontólogo y que hay un número significativamente mayor de niñas que contestan que hay que cepillarse los dientes 2 ó 3 veces al día para prevenir. Asimismo, el 82% asociaba la ingesta de dulces con caries.⁴

La bibliografía más moderna subraya la importancia del correcto enfoque de la salud bucal de la población, apoyándose sustancialmente en el peso mayoritario que la Odontopediatría posee ante ésta problemática.⁹

Autores como Martínez Abreu J, Peña Ruiz T, García Martínez A.⁷ señalan que la infancia constituye dentro del desarrollo del ser humano la etapa más importante, pues en ella comienza a formarse la personalidad del niño, de lo que se infiere el papel determinante que tienen la atención y educación tempranas.

Este autor opina que al conocer las variables epidemiológicas de salud bucal sobre éste importante grupo poblacional, se trazan pautas y estrategias objetivas que permitan el control de los factores de riesgos asociados al proceso salud enfermedad y a elevar el estado de salud bucal en éste grupo de edad, de allí la importancia de estos tipos de estudios.

Rojas Herrera I. afirma que el método más efectivo y barato para su tratamiento sigue siendo la prevención de sus factores de riesgo, elementos indispensables para que se produzca la enfermedad.¹⁰

Autores tales como: Nasco Hidal N, Gispert Abreu EA, Roche Martinez A, Alfaro Mon Maritza, Pupo Tiguero RJ¹¹; en su estudio coinciden en señalar que entre los factores de riesgo más importantes en la aparición de las caries en la población infantil se encuentran la mala higiene bucal y la ingestión de azúcares en la dieta. Con relación a la mala higiene bucal, numerosos estudios confirman que este factor es un riesgo significativo en la aparición de caries dental y en la prevalencia de ésta. Se considera que el cepillado dental sistemático puede suprimir la actividad bacteriana de la placa dental y detener el desarrollo de las lesiones iniciales.

Coincidimos con los planteamientos de los doctores Mayor Hernández F, Pérez Quiñones José A, Cid Rodríguez María del C, Martínez Brito I, Martínez Abreu J, Moure Ibarra Miriam D¹²; quienes plantean que el costo de la educación es incomparablemente menor que el costo de la ignorancia. Desde el punto de vista económico, las inversiones para educar son mucho menos costosas que los gastos clínicos y terapéuticos para el tratamiento de las enfermedades. Desde el punto de

vista de calidad de vida y bienestar general de la población, prevenir es mejor que curar, y promover salud, mejor que prevenir enfermedades.

Otro de los factores de riesgo, en la aparición de la caries e íntimamente ligada a la higiene bucal, es la presencia de placa dentobacteriana. El poder cariogénico de la placa dentobacteriana depende de varios factores, uno de los más importantes es su contenido microbiano razón que motivó al estudio realizados por Caldés Ruisánchez S, Cea Sánchez N, Crespo Aliseda P, Díez Nicolás V, Espino García A, Galán Arévalo S, et al. Quienes obtuvieron resultados que confirman la utilidad de una intervención educativa en escolares.¹³

Muchos de los factores de riesgo que se asocian a estas enfermedades se relacionan con un inadecuado estilo de vida y unos hábitos insanos adquiridos a lo largo del tiempo. La Educación para la Salud fue definida por la OMS como un campo especial de las Ciencias de la Salud cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de salud del individuo y de la sociedad. La educación es el mecanismo más eficaz del que disponemos para generar un cambio de actitud hacia modos de vida más saludables.¹⁴

En los países desarrollados la caries dental infantil ha disminuido en las últimas décadas. Este descenso se debe a la mejora del nivel de vida, a la implantación de programas preventivos comunitarios y a los avances en la atención odontológica. Aún así, en España según los datos de la Encuesta de Salud Oral en España de 2005 a los 12 años sólo el 53 % de los niños están libres de caries.¹⁵

Autores como González y Crespo difieren de otros estudios en los que se observa un nivel de conocimientos inferior antes de las intervenciones educativas.^{16, 17}

Nuestros resultados coinciden con Agreda donde la importancia de la higiene y la promoción de salud son elementos indispensables en la atención a escolares de primaria.¹⁸

Otros autores como Rodríguez León CA, Díaz del Mazo L, Pérez Núñez HM, García Díaz R de la C, O'Connor Martínez L, et al., han obtenido aumento significativo del nivel de información después de aplicadas estrategias educativas donde han

desarrollado un importante papel las técnicas educativas, afectivo-participativas y dinámicas grupales.¹⁹⁻²²

Ortega Maldonado ²³ plantea que si un programa educativo incluye una motivación e instrucción sobre higiene bucal, disminuye la incidencia de estas, pues existe un mayor control de la placa dentobacteriana quien es principal agente etiológico de estas patologías.

Autores como Muñoz Sánchez S, Segura Delgado D, Vargas Hernández PB, Vázquez Ruiz S, Vega Contreras V, Villaseca Godínez I ²⁴, realizaron un estudio en los concluyeron en que una buena higiene bucal se alcanza y puede mantenerse después de aplicadas estrategias educativas efectivas, con datos similares a los nuestros.

Algunos estudios demuestran que la higiene bucal es la principal responsable del origen y evolución de la caries dental y la gingivitis que constituyen las enfermedades más comunes de la cavidad bucal.

La salud bucodental infantil es un objetivo de primer orden en el contexto de las políticas de salud modernas en cualquiera de los países de nuestro entorno. El enfoque preventivo y las actividades que se aplican desde los primeros años de vida son claves para el éxito de los programas de salud.

Es importante reseñar que la actitud receptiva y la atención mostrada por los escolares fueron muy satisfactorias lo cual constituyó un aspecto determinante en los resultados obtenidos. Además, la respuesta de los profesores en todo momento sobrepasó nuestras expectativas iniciales, lo cual contribuyó sobremanera con la calidad de la intervención.

Debe destacarse que aunque se hayan reforzado temas importantes a través de propagandas gráficas, plegables, murales y a través de la comunicación cara a cara, no ha sido suficiente para alcanzar el mayor por ciento en el nivel de información de los niños.

CONCLUSIONES

- ✓ Predominó el sexo masculino y la edad de 8 años.
- ✓ Se incrementó el nivel de información sobre salud bucal, al nivel de bien, en más de las tres cuartas partes de la muestra, después de realizar las acciones educativas.
- ✓ mejoró la higiene bucal en casi las tres cuartas partes de los niños estudiados.
- ✓ Este sistema de acciones educativas fue efectivo pues logró aumentar el nivel de información y mejoró la higiene bucal en la mayoría de los escolares.

RECOMENDACIONES

Por la importancia de este tipo de intervenciones educativas en estas edades y el impacto que trae al final de la Investigación, proponemos que se incluyan dentro de la programación escolar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Capote Fernández MM, Campello Trujillo LE. Relación de la salud bucal con la familia y el estomatólogo. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2012 Sep [citado 2015 Mayo 08] ; 49(3): 256-266. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000300009&lng=es.
2. González Forte B, Pérez García LM. Por la calidad de la atención estomatológica integral. Gaceta Médica Espirituana 2013; 15(1)
[http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.15.\(1\)_01/p01.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.15.(1)_01/p01.html)
3. Díaz Martell Y, Hidalgo Gato Fuentes I. Intervención educativa sobre salud bucal en maestros de enseñanza primaria. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2011 Feb [citado 2015 Mayo 08] ; 33(1): 52-59. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000100008&lng=es.
4. Bosch Robaina R, Rubio Alonso M, García Hoyos F. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. Av Odontoestomatol [Internet]. 2012 Feb [citado 2015 Mayo 08] ; 28(1): 17-23. Disponible en:
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852012000100003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852012000100003&lng=es).
5. Crespo Mafrán MI, Riesgo Cosme YC, Laffita Lobaina Y, Rodríguez Hung A M, Copello Torres A. Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria "Lidia Doce Sánchez". MEDISAN [Internet]. 2010 Mar [citado 2015 Mayo 08]; 14(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000200014&lng=es.
6. Santos Martí J, Rubio García B, Santos Bistué C, Rubio Calvo E. Índices epidemiológicos de caries de la población escolar atendida en el Centro de Salud de Barbastro. Av Odontoestomatol [revista en la Internet]. 2005 Feb [citado 2015 Abr 01] ; 21(1): 355-360. Disponible en:

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852005000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852005000100004>.
7. Martínez Abreu J, Peña Ruiz T, García Martínez A. Importancia de la educación en salud bucal infantil para la mujer. Rev Méd Electrón [Internet]. 2011 Jun-Jul [citado 2015 Abr 01];33(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema12.htm>
 8. Organización de Naciones Unidas. Declaración de Helsinki Manual de Ética. Fac. de Ciencias de la Salud. Carrera Odontología. Univ Aut de Asunción [Internet]. 2011 [citado 2015 Abr 01]; [aprox. 31 pantallas]. Disponible en: http://www.uaa.edu.py/facultades_carreras/salud/download/manual-de-etica-FCS.pdf
 9. Cardentey García J, Silva Contreras A M, Pulido Valladares Y, Arencibia García E, Martínez Cabrera M. Caracterización de la salud bucal en la adolescencia temprana en un área de salud. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2011 Jul-Sep [citado 2015 Mayo 26] ; 15(3): 15-27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-3194201100030003&lng=es.vv
 10. Rojas Herrera I. Prevalencia de caries dental y factores de riesgo asociados. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2012 Oct-Dic [citado 2015 Mar 26]; 41(4): 379-384. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000400008&lng=es.
 11. Nasco Hidal N, Gispert Abreu EA, Roche Martinez A, Alfaro Mon Maritza, Pupo Tiguero RJ. Factores de riesgo en lesiones incipientes de caries dental en niños. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2013 Abr-Jun [citado 2015 Mar 26]; 50(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000200002&lng=es.
 12. Mayor Hernández F, Pérez Quiñones José A, Cid Rodríguez María del C, Martínez Brito I, Martínez Abreu J, Moure Ibarra Miriam D. La caries dental y su interrelación con algunos factores sociales. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2014 May-Jun [citado 2015 Mar 26]; 36(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000300010&lng=es.
 13. Caldés Ruisánchez S, Cea Sánchez N, Crespo Aliseda P, Díez Nicolás V, Espino García A, Galán Arévalo S, Albaladejo Vicente R, Domínguez Rojas V. ¿Una intervención educativa en niños de 12 años de Madrid modifica sus conocimientos y hábitos de higiene buco dental? Av. Odontoestomatol 2005; 21 (3):149-57.
 14. Salleras L, Fuentes M, Prat Marín A, Garrido P. Educación sanitaria. Conceptos y métodos. En: Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. Elsevier Masson: Barcelona; 2008.
 15. Bravo-Pérez M, Casals-Peindró E, Cortés-Martincorena FJ, Llodra-Calvo JC, Álvarez-Arenas Pardina I, Hermo-Señariz P et al. Encuesta de Salud Oral en España 2005. RCOE [revista en la Internet]. 2006 [citado 2013 Jun 17];11(4):409-56. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000400002&lng=es
 16. González Ariza S. Promoción y prevención es salud bucal en docentes y escolares de una escuela de Medellín. Revista Colombiana de Investigación en Odontología 2009;1(1):46-57.
 17. Crespo Mafrán, MI, Riesgo Cosme MC, Laffita Lobaina Y, Rodríguez Hung AM, Copello Torres A. Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria "Lidia Doce Sánchez". MEDISAN 2010;14 (1):232.
 18. Agreda et al. Presencia de placa dental en alumnos de quinto grado de la Escuela Básica "Eloy paredes". Medula 2008;17 (2):95-9.

19. Rodríguez León CA. Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7º y 8º básico de la ciudad de Santiago [trabajo de investigación requisito para optar al título de Cirujano – Dentista]. 2005. Universidad de Chile. Facultad de Odontología. Departamento de Niño y Ortopedia Dentomaxilar. Área de Odontopediatría: Santiago – Chile.
20. Díaz del Mazo L, Pérez Núñez HM, García Díaz R de la C, O'Connor Martínez L, Instructivo "Sonrisas Saludables" para capacitar adolescentes sobre salud bucal". MEDISAN [citado en internet]. 2003 [citado 7 dic 2011]; 7(4): [aprox. 18 p.]. Disponible en:
http://bvs.cu.revistas/san/vol_7_4_03/sam1403htm
21. Tomita NE, Pernambuco R de A, Lauris JRP, Lopes ES. Educação em saúde bucal para adolescentes: uso de métodos participativos. Rev Fac Odontol Bauru. 2001;9 (1-2).63-9.
22. Jodar Vega D. Estrategia educativa con adolescentes que padecen caries dental [trabajo para optar por el título de especialista de Primer grado en Estomatología General Integral]. 2003. Instituto Superior de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay". Facultad de Estomatología: Camagüey.
23. Ortega Maldonado M, Mota Sanhua V, López Vivanco JC. Estado de salud bucal en adolescentes de la Ciudad de México. Rev Salud Pública [serie en internet]. 2007 [citado 11 nov 2007]; 9(3): [aprox. 25 p.]. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000300006
24. Muñoz Sánchez S, Segura Delgado D, Vargas Hernández PB, Vázquez Ruiz S, Vega Contreras V, Villaseca Godinez I. Investigación en niños de 6 a 12 años sobre higiene bucal analizando índice de placa dentobacteriana [en internet]. 2005 [citado 24 nov 2011]: [aprox. 12 p.]. Disponible en:
http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum_y_lab1/otros/ColoquioXVI/contenido/indice_cartel_archivos/TRAB%20COMPL%20COLOQ%20CARTEL/HTML/19.htm