

Conocimientos y prácticas en cuidadores de niños en el Centro Asistencial Misioneros Católico Claret Claretianos



Autores:

Idrobo Sánchez, Diana María

Gaviria Zúñiga, Paola Andrea

Grajales Mazuera, Gisella

Ordóñez Arturo, Eylen Dayana

Asesor metodológico

Bermúdez Jaramillo, Paula Cristina

Pérez Jaramillo, Adolfo

Martínez Cajas, Carlos H.

Asesor estadístico

Tamayo Cardona, Julián Andrés

Artículo producto de investigación como trabajo de grado para optar al título de odontólogo.

Institución Universitaria Colegios de Colombia

Colegio odontológico colombiano - COC

Sede Santiago de Cali.

2010-10-08

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN CUIDADORES DE NIÑOS EN EL CENTRO ASISTENCIAL MISIONEROS CATÓLICO CLARET CLARETIANOS

¹Idrobo Diana María, ¹Gaviria Paola Andrea, ¹Grajales Gisella, ¹Ordoñez Dayana.

²Martínez Carlos

¹Estudiantes de IX semestre de la Institución Universitaria Colegios de Colombia,

Colegio Odontológico – UNICOC

²Asesor Metodológico. OD. MEP.

RESUMEN:

Objetivo General: Identificar los conocimientos que tienen los docentes sobre salud bucal del Centro Asistencial Católico Claret Misioneros Claretianos vinculados durante el segundo semestre del 2010.

Materiales y Métodos: Estudio cualitativo participativo, incluyendo 11 cuidadores de la institución (Bienestar Familiar) vinculados durante el periodo educativo 2010. Se consideraron las variables edad, sexo, nivel educativo y conocimiento en salud bucal con temas como caries, placa bacteriana, higiene oral, fluorización, dieta nutritiva, hábitos orales, visitas al odontólogo; centrándose en el manejo a través de grupos focales. La investigación fue clasificada sin riesgo según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia.

Resultados: Se dio una participación activa de las cuidadoras que en su totalidad fueron mujeres, con edades entre los 22 y 49 años; en su mayoría profesionales universitarias. Su interés se manifestó a través de una percepción activa en los temas que se trataron y obteniendo mayores coincidencias en el tema de caries dental, al comparar las respuestas que estas daban y la temática brindada por las investigadoras.

Conclusiones: A pesar de encontrarse que el conocimiento que tienen las cuidadoras no es el mejor, si puede decirse que alcanza a ser adecuado en muchos de los temas tratados; sin embargo debe realizarse una profundización que genere un mejor nivel de conocimientos.

Palabras claves: Grupos focales, salud bucal, higiene bucal, caries dental, nutrición del niño, fluorosis dental.

ABSTRACT:

General Objective: To identify the knowledge that teachers have about oral health Centro Asistencial Católico Claret Misioneros Claretianos in the second semester of 2010.

Materials and Methods: qualitative participation study, including 11 keepers of the institution (Bienestar Familiar) linked during the 2010. The variables considered were age, sex, educational level and knowledge of oral health in topics such as caries, dental plaque, oral hygiene, fluorosis dental, children nutrition, fluorosis dental and dental visits, focusing on the management through focus groups. The research was classified without risk according to the Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia.

Results: We took an active participation of carers in their entirety were women, aged between 22 and 49, mostly university graduates. His interest was expressed through active perception in the topics covered and getting more matches in the area of dental caries by comparing the responses that they gave and the subject given by the researchers.

Conclusions: Despite being the knowledge that carers are not the best, if I may say that amounts to be appropriate in many of the issues, but there should be a deepening that produces a higher level of knowledge.

Key words: Focus groups, oral health, oral hygiene, dental caries, children nutrition, fluorosis dental

INTRODUCCIÓN

Para la sociedad en general, los problemas relacionados con la salud bucal originan un impacto social y económico desfavorable, que puede ser expresado en horas de estudio o trabajo perdidas por los cuadros agudos⁽¹⁾. Dada la relevancia del tema, el cuidado de la salud bucal no puede ser solo responsabilidad de odontólogos y especialistas, es necesaria la participación de un equipo interdisciplinario, que incluye a la familia, promotores de salud y los docentes de las instituciones educativas. La Promoción en Salud es un proceso activo, para la prevención de las enfermedades, que abarca componentes educativos que incluye cambios individuales y grupales mediante la utilización de estrategias de influencia social en conjunto con intervenciones ambientales, legislativas y organizacionales⁽²⁾. De aquí que la identificación de conocimientos sea un proceso crucial e inicial en toda actividad que sea planteada. En este aspecto el ENSAB III⁽³⁾ encontró que el 71.5% de las personas expresaron que los padres fueron quiénes les enseñaron seguido en menor frecuencia, por la enseñanza de los maestros y/o del odontólogo; de quienes en la actualidad se espera una mayor participación en este aspecto.

Desde la niñez es importante que se conozca suficiente sobre la temática de la higiene y salud oral, incluyendo las técnicas, implementos, problemas más frecuentes, dieta nutritiva, entre otros de gran importancia; situación que hace resaltar la importancia de los programas encaminados a la prevención. En la adopción de buenos hábitos juegan un rol muy importante todas las personas que de manera directa influyen sobre el niño, resaltando principalmente a los padres y en segunda instancia a los docentes^(4,5). Hay que tener claro que entre menor sea la edad de adquisición de conocimientos que generen hábitos, mejores van a ser los resultados cuando sea alcanzada la edad adulta; lo anterior favorece sustancialmente la aparición de enfermedades y su severidad, pero siempre teniendo presente que además hay diversos factores que pueden influenciar en

estos comportamientos que pueden ser de índole social, económicos asociados o la disponibilidad de los servicios de atención⁽⁴⁻⁶⁾.

En el Reporte Mundial de la Salud Oral, la Organización Mundial de la Salud, declara que “una de las áreas de acción prioritarias para la promoción de la salud bucal en el mundo, es el trabajo de promoción y educación en la escuela” y reconoce que la escuela puede proveer una plataforma para el suministro de servicios de salud bucal, tanto preventivos como curativos^(7,8). Asumir a la escuela como un escenario adecuado para la promoción de la salud y particularmente de su componente bucal, es una gran iniciativa interesante que gradualmente se ha implementado en diferentes instituciones desde hace varios años, las cuales se encuentra la estrategia de las Escuelas Saludables⁽⁹⁻¹¹⁾, con gran auge en Colombia.

Al interior de las estrategias propuestas se resalta el trabajo de los docentes en el desarrollo del componente educativo y en el establecimiento de hábitos saludables, al propiciar la integración curricular⁽¹²⁾; en consecuencia, éstos se convierten en actores fundamentales del proceso, donde pueden transmitir mensajes a los niños(as) sobre la importancia de su autocuidado desde los primeros años, contando también con el apoyo de los padres en estas actividades⁽¹³⁾ cuando el niño está por fuera de la institución.

Todas las herramientas que puedan ser utilizadas no sólo a nivel del núcleo familiar sino también dentro del entorno escolar, son bien recibidas y pueden generar mejores resultados en las condiciones bucales de los niños directamente afectados⁽¹⁴⁾; lo importante es lograr que el docente o padre haga una selección y aplicación de estrategias metodológicas adecuadas⁽¹⁵⁾. Es por este motivo que resulta certero enfocarse en identificar los conocimientos y prácticas que tienen estos grupos; pues se ha evidenciado que entre mayor sea el conocimiento y prácticas que tengan padres y/o docentes mejores van a ser las condiciones que presentan los niños que están bajo su cuidado⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

Con respecto a las instituciones educativas hay que recordar que son organizaciones complejas, que giran alrededor de un eje constituido por los docentes, quienes deben desempeñar diferentes roles; ellos son el engranaje entre la comunidad y la escuela⁽²⁰⁾ con los que se pueden descubrir y generar habilidades de manera más amplia y directa. Los profesores son las personas más idóneas para educar y, finalmente, es más probable lograr cambios de conducta si la educación se inicia a temprana edad y se lleva a cabo en forma permanente y sistemática a lo largo de la niñez⁽²⁾. Es por este motivo que fue planteada esta investigación que tiene por objetivo identificar los conocimientos que tienen los cuidadores sobre salud bucal del Centro Asistencial Católico Claret Misioneros Claretianos y que estén vinculados a la institución durante el segundo semestre del 2010.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio tipo cualitativo participativo en el que se incluyeron 11 cuidadores de la institución Centro Asistencial Católico Claret Misioneros Claretianos (Bienestar Familiar), vinculados a ésta durante el periodo educativo 2010 y que fueron seleccionados por conveniencia; además fueron incluidos aquellos que accedieron a participar y firmaron el consentimiento informado, excluyendo sólo a los que se retiraron de la institución durante el periodo de desarrollo de actividades.

Para este fin se consideraron variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo) y de conocimiento en salud bucal; por las características del estudio la estandarización de los investigadores se centró en el manejo de grupos focales; donde se consideraron los temas caries, placa bacteriana, higiene oral, fluorización, dieta nutritiva, hábitos orales, visitas al odontólogo.

Antes de dar inicio a la recolección de la información, se realizaron varios ensayos para analizar cuál era la mejor forma de llevar a cabo la actividad, de manera tal que tras varios intentos resultara en una conversación-conferencia fluida y que abarcara la totalidad de preguntas previamente planteadas.

Durante la prueba de campo y teniendo como base el manejo de grupos focales, los cuales representan un grupo de técnicas cualitativas comúnmente usadas para la obtención de conocimiento sobre un aspecto específico, a partir de un grupo de personas; en los grupos focales se priorizan los contactos horizontales, es decir, entre los miembros del grupo, que incluyen la formulación de preguntas, el intercambio de anécdotas y los comentarios acerca de sus experiencias y puntos de vista⁽¹⁾; para esta intervención, el espacio utilizado fue un salón tipo auditorio del centro educativo, donde los cuidadores se sentaron en semi-círculo y los moderadores estaban de pie. Posteriormente se realizaron una serie de preguntas según los temas planteados y relacionados con la salud oral; esta información se recolectó haciendo uso de una grabadora, para luego proceder a transcribir las respuestas que buscaban satisfacer los objetivos de la investigación.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Institución Universitaria Colegios de Colombia – UNICOC y fue clasificada sin riesgo según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia.

RESULTADOS

Durante la intervención de este estudio se pudo observar que la totalidad de participantes pertenecían al sexo femenino y el rango de edad era de 22 a 49 años, su nivel educativo es universitario en casi todas las participantes, seguido por nivel técnico, bachiller y estudiante. Las participantes tuvieron en su gran mayoría interés por participar y comentar sobre las preguntas que se les realizaba. Dos de las once cuidadoras participantes no mostraron ningún interés y se dedicaron a realizar otras actividades durante la charla y nunca prestaron la atención debida. Las participantes fueron enumerados de acuerdo a su ubicación en el auditorio donde se realizó la charla y de acuerdo a ésta se observaron los comportamientos y actitudes durante el desarrollo de la actividad. Tres participantes de 22, 29 y 43 años expresaron su percepción de forma activa,

cuatro participantes de 27, 24, 44, 47, 36 y 49 años expresaron su percepción de forma pasiva. Sólo dos de las participantes de 27 años de edad expresaron su percepción de forma negativa.

Una vez observadas estas características de tipo sociodemográfico y de percepción de participación, fueron desarrollados cada uno de los temas previamente planteados; empezando por la caries dental.

CARIES DENTAL. La caries es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana a partir de los restos de alimentos. La percepción de los participantes identifica esta patología como resultado de la “Acumulación de residuos” y perciben los signos de enfermedad por el color del diente refiriendo que la identificación se logra cuando el diente “... esta como negrito” y manifiestan el compromiso estructural de los tejidos “Cuando el niño tiene el diente dañado”, lo que corresponde a la alteración de la morfología a causa de la pérdida de tejido.

Esta enfermedad no presenta sintomatología en sus primeras etapas pero cuando está avanzada causa dolor de moderado a severo. Los participantes coinciden en que si puede llegar a ser doloroso “Cuando está muy avanzada”, lo que es aceptable ya que se presenta inflamación de la pulpa dentaria ocasionada principalmente por esta patología.

La etiología de la caries es multifactorial, lo que supone que deben concurrir varios factores para que se desarrolle. Los participantes reportan que su aparición se debe a “Los dulces, los ácidos”, éstos son algunos de los factores que ocasionan la caries porque ayudan a las bacteria a corroer el esmalte, aunque dependiendo del tipo de azúcar, su incidencia varia, lo que corresponde básicamente a la dieta; además se debe tener presente que esta patología es multifactorial, por lo tanto las bacterias y el tiempo en que se mantiene la placa bacteriana también influyen en su aparición, siendo esta última la principal causa de la caries.

PLACA BACTERIANA. La placa bacteriana es una película pegajosa e incolora que se forma y deposita constantemente sobre todas las superficies de la boca que difícilmente se puede observar, a menos que esté teñida. Su mineralización da lugar a lo que se conoce como sarro, una capa dura sobre nuestros dientes que además de antiestética puede llevarnos a la pérdida de los dientes. La percepción para los participantes sobre el sarro es “Algo que se va adhiriendo al diente”.

Para prevenir la aparición de la caries es conveniente que se haga uso de una adecuada higiene oral, la representación para los participantes para el cuidado de los dientes coinciden en “cepillarse bien” al menos 3 veces al día, para retirar la placa adherida a la superficie de los dientes, hacer uso de la seda dental diariamente para retirar la placa que se forma entre los dientes y debajo del borde de las encías, donde el cepillo dental no llega. Limitar el consumo de almidones y azúcares, especialmente alimentos pegajosos, además visitar al odontólogo cada 6 meses para que se le realicen limpiezas profesionales y los exámenes odontológicos correspondientes.

HIGIENE ORAL. Para mantener una adecuada higiene oral es preciso que se convierta en una rutina cotidiana, la idea de los participantes es “tres veces al día”, lo que corresponde después de cada comida, esta se debe realizar también en el momento de levantarse y antes de acostarse. La regularidad es determinante, ya que la placa bacteriana se forma de manera continua, y sólo eliminándola una y otra vez se podrá evitar su efecto nocivo. La idea de los participantes es “...les explicamos que es algo que se debe hacer” lo que corresponde a un consejo, para pequeños que no captan información a menos que se repita constantemente y “hacen campañas” que se refiere a información que reciben los adultos para que se apliquen en los niños. La cantidad de crema y el tipo de cepillo es importante, los participantes ignoran que cantidad de pasta se debe colocar en el cepillo de dientes de los niños, según algunos estudios sobre el tema, recomienda que la cantidad no deba ser mayor a una lenteja. La percepción de los participantes sobre el cepillo es “suavecito y de plástico” por lo que la cabeza del cepillo dental

debe tener bordes protectores, fabricadas con un material plástico, preferiblemente caucho para que los niños no se lastimen los tejidos blandos por la mala utilización del cepillo, tras movimientos bruscos o fuerzas exageradas. Es importante que los docentes conozcan cuál es la técnica correcta para el cepillado dental antes de enseñarlo a sus alumnos, porque si el procedimiento no se aprende bien desde el principio, luego resulta difícil de corregir. Ya que los participantes reportan que a los niños se les da el cepillo con crema y ellos mismo lo hacen y “hay algunos que los muerden, y a ellos les gusta tener el cepillo”, mostrando que los pequeños no tienen una adecuada higiene oral, ya que en niños pequeños los padres o cuidadores deben ser quienes se encarguen de realizar la higiene dental porque estos no tienen bien desarrollada su motricidad y “a los caminantes no se les hace nada” dando a entender que los niños no se cepillan y por lo tanto no cuidan sus dientes.

VISITAS AL ODONTÓLOGO. La percepción de los participantes sobre la edad en que se debe llevar los niños al odontólogo por primera vez es “a los 3 años, porque ya los niños tienen los dientes formados y otros los tienen completos” lo que corresponde cuando la estructura dental ya se observa notablemente en boca. Los padres no deben esperar a detectar alguna alteración o a que el niño tenga dolor, ya que en esta visita el odontólogo no sólo se tratará de manera precoz cualquier alteración sino que también se realizará una actividad de prevención de manera oportuna, lo ideal es que sea realizada con la aparición del primer diente.

FLUORIZACION. Cuando hay consumo excesivo de flúor por parte de los niños, puede llegarse a producir fluorosis dental, la impresión para los participantes es que “Genera una gastritis, porque los químicos que tiene son muy demasiados fuertes para el organismo de ellos”, generándose una asociación a problemas gastrointestinales, “que si la crema es más fuerte la encía se debilita mucho” apreciándose relación con una gingivitis y “si no usan la crema adecuada, eso les produce mucho flúor en los dientes y por eso se generan las manchitas blancas” esto corresponden a defectos en el desarrollo del esmalte conocido como "esmalte

moteado" y en manchas que pueden ir desde una ligera opacidad, hasta manchas marrones intensas con severas porosidad de la superficie externa del esmalte.

HÁBITOS ORALES. Es recomendable comenzar a restringir el uso de chupo a partir de los 8 ó 10 meses, y suprimirlo hacia el año de vida, la percepción de los participantes es "debemos de quitarlo" correspondiendo a quitarlos de una vez, sin importar las consecuencias que eso trae en los pequeños. Otro hábito en los niños es la onicofagia que está relacionado con estados obsesivos, compulsivos, agresividad o como forma de calmar momentos de nervios; la percepción para los participantes es "niños que sufren de ansiedad y esto hace que se coman las uñas, hay otros niños que son nerviosos y otros en los que es un vicio", lo que corresponde a estados emocionales del niño. Cualquiera de estos estados se puede desencadenar inconscientemente, y de una manera frenética darse el impulso de comerse las uñas; en este punto tiene gran cabida hablar del estrés, que se presenta generalmente por dificultades para resolver problemas cotidianos que sean sociales, laborales o de tipo escolar (exámenes).

Según los participantes la respiración oral es consecuencia de "problemas de adenoides" que se refiere a un acumulo de tejido linfático situado en la zona de transición entre la nariz y la garganta. Según como lo conocemos este hábito es multifactorial en las que se encuentra la obstrucción de la vía aérea superior, amígdalas hipertróficas entre otras, sin embargo no refieren ninguna consecuencia que este hábito genere en la cavidad oral.

Si los hábitos no son eliminados oportunamente pueden llegar a causar alteración en el desarrollo de los procesos alveolares, estimulando o modificando la dirección del crecimiento de ciertas estructuras, produciendo mordidas abiertas anteriores o laterales, protrusiones dentoalveolares. La percepción de los participantes es "paladar hendido" que corresponde a un defecto congénito de las estructuras que forman la bóveda palatina, y es característico por una hendidura o apertura en el paladar superior. Hasta los tres los 3 años no es tan problemático corregir estas alteraciones, después de esa edad se debe pensar en visitar al especialista y en

comenzar a motivar al niño para que deje la succión del dedo de manera adecuada, sin recurrir a castigos. La idea de los participantes es de “2 a 4 años”.

NUTRICION DEL NIÑO. Es vital que los niños tengan una adecuada nutrición y una dieta sana para que su potencial de desarrollo sea óptimo, por lo tanto la alimentación es determinante para la salud en general por lo que, lógicamente, influye en el estado de la salud bucodental. Factores individuales y ambientales influyen en la desnutrición como son los malos hábitos alimentarios desde el embarazo, que pueden llevar a que el niño tenga un bajo peso al nacer, también por ser hijo de una madre adolescente, los bajos ingresos económicos, la higiene y el saneamiento deficientes. La percepción de los participantes es “Que no coman y empiecen a bajar de peso” esto corresponde al comportamiento de los niños que no quieren ingerir alimentos por su propia voluntad.

Dentro de una adecuada alimentación deben existir nutrientes que participen en la formación y salud de los dientes y las encías, entre ellos se encuentran el calcio, el fósforo, el flúor, la vitamina D, vitamina A y las vitaminas del grupo B. la percepción de los participantes es “la leche y sus derivados” que corresponde a un grupo de alimentos que constituyen una fuente excelente de la mayoría de estos elementos: calcio, fósforo, y vitaminaA, D y B.

Estos nutrientes, esenciales para la formación y mantenimiento de las estructuras del organismo en general, y de los dientes y encías en particular, son indispensables en la dieta a todas las edades si se quiere conseguir y mantener una boca sana y una sonrisa bonita.

CONCLUSIONES

A pesar de encontrarse que el conocimiento que tienen las cuidadoras no es el mejor, si puede decirse que alcanza a ser adecuado en muchos de los temas tratados; sin embargo debe realizarse una profundización que genere un mejor nivel de conocimientos y con estas prácticas como el acompañamiento durante la higiene oral, tan crucial para los niños que tienen bajo su atención estas cuidadoras.

Con respecto al tema de caries dental se pudo apreciar que la mayoría de las cuidadoras tienen buen conocimiento, pero resulta indispensable profundizar aún más en que la enfermedad es multifactorial y en que muchas veces durante etapas tempranas es indetectable si no es realizada una adecuada valoración por un profesional. También se pudo percibir que el conocimiento sobre el conocimiento sobre el compromiso estructural de los tejidos es deficiente, pues sólo se consideraron tejidos duros y no, como es debido, también los tejidos blandos.

El tema de higiene oral es tal vez uno en los que se notó mayor interés por parte de las cuidadoras, sin embargo no se debe descartar una mayor profundización en aspectos como la edad en el inicio del cepillado, la edad para el inicio en el uso de la crema dental, la cantidad de crema dental adecuada para el cepillado, las técnicas de cepillado e inclusive estrategias para mejorar la práctica del cepillado por parte del niño.

Un punto donde se encuentra una gran falencia es en el tema relacionado con el consumo y uso de flúor; pues el término fluorosis aún no es bien identificado y relacionado con las manifestaciones que se generan en las piezas dentales.

También se pudo identificar que las cuidadoras desconocen las consecuencias que provoca el uso prolongado de los hábitos orales, por lo tanto es primordial asesorar en estos temas para ayudar a los pequeños a prevenir oportunamente enfermedades a nivel oral.

RECOMENDACIONES

Es necesario que se realicen intervenciones en los temas ya antes mencionados, con el fin de enseñar a los docentes nuevos conocimientos en salud oral, para que se transmita en el entorno familiar y social, logrando así mejorar la calidad de vida de los niños. Esto se puede lograr realizando campañas educativas para que los docentes se instruyan sobre estos temas y lo practiquen en los niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García C, Maguiña E. Salud Bucal del Adulto. Revisión para profesionales del equipo de Atención Primaria. J Med Fam. & At Prim 2008; 2(1): 31-38
2. Rodríguez CF. Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7 y 8 básico de la ciudad de Santiago. Tesis de Grado del área de Odontopediatría. Universidad de Chile, faculta de Odontología; 2005.
3. Ministerio de Salud de Colombia. III Estudio Nacional de Salud Bucal-ENSAB III. Santa Fe de Bogotá; Ministerio de Salud; 1999.
4. Triana FE, Rivera SV, Soto L, Bedoya A. Estudio de morbilidad oral en niños escolares de una población de indígenas amazónicos. Colomb Med 2005; 36 (Supl 3): 26-30.
5. Petersen E. The world oral health report 2003: continuous improvement or oral health in the 21st century. Rev Community Dentistry and Oral Epidemiology Denmark 2003; 37 (1 supl 1): 3-24.
6. Alvarez CJ, Navas R, Rojas T. Componente educativo-recreativo-asociativo en estrategias promotoras de salud bucal en preescolares. Rev Cubana Estomatol 2006; 43 (2).
7. Franco AM, et al. Efectos de la promoción de la salud bucal en la escuela: Situación actual de los indicadores y significados del autocuidado para los escolares. Instituciones Educativas Oficiales, Medellín, 2006. Observatorio Nacional de la Salud Bucal y la Práctica Odontológica ONSB. Universidad de Antioquia, 2007.
8. Organización Panamericana de la Salud. Escuelas promotoras de la salud: entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. Informe No. 13, 1998.
9. Brand FJ, et al. Cuantificación de placa bacteriana de un grupo de escolares de dos instituciones públicas de la ciudad de Santiago de Cali en el 2007. Artículo científico de la Institución Universitaria Colegios de Colombia - UNICOC 2007.
10. Universidad de Antioquia. Escuelas Saludables. Rev Crianza Humanizada [revista en internet], Colombia 2006 [acceso 14 de agosto de 2010]; 6(6).

- Disponible en:
<http://medicina.udea.edu.co/Publicaciones/crianzahumanizada/anteriores-rodolfo/publicaciones/crianzahumanizada/V6n6/editV6n6.htm>
11. Secretaría de Salud Pública. Estrategia Escuelas Saludables [internet]. Cali Saludable, 2003 [acceso 15 de agosto de 2010]. Disponible en: <http://www.calisaludable.gov.co/saludPublica/escuelas.php>
 12. Darnaud R, Dato MI. Educación para la salud en escuelas argentinas: concurso de plástica como actividad motivadora. RevPanam Salud Publica. 2009;25(2):181-7.
 13. González S, Giraldo MC, Torres M, Tamayo C, Arias M. Evaluación del programa de capacitación a docentes líderes en el mejoramiento de la salud bucal de la población preescolar de Sabaneta – Antioquia, 2006. Rev CES Odontología 2007; 20(2): 9-15.
 14. Aldrete G, Mendoza P, Aranda C, Pérez M, Galván M. Promoción de la salud oral a través del teatro guiñol. Revista de Educación y Desarrollo 2007 (acceso agosto 16 de 2010); 7: 51-56. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/7/007_Aldrete.pdf
 15. McCann D. La lucha contra la caries: Herramientas visuales innovadoras y alta tecnología para detectar la caries de forma temprana. Rev en línea En Portada Octubre 2006; 19-23.
 16. Moncunill IA, Calamari SE, Molina G, Cornejo LS. Estrategia mediadora para la promoción de salud bucal en niños y adolescentes con síndrome de Down. Rev Síndrome De Down; 2007; 24:62-67.
 17. Martignon S, González MC, Santamaría RM. Diseño de un taller educativo en salud oral dirigido a madres/jardineras de niños de 0-5 años ICBF-Bogotá, Colombia. Rev Científica 2004(acceso agosto 16 de 2010); 10(2).Disponible en:
<http://www.unbosque.edu.co/facultades/odontologia/revista/vol102/disenotalereduc.pdf>

http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/7/007_Aldrete.pdf
f

15. McCann D. La lucha contra la caries: Herramientas visuales innovadoras y alta tecnología para detectar la caries de forma temprana. Rev en línea En Portada Octubre 2006; 19-23.
16. Moncunill IA, Calamari SE, Molina G, Cornejo LS. Estrategia mediadora para la promoción de salud bucal en niños y adolescentes con síndrome de Down. Rev Síndrome De Down; 2007; 24:62-67.
17. Martignon S, González MC, Santamaría RM. Diseño de un taller educativo en salud oral dirigido a madres/jardineras de niños de 0-5 años ICBF-Bogotá, Colombia. Rev Científica 2004(acceso agosto 16 de 2010); 10(2). Disponible en:
<http://www.unbosque.edu.co/facultades/odontologia/revista/vol102/disenotalereduc.pdf>
18. dos Santos L, Azeredo L, Fonseca MP. Educative practices and attitudes within the pre-school environment: evaluating the education professionals. Braz Oral Res 2008 (acceso agosto 16 de 2010); 22(4): 340-5. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/bor/v22n4/v22n4a10.pdf>
19. Molina N, Oropeza A, Pierdant A, Marques MJ, Castañeda E. Experiencia de caries dental y necesidades de tratamiento en adolescentes. Rev Mex Pediatr 2008; 75(5); 209-212.
20. D'Vita Y. Propuesta alternativa para la práctica docente: escuela-comunidad-familia. Rev EDUCERE 2009; 13 (45): 311 - 316.