

Intervención educativa sobre salud del primer molar permanente, en niños con retraso mental de la escuela especial Nguyen Van Troi, septiembre de 2016 a marzo de 2017.

Autores: Ramón Leyva, Lillian¹, Tan Suárez, Norys², Tan Suárez, Nerys Tayme³, Torres Suárez Gretel¹, Lorena Velazco Ribero¹

¹ Especialista de primer grado en Estomatología General Integral. Profesor instructor. Universidad de Ciencias Médicas/Facultad de Estomatología, Camagüey, Cuba,

² Master en atención a urgencias estomatológicas. Especialista de segundo grado en Estomatología General Integral. Profesor auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas/Facultad de Estomatología, Camagüey, Cuba, tayme.cmw.infomed.sld.cu

³ Master en atención bucal comunitaria. Especialista de segundo grado en Estomatología General Integral. Profesor auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas/Facultad de Estomatología, Camagüey, Cuba, tayme.cmw.infomed.sld.cu

⁴ Especialista de primer grado en Estomatología General Integral. Profesor instructor. Universidad de Ciencias Médicas/Facultad de Estomatología, Camagüey, Cuba

Presentador: Dra. Lillian Ramón Leyva

Resumen: Introducción: Los primeros molares permanentes, son generalmente los primeros que brotan, a los seis años de edad, de la dentición permanente; y son determinantes en el desarrollo del aparato masticatorio. En sus primeros tiempos son inmaduros, sus tejidos están todavía en fase de mineralización, lo que hace que sean más susceptibles a la caries dental. En niños con retraso mental este factor puede agravar el riesgo de padecer la misma. Material y método: Se realizó un estudio cuasi experimental durante el período comprendido desde septiembre del 2016 a marzo del 2017. La muestra fue no probabilística intencional y quedó constituida por 26 niños de 6 a 10 años con retraso mental leve y moderado, y que cumplieron con los criterios de inclusión. Objetivo: Evaluar la efectividad de una intervención educativa para modificar estilos de vida perjudiciales para la salud del primer molar permanente, en niños con retraso mental de la escuela especial Nguyen Van Troi. Resultados: Predominó el sexo femenino y el retraso mental leve. Posterior a la intervención educativa más de las tres cuartas partes de los niños alcanzaron un nivel de información sobre salud buco dental y un nivel de higiene bucal, según Índice de Love, entre regular y bueno. Conclusiones: Predominó el estado de salud satisfactorio del primer molar permanente. Se consideró Efectiva la aplicación de la intervención educativa y los cambios fueron más notables en los niños con retraso mental leve.

Palabras claves: primer molar permanente, niños, retraso mental

I. INTRODUCCIÓN

La destrucción parcial, total o pérdida de los primeros molares permanentes repercute de manera importante en el desarrollo y crecimiento maxilofacial, puede desencadenar una masticación unilateral como hábito grave en el sistema, sobre-erupción del antagonista con la consecuente generación de contactos prematuros, alteraciones en los tejidos periodontales, rotaciones e inclinaciones entre los dientes continuos y consecuentes desórdenes temporomandibulares.(1)

La promoción de la salud es de vital importancia, con el fin de educar, incentivar y estimular a los niños, sobre todo con retraso mental en edad escolar sobre una conciencia de salud oral, consiguiendo así la prevención de enfermedades, como la caries dental y asegurar un futuro promisorio de salud y bienestar. La modificación de estilos de vida perjudiciales se hace más complicada cuando se trata con niños con retraso mental por la deficiencia que estos presentan. (2,3) Lo anterior motivo la realización de este estudio con el objetivo de: evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre salud del primer molar permanente, en niños con retraso mental de la escuela especial Nguyen Van Troi, en el período de septiembre del 2016 a marzo del 2017, en la ciudad de Camagüey, Cuba.

II. MÉTODO

Se realizó un estudio cuasi experimental en un universo de 28 niños con retraso mental leve y moderado, matriculados en la escuela especial Nguyen Van Troi. Fueron excluidos los pacientes que presentan, además, trastornos auditivos o visuales.

Se concibió la investigación en tres etapas:

- Primera etapa “Diagnóstico y recolección de datos”: se comprobó el nivel de información sobre cuidados bucales a través de un formulario creado como registro primario de la investigación y validado por expertos. Se determinó el grado de higiene bucal por medio del Índice de Love y colaboradores, y el estado de salud de los primeros molares permanentes, mediante el empleo del Índice de Clune.(4)
- Segunda etapa “Intervención educativa”: Se diseñó y empleó la intervención educativa basada en los datos obtenidos en la etapa anterior.
- Tercera etapa “Evaluación”: se llenó nuevamente el formulario y el Índice de Love. Se comparó los resultados con los obtenidos antes de la intervención educativa para determinar la efectividad de la intervención educativa para cada paciente. Se consideró Efectiva: cuando el 70 % o más de los niños mejoraron su nivel de información e higiene bucal.

Desde el punto de vista ético se solicitó autorización a la Dirección Provincial de Educación para la realización del estudio, se firmó el convenio MINED-MINSAP que garantizó la atención curativa a pacientes que lo requirieron. Los pacientes y sus familiares fueron informados acerca de las características de la investigación y de la posibilidad de retirarse en cualquier momento, se solicitó el consentimiento de participación. Se respetó la integridad de los participantes en la investigación, asegurando la confidencialidad de los datos obtenidos solo usados con fines científicos sin revelar identidad de los participantes. Las actividades fueron realizadas en presencia de algún personal docente del centro educativo.

Resultados

Tabla 1. Nivel de información sobre salud bucal de niños en estudio antes y después de aplicada la intervención educativa.

Nivel de información	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Bueno	0	0	10	38,5
Regular	8	30,8	12	46,1
Malo	18	69,2	4	15,4
Total	26	100,0	26	100,0

Se incrementó el nivel de información sobre salud bucal de un 0 % inicial a un 38,5 % final calificados como Bueno, y de un 69.2 % de Malo inicial a solo un 15,4 % Malo final. El 84,6 % de los pequeños aprendió, en un período relativamente corto, a practicar una mejor higiene bucal, la importancia de una dieta saludable para evitar la aparición de afecciones bucales como la caries dental y de visitar frecuentemente la consulta estomatológica para detectar tempranamente dichas afecciones.

Resultados similares encontró Vilvey L(5) en Santi Spiritus, Fernández Carmenates, et al, (6) en Camagüey y Torres Gárriz, et al, (7) en Ciego de Ávila. Asimismo, Torres Gárriz cita en su estudio la intervención educativa realizada por Bolaño Escofet MV, donde el total de los alumnos con retraso mental aumentaron la frecuencia del cepillado a cuatro veces al día. Bolaño reflejó que la huella de la intervención estuvo dada en que la mayor parte de los niños acudieron a sus respectivas áreas de salud para recibir tratamiento estomatológico. También hace referencia al trabajo de Pérez Navarro N. y Andrea León C. “El mural de mami y papi”, en Melena del Sur, para orientar hábitos adecuados de dieta a niños y familiares, observándose resultados similares.

La minusvalía psíquica condiciona un cambio en la capacidad de razonamiento, por lo que se necesita de una enseñanza paulatina, para lograr éxitos en el control de las técnicas de higiene oral. No es sencillo dominar una técnica eficaz para el cepillado dental y algunos niños no poseen la destreza manual para ello. Estos niños no presentan problemas dentales característicos, sin embargo por su higiene bucal y hábitos dietéticos sufren de caries y enfermedades periodontales más que otros niños. (2, 7, 8) Cuando son educados con métodos y procedimientos especiales y cuando se comienza desde la más temprana edad el proceso educativo, se obtienen logros en el desarrollo de los procesos psíquicos. (9-12)

Los padres y educadores constituyen un factor importante en la educación de una persona con discapacidad y particularmente con retraso mental. (8, 13-4) Es por ello que la autora considera, aunque no fue objetivo de este estudio, señalar que no todos los niños incluidos contaban con familiares que respaldaran la labor educativa en los hogares. No obstante se contó con la ayuda de los educadores. Por otra parte, el profesional de la salud debe estar consciente de la importancia de cómo promover un mensaje, según la audiencia, solo así es posible su motivación para favorecer el cambio. (8, 15, 16)

Tabla 2. Nivel de Higiene bucal de los pacientes incluidos en el estudio antes y después de la intervención educativa.

Higiene Bucal	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Buena	0	0,0	7	26,9
Regular	6	23,1	13	50,0
Mala	20	76,9	6	23,1
Total	26	100,0	26	100,0

Los resultados que se reflejan en la tabla No.2 están directamente relacionados con los obtenidos en la tabla No. 1, pues al elevar el nivel de información sobre salud buco dental de estos niños, se mejoró notablemente la higiene bucal de los mismos, analizada a través del índice de Love. Antes de la intervención educativa ningún niño obtuvo la calificación de Buena higiene y el 76,9 % de los pequeños tenían una higiene bucal Mala. Posterior a la intervención se logró que el 50 % de los niños alcanzaran una Higiene Bucal Regular y solo 6 para un 23,1 % fuera evaluado de Mala. Estos últimos coincidieron con los cuatro pacientes con evaluación de Mal en el nivel de información una vez concluida la intervención.

Estos resultados concuerdan nuevamente con los alcanzados por Torres Gárriz (7) en el 2012, quien obtuvo en el 75 % de los niños higiene bucal adecuada, lo que refleja la efectividad de emplear juegos didácticos y la lectura de cuentos infantiles para transmitir el mensaje educativo a los mismos. (8, 13)

Es importante señalar que el período de tiempo en el cual se realizó la ejecución de la intervención fue relativamente corto; cada hábito requiere de etapas de aprendizaje y concientización para adoptar una actitud positiva. (17, 18) Sin embargo, este cambio fue posible en la intervención, ya que se tuvieron en cuenta las características psicológicas de estos niños y se aplicaron técnicas educativas acorde a ellas. La repetición en cada nuevo encuentro de lo aprendido en las sesiones anteriores fue esencial para arraigar los nuevos conocimientos sobre salud bucal.

Tabla 4. Estado de salud del primer molar permanente según Índice de Clune.

Severidad del retraso mental	Satisfactorio		No satisfactorio	
	No.	%	No.	%
Leve	15	57,7	3	11,5
Moderado	2	7,7	6	23,1
Total	17	65,4	9	34,6

Fuente: Índice de Clune

De la población estudiada, el 65,4 % correspondió a un estado de salud satisfactorio y solo en un 34,6 % se evaluó como no satisfactorio. Dentro de estos últimos el 66,7 % estuvo representado por retrasados mentales moderados.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por Tan Suárez y colaboradores (19) en esta escuela en el año 2013 donde hubo un predominio del estado de salud satisfactorio del primer molar. Además, concuerdan con otros investigadores cubanos y extranjeros como son: Crespo Soto Haynelis y colaboradores (20) en la provincia de Cienfuegos. Leandra Hormigot Baños y colaboradores (21) que en una investigación con niños encontró resultados similares. En Paraguay Pérez Bejarano, et al (22) pone en evidencia los graves problemas de salud bucal y de educación bucal que presentan este tipo de pacientes con retraso mental, sobre todo los niños. En Venezuela, Tamayo Bazan y colaboradores (23) encontraron que en el 100 % de los niños que atendieron, los primeros molares presentaban diferentes niveles de daños acreedores de tratamiento estomatológico. Bermúdez S y colaboradores (24) en el Estado de Miranda, Venezuela demostraron que, por su característica forma de erupción, hace que pase desapercibido para niños y padres y es por ello fue una de las piezas dentarias permanentes más afectadas y tratadas en la consulta odontológica en el 2013.

Mientras menor sea la severidad del retraso mental, mayor colaboración puede brindar el paciente en el cuidado de su salud y viceversa; sin soslayar el importante papel que juega en ello el medio social y

familiar en que se desenvuelve el niño.⁹ El estado dental de los niños impedidos puede estar relacionado directa o indirectamente con sus impedimentos físicos o mentales. El niño retrasado puede o no tener problemas dentales complejos o específicos, pero sus incapacidades físicas o mentales a menudo impiden hábitos dentales y dietéticos adecuados, creando así serias amenazas a su salud dental. (25)

Es oportuno señalar que la labor educativa y curativa en estos pacientes debe iniciarse desde edades tempranas, pues mientras más joven la persona más fácil será su educación y su atención al interceptar las afecciones bucales en etapas iniciales de su desarrollo. Esta labor debe ser sistemática y de mucha entrega profesional, pues son muchos los riesgos a los que están sometidos estos pacientes y a los que hay que mantener controlados para lograr una salud bucal adecuada. Además, lograr la cooperación en ellos resulta más difícil que en un paciente con capacidad mental normal.

En los pacientes con retraso mental se hace más difícil mantener un estado de salud satisfactorio dadas las características de los mismos, pero no es imposible, solo requiere ajustarse su tratamiento preventivo y curativo a la inmadurez social, intelectual y emocional que presentan para hacer posible la motivación de estas persona. (19)

Tabla 5. Efectividad de la intervención educativa.

Efectividad de la intervención	No.	%
Efectiva	20	76,9
No efectivo	6	23,1
Total	26	100,0

Fuente: Resultados obtenidos con la aplicación del formulario (Anexo 4).

Para 76,9 % de los participantes en el estudio la intervención educativa fue efectiva. El empleo de juegos didácticos como método de enseñanza, y que en estos se utilizaran los órganos de los sentidos más desarrollados en estos pequeños, que son la visión y el tacto, fue el principal elemento para alcanzar este resultado. La sistematicidad y la paciencia también fueron fundamentales durante cada una de las sesiones, al facilitar la incorporación de hábitos y conocimientos.

Resultados similares fueron obtenidos por la Dra. Aguirre Córdova, et al, (26) en 50 pacientes de 6 a 32 años, tras la aplicación de cuatro juegos colectivos con componente didáctico. También Reyes González y colaboradores, citados por Tan Suárez (19) alcanzaron buenos resultados tras la aplicación de un Programa Educativo en la ciudad de Holguín; el mismo constó de adivinanzas, canciones y técnicas afectivas participativas para permitir una mejor comprensión y motivación del grupo al cual iba dirigido.

Hay otros autores que han aplicado la utilización de juegos para enseñar hábitos de salud bucal en niños sin ningún tipo de retrasos durante el preescolar con buenos resultados como Tania Fleites, et al. (1)

Para lograr la participación y la independencia de algunas personas con necesidades especiales en la realización de su higiene oral, resulta muy beneficiosa la utilización de intervención educativa. Deben ser realizadas de preferencia con fotografías, ya que la fotografía es lo que más se asemeja a la imagen

real de la boca y de los implementos con que se realiza la higiene oral, también los juegos musicales son muy bien recibidos por el paciente. Estos recursos permiten a la persona con retraso mental, efectuar una higiene dental de forma más completa. (27)

El estomatólogo, debe prestar especial atención al comportamiento y grado de madurez de cada niño, ganar su confianza y cooperación. Esta importante tarea trae aparejada la desaparición de los miedos, la aceptación de los tratamientos bucales como algo natural y necesario, al conseguir una disposición positiva de los niños hacia el estomatólogo; lograr en el futuro unos adultos con un mejor nivel de salud bucodental y menor grado de ansiedad a la hora de acudir a la consulta del facultativo. (27)

III.CONCLUSIONES

- Se mejoró el nivel de información sobre salud bucal en más de tres cuartas partes de los pacientes; los mejores resultados fueron obtenidos en pequeños con retraso mental leve.
- Después de la intervención educativa, se mejoró el nivel de higiene bucal de la mayoría de los niños, aunque imperó la evaluación de Regular.
- Predominó el estado de salud satisfactorio del primer molar permanente, más marcado en el grupo de pacientes con retraso mental leve, en correspondencia con su nivel de información.
- La aplicación de la intervención educativa se evaluó de efectiva porque se logró mejorar el nivel de información sobre salud buco dental, así como el nivel de higiene bucal en la mayoría de los pacientes en estudio.

IV.REFERENCIAS

1. Fleites Did T, Quinteros Fleites E, Castañeda Saavedra S. Juegos específicos en preescolares para promoción y educación sobre la salud bucal. Medicentro [Internet]. 2011 Jul [citado 24 nov 2015]; 15(3): [aprox. 10. p.]. Disponible en: <http://medicentro.vcl.sld.cu/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202011/v15n3a11/003juegos2revisado.htm>
2. Gómez Porcegué Y, Loyarte Becerril F. Comportamiento de la caries dental en el primer molar permanente en niños de 8, 10 y 12 años de los Consultorios Médicos de Familia 13, 14 y 15. de las Paredes, Sancti Spíritus. Gac Méd Espirit [Internet]. 2008 [citado 24 nov 2015]; 10(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.%282%29_03/p3.html
3. Rodríguez Orizondo M, Mursulí Sosa M, Pérez García L, Martínez Rodríguez M. Estado de salud del primer molar permanente en niños de 6-11 años. Gaceta Médica Espirituana [Internet]. 2013 [citado 24 nov 2015]; 12(5): [aprox. 5]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.15.%281%29_06/p6.html
4. Ministerio de Salud Pública; Dirección nacional de Estomatología, área de docencia médica y social. Guías Prácticas cubanas de estomatología. La Habana (Cuba); 2003: 309-313.
5. Lilian Vilvey P. Influencia de un Programa Educativo de Salud Bucal en Niños con Retraso Mental Leve. Filial de Ciencias Médicas. Sancti Spíritus Revista Caribeña de Ciencias Sociales. Junio del 2014. [Citado el 03/04/2017]. Disponible en: <http://caribeña.eumed.net/programa-educativo/>
6. Fernández Carmenates N, Arias Herrera S, Muñoz Hernández L, Travieso Gutiérrez Y. Impacto de un programa de comunicación en salud bucal para niños con retraso mental ligero. AMC [Internet].

- 2007 Jul-Ago [citado 19 abril 2016]; 11(4): [aprox. 5]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552007000400003&script=sci_arttext
7. Torres Gárriz LI, López Otero E, Sardiñas Montero E, Machado Ramos S. Intervención educativa para elevar los conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal en niños con retraso mental leve. MEDICIEGO [Internet]. 2013 Dic [citado 24 nov 2015]; 18(Supl.1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl1_2013/articulos/t-1.html
8. Arias Herrera SR, Muñoz Fernández LM, Rodríguez Gutiérrez G, García Boss J. Consideraciones actuales del tratamiento estomatológico en niños con discapacidad mental leve. Arch Med Camagüey 2004; 9(2):5. URL disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc/van2/921.htm>
9. Torres Mahy L, Pérez Campos YE, Pascual Casamayor D, Noa Deyá Y. Modificación de conocimientos sobre salud bucal en adolescentes de la Secundaria Básica "Orlando Fernández Badell". MEDISAN [Internet]. 2015 Mar [citado 14 oct 2015]; 19(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000300010&lng=es
10. Hechavarría Martínez BO, Venzant Zulueta S, Carbonell Ramírez MC, Carbonell Gonsalves C. Salud bucal en la adolescencia. MEDISAN [Internet]. 2013 [citado 2 May 2014]; 17(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100015
11. Chung Fernández AM, Lafarge Gainza F. Programa educativo "Sonríe al futuro" para adolescentes. MEDISAN. [Internet]. 2012 [citado 2 May 2014]; 16(10). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_10_12/san201012.htm
12. Peñaranda AM. Psicología odontológica: interdisciplinaridad entre la psicología y la odontología: Universidad Central de Venezuela: Ediciones de la Biblioteca; 2000.p.13-7.
13. Navarro Pirez I, Lara Villa M, Navarro Pirez D. Caracterización de la autoestima en los pacientes discapacitados de 9 a 11 años, con retraso mental moderado. MEDICIEGO [Internet]. 2014 [citado 12 abr 2017]; 20(2): [aprox. 5]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2014/mdcs142c.pdf>
14. Vived E, Betbesé E, Díaz M, González Simancas A, Matías A. Avanzando hacia la vida independiente: planteamientos educativos en jóvenes con discapacidad intelectual [Internet]. 2013 [citado 12 nov 2016]; [aprox. 30]. Disponible en: http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3893/avanzando_hacia_la_vida_independiente.pdf?sequence=1
15. Hernández-Millán A, Sueiro-Sánchez I, Manresa-Peñalver C, et al. Determinación del estado de salud bucal en pacientes discapacitados del Área VII en Cienfuegos. Revista Finlay [revista en Internet]. 2014 [citado 3 Mar 2015]; 4(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/287/1343>
16. Córdova Veja M, Córdova Veja C, Ortega Pérez L, et al. Comportamiento Estomatológico en niños con retardo en el desarrollo psíquico. Rev. Salud Pública [Internet]. 2012 [Citado 19 abril 2016]; 10(3): [aprox. 6p.]. Disponible en: http://www.uv.es/specialodonto/cont_12/Manejo%20odontologico%20de%20los%20pacientes%20discapacitados%20psiquicos.pdf
17. Castro López G. Clínica del retraso mental. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1984. p.16-26
18. Caballero Hernández Y, Vega García KM, Avila Leyva Y, Pérez Ferrás ML, et al. Salud bucal en niños discapacitados. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2013. p. 15-30.

19. Tan Suárez N, Tan Suárez N, García Vita L, Silva Martínez Y. Salud del primer molar permanente en niños con retraso mental. Rev. Salud Pública [Internet]. 2014 Mayo [Citado 19 abril 2016]; 13(3): [aprox. 2p.]. Disponible en: http://scholar.google.com/cu/scholar?start=10&q=intervencion+educativa+de+estomatologia+en+ni%C3%B1os+con+retraso+mental&hl=es&as_sdt=0,5
20. Crespo S. H. Comportamiento de la perdida del primer molar permanente. Odontologia y Estomatologia ,Articulos. Publicado: 17/07/2012. [Citado el 11/03/2017]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4512/1/Comportamiento-de-la-perdida-del-primer-molar-permanente>
21. Hormigot B. L., Enrique R. R. D, González G. A.M., Meriño N. Y.P. Revista Biomédica Revisada Por Pares. 2013. [Citado el 17/03/2017]. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5674>
22. Pérez B. N. M., Alarcón G.V.S., Ferreira G. M. I., Virginia Díaz R. C., y colaboradores. Estado de Salud Oral en Discapacitados Residentes en la Fundación Pequeño Cottolengo Don Orione, Paraguay. International journal of odontostomatology. Versión On-line ISSN 0718-381X.Int. J. Odontostomat. vol.10 no.1 Temuco abr. 2016. [Citado el 18/03/2017].Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2016000100012>
23. Tamayo Bazán G. M., Torres Sierra B. A. Gamboa de la Paz M. Prevalencia de Caries Dental en niños 5 a 12 años. Monografías. Com. 2012. [Citado el 19/04/2017]. Disponible en : monografias.com/trabajos104/prevalencia-caries-dental-ninos-5-12-anos/prevalencia-caries-dental-ninos-5-12-anos.shtml
24. Bermúdez S., González A.V., Márquez J.D., Restuccia G., Kammann M. A., Zambrano O., Flores-Hidalgo A. D., Fariñas G., Guerra Ma. E., Osorio, A.Y. Prevalencia de Caries y tratamientos realizados en el primer molar permanente en la población de Río Chico. Estado Miranda, Venezuela. Fundación Acta Odontológica Venezolana: Volumen 51, No. 4, Año 2013. [Citado el 04/04/2017]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/4/art-12/>
25. Cabral Xavier AF, Pina Godoy G, Gordón-Núñez MA, et al. Prevalencia de anomalías bucales y caries dental en portadores de Síndrome de Down. Act Odont Venez [Internet]. 2012 [citado 6 Jun 2014]; 50(4): [aprox. 2p.]. Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/2882/roarod.pdf?sequence=1>
26. Aguirre Córdova J, Porras Rodríguez D, Ríos Villasis K. Estrategia de intervención educativa sobre la salud bucal en pacientes de 6 a 32 años con Síndrome de Down. Rev Estomatol Herediana [Internet]. 2015 Oct-Dic [Citado 19 abril 2016]; 25(4): [aprox. 263.p.].Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/2735>
27. Colegio Dentistas. Bizkaia. Deia. La importancia de la salud bucal de los más pequeños de la casa. Marzo 2017. [Citado el 11/03/2017]. Disponible en: <http://www.deia.com/2017/02/20/ocio-y-cultura/el-especialista-de-la-salud/la-importancia-de-la-salud-bucal-de-los-mas-pequenos-de-la-casa>.