

INFLUENCIA DE LA EDUCACION DEL ESCOLAR EN LAS CONDUCTAS DE SALUD DE SUS MADRES (*)

Cuad. Méd.-Soc., XXXV, 2, 1994/ 6-12

*Dra. Clara Misrachi L.**,
Dr. Jorge Fredes A.***
Dra. Marcela Flores B.****

ABSTRACT

To prove school health education programs efficiency, child to mother influence in health knowledge, attitudes and behaviours, is studied.

Key words: Health Education, School Health Education, Chile.

SUMMARY

This study aims at contributing to increase knowledge on the efficiency of health education interventions focussed in the school. The influence of children, participating in a comprehensive school health education program, in their mother's oral health behaviours is studied. A random sample of 152 mothers of children participating in the program and 152 mothers of children without program, was chosen in 29 public schools of 2 different low income communities. Results show that knowledge on dental health-illness process and illness preventive measures are significantly higher in the experimental group. The use of dental floss is 13,6 times higher in the experimental group, which also shows higher frequency in daily toothbrushing. Only 6% of this group decides on tooth paste selection based on its price, (22,5% control group). In addition, a significantly higher percentage (88,3%) than the control group (58,5%), provides their children with tooth brushes, (56,6%) provides non cariogenic snacks (control 44,7%) and (71,5%) asks for their children's dental care (control 40,8%).

School health education devoted to children is able to influence their mother's health behaviours. Therefore it shows to be highly efficient.

I. INTRODUCCION

Los modelos de educación para la salud focalizados en los estilos de vida requieren concentrar los esfuerzos educativos en las instituciones involucradas en el proceso de adopción de las

conductas que los caracterizan (1). Dado que los recursos en educación para la salud son siempre escasos, resulta indispensable investigar qué institución permitiría establecer el sistema educativo de mayor eficiencia.

Se sabe que los factores que mayor influencia

* Este trabajo fue financiado por el Proyecto Universidad de Chile/I. Municipalidad de Renca / Lever Chile / Duralón S.A., Proyecto Clave: PRI: OI-91001.

** Profesor Titular, Facultad de Odontología Universidad de Chile. Director del Proyecto.

*** Cirujano Dentista Investigador Proyecto "Programa Escolar de Educación para la Salud Integrado al Currículo de la E.G.B., Coordinado a Servicios de Atención Primaria".

poseen en el desarrollo de estilos de vida saludables son aquellos que refuerzan positiva o negativamente los comportamientos en salud (2). Estos factores determinan la persistencia de una conducta una vez que ésta se ha practicado. La familia es una de las fuentes de refuerzo más importantes en el proceso de adopción y mantención de conductas en salud.

En la mayoría de las familias se identifican los subsistemas: conyugal, hermanos, y padres-hijos (3). Las relaciones al interior de la familia se pueden conceptualizar como interacciones intra y entre sus diversos subsistemas. Toda conducta en una situación de interacción tiene valor de mensaje, que influye al receptor de acuerdo a su relación con el emisor (4).

Las características socioculturales en las familias populares, según Beltrao (5), son predominantemente tradicionales y autoritarias. Las dos categorías sociales más importantes que forman la familia –los sexos y las generaciones– son afectadas por el autoritarismo. Uno de los elementos resultantes en su estructura y procesos es el “machismo”, que implica una gran barrera entre sexos por el autoritarismo y el mito de que “la mujer es inferior”, y una gran barrera entre generaciones porque “los niños son cuestión de mujeres”. La barrera que establece el hombre adulto lo desliga de su familia, haciéndose predominante en el núcleo familiar la interacción en el subsistema madre-hijos.

Toda familia tiene una estructura y dinámica intrasistémica e intersistémica, que se influyen mutuamente (6). La escuela es un sistema con el que la gran mayoría de las familias nucleares interactúa en forma permanente, por un período largo de tiempo, a través de al menos uno de sus miembros. Esta interacción resulta particularmente importante desde el punto de vista de la cobertura de los programas de educación para la salud. Si los 3,5 millones de escolares que participan diariamente del Sistema Educativo (7) fueran sometidos a programas permanentes de educación para la salud, sería posible permeabilizar a un sinnúmero de familias principalmente a través de la interacción intra subsistema madre-hijos y entre éste y los otros subsistemas.

En las familias populares los conocimientos sobre el proceso salud-enfermedad no se encuentran formulados en una doctrina, sino que forman parte de un cuerpo integral de creencias compartidas por la mayoría de la población. Las creencias sobre el origen de la enfermedad y las acciones terapéuticas forman parte de la cultura popular (8).

En investigaciones realizadas en nuestro país (9,

10) se ha comprobado que en mujeres de poblaciones urbano-marginales, los conocimientos sobre los factores etiológicos y las medidas de prevención de las enfermedades orales más prevalentes son muy escasos. La susceptibilidad es atribuida a factores ajenos a los reales y las prácticas de comportamientos conducentes a la búsqueda de salud oral son exiguas. Asimismo, las enfermedades dentales de mayor prevalencia no son percibidas como amenazas importantes para la salud, porque son comunes y rara vez hacen peligrar la vida. De esta forma es poco probable que las personas adopten conductas favorables para su salud oral, a menos que se logre modificar esas percepciones (11).

El trabajo realizado por Misrachi y Sapag (12) en escolares de nivel socioeconómico bajo sometidos a un programa de educación para la salud sistemático y permanente, establece que existe un aumento significativo de las conductas favorables a la salud oral y sugiere además que los niños influyen en las conductas en salud de sus madres.

Por los motivos anteriormente expuestos, si se comprueba que el escolar es capaz de influenciar cambios en las percepciones y conductas de su madre en relación a la salud oral, existirá una gran probabilidad que también inflencie cambios de conductas relacionadas a otros problemas de salud, que involucran una percepción de mayor riesgo de incapacidad o muerte. Por otra parte, si se establece la transferencia de conductas favorables a la salud del niño hacia la madre, será posible concluir que los programas escolares de educación para la salud serían los de mayor eficiencia, ya que a través de la educación impartida a un solo niño sería posible influir en varios subsistemas familiares.

II. MATERIAL Y METODOS

El trabajo se realizó en 1992 en una muestra de 152 madres de niños de 2° a 4° básico de 14 escuelas municipales de la comuna de Renca y 152 madres de niños de los mismos cursos de 15 escuelas municipales de Recoleta.

En las escuelas de Renca se estaba aplicando un programa escolar de educación para la salud focalizado en mejorar los estilos de vida e integrado al currículo de 1° a 4° año de la Educación General Básica (E.G.B.). Los contenidos de educación para la salud oral sólo constituían un 16% del programa. Las actividades fueron dirigidas esencialmente a los niños y no se realizó educación a los padres.

Los niños que cursaban 2°, 3° y 4° año básico habían permanecido por un período de 1, 2 y 3 años respectivamente en el programa. Las escuelas de

Recoleta no contaban con un programa de educación para la salud.

Se tomó una muestra al azar de 5 escuelas por comuna (35,7% de las escuelas de Renca y 33,3% de las de Recoleta). En los cursos de 2° a 4° básico se seleccionó una muestra de 4 madres por curso, estratificadas según su escolaridad y sexo del niño. Se consideró baja escolaridad haber cursado hasta 7° básico y alta a partir del 8° básico. La división de la escolaridad se obtuvo promediando las escolaridades de todas las madres de los cursos 2° a 4° de las escuelas seleccionadas. Ningún caso de la muestra alcanzó la Educación Universitaria. Se aplicó una entrevista estructurada de 46 preguntas sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral.

Para el análisis de resultados se utilizó la prueba estadística de Ji cuadrado en relación a las variables independientes programa de educación para la salud, sexo del niño y escolaridad de la madre. Se consideró significativa la asociación estadística con un valor $p < 0,05$.

III. RESULTADOS

1. Conocimientos sobre la etiología y formas de detección de las enfermedades orales más prevalentes.

Los conocimientos sobre la naturaleza microbiana de la placa bacteriana y de su participación junto con el consumo de azúcar en el proceso de caries, son significativamente mayores en el del grupo experimental que en el control, $p < 0,05$ y $p < 0,01$ respectivamente.

No existen diferencias significativas en los conocimientos sobre la etiología, sintomatología y prevención de las periodonciopatías. En ambos grupos el 75% reconoce el sangramiento de la encía como signo de enfermedad y sólo alrededor de un 45% atribuye su causa a falta de higiene bucal.

2. Conductas en relación a higiene oral.

El porcentaje de niños del grupo experimental que dispone de cepillo propio en el hogar (88,3%), es significativamente mayor ($p < 0,01$) que el del grupo control (58,5%). Asimismo la práctica de compartir el cepillo dental con algún familiar es significativamente menor en el grupo experimental ($p < 0,001$)

La higiene oral se realiza en forma significativamente más completa en el grupo experimental que en el control, complementando el cepillado con el uso de seda dental.

Un 96% de ambos grupos declara cepillarse los

dientes al menos una vez al día. La frecuencia diaria de cepillado es significativamente mayor en el grupo experimental.

En promedio, el 27,6% del total de la muestra utiliza cepillo duro y sólo un 7,3% no se cepilla los dientes cuando no dispone de pasta dental. Los elementos más frecuentemente utilizados por ambos grupos para sustituir la pasta son: bicarbonato (42%), bicarbonato con limón (8%), sal (33%), sal con limón (7%) y jabón (10%).

Las razones para adquirir una determinada pasta dental tienen distinto orden de importancia en ambos grupos. Destaca el hecho de que el precio es considerado por el grupo experimental en el último lugar de importancia, en cambio en el grupo control ocupa el segundo lugar. Se observa que en el grupo experimental un porcentaje mayor que en el control se inclina a preferir pastas que contienen antisarro. La adquisición de cepillo dental por petición del niño es aproximadamente el doble en el grupo experimental que en el control.

3. Ingesta de alimentos cariogénicos.

Como se observa en la tabla N° 2, a pesar de que alrededor de un 65% de las encuestadas reconoce el consumo frecuente de dulces como factor etiológico de caries, un 58% de ellas los consume entre las comidas. Aproximadamente el 50% de ambos grupos sostiene que la cariogenicidad de los dulces se manifiesta cuando éstos son duros, por el efecto mecánico que ejercen sobre los dientes al masticarlos.

Las madres del grupo experimental tienen mayor tendencia a proporcionar colaciones no cariogénicas a sus hijos.

4. Conocimientos, actitudes y prácticas en relación al autocuidado.

Hay una mayor tendencia en el grupo control (48%) que en el experimental (37,8%) a considerar sólo la estética como razón para el autocuidado de la dentadura. En cambio, en el grupo experimental existe una tendencia mayor (45%) que en el control (38,2%) a añadir a la estética la preservación de la masticación como razón para el autocuidado.

La Tabla N° 3 muestra que el porcentaje de madres que considera necesarias un mayor número de acciones para preservar la salud oral, tanto propia como de sus hijos, es significativamente mayor en el grupo experimental. En promedio, un 61,2% de ambos grupos desconoce la acción del flúor sobre los dientes.

Se observa una mayor tendencia a asistir a tratamiento y a control en el grupo experimental. El 90%

Tabla N° 1
Prácticas en relación a Higiene Oral

Prácticas	Experiment. %	Control %	Significativa
ELEMENTOS UTILIZADOS			
cepillo-pasta	86,0	94,7	p < 0,01
cepillo - pasta - enjuagatorio	4,5	4,6	
cepillo - pasta - seda dental	9,5	0,7	
FRECUENC. DIARIA CEPILLADO			
ninguna	3,9	4,0	p < 0,001
1 vez	11,3	12,9	
2 veces	37,7	60,2	
3 veces	32,5	8,9	
4 veces	14,6	14,0	
TIPO DE CEPILLO			
duro	26,5	28,7	no sign.
mediano	43,7	48,0	
blando	27,8	23,3	
ELECCION PASTA DENTAL			
precio	6,0	22,1	p<0,01
contiene antisarro	10,0	4,5	
contiene flúor	15,8	17,3	
tradición	68,2	56,0	
RENOVAC. ANUAL CEPILLO HIJO			
1 vez	9,2	5,9	no sign.
2 veces	32,2	39,5	
3 veces	32,9	29,6	
4 veces	25,7	25,0	
ADQUIERE CEPILLO POR:			
solicitud del niño	40,8	22,4	p<0,001
iniciativa propia	59,2	77,6	

Tabla N° 2
Ingesta de azúcares

CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS	Experimental %	Control %	significativa
FRECUENCIA DE INGESTA			
nunca	36,2	33,6	no sign.
de postre	7,2	5,8	
entre comidas	56,6	60,6	
ATRIBUYE CARIOGENICIDAD DULC.			
la dureza	52,7	52,0	no sign.
el azúcar	47,3	48,0	
COLACION PARA LA ESCUELA			
nada	14,5	30,3	p < 0,001
no cariogénicos	56,6	44,7	
cariogénicos o dinero(*)	28,9	25,0	

(*) Se considera dinero = cariogénico porque sólo se expenden alimentos cariogénicos en las escuelas.

Tabla N° 3
Acciones que se consideran efectivas para el cuidado dental

ACCIONES	EN LA MADRE		EN EL NIÑO	
	Experiment. %	Control %	Experiment. %	Control %
Higiene	21,2	36,7	15,8	26,3
Higiene / no dulces	22,2	17,3	28,3	32,9
Higiene / dentista	39,0	38,7	19,7	21,7
Higiene / no dulces / dentista	17,6	7,3	36,2	19,1

p < 0,01

p < 0,01

de ambos grupos ha tenido una experiencia dolorosa a causa de una pieza dentaria. De éste, el 40% acude al dentista para solucionar el problema y el 60% se automedica. Los elementos más utilizados en la automedicación son: analgésicos vía oral (52%), analgésicos colocados en la cavidad dentaria (35%), ajo (7,5%), azul de lavar (3%), ácido de baterías (3,5%) y dimecaína (2%), colocados en la cavidad dentaria.

El 52% declara que su hijo alguna vez ha sufrido dolor originado por una pieza dentaria. De éste, el 22,7% es medicado por sus madres, no existiendo diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo control.

Como se muestra en la Tabla 5 los conocimientos sobre la oportunidad en que se debe iniciar el cuidado de la dentadura de los niños son significativamente mayores en el grupo experimental.

Tabla N° 6
Solicitud atención dental para sus hijos

OPORTUNIDAD	Experimental %	Control %
con caries / solicita	30,9	26,3
con caries / no solicit.	24,3	44,7
sin caries / solicita	31,6	14,5
sin caries / no solicita	13,2	14,5

p<0,001

Tabla N° 4
Consulta dental en últimos 12 meses

CAUSA	Experimental %	Control %
tratamiento	33,6	27,7
urgencia	11,8	11,2
control	7,2	3,3
no ha asistido	47,4	57,9

No significativa

Tabla N° 5
Inicio del cuidado de la dentadura

OPORTUNIDAD	Experimental %	Control %
aparición primer diente	42,1	39,5
dentadura temporal completa	52,6	46,1
cambio dentario	5,3	14,5

p<0,001

La solicitud de atención dental para los niños, con o sin evidencias de caries, es significativamente mayor en el grupo experimental (71,5%) que en el control (40,8%).

5. Actitud frente a la atención dental.

El 98% de las entrevistadas declara haber recibido atención odontológica y el temor al dentista se manifiesta aproximadamente en el 50% de ellas.

La comparación de los conocimientos, actitudes y prácticas en relación al sexo del niño entrega resultados no significativos. Igual cosa sucede con la escolaridad materna.

IV. DISCUSION

Los resultados muestran que los conocimientos sobre los factores etiológicos y las medidas de prevención de las enfermedades orales de mayor prevalencia, han aumentado en ambos grupos en

estudio en relación a los mostrados en los trabajos de Misrachi y Sáez (9,10), realizados cuatro años antes. Este aumento se puede atribuir a que en los últimos años ha habido un incremento gradual de mensajes en los medios de comunicación masivos, especialmente la televisión, referidos a prevención de caries y periodonciopatías.

Aunque se observa que en general los conocimientos sobre las enfermedades de mayor prevalencia han experimentado un aumento en los últimos años, cabe destacar que los conocimientos de mayor complejidad, como el concepto sobre la naturaleza microbiana de la placa bacteriana y el proceso de formación de la caries dental, son significativamente mayores en el grupo experimental. Estos aspectos son altamente enfatizados en los tres primeros años de programa escolar de educación para la salud, no así los referidos a enfermedad periodontal en que no se observan diferencias significativas. Lo anteriormente expuesto indica transferencias en los aprendizajes de los niños hacia sus madres.

Asimismo, los conocimientos sobre las medidas preventivas eficaces para la mantención de la salud oral propia y la de sus hijos, son mayores en el grupo experimental. Sin embargo, a pesar de que en las madres de este grupo se observan mayores conocimientos en relación a la importancia para la salud oral del control de la frecuencia de la ingesta de azúcares, lo consideran más importante para sus hijos que para sí mismas. Esto último se atribuye a que más del 50% de ambos grupos asocia la cariogenicidad de los dulces a su dureza, por el efecto que producen al masticarlos y no al azúcar de su contenido. Este porcentaje indica que persisten, aunque en menor grado, las mismas creencias populares observadas en los trabajos mencionados anteriormente (9, 10), en que un 100% asociaba la cariogenicidad con la dureza de los dulces. De igual modo, es posible pensar que en un alto porcentaje de la población en estudio persiste también la creencia de que "las muelas de los niños son más blandas" que las de los adultos (10), y por ello se debe controlar el consumo de dulces primordialmente en ese grupo etéreo.

Los resultados muestran que aunque el 65% de todas las personas en estudio reconoce que el consumo frecuente de azúcares influye en la producción de caries, un 58% practica esa conducta negativa. Sin embargo, en el grupo experimental las madres que se preocupan de proporcionar a sus hijos alimentos no cariogénicos para la colación (56,6%), son aproximadamente el doble de las que les proporcionan colaciones cariogénicas (28,9%). Esto se atribuye al gran énfasis del programa de educación

para la salud en la modificación de hábitos alimentarios, especialmente de aquellos que los maestros pueden evaluar directamente en la escuela.

En relación a las prácticas de higiene oral, éstas son significativamente más completas en las madres del grupo experimental, mostrando una mayor frecuencia en el cepillado dental diario y mayor uso de la seda dental. Cabe hacer notar que la diferencia en el uso de este último elemento es 13,6 veces mayor en el grupo experimental (9,5%), que en el control (0,7%) de nivel económico similar.

El hecho de que el porcentaje de madres del grupo experimental que decide la adquisición del dentífrico por su menor precio sea 4 veces menor que en el grupo control y que el porcentaje que adquiere el dentífrico porque contiene antisarro sea el doble, indica una actitud más favorable del grupo experimental hacia el autocuidado. Esta diferencia de actitud se puede atribuir a la acción del niño, al crear un ambiente proclive a la salud oral en su hogar.

Los elementos que utilizan ambos grupos tanto para sustituir la pasta dental cuando no disponen de ella como en la automedicación, coinciden con los descritos en los trabajos de Misrachi y Sáez (9,10).

La apreciación sobre el inicio del cuidado de la dentadura de los niños denota una actitud más preventiva en el grupo experimental, al considerar etapas más tempranas que el grupo control.

Se observa una significativa diferencia en la preocupación de las madres del grupo experimental porque sus hijos dispongan de cepillo dental propio en el hogar. Estos resultados coinciden con los encontrados en la investigación de Misrachi y Sapag (12), en la que se constató una tendencia progresiva al aumento en la adquisición de cepillos para los niños a la vez que una disminución en la práctica de compartir el cepillo dental, a medida que los escolares eran expuestos por más tiempo al programa de educación para la salud. En el grupo experimental la adquisición de cepillo dental por petición del niño es aproximadamente el doble que en el grupo control, lo que constituye una manifestación clara de la influencia del niño en la madre.

Los resultados en relación a la demanda de atención dental para sus hijos tanto para tratamiento como para control, demuestran una preocupación significativamente mayor de las madres del grupo experimental por mantener la salud oral de sus hijos. Además, se observa en este grupo una tendencia mayor a asistir a tratamiento y a controles dentales. Ambas conductas indican una influencia de la educación de los niños en sus madres.

En el trabajo de Misrachi y Sapag realizado en escolares de la Comuna de Renca (12) se concluye

que los niños, a medida que aumentan su permanencia en el programa, disminuyen su temor al dentista. De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio no habría influencia de los niños para cambiar la actitud de temor de sus madres hacia la atención dental, que se manifiesta en aproximadamente la mitad de las entrevistadas.

V. CONCLUSIONES

Los resultados permiten concluir que en los últimos años los medios de comunicación masivos han influenciado el aumento de los conocimientos generales de las madres sobre las enfermedades orales de mayor prevalencia. Sin embargo, esta influencia sólo ha logrado que un bajo porcentaje de la población maneje conceptos que necesitan de mayor abstracción para la comprensión del proceso salud-enfermedad dental y muestre acabado conocimiento sobre las medidas preventivas eficaces para mantener la salud oral. Igualmente, esta influencia no induce a un alto porcentaje a adoptar conductas de cuidado de la salud, que implican una mayor inversión de tiempo o de dinero.

Un programa escolar de educación para la salud focalizado en los estilos de vida e incorporado al currículo regular de la E.G.B., es capaz de lograr que los niños influyeran cambios en las conductas en salud oral de sus madres, especialmente en aquellas facilitadoras y reforzadoras de las acciones de autocuidado de la salud de sus hijos.

Aunque los niños influyen para que sus madres perciban que los beneficios de las conductas preventivas son mayores que las barreras para su adopción, en la mitad de la población prevalecen creencias populares que desfavorecen la adherencia a ciertas conductas de autocuidado. Creemos que sería posible modificar estas creencias si se sometiera a los niños, y por ende a las madres, a la influencia de programas escolares de educación para la salud, durante todo el tiempo de permanencia en el sistema educativo.

RESUMEN

El propósito de este estudio es contribuir a aumentar los conocimientos sobre la eficiencia de la escuela como centro de intervenciones educativas en salud. Para ello se investiga la influencia de los niños, sometidos a un programa escolar integral de educación para la salud, en las conductas de salud oral de sus madres. Se tomó una muestra al azar de 152 madres de niños con programa y 152 de niños sin programa, provenientes de 29 escuelas munici-

pales de 2 comunas de bajo nivel socioeconómico. Se determinó que existen diferencias significativas en los conocimientos sobre procesos salud-enfermedad dental y las medidas para prevenirlas. El uso de la seda dental es 13,6 veces superior en el grupo experimental, el que cepilla sus dientes con mayor frecuencia, y decide la adquisición de dentífrico por su precio sólo en un 6%, (control 22,1%). Además, proporciona cepillos dentales para sus hijos en un porcentaje significativamente mayor (88,3%) que el control (58,5%), así como también colaciones no cariogénicas 56,6% (control 44,7%), y solicitud atención dental para sus hijos (71,5%), (control 40,8%).

La educación escolar para la salud muestra ser altamente eficiente al influir, a través del niño, en las conductas de sus madres.

REFERENCIAS

1. W.H.O. New Approaches to Health Education in Primary Health Care. Tech. Report Series 690. Geneva, 1983.
2. Green, L.W.; Kreuter, M.W.; Deeds, S.G.; Partridge, K.B., Health Education Planning: A Diagnostic Approach. Mayfield/Publishing Co. Palo Alto Ca., 1980.
3. Preister, S. La teoría de Sistemas como marco de referencia para el estudio de la familia. Revista de Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social, Pontificia U. Católica de Chile. 1981; 34:12-15.
4. Watzlawick, P. Teoría de la Comunicación Humana, Interacciones, Patologías y Paradojas. Ed. Herder, Barcelona, España. 1986.
5. Beltrao, S.J. Sociología de la familia contemporánea. Universitá Gregoriana, Editrice, Roma. 1977.
6. Gissi, J. Sistémica, identidades, familias y terapias. Ter. Psicol. Soc. Chilena de Psicología Clínica. 1986; 5,7 : 27-37.
7. Mirrachi, C. Modelo para la Promoción de la Salud Focalizado en la Escuela y su Operacionalización. Rev. Enfoques. 1990; 5,4:7-14.
8. Lara, C. La Tradición Popular. Boletín del Centro de Estudios Folklóricos. U. San Carlos Guatemala. 1983; N° 42-43.
9. Mirrachi, C., Sáez, M. Valores, Creencias y Prácticas en Relación a la Salud Oral. Cuad. Médic. Soc. 1989; XXX, 2:27-33.
10. Mirrachi, C., Sáez, M. Cultura Popular en Relación a Salud Bucal en Sectores Urbano Marginales. Rev. Enfoques. 1990; 5,1 : 13-19.
11. Mirrachi, C. Consideraciones para el Mejoramiento de la Salud Oral en Países en Vías de Desarrollo. Odont. Chil. 1990, 38(1): 60-65.
12. Mirrachi, C., Sapag, R. Factores Predisponentes y Facilitadores de las Conductas de Salud Oral en Niños de 6 a 8 años. Cuad. Méd. Soc. 1992; XXXIII, 4: 43-51.