

VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO SOBRE PRÁCTICAS DE LOS PADRES QUE INFLUYEN EN LA SALUD BUCAL E INTEGRAL DE SUS HIJOS

VALIDATION OF A QUESTIONNAIRE ON PARENTING PRACTICES THAT INFLUENCE THE ORAL AND INTEGRAL HEALTH OF THEIR CHILDREN

Rosa Sence Campos¹, Yhedina Sánchez Huamán²

Sence R., Sánchez Y. Validación de un cuestionario sobre prácticas de los padres que influyen en la salud bucal e integral de sus hijos. Kiru. 2009; 6(1): 13-20

RESUMEN

Objetivo: Validar un cuestionario para padres sobre prácticas que influyen en la salud bucal e integral de sus hijos.

Material y método: Se aplicó un cuestionario a 395 padres y madres seleccionados aleatoriamente. El análisis de los datos se realizó mediante la prueba Chi cuadrado, coeficiente de Spearman y la prueba Z; el procesamiento de los datos se realizó mediante el paquete SPSS 15.0.

Resultados: El cuestionario final constó de 13 preguntas, obteniendo un coeficiente de Kuder Richardson (r_{20}) de 0,791 y un KMO de 0,733. El análisis factorial encontró 4 componentes (67,67% de variabilidad). Se encontró 58,5%, 26,3% y 15,2% para un mal, pobre y buen nivel de prácticas en salud bucal, y 35,9%, 32,2% y 31,9% para un mal, pobre y buen nivel de prácticas en salud integral, que tuvieron correlación positiva (R de Spearman=0,441, $p=0,000$). Hubo correlación positiva entre el nivel de instrucción de los padres y las prácticas para salud bucal e integral (R de Spearman= 0,589 y 0,591); no se encontró una relación con género o edad ($p>0,05$).

Conclusiones: El instrumento probado es válido y confiable.

Palabras clave: Conducta paterna, conocimientos, actitudes y práctica en salud bucal.

ABSTRACT

Objective: To validate a questionnaire on parenting practices that affects the oral and integral health of their children.

Material and Method: A questionnaire was administered to 395 randomly selected parents. The analysis of the data was made through the chi-square test, spearman's coefficient and z test; the process of the data was made through the SPSS 15.0.

Results: The final questionnaire consisted of 13 questions, obtained a Kuder Richardson coefficient (r_{20}) of 0,791 and a KMO of 0,733, four components were founded by analysis factorial (67,7% variability). There were 58,5%, 26,3% 15,2% parents who had bad, poor and good level of oral health and 35,9%, 32,2% and 31,9% parents who had bad, poor and good level of integral health practices, both had a positive correlation (Spearman R= 0.441, $p = 0.000$). There was a significant association between the level of parental education with their oral health and integral practices (Spearman R =0,589, 0.591); it was not associated with gender or age ($p>0,05$).

Conclusion: The instrument tested is valid and reliable.

Key words: Paternal behavior, health knowledge, attitudes, practice.

¹ Magister en Gerencia Social, Directora de la ONG EDUVIDA

² Magister en Estomatología, Especialista en Salud Pública, Docente de la Facultad de Odontología - USMP. Jefe del Área de Investigaciones y Publicaciones ONG EDUVIDA.

Correspondencia:

Rosa Sence Campos

Correo electrónico: postmast@eduvida.org

INTRODUCCIÓN

Los padres y cuidadores pueden desempeñar un papel importante en la prevención de enfermedades de sus hijos, pues son los principales transmisores de hábitos de salud bucal, incluyendo el cepillado diario y una consulta odontológica temprana. Por esta razón es necesaria su instrucción en beneficio de la salud corporal y bucal del niño¹⁻⁴.

En salud oral diversas investigaciones han determinado una asociación entre la mala condición de salud bucal de los niños y el desconocimiento o conocimiento inexacto de los padres sobre medidas preventivas

en salud oral, así como con la falta de orientación y supervisión de hábitos en sus hijos (inicio del cepillado bucal, técnicas y momentos de cepillado)^{5,6}.

A su vez, este bajo conocimiento acerca de las medidas favorables a la salud bucal ha sido asociado con un bajo grado de instrucción de los padres, un panorama limitado frente a las necesidades de salud de su familia, y un mayor número de hijos⁷⁻¹⁰. Pero no solo la falta de conocimientos en salud bucal lleva a malas prácticas, pues se ha encontrado que a pesar que la mayoría de padres relaciona una mala salud bucal con la mala

higiene o dieta rica en azúcares, la mayoría solo llevan a sus hijos al dentista por razones sintomáticas; lo que demuestra que la condición de salud bucal de los niños también depende de la valoración que le dan los padres⁶. Así, se ha determinado que comprender sus necesidades y la capacidad de controlar el cepillado y dieta de sus hijos son los más importantes predictores de hábitos favorables en los niños¹¹; adicionalmente, la percepción de la condición de salud bucal influye en la percepción de calidad de vida¹².

El ejemplo que los padres de familia representan para sus hijos puede favorecer la adquisición y transmisión generacional de mitos y creencias sobre los cuidados bucales. En un estudio efectuado por EDUVIDA con 540 padres y madres de familia en Canto Grande en el año 2002, se halló que un 82% de ellos transmitían a sus hijos costumbres como lavarse los dientes con sal o jabón de tocador; utilizar clavo de olor como apósito en las caries dolorosas; la creencia de que sin crema dental o ante sangrado gingival no se pueden cepillar los dientes; creer que es mejor tener una dieta blanda para no dañar los dientes; que sólo se deben cuidar los dientes permanentes mas no los “de leche” porque son eventuales, entre muchas otras. Entre las prácticas de los padres encontradas en este estudio, el 90% de estos acude a consulta con el odontólogo tardíamente, el 92% se automedicaba ante problemas dentales y el 80% no consideraba indispensable el cuidado de la salud bucal frente a otras necesidades¹³. Estos hallazgos, que reflejan la prolongación generacional de malas prácticas y actitudes, y la asociación registrada en otros estudios de una mala condición de salud oral con una mala calidad de vida y baja autoestima^{14, 15}, llevaron a EDUVIDA a desarrollar el programa “Salud Bucal con Buen Trato”.

La comprensión de los padres sobre las necesidades en salud general y bucal de sus hijos podría ayudar a superar las barreras que encuentran para acceder a la atención en salud^{9,10}. Entre estas barreras, además del factor económico, se encuentra el comúnmente mencionado “sobrecargo en la vida cotidiana”¹⁶. Otros hábitos de higiene, como el lavado de manos, han sido evaluados encontrándose prácticas inadecuadas asociadas a madres de zonas rurales y con bajo nivel de instrucción^{1,2}.

Partiendo del importante papel que cumplen los padres en la condición de salud de sus hijos, el objetivo del presente estudio fue validar un cuestionario para padres sobre prácticas que influyen en la salud bucal e

integral de sus hijos, en el marco del “Programa Salud Bucal con Buen Trato” de la ONG EDUVIDA con el apoyo del Servicio de Liechtenstein para el Desarrollo (LED). Este programa se desarrolla en instituciones educativas de los distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino y está dirigido a padres, docentes y 44.000 escolares. La validación del instrumento y los resultados obtenidos permitirán caracterizar al grupo de padres de esta población y proponer objetivos del programa que mejoren sus prácticas de salud y beneficien a sus hijos escolares.

MATERIAL Y MÉTODO

Población y muestra: El estudio es de tipo observacional, descriptivo y transversal. La población corresponde a 28.700 padres y madres de familia de un grupo de los escolares de los distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino. Las escuelas a ser evaluadas fueron seleccionadas de forma aleatoria simple; los padres fueron seleccionados de forma no probabilística, considerando a los que asistieron al primer taller convocado y que aceptaron participar voluntariamente. Se aplicó la fórmula para obtener la muestra según proporciones, con un nivel de confiabilidad de 95% (valor estándar de 1,96); valor “p” de 0,49 fue tomado de un estudio de EDUVIDA (padres que conocen el momento de inicio de cepillado bucal); “q” es la diferencia de 1 menos el valor de “p” con un margen de error de 5%. Se obtuvo una muestra mínima de 383, pero se trabajó con 395 padres y madres de familia.

Diseño del cuestionario: El instrumento propuesto constó inicialmente de 17 preguntas, 9 sobre prácticas de los padres que influyen en la salud bucal de sus hijos, 6 para la salud integral y 2 respecto a su participación para el programa de EDUVIDA. Todas las preguntas tenían opción de respuesta dicotómica (SÍ/NO). Se asignó un punto a cada respuesta correcta, evaluando el conjunto de ítems correspondientes a salud bucal e integral; se promediaron y se asignó la siguiente escala de niveles: malo (0-0,5), pobre (0,51-0,75) y bueno (0,76-1) para cada área.

Validación del cuestionario:

- *Confiabilidad:* Se aplicó la fórmula de Kuder Richardson (r20) para respuestas dicotómicas. Según George y Mallery (1995), el alfa de Cronbach por debajo de 0,5 muestra un nivel de fiabilidad no aceptable; entre 0,5 y 0,6 se podría

considerar de nivel pobre; entre 0,6 y 0,7 como nivel débil, entre 0,7 y 0,8 sería aceptable, de 0,8-0,9 bueno y si fuera superior a 0,9 sería excelente. Se realizó la evaluación por elementos y se eliminaron ítems con coeficiente bajo.

Para determinar la fiabilidad del cuestionario o fiabilidad test-retest se administró nuevamente el cuestionario a una muestra aleatoria de padres luego de un mes y se calculó el coeficiente de correlación intraclase (CCI).

- *Validez de contenido:* El cuestionario fue presentado a cuatro odontólogos con experiencia en empleo de instrumentos en escolares y un docente con la finalidad de recolectar sugerencias acerca de la redacción de los ítems. Considerando las recomendaciones respectivas se procedió a realizar cambios en algunos ítems respecto a la forma de expresión.
- *Validez de constructo:* Se ha comprobado su idoneidad aplicando el índice KMO (*Medida de Adecuación de la Muestra KMO* propuesta por Kaiser, Meyer y Olkin) y la prueba de esfericidad de Bartlett; siendo que, si $KMO \geq 0,75$ la idea de realizar un análisis factorial es buena, si $0,75 > KMO \geq 0,5$ la idea es aceptable y si $KMO < 0,5$ es inaceptable.

Análisis estadístico: Se estudió la normalidad de la muestra utilizando la Prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se realizó utilizando el paquete SPSS 15.0 para Windows. Para las variables cuantitativas se determinaron las medidas de tendencia central; para las asociaciones se utilizó la prueba Chi cuadrado y la correlación se evaluó con el coeficiente de Spearman; para la comparación de proporciones se utilizó la prueba Z.

RESULTADOS

- *Confiabilidad:* Se eliminaron 4 ítems (dos del área de salud bucal y dos sobre la participación

de los padres con el programa) que fueron los que tuvieron coeficientes menores. El coeficiente de Kuder Richardson (r_{20}) para todo el cuestionario fue 0,791, lo cual indica que es aceptable y muy cercano a bueno. Para las preguntas del área de salud bucal fue 0,755, y para salud integral fue 0,776 por lo que se consideran aceptables. El cuestionario tuvo 13 preguntas.

El coeficiente de correlación intraclase (CCI) fue de 0,81 para las preguntas correspondientes a salud integral y 0,75 para las correspondientes a salud bucal. El CCI para todo el cuestionario fue 0,80.

- *Validez de contenido:* Se hicieron modificaciones en la redacción de los ítems según la sugerencia y acuerdo de los profesionales.
- *Validez de constructo:* Se aplicó índice KMO (Medida de Adecuación de Kaiser, Meyer y Olkin) y la prueba de esfericidad de Bartlett. El KMO de 0,733 se consideró aceptable (tabla 1). El análisis factorial encontró cuatro componentes que explican el 67,67% de la variabilidad total, lo cual se considera aceptable (tabla 2). El primer factor estaría formado por los ítems 1, 3, 6, 11, 13, 14 que corresponden a supervisiones del padre hacia comportamientos de sus hijos (al llevar útiles de higiene bucal; a los momentos de cepillado; al revisar si el niño se cepilló; al llevar útiles de aseo; si el niño realizó el cepillado escolar y aseo de manos en la escuela). El segundo factor corresponde a la participación directa del padre en actividades de promoción de salud propias y de sus hijos, incluye los ítems 9, 10 y 17. El tercer factor corresponde a acciones que deben ser realizadas por padres y dependen exclusivamente de ellos; incluyen los ítems 2, 5 y 8 (tratamiento del niño en el dentista, controles en el dentista y dar dinero a sus hijos para comprar en kiosco escolar). El cuarto factor incluye el ítem 12 y corresponde a enseñar el uso correcto del baño en la escuela y es el único ítem que implica instrucción directa del padre hacia el hijo (tabla 3),

Tabla 1. KMO y prueba de Bartlett.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,733
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	2473,226
	gl	78
	Sig.	0,000

Tabla 2. Auto valor, varianza y varianza acumulada de los factores.

Factor	Autovalor	Varianza	Varianza acumulada
1	4,229	32,53	32,53
2	1,838	14,14	46,67
3	1,424	10,96	56,63
4	1,306	10,04	67,67

Tabla 3. Saturación de los ítems en los factores obtenidos.

Ítem	Factores			
	1	2	3	4
1	0,777			
3	0,808			
6	0,803			
11	0,839			
13	0,738			
14	0,630			
9		0,724		
10		0,574		
17		0,830		
2			0,670	
5			0,589	
8			0,420	
12				0,373

Normalidad

Al aplicar la prueba de Kolmogorov-Smirnov se encontró un valor $p < 0,05$ por lo que se concluye que no había distribución normal.

Variables

Se registraron 81,7% de mujeres y 18,3% de varones, con una edad promedio de 33 años y una desviación estándar de 8,34, un mínimo de 18 y máximo de 74 años de edad. El 1,3% eran analfabetos, 20,6% tenían

instrucción primaria, 54,4% instrucción secundaria, 18,8% superior técnica y 4,9% universitaria.

La tabla 4 muestra las frecuencias para las prácticas de los padres en las áreas bucal e integral. Se encontró asociación significativa entre ambas áreas ($p=0,000$) con una correlación positiva (Rho de Spearman de 0,441). Se encontró 58,5%; 26,3% y 15,2% para un mal, pobre y buen nivel de prácticas en salud bucal, y 35,9%, 32,2% y 31,9% para un mal, pobre y buen nivel de prácticas en salud integral.

Al realizar la comparación de las proporciones con la prueba Z (tabla 5), se encontró que era estadísticamente significativo que entre los padres con un buen nivel de prácticas favorables a la salud integral de sus hijos, el número de padres con nivel bueno de práctica para la salud bucal siempre era mayor que el número de padres con nivel bajo o malo. Entre los padres con nivel malo de prácticas para la salud integral de sus hijos, el número de padres con nivel malo para la salud bucal era mayor que los que tenían nivel pobre o bueno.

Se encontró una asociación significativa entre el nivel de instrucción y el nivel de las prácticas de los padres que influyen en la salud bucal de sus hijos (figura 1, $p=0,000$) con una correlación de Spearman positiva ($Rho=0,589$); también se encontró asociación significativa entre el nivel de instrucción y las prácticas que influyen en la salud integral (figura 2, $p=0,000$) y la correlación también fue positiva ($Rho=0,591$). No se encontró asociación significativa con género o edad ($p>0,05$).

Tabla 4. Prácticas de los padres que influyen en la salud bucal e integral de sus hijos.

	Sí %	No %
Salud bucal		
Hace que su niño lleve cepillo y pasta dental al colegio.	61,0	39,0
Se ha encargado de tratar las caries de su hijo.	35,4	64,6
Le recuerda a su hijo cepillarse los dientes.	42,5	57,5
Lleva a su hijo al dentista una vez al año para su chequeo.	47,3	52,7
Está atento a los cambios o problemas en la boca de sus hijos.	48,1	51,9
Le da dinero a su hijo para que compre algo durante el recreo.	39,7	60,3
Verifica con la profesora el cepillado dental en la escuela.	19,2	80,8
Salud integral		
Permite que su hijo participe en actividades para mejorar su medio-ambiente.	89,8	10,2
Participa en la mejora de las áreas verdes de la escuela.	62,7	37,5
Hace que su hijo lleve toalla y jabón al colegio.	35,7	64,3
Le enseña y recuerda a su hijo el correcto uso del baño en la escuela.	88,1	11,9
Verifica con la profesora que su hijo realice el aseo oportuno de sus manos.	37,5	62,5
Participa en actividades de promoción y difusión para la salud.	74,4	25,6

Tabla 5. Comparación de proporciones entre los niveles de prácticas de los padres que influyen en la salud bucal e integral de sus hijos.

		Nivel de prácticas que influyen en la salud bucal		
		Malo (A)	Pobre (B)	Bueno (C)
Nivel de prácticas que influyen en la salud integral	Malo	B	C	
	Pobre			
	Bueno		A	A B

Los resultados se basan en pruebas bilaterales con un nivel de significación de 0,05. Para cada par significativo, la clave de la categoría con la proporción

de columna menor aparece debajo de la categoría con mayor proporción de columna.

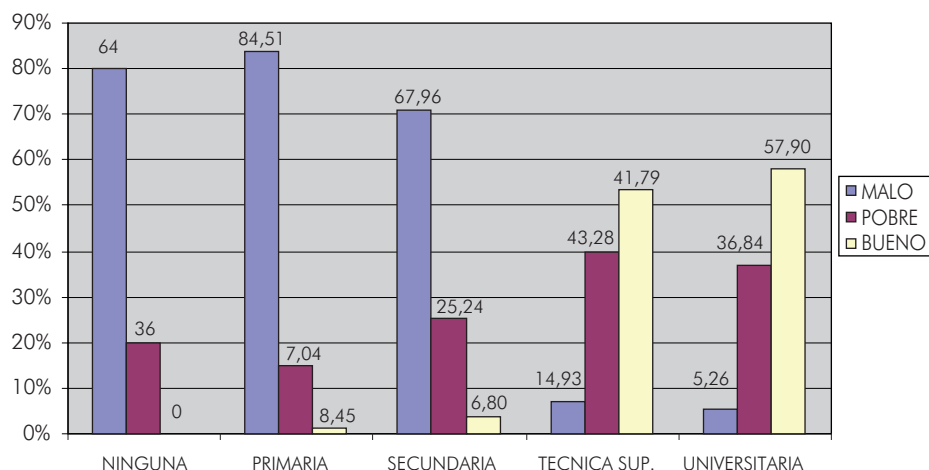


Figura 1. Asociación entre el grado de instrucción y el nivel de las prácticas de los padres que influyen en la salud bucal de sus hijos.

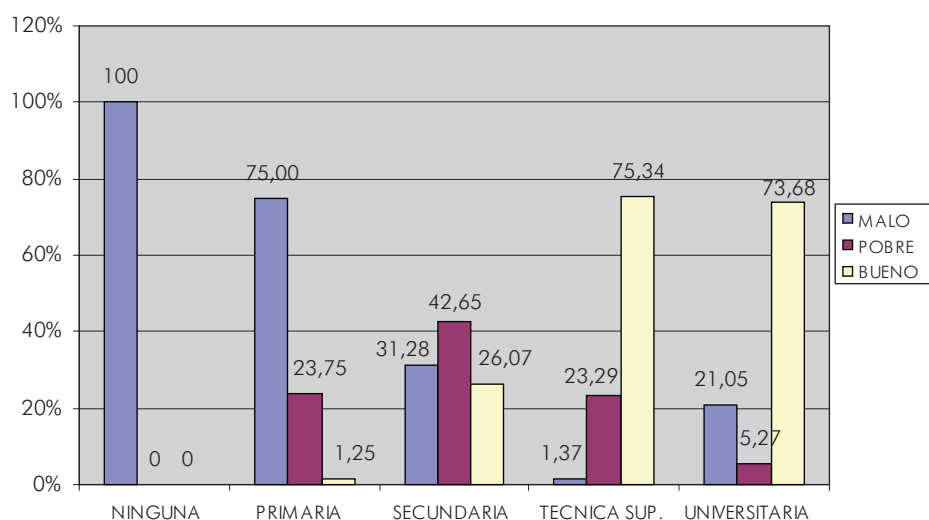


Figura 2. Asociación entre el grado de instrucción y el nivel de las prácticas de los padres que influyen en la salud integral de sus hijos.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio muestran que este cuestionario es un instrumento con suficiente validez y fiabilidad para medir el nivel de prácticas que realizan los padres de familia y que influyen en la salud bucal e integral de sus hijos. El análisis factorial mostró la existencia de cuatro factores. Las dimensiones encontradas se correspondían con las propuestas para

el programa, lo que demuestra su validez de constructo. Demostró tener una buena confiabilidad ($\alpha=0,791$) y la confiabilidad test-retest (0,80) fue muy buena.

Se encontró asociación significativa entre el nivel de prácticas que tenían los padres en las áreas bucal e integral ($p=0,000$) con una correlación positiva (Rho de Spearman de 0,441), indicando que un mejor nivel en un tipo de práctica se asocia con un mejor

nivel en la otra, aunque no en todos los casos hay esta correspondencia, pues la correlación fue débil. La mayor proporción de padres tenía un nivel pobre en el área de salud bucal, y para la salud integral la distribución fue similar entre los tres niveles. Al comparar la distribución por áreas se encontró mejores prácticas de los padres para la salud integral que para la salud bucal. Esta condición refleja de alguna manera el lugar relegado de esta última dentro de la percepción de prioridades en salud según los padres de familia, que está a su vez relacionado con el pobre o limitado apoyo de los padres en cualquier programa de salud bucal que se pretenda desarrollar en sus hijos y que podría llevar al éxito o fracaso de los mismos. Es necesario informar a los padres que la salud bucal es un componente de la salud integral y que está relacionada con otras áreas de la salud.

Se deben desarrollar programas de salud bucal en escolares que incluyan actividades dirigidas a mejorar las prácticas en salud bucal de los padres, porque otros estudios han determinado la asociación entre la comprensión de las necesidades de salud de los hijos, la orientación y supervisión a hábitos saludables como factores predictores de la condición de salud bucal de los niños^{3,4,6,8}. Se encontró que los padres que realizan mayor número de prácticas favorables a la salud bucal ($Rho=0,589$) e integral ($Rho= 0,591$) de sus hijos son aquellos que tienen un mayor nivel de instrucción. No se encontró asociación significativa con género o edad ($p>0,05$).

El programa de salud que EDUVIDA ejecuta desde hace 12 años considera con énfasis el involucramiento activo de padres y madres de familia, a los cuales se les aplica una sostenida programación de capacitación, con contenidos que van desde los conocimientos preventivos hasta la reflexión sobre las prácticas que realizan en su familia, buscando la adopción de una cultura de prevención en salud. Estudios transversales y experiencias previas de EDUVIDA constituyen un importante “background” de utilidad para elaborar programas de promoción en salud preventiva.

CONCLUSIONES

- El cuestionario probado es válido para su aplicación a los padres de familia, y permitirá evaluar las prácticas que realizan e influyen en la salud bucal e integral de sus hijos.
- Al evaluar las prácticas de los padres que influyen en la salud de sus hijos, los niveles fueron de 58,5%

“malo”, 26,3% “pobre” y 15,2% “bueno”. Respecto a las prácticas de salud integral, los valores hallados fueron de 35,9% “malo”, 32,2% “pobre” y 31,9% “bueno”. Los resultados evidencian la necesidad de orientar a los padres hacia conductas más favorables hacia sus hijos, situación que permitirá obtener mejores resultados en el programa de salud (bucal e integral) infantil.

- Entre los padres con un nivel deficiente de prácticas de salud, el mayor porcentaje se observó a nivel de la salud bucal comparado a la salud integral, lo que evidenciaría un mayor valor asignado al primer aspecto que al segundo. Asimismo, se observó que un mejor nivel en prácticas de salud integral está asociado con mejor nivel para prácticas favorables a la salud bucal de sus hijos.
- Los padres que realizan mayor número de prácticas favorables a la salud bucal e integral de sus hijos son aquellos que tienen un mayor nivel de instrucción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scott BE, Lawson DW, Curtis V. Hard to handle: understanding mothers' handwashing behaviors in Ghana. *Health Policy Plan.* 2007; 22(4): 216-24.
2. Sakisaka K, Wakai S, Wongkhomthong S.A. Domestic hygiene behaviour of mothers with children aged 0-5 years old in Tayabo village, Nueva Ecija, the Philippines. *Asia Pac J. Public Health.* 2002; 14(2): 91-8.
3. Akpabio A, Klausner CP, Inglehart MR. Mothers'/ guardians' knowledge about promoting children's oral health. *J. Dent Hyg.* 2008; 82(1): 12.
4. Liu M, Zhu L, Zhang B, Petersen P E. Changing use and knowledge of fluoride toothpaste by schoolchildren, parents and schoolteachers in Beijing, China. *Int Dent J.* 2007; 57(3): 187-94.
5. Gussy MG, Waters EB, Riggs EM, Lo SK, Kilpatrick N M. Parental knowledge, beliefs and behaviours for oral health of toddlers residing in rural Victoria. *Aust Dent J.* 2008; 53(1): 52-60.
6. Rajab LD, Petersen P E, Bakaeen G. Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan. *Int J Paediatr Dent.* 2002; 12(3): 168-76.
7. Petersen PE, Danila I, Samoila A. Oral health behaviour, knowledge and attitudes of children, mothers and schoolteachers in Romania in 1993. *Acta Odontol Scand.* 1995; 53(6): 363-8.
8. Shoham Yakubovich I, Pliskin JS, Carr D. The impact of a health education course on

- maternal knowledge: a comparative study in a low socioeconomic rural region. *Health Educ Q.* 1991;18(1): 145-50.
9. Talekar BS, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. *J Am Dent Assoc.* 2005; 136(3): 364-72.
 10. Al Agili DE, Bronstein J.M, Greene-McIntyre M. Access and utilization of dental services by Alabama Medicaid-enrolled children: a parent perspective. *Pediatr Dent.* 2005; 27(5): 414-21.
 11. Adair P.M., et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dent Health.* 2004; 21(1 Suppl): 102-11.
 12. Talekar B, Gary R, Slade G. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health and Quality of Life Outcomes.* 2007; 5(6).
 13. EDUVIDA. Informe de Encuesta dirigida a Padres de Familia sobre creencias y prácticas en Salud oral, Canto Grande. 2002. Informe Anual 2002.
 14. Diez J, Rievero ME, Alea A, García B. El impacto de la salud bucal en la calidad de Vida. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 2004; 3(8): 20-26
 15. Sánchez P. Impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de edad de Zapallal-Puente Piedra (Tesis Maestría). Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2007.
 16. Hallberg U, Camling E, Zickert I, Robertson A, Berggren U. Dental appointment no-shows: why do some parents fail to take their children to the dentist?. *Int J Paediatr Dent.* 2008; 18(1): 27-34.

AGRADECIMIENTOS

Un reconocimiento y agradecimiento especial a LED (Servicio de Liechtenstein para el Desarrollo) por su permanente y valioso apoyo en el desarrollo del Programa Salud bucal con Buen trato de EDUVIDA.

Presentado:

15/01/10

Aceptado para su publicación:

19/02/10