

Evaluación del programa de capacitación a docentes líderes en el mejoramiento de la salud bucal de la población preescolar de Sabaneta – Antioquia, 2006.

Sandra González Ariza ¹, Maria Cristina Giraldo ², Maritza Torres ³, Carol Tamayo ³, Mauricio Arias ³

Impacto del estudio: Definir estrategias que fomenten hábitos saludables en los niños(as), a través de la capacitación de los docentes como un complemento a las acciones de protección que tenga la familia en el hogar como una medida acertada en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades dentales que pueden aparecer desde edades tempranas.

Resumen

Introducción: Reforzar los conocimientos en salud bucal de las personas que están a cargo de los niños(as) a nivel de instituciones educativas, se convierte en una medida acertada en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades dentales que pueden aparecer a edades tempranas, como un complemento de las acciones de protección que tenga la familia en el hogar. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de intervención en donde se capacitaron los docentes líderes de 15 instituciones preescolares del municipio de Sabaneta (Antioquia) y se evaluaron 802 escolares entre los 3 y 6 años en dos fases con un intervalo de siete meses a los que se les aplicaron los índices de caries dental (ceo-s y COP-S) y el índice de IHOS, de igual modo se realizaron cuestionarios estructurados sobre conocimientos de higiene oral a los docentes en tiempos similares. **Resultados:** Hubo un aumento en el nivel de conocimientos del 36.6% después de la capacitación de los docentes. El promedio de los dientes en boca se mantiene, hubo un aumento de las superficies sanas, una reducción del 62,5% en la mancha blanca, la placa blanda disminuyó en un 36,4%, presentándose además una reducción del 33,7% en las caries activas en esmalte. **Conclusiones:** El empoderamiento de los docentes en programas de promoción de la salud bucal, favorece el mejoramiento del estado de salud bucal en los niños(as). **Palabras clave:** escolares; capacitaciones; docentes líderes; programas de promoción y prevención, educación en salud bucal.

Introducción

Los resultados del ENSAB III realizado en Colombia (1998), mostraron como la educación en salud bucal y el refuerzo permanente de estos hábitos saludables son una estrategia efectiva para que la población se mantenga sana, ya que se observó como frente a los estudios realizados en años anteriores se presentó una disminución de la presencia de enfermedades orales en los niños(as) ¹.

En 1996, la red de atención a la infancia de la Comisión Europea propuso que la población preescolar, se debe considerar prioritaria en cuanto a la educación e incorporación de hábitos saludables, así como de medidas preventivas acordes con las necesidades de la población a través de la participación en su construcción de padres, personal de los centros y otros actores involucrados con el fin de llevar a cabo una filosofía que promueva el aprendizaje, conceptos biológicos, higiene, salud, alimentación y otros, estableciendo sobre la base de estrategias educativas sistematizadas en programas que partan de las necesidades de los niños y estén apoyadas en la tesis sobre la construcción del conocimiento que se da en el niño mediante las actividades que realiza con los objetos, ya sean concretos, afectivos o sociales, que constituyan su medio natural ².

El enfoque de Escuelas Saludables, es una estrategia de promoción de la salud en el ámbito escolar, la cual pretende, en cada una de las personas que hacen parte de la comunidad educativa, participe de actividades que fomenten en los niños(as) hábitos saludables en el marco de la vida cotidiana ³.

-
1. Odontóloga Magíster en Epidemiología, CES.
 2. Odontóloga especialista en promoción y comunicación en salud, CES.
 3. Estudiantes Facultad Odontología, CES.

Los docentes se convierten en actores fundamentales de este proceso y es así como con la capacitación adecuada, estos pueden llevar mensajes que le transmitan a los niños(as) la importancia de su autocuidado desde los primeros años con el apoyo de actividades donde sus padres se involucren en el proceso y se logre prolongar el mensaje a todos los ámbitos donde el niño se desenvuelve.

En Colombia, desde el año 1996, se ha implementado el programa escolar: "Sonrisas Brillantes, Futuros Brillantes", el cual nació del trabajo previo que ha llevado a cabo por muchos años la empresa Colgate-Palmolive. Durante su trayectoria se han desarrollado diferentes estrategias que incluyen material educativo para niño(as) y la publicación de manuales para guiar el desarrollo de programas comunitarios y capacitar al personal que se interesa en desarrollarlos, de donde se definió la estrategia de capacitación a docentes líderes para el desarrollo del programa escolar con el fin de garantizar la continuidad del programa de salud bucal dentro de las instituciones y convertirlos en replicadores de la información con sus semejantes, para que se utilizara adecuadamente el material didáctico que se brinda para el trabajo con los niños(as) dentro del aula de clase ⁴.

Es importante implementar programas de capacitación a docentes líderes, ya que se puede utilizar adecuadamente la etapa de desarrollo y aprendizaje de los niños quienes presentan más receptividad para captar la información, además hacen parte de una población con alto riesgo de sufrir enfermedades orales por la falta de recursos y de conciencia sobre la importancia de practicar buenos hábitos de higiene oral. Por lo tanto esta propuesta de investigación y colaboración con la población escolar de 15 instituciones de Sabaneta (Antioquia), nos permitió capacitar a los docentes líderes teniendo buenos resultados al momento de observar si hubo o no disminución de la prevalencia de la caries dental y gingivitis, como las enfermedades más comunes en la población escolar.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio de intervención comparativo, prospectivo y longitudinal en 15 instituciones del municipio de Sabaneta (Antioquia), entre los años 2005-2007, donde se trabajó con los niños (as) y docentes siendo ellos sus mismos controles al inicio del estudio. A través de un convenio entre la Casa Comercial Colgate Palmolive y la Universidad CES, se capacitaron todos docentes de los preescolares con previa autorización de la institución respectiva. A través de un cuestionario estructurado, se evaluó el nivel de conocimientos en salud bucal al inicio y al final del estudio, el cual incluyó 15 preguntas de conocimiento y cuyo resultado se expresó en una escala de (0-10) donde 0 indicó ausencia de respuestas correctas y 10 como máximo puntaje (todas las respuestas correctas). Al finalizar el estudio, los docentes respondieron un cuestionario para determinar la percepción que tuvieron sobre la importancia de la capacitación y el programa en el que participaron. Los docentes contaron con la dotación de material educativo que hace parte de la campaña escolar de Colgate y se les hizo entrega de los Kit de salud oral para cada niño de la institución educativa participante.

Por otra parte, se evaluaron los niños(as) preescolares entre los 3 y 6 años de edad, que aceptaron participar en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado por parte de los padres, y permitir la evaluación clínica por parte de los investigadores en dos fases con un intervalo de siete meses cada una. Además se tuvo autorización escrita por parte de las instituciones involucradas. Se aplicaron los índices de caries dental (ceo-s y COP-S), índice de IHOS a cada uno de los niños y se evaluó de manera cualitativa la presencia o ausencia de gingivitis asociada a placa bacteriana. La toma de los datos fue realizada por dos de los investigadores calibrados previamente con un experto con una concordancia de 0.74 y 0.83 respectivamente para el coeficiente de Kappa.

Análisis Estadístico

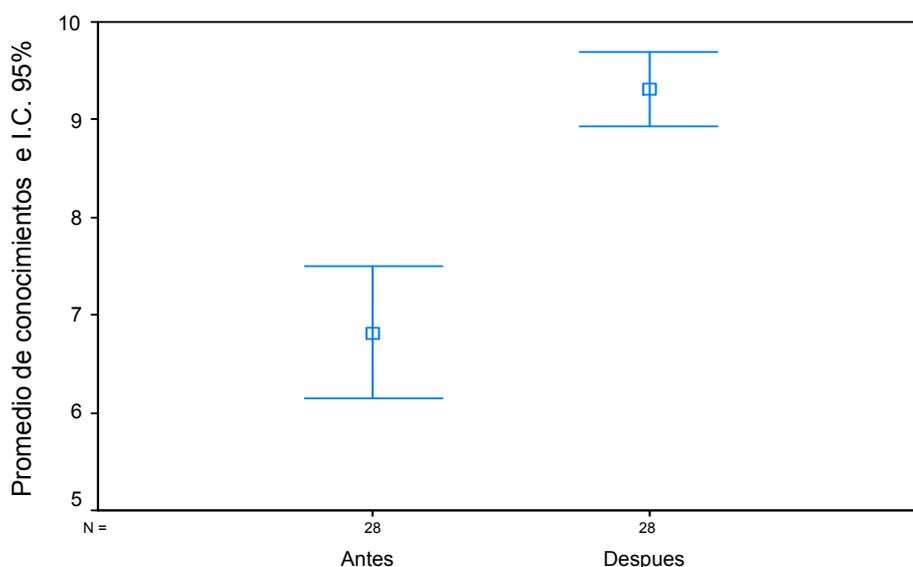
Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 8.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago IL). Para describir el perfil sociodemográfico y el estado de salud bucal de los niños (as) evaluados, se utilizaron medidas descriptivas de tendencia central (promedio y mediana) y las medidas de dispersión (desviación estándar y coeficiente de variación) para las variables cuantitativas. Adicionalmente se utilizaron las frecuencias relativas y absolutas para las variables cualitativas. Para comparar el estado de salud bucal de los niños (IHOS, COP-D, ceo-d) y el nivel de

conocimientos en salud bucal en los docentes líderes antes y después de la capacitación, se utilizó la prueba *t de Student* para muestras pareadas.

Resultados

En 15 instituciones educativas pertenecientes a un estrato socioeconómico 2 del municipio de Sabaneta (Antioquia), fueron evaluados los docentes del nivel de preescolar sobre sus conocimientos en salud oral a través de una encuesta en dos momentos diferentes (antes y después de la capacitación): en el primer momento el nivel de conocimientos fue aceptable con un promedio de $6,8 \pm 1,7$ encontrándose que la pregunta en donde se indagaba sobre el nombre de la dentición de los menores fue la de menor conocimiento; mientras que las de mayor conocimiento fueron preguntas acerca de las veces del cepillado, los responsables de la higiene oral del menor y sobre los problemas que causa dormir con el tetero. En un segundo momento (7 meses después de la capacitación) el promedio de conocimientos fue del $9,3 \pm 1$ (aumento del nivel de conocimientos del 36,6%). El desconocimiento de la dentición decidua sigue siendo la pregunta más difícil o de menor conocimiento para los docentes, y el resto de las preguntas estuvieron por encima del 89%. El nivel de conocimientos antes y después de la capacitación mostró diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$) con la prueba *t-student* pareada, es decir hubo diferencias entre el conocimiento presente y el conocimiento adquirido después de la capacitación. (Ver figura 1.)

Figura 1. Nivel de conocimientos antes y después de la capacitación



Análisis clínico

Se evaluaron en total 802 niños entre los dos momentos con un promedio de edad de $4,47 \pm 0,93$ años, predominando en un 46% los niños de 5 años seguidos de un 23% para los niños de 4 años, 20% para los niños de 3 años y en menor proporción 11% los niños de 6 años. En la evaluación inicial se revisaron 682 niños y niñas que en promedio tenían 20 dientes, con un $98,8 \pm 7$ de superficies sanas. Entre las superficies afectadas predominó la mancha blanca $1,3 \pm 2,61$, placa blanda $2 \pm 0,72$ y caries activa en esmalte $1,01 \pm 1,99$. Ver tabla 1.

Tabla 1. Evaluación clínica de los niños antes de la capacitación de los docentes líderes

	N	Promedio	D.Estándar	Mínimo	Máximo
Totdient-1	682	20,21	0,93	16	24
Supf/sanos-1	682	98,84	6,96	25	120
Supf/MB-1	682	1,28	2,61	0	35
C2-1	682	1,01	1,99	0	11
C3-1	682	0,33	1,80	0	36
C4-1	682	0,25	1,91	0	42
CR-1	682	0,00	0,00	0	0
RR-1	682	0,20	2,09	0	30
D2-1	682	0,05	0,39	0	5
D3-1	682	0,10	0,84	0	13
A-1	682	0,58	1,97	0	29
R-1	682	0,19	0,99	0	14
C-1	682	0,15	1,66	0	30
S-1	682	0,22	0,92	0	11
T-1	682	0,47	2,11	0	20
H-1	682	0,03	0,46	0	11
E-1	682	0,06	0,51	0	5
PLACA-1	682	1,98	0,72	0	3

La tabla 2 muestra la evaluación clínica de 537 niños y niñas después de la capacitación de los docentes líderes. El promedio de los dientes en boca se mantiene, hubo un aumento de las superficies sanas, una reducción del 62,5% en la mancha blanca, la placa blanda disminuyó en un 36,4%, presentándose además una reducción del 33,7% en las caries activas en esmalte. Ver tabla 1 y 2

Tabla 2. Evaluación clínica de los niños después de la capacitación de los docentes líderes

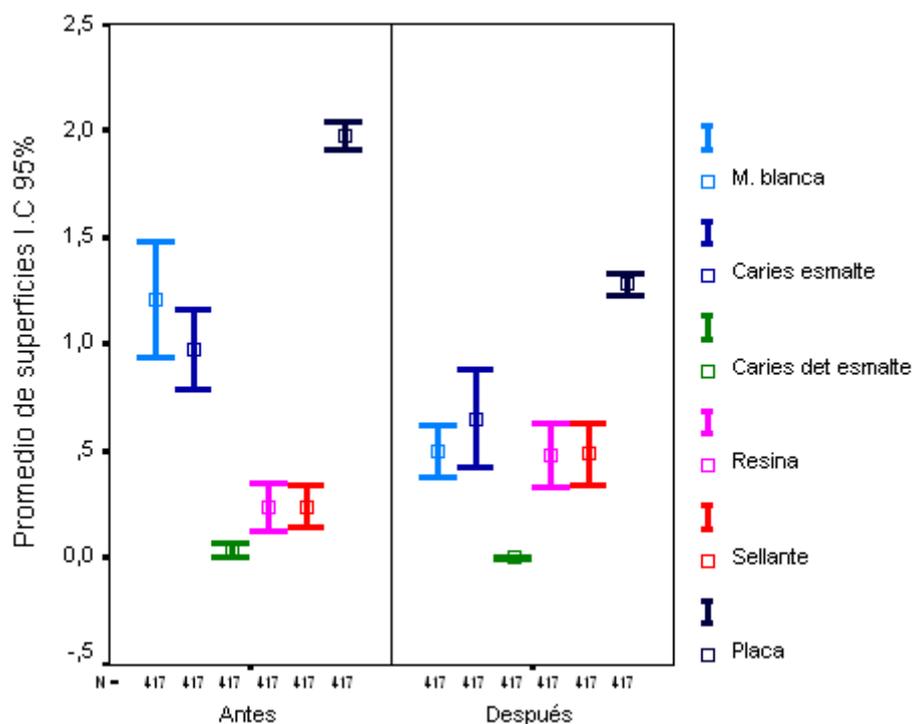
	N	Promedio	D.Estándar	Mínimo	Máximo
Totdient-2	537	20,46	1,22	16	24
Supf/sanos-2	537	100,73	8,42	55	195
Supf/MB-2	537	0,48	1,29	0	10
C2-2	537	0,64	2,28	0	41
C3-2	537	0,31	1,90	0	31
C4-2	537	0,24	1,22	0	15
CR-2	537	0,00	0,00	0	0
RR-2	537	0,14	1,96	0	40
D2-2	537	0,01	0,10	0	2
D3-2	537	0,03	0,32	0	5
A-2	537	0,66	1,80	0	15
R-2	537	0,45	1,54	0	18
C-2	537	0,12	1,58	0	30
S-2	537	0,46	1,41	0	20
T-2	537	0,49	1,89	0	15
H-2	537	0,05	0,66	0	11
E-2	537	0,12	1,18	0	20
PLACA-2	537	1,26	0,53	0,00	3,00

La tabla 3, muestra las evaluaciones clínicas de las niñas y niños antes y después de la capacitación de los docentes dando como coincidentes en los dos exámenes a 417 escolares, es decir que hubo 265 niños que no fueron evaluados en el segundo momento y 120 niños que no fueron evaluados en el primer momento. Se reportan cambios significativos (valores de $p < 0,05$) en las superficies sanas 98.7 ± 6.92 , mancha blanca 1.21 ± 2.80 , caries activa en esmalte 0.98 ± 1.93 , caries detenida en esmalte 0.04 ± 0.34 , resina 0.24 ± 1.16 , sellantes 0.24 ± 0.98 , placa blanda 1.98 ± 0.71 . Ver tabla 3 y figura 2.

Tabla 3. Comparación de los índices antes y después de la capacitación de los docentes líderes

	N=417	Antes		Después		Valor p t Student
		Promedio	D. Estándar	Promedio	D. Estándar	
Supf/sanos		98,74	6,92	100,83	8,89	0,0000
Supf/MB		1,21	2,80	0,50	1,27	0,0000
C2		0,98	1,93	0,65	2,39	0,0025
C3		0,33	2,07	0,30	1,82	0,7886
C4		0,17	1,03	0,26	1,32	0,0945
CR		0,00	0,00	0,00	0,00	---
RR		0,13	1,59	0,18	2,23	0,1506
D2		0,04	0,34	0,00	0,05	0,0355
D3		0,09	0,79	0,03	0,35	0,1968
A		0,59	1,79	0,68	1,84	0,1222
R		0,24	1,16	0,48	1,59	0,0001
C		0,14	1,79	0,16	1,79	0,3776
S		0,24	0,98	0,49	1,50	0,0015
T		0,55	2,30	0,43	1,74	0,2644
H		0,05	0,58	0,04	0,57	0,1025
E		0,07	0,55	0,13	1,29	0,3332
PLACA		1,98	0,71	1,28	0,54	0,0000

Figura 2. Evaluaciones clínicas donde se presentaron cambios significativos en los niños



Discusión

Actualmente, con la creación de estrategias de promoción de la salud como lo es Escuela Saludable, se ha dado un giro al fomento de la salud a nivel de las instituciones educativas que son un lugar idóneo para el refuerzo de hábitos saludables desde los primeros años. La capacitación apropiada de los docentes frente a temas relacionados con la salud bucal, se convierte en una estrategia eficiente para fomentar hábitos saludables a nivel de los niños(as) y complementar las acciones de este tipo, que sus padres o acudientes realicen en el hogar, a través de las herramientas lúdicas y didácticas que se definan para este fin ya que se pueden incluir dentro de las actividades programadas en el horario escolar.

En 2003, Montoya y col ⁴, plantearon una guía específica para el Programa de Campaña Escolar Colgate, enfocada en la promoción de la higiene oral, la prevención de enfermedades bucales, técnicas de higiene oral y cuidado personal para la capacitación de los docentes líderes de las instituciones educativas, demostrando que era posible modificar la conducta hacia la higiene oral de los niños entre los 4 -12 años, mediante técnicas educativas con mensajes orales y ayudas audiovisuales que le permitieran a los niños captar los mensajes de forma clara y precisa y poderlos aplicar para su beneficio. En el presente estudio se siguieron las pautas brindadas por la guía que se menciona previamente para la capacitación de los docentes pero con un enfoque específico dirigido a las estrategias que utilizarían para el refuerzo de hábitos saludables a nivel bucal que partiría de su creatividad de acuerdo a la población específica de cada institución educativa, encontrando que los docentes juegan un papel muy importante como canal de comunicación para reforzar a los padres el fomento del cuidado dental de los niños(as) en sus hogares por la cercanía que tienen con ellos, además de cumplir con la tarea de darle continuidad al programa dentro de la institución.

El estudio realizado por Franco A y col ⁵, en la Vereda Tierra Adentro del municipio de Bello (Antioquia), refuerza lo que se encontró en el presente estudio, ya que se ejecutó un programa para la sensibilización de la comunidad educativa (profesores y estudiantes) sobre la importancia de la salud bucal en la cotidianidad de la escuela y los resultados mostraron una reducción del índice de placa, además de que se brindó atención a las necesidades básicas de higiene oral en los menores que participaron en el programa, concluyendo que el trabajo comunitario con propósitos educativos es posible y productivo solo en la medida que haya participación y compromiso de todos los actores implicados, que tenga continuidad y que los objetivos se integren a los aspectos de la vida de la comunidad.

Se ha encontrado que con la integración del componente educativo – recreativo – asociativo, en las estrategias mediadoras de promoción de salud en los niños, su estado de salud bucal mejora significativamente luego del aprendizaje obtenido, lo cual se relaciona directamente con las acciones mediadoras implementadas y el compromiso asumido por los padres y docentes, como lo demostró el estudio realizado por Álvarez y Navas ² en el Preescolar Fuerzas Armadas de Cooperación en Maracaibo (Venezuela) y con el cual se buscó que las personas aprendieran, a partir de su particularidad, a apropiarse de conceptos, actitudes y prácticas en salud bucal que le signifiquen realmente mejorar su calidad de vida como individuo y miembro de una comunidad.

En el estudio de Álvarez y Navas ², se conocieron las concepciones de salud bucal de los padres, posteriormente se diseñaron y aplicaron actividades para lograr la resignificación de los conceptos y obtener la adopción de conductas observables en padres y niños, empleando actividades lúdicas, recursos visuales y prácticas guiadas de higiene bucal. Esto es muy importante ya que los recursos deben partir de la misma comunidad con la que se va a desarrollar la actividad preventiva, pero a pesar de que en el presente estudio se trabajó con un material ya propuesto, se lograron resultados similares ya que se tuvo en cuenta que el tipo de material se adaptara apropiadamente al grupo de edad de los niños(as) con los que se iba a trabajar para lograr cambios significativos (valores de $p < 0,05$) en las superficies sanas 98.7 ± 6.92 , mancha blanca 1.21 ± 2.80 , caries activa en esmalte 0.98 ± 1.93 , caries detenida en esmalte 0.04 ± 0.34 , resina 0.24 ± 1.16 , sellantes 0.24 ± 0.98 y placa blanda 1.98 ± 0.71 .

En la literatura se reportan opiniones contrarias a los resultados obtenidos en el presente estudio como las del realizado en Bélgica (2004) donde se un demostró en un grupo de niños

de primaria que el programa de educación en salud bucal basado en la escuela no resulta en una significativa reducción de la prevalencia de caries dental en un corto plazo y que se requiere de vigilancia y refuerzo constante ⁶. Otro estudio, realizado en Bulgaria (2001) midió en 74 padres provenientes de tres preescolares en la ciudad de Plovdi, la eficacia del programa de la educación en salud referente a la prevención de la caries y la resistencia del conocimiento adquirido, cuyos resultados demostraron que la información fue bien recibida por los padres (86.2% respuestas correctas) en la fase inicial pero al repetir la prueba después de 6 meses los resultados empeoraron con respecto a la primera prueba, con un aumento de las respuestas incorrectas, concluyendo que la información en esta forma es recibida bien por los padres pero requiere la repetición periódica con el fin de asimilar el conocimiento nuevo-adquirido ⁷.

En este sentido, para el presente estudio no se desconoció que existen acciones que favorecen el éxito de este tipo de programas y que consisten en: el refuerzo y motivación constante de la comunidad beneficiada con el desarrollo de los mismos, la participación de la familia como primeros responsables del cuidado en los niño (as) y el acceso a los servicios de salud que tengan los beneficiarios de este tipo de acciones para mejorar las afecciones que estén presentes. Acorde con esto, Peralta y Fujimoto ⁸ establecen que es fundamental la participación permanente de la familia en la educación inicial de los menores, para desarrollar así una mutua complementariedad entre la familia y los agentes educativos externos, dado que cada uno aporta aspectos comunes y diferenciales en una etapa tan importante como es el crecimiento y formación del niño (a) en sus primeros 6 años de vida.

La educación de los padres y personas cargo del niño tiene una influencia directa en la salud bucal de los menores, como se demostró con el estudio que evaluó en 2003, el impacto de un programa de educación en salud bucal y prevención de caries dental en la población preescolar de China, donde los resultados mostraron que en el grupo prueba, los padres de los menores incrementaron los conocimientos de salud bucal y a su vez los niños adquirieron mejores hábitos de higiene oral, en comparación con el grupo control ⁹. Una línea similar tuvo el presente estudio, ya que en el primer momento el nivel de conocimientos de los profesores fue aceptable con un promedio de $6,8 \pm 1,7$ encontrándose que la pregunta en donde se indagaba sobre el nombre de la dentición de los menores fue la de menor conocimiento; mientras que las de mayor conocimiento fueron preguntas acerca de las veces del cepillado, los responsables de la higiene oral del menor y sobre los problemas que causa dormir con el tetero y en un segundo momento (7 meses después de la capacitación) el promedio de conocimientos fue del $9,3 \pm 1$, encontrándose un aumento del nivel de conocimientos del 36,6% y un mejoramiento en el estado de salud bucal de los niños asociado a los factores protectores que se generaron a partir de la motivación que indujo el estudio para los docentes y padres.

La promoción de la salud debe tenerse como una estrategia social encaminada a desarrollar el potencial de individuos y poblaciones, que genera medios para que ellos asuman cada vez mayor control sobre sus procesos de salud y bienestar, donde la conjugación de los componentes recreativo, asociativo y lúdico adquieren gran importancia, por ser factores inherentes a la cotidianidad del niño, y se convierten en elementos facilitadores para permitir un acercamiento al entorno del menor, que contribuyen a incorporar en su rutina hábitos protectores de su salud ¹⁰.

Se ha logrado involucrar de cierta manera las acciones preventivas en salud bucal a nivel escolar, a partir de algunas secretarías de salud que lo consideran de importancia y el compromiso de las instituciones educativas que reciben sus directrices. Teniendo en cuenta las investigaciones que se han realizado a lo largo de los años es necesario definir unos lineamientos claros y acordes con las necesidades de las diferentes regiones del país y dar un punto de partida para que cada institución educativa los contemple dentro del PEI y no quede como una actividad aislada que los docentes pueden ver como una carga laboral adicional, sino como un componente que puede ser la base para lograr lo que se ha pretendido a través de los años con el fomento de hábitos saludables, para que las personas lo interioricen y reconozcan que es mejor optar por la salud.

En este estudio se demostró que concientizar a los docentes sobre la importancia del cuidado de la salud oral desde los primeros años se convierte en un pilar para propender por la salud oral de los niño(as) y que brindando continuidad a este tipo de programas con el compromiso

positivo que tienen los docentes de los primeros grados especialmente, se puede dar paso a estrategias que surjan desde la institución educativa como herramientas para el fomento de la salud bucal.

Conclusiones

- El empoderamiento de los docentes en programas de promoción de la salud bucal, favorece el mejoramiento del estado de salud bucal en los niños(as).
- Un complemento a la estrategia de realizar actividades educativas en la escuela que involucren a los docentes se puede implementar a través de la participación y capacitación de los padres, ya que es desde el hogar de donde parte el fomento de hábitos saludables y desde donde las personas deben sensibilizarse de la importancia que tiene apropiarse de hábitos saludables.
- Se deben definir unas tareas específicas que involucren a los padres en la tarea del cuidado de los niños, ya que se convierte en un trabajo conjunto debido a que las acciones que ejerzan los padres desde el hogar son la base del refuerzo permanente y considerando que esta vigilancia es más complicada se debe iniciar con la búsqueda de estrategias a partir de los mismos padres para establecer programas que ofrezcan resultados más encaminados a lograr la salud bucal de la población infantil.
- Se debe tener en cuenta para otros estudios o propuestas municipales, en este tipo de programas a los padres de los niños más pequeños y tratar de articular con programas del estado ya existentes, los medios para que la promoción de la salud oral inicie con un compromiso serio desde el nacimiento.
- Es necesario que se establezca un ente regulador visible y nacional de las diferentes actividades que se contemplan en el ámbito de escuela saludable con el fin de que no se repitan las actividades en las mismas instituciones y se marginen otras que por sus características carecen de atractivo para este tipo de intervenciones, esto garantizaría la continuidad de los programas de una manera equitativa y la posible implementación de una metodología que permitiera evaluar dichas actividades a través del tiempo, como base para el desarrollo de estrategias más eficaces para la prevención de enfermedades orales tempranas en la población.

Referencias

1. Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal. República de Colombia. Dirección General de Promoción y Prevención. Serie de documentos técnicos: 005; 1999.
2. Álvarez Montero CJ, Navas Perozo R. Componente educativo – recreativo –asociativo en estrategias promotoras de salud bucal en preescolares. Universidad del Zulia, Venezuela. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Odontología. En Revista Cubana de Estomatología. Vol.43 N°2, Ciudad de La Habana, May-Aug; 2006.
3. Promoción y Educación de la Salud Escolar. Una perspectiva integral: marco conceptual y operativo. OPS – OMS. Washington D.C.; 1995.
4. Montoya E, Tamayo Aristizabal D, Ruiz Cock J, Vargas JF, Arango M. Desarrollo de una nueva estrategia para el Programa de Campaña Escolar Colgate. Instituto de Ciencias de la Salud - CES, Medellín; 2003.
5. Franco A, Martínez C, Álvarez M, Coutin I, Larrea I, Otero A, Portacio K, Vivas J, Zapata A. Los niños tienen la palabra: “Una boca sana para una vida sana”. Instituto de Ciencias de la Salud-CES, Medellín; 2006.
6. Vanobbergen J, Declerck D, Mwalili S, Martens L. “The effectiveness of a 6-years oral health education programme for primary schoolchildren” Revista Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2004; Vol N° 32: 173-82

7. Ilieva EL. "Measure of efficiency of health education with reference to caries prevention" Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Higher Medical Institute, Plovdiv, Bulgaria. 2001; Vol N° 43(1-2):20-4. PMID: 15354460 [PubMed - indexed for MEDLINE]
8. Peralta E MV, Fujimoto GG. La atención integral de la primera infancia en América Latina: ejes centrales y los desafíos para el siglo XXI. Organización de Estados Americanos(OEA).Chile.1998. <http://www.worldbank.org/children/crianca/docs/publi1.pdf>.
Fecha de consulta: 04/02/2005
9. Rong WS, Bian JY, Wang WJ, Wang YD. "Effectiveness of an oral health education and caries prevention program in Kindergartens in China" revista Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2003; Vol N° 31: 412-6
10. Yépez Zambrano MA, et al. Evaluación del proyecto: el club de la sonrisa feliz. Un programa de intervención comunitaria en salud oral. Fase I. Hospital de Nazareth. Bogotá, D.C., 2000. Disponible en: <http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/pdf/sonrisa.pdf>