

**Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud oral de padres y/o
cuidadores de niños de la primera infancia de Anapoima-Cundinamarca
entre los años 2012 y 2018.**

**Sergio Ivan Canizales Manios
Luisa Fernanda Malpica Ballesteros**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA - FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BOGOTÁ DC.- NOVIEMBRE 2018**

HOJA DE IDENTIFICACIÓN

| | |
|---|---|
| Universidad | El Bosque |
| Facultad | Odontología |
| Programa | Odontología |
| Título: | Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres o cuidadores de niños de la primera infancia del municipio de Anapoima-Cundinamarca en el año 2012 al 2017 y en el año 2018. |
| Grupo de Investigación: | UNICA - Unidad de Investigación en Caries |
| Línea de investigación: | Salud pública |
| Institución(es) participante(s): | Facultad de Odontología - Universidad El Bosque UNICA - Unidad de Investigación en Caries ACFF (Alianza por un futuro libre de caries) Alcaldía de Anapoima |
| Tipo de investigación: | Pregrado |
| Estudiantes/ residentes: | Sergio Iván Canizales Manios Luisa Fernanda Malpica Ballesteros |
| Asesor metodológico: | Dr. Luis Fernando Gamboa |
| Asesor temático: | Dr. Luis Fernando Restrepo Dra. Andrea Cortés Dr. Cristhian Cárdenas |
| Asesor estadístico: | Dr. Luis Fernando Gamboa |

DIRECTIVOS UNIVERSIDAD EL BOSQUE

| | |
|--------------------------------------|---|
| HERNANDO MATIZ CAMACHO | Presidente del Claustro |
| JUAN CARLOS LOPEZ TRUJILLO | Presidente Consejo Directivo |
| MARIA CLARA RANGEL G. | Rectora |
| RITA CECILIA PLATA DE SILVA | Vicerrectora Académico |
| FRANCISCO FALLA | Vicerrector Administrativo |
| MIGUEL OTERO CADENA | Vicerrectoría de Investigaciones. |
| LUIS ARTURO RODRÍGUEZ | Secretario General |
| JUAN CARLOS SANCHEZ PARIS | División Postgrados |
| MARIA ROSA BUENAHORA | Decana Facultad de Odontología |
| MARTHA LILIANA GOMEZ RANGEL | Secretaria Académica |
| DIANA ESCOBAR | Directora Área Bioclínica |
| MARIA CLARA GONZÁLEZ | Director Área comunitaria |
| FRANCISCO PEREIRA | Coordinador Área Psicosocial |
| INGRID ISABEL MORA DIAZ | Coordinador de Investigaciones Facultad de Odontología |
| IVAN ARMANDO SANTACRUZ CHAVES | Coordinador Postgrados Facultad de Odontología |

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

GUÍA DE CONTENIDO

| | |
|--|-------------|
| Resumen | |
| Abstract | |
| Articulo | |
| | Pág. |
| Introducción | |
| 2. Marco teórico | 4 |
| 3. Planteamiento del problema | 9 |
| 4. Justificación | 12 |
| 5. Situación Actual | 14 |
| 6. Objetivos | 17 |
| 6.1 Objetivo general | 17 |
| 6.2 Objetivos específicos | 17 |
| 7. Metodología del Proyecto | 18 |
| 7.1.Tipo de estudio | 18 |
| 7.2. Población y muestra (Criterios de selección y exclusión) | 18 |
| 7.3. Métodos y técnicas para la recolección de la información <small>(Materiales y métodos)</small> | 18 |
| 7.4 Plan de tabulación y análisis. | 19 |
| a. Estadística descriptiva | 19 |
| 8. Consideraciones éticas. | 20 |
| 9.. Resultados | 21 |
| 11.1.Fase descriptiva | 21 |
| 11.2.Fase analítica | 21 |
| 10. Discusión | 27 |
| 11. Conclusiones | 34 |
| 12. Referencias bibliográficas | 35 |
| 13. Anexos | 39 |

RESUMEN

Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y/o cuidadores de niños de la primera infancia de Anapoima-Cundinamarca entre los años 2012 y 2018.

Antecedentes: La Alianza por un Futuro Libre de Caries (AFLC), es un proyecto global en el que participan profesionales de odontología, salud pública e instituciones públicas y privadas. En Colombia, esta iniciativa cuenta con un frente comunitario, el cual desarrolla acciones en cuatro territorios demostrativos a nivel nacional; uno de estos es el municipio de Anapoima-Cundinamarca, en el que se ha trabajado entre 2012-2018. En 2012 se realizó una línea de base que estableció las condiciones de caries de niños del municipio, en relación con aspectos sociales, como el de Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAPs). **Objetivo:** Comparar los conocimientos, actitudes y prácticas frente a salud oral entre los cuidadores de niños nuevos y antiguos, participantes del proyecto de Alianza Por un Futuro Libre de Caries (AFLC) entre el año 2012 y el año 2018 en el municipio de Anapoima-Cundinamarca. **Metodología:** Con aval de comité de ética, se realizó una encuesta CAPs a cuidadores de niños institucionalizados de Anapoima, en edades entre 0-6 años. Estos se dividieron en 2 grupos: un grupo correspondiente a los cuidadores de niños pertenecientes al proyecto entre 2012-2017 (antiguos) y un grupo que ingresó al proyecto en el 2018 (nuevos). Se analizaron los resultados, agrupando las preguntas en Conocimientos, Actitudes y Prácticas y comparándolas entre los dos grupos con estadística descriptiva. **Resultados:** se encuestó a 160 padres. En conocimientos, los padres concuerdan en sus respuestas frente a lo esperado para prevención de caries. En actitudes, se presenta diferencia estadísticamente significativa entre antiguos y nuevos en relación con la periodicidad de aplicación de flúor. En prácticas, se encontraron diferencias significativas con relación al cepillado en las mañanas. **Conclusiones:** Se evidenció que los cuidadores de niños participantes del proyecto de AFLC en Anapoima, tanto nuevos como antiguos, tienen unos CAPs acordes a los preceptos de prevención de la caries de los expertos. Sin embargo, los resultados no pueden ser concluyentes para medir el impacto del proyecto y deben ser complementados con otros estudios, ya que, la relación lineal entre los conocimientos, actitudes y prácticas, entre sí, y en relación con las condiciones de salud, se encuentran en discusión, incluso, desde los propios hallazgos de esta investigación.

Palabras claves: Conocimientos, actitudes, prácticas, niños, salud oral

ABSTRACT

Knowledge, Attitudes and Practices in oral health of early childhood parents and/or caregivers in Anapoima-Cundinamarca between 2012 and 2018.

Background: The Alliance for a Cavity-Free Future (ACFF) is a global project involving professionals in dentistry and public health, and public and private institutions. In Colombia, this initiative has a community front, which develops actions in four demonstration territories at the national level. One of these is the municipality of Anapoima-Cundinamarca, where work has been done between 2012-2018. In 2012, a baseline was started and it established the caries conditions in children from the municipality, in relation to social aspects, such as Knowledge Attitudes and Practices (KAPs). **Objective:** To compare the knowledge, attitudes and practices in oral health among new/old children caregivers that participate in the Alliance for a Cavity-Free Future (ACFF) project between 2012 and 2018 in the municipality of Anapoima-Cundinamarca. **Methodology:** With the approval from the ethics committee, a KAPs survey was carried out on caregivers of institutionalized children of Anapoima, aged between 0-6 years. These were divided into 2 groups: one group formed by the caregivers of children that has been part of the project between 2012-2017 (old) and a second group with those who joined the project in 2018 (new). The results were analyzed grouping the questions in Knowledge, Attitudes and Practices and comparing them between the two groups with descriptive statistics. **Results:** 160 parents were surveyed. In knowledge, parents agree in their responses to what is expected for caries prevention. In attitudes, there is a statistically significant difference between the groups in relation to the frequency of fluoride application. In practices, significant differences were found in relation to brushing in the mornings. **Conclusions:** It was evidenced that caregivers of children participating in the ACFF project in Anapoima, both new and old, have KAPs according to the precepts of caries prevention from the experts. However, the results cannot be conclusive to measure the impact of the project, they must be complemented with other studies.

Keywords: Knowledge, attitudes, practices, children, health oral

Artículo

INTRODUCCIÓN.

La Alianza por un Futuro Libre de Caries (AFLC), es un proyecto global en el que participan profesionales de la salud en Odontología, salud pública e instituciones públicas y privadas. En Colombia se constituyó el primer capítulo nacional del proyecto de AFLC, por lo cual se formó un grupo gestor, integrado por expertos con el apoyo de la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología y de la empresa Colgate Palmolive, con el acompañamiento del Ministerio de Salud y de la Protección social. Según el documento marco del Capítulo Colombia de la Alianza, uno de los objetivos establecidos consiste en que los niños que nazcan a partir del año 2026, tengan diferentes herramientas conceptuales y prácticas ofrecidas por la Alianza Por un Futuro Libre de Caries, como por ejemplo un entorno apropiado y la compañía de los padres o cuidadores, con el fin de controlar la aparición de lesiones de caries durante toda su vida (AFLC,2016).

El municipio de Anapoima, se encuentra ubicado en Cundinamarca, hace parte de uno de los territorios demostrativos de Colombia. La Facultad de Odontología y Unidad de Investigación en Caries (UNICA) de la Universidad El Bosque, iniciaron un proceso desde el año 2012, al cual se ha vinculado sectores como: Alcaldía de Anapoima, Centro de Salud Anapoima (Hospital Pedro León Álvarez), Fundación Lazos de Calandaima y diferentes espacios que atienden las necesidades de la primera infancia del municipio. Este proyecto tiene como objetivo general: diseñar y construir planes de salud para primera infancia en el municipio de Anapoima- Cundinamarca y evaluar su aplicación a través del monitoreo de su efectividad en términos de indicadores de salud oral y general (AFLC,2016). Una de las primeras acciones del proyecto en el año 2012 fue constituir una línea de base en la cual se estableció un panorama inicial de las condiciones clínicas de caries de niños y niñas del municipio; pero además conocer algunas condiciones de calidad de vida, acceso a servicios de salud y Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAP) en salud oral de los cuidadores de los niños. Este diagnóstico inicial sirvió para planificar e implementar una serie de acciones que incluyeron la gestión interinstitucional para la atención a la primera infancia de Anapoima; así como, acciones de prevención específica y promoción de la salud general y oral de los niños y niñas de este territorio con un seguimiento periódico e ininterrumpido durante seis años.

El presente estudio se ha propuesto, aportar al proceso de balance antes expuesto. Para esto se propone abordar el tema de CAP en salud oral de cuidadores de niños y niñas de Anapoima. Como ya se mencionó, existe un antecedente de evaluación en este sentido, del año 2012. Por tanto, la intención principal de esta investigación es contrastar los datos obtenidos en la línea de base con los de dicha encuesta realizada nuevamente en el año 2018. Se posee una muestra de población cautiva y suficiente a la cual se le ha hecho un seguimiento cada 3 meses, durante 5 años de implementación del proyecto. Dicho proyecto se encuentra

soportado por un grupo de investigación de Alto reconocimiento Unidad de Investigación en Caries Dental (UNICA) de la Universidad el Bosque; la cual cuenta con dos fuentes de financiación por parte de la Universidad y la Alianza por un Futuro Libre de Caries-Capítulo Colombia. Se realizarán encuestas sobre Conocimientos actitudes y prácticas a los cuidadores de niños de primera infancia. Lo evidenciado en esta investigación servirá para detectar las falencias que pueden tener los padres acerca de los CAPs en salud oral, las cuales se pueden ver reflejados tanto en las encuestas como en la salud oral de los niños. De igual forma servirá para crear y fortalecer estrategias de educación en salud oral en padres y niños, para mejorar su calidad de vida y disminuir la prevalencia de caries en la población de Anapoima, Cundinamarca.

Se realizará este estudio con el objetivo de comparar los conocimientos, actitudes y prácticas, de los padres y/o cuidadores de la población infantil participante del macro proyecto de la Alianza Por un Futuro Libre de Caries (AFLC) entre el año 2012 y el año 2017 y los cuidadores de los niños vinculados en el año 2018 en el municipio de Anapoima-Cundinamarca.

METODOLOGÍA

Este es un estudio Descriptivo de Corte transversal, realizado en cuidadores de niños de primera infancia escolarizados del municipio de Anapoima. Como criterio de inclusión padres y/o cuidadores de niños escolarizados, de 0 a 6 años de edad. Fueron organizados en dos grupos: El primer grupo correspondió a los padres y/o cuidadores de niños que han pertenecido al proyecto entre los años 2012 y 2017 y, el segundo grupo, correspondió a los que se vincularon al proyecto en el año 2018.

Se realizó una encuesta de Conocimientos actitudes y prácticas para lograr evaluar de igual manera ambos grupos. Se utilizó el mismo instrumento que se usó en la línea de base del año 2012. Se llevó a cabo en jardines y colegios del municipio de Anapoima, acompañada del respectivo consentimiento informado, el cual fue entregado a cada cuidador. Dicha encuesta fue diligenciada y enviada de nuevo a los evaluadores.

Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo en el cual se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central como el promedio y la desviación estándar para las variables cuantitativas, adicionalmente se tuvo en cuenta las proporciones de respuesta de cada de pregunta para las variables cualitativas.

RESULTADOS

En este estudio, se contó con la participación 160 padres y/o cuidadores de niños y niñas de la primera infancia de Anapoima-Cundinamarca con un promedio de edad de 55.62 meses (\pm 16.04). Los resultados de las encuestas están expuestos en tablas y diferenciados en Conocimientos, Actitudes y Prácticas. A su vez, se hace una diferenciación entre padres y/o cuidadores antiguos y nuevos.

Dentro de los resultados más destacados frente a Conocimientos, se encontró que, para la mayoría de los padres y/o acudientes de los niños y niñas participantes (n= 160) los responsables de que el niño muestre señales de caries son los padres de familia (grupo de antiguos = 92.94% y grupo de nuevos = 94.67%). No se presentan diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,38$) para el factor de conocimiento en salud oral de los padres y/o cuidadores de niños y niñas antiguos.

En cuanto hábitos de higiene oral en los niños y niñas, menos de la mitad de padres y/o acudientes reportaron que realizaron higiene oral en los niños desde que le empezaron a aparecer los dientes; 44% de los padres y/o acudientes de los niños y niñas antiguos (n=34) y un 38.67% de los padres y/o acudientes de los niños y niñas (n=29). Las actitudes evidenciaron diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,003$) con respecto a la frecuencia de aplicación de flúor por parte del odontólogo en los niños, en la cual los padres y/o cuidadores antiguos reportaron que la aplicación se realizó cada seis meses y los nuevos en su mayoría respondieron que nunca se ha realizado aplicación de flúor.

Con respecto a las prácticas de los padres y/o acudientes antiguos, un 44.71% reportaron que la cantidad de crema que se le aplica al cepillo para realizar el cepillado de los dientes del niño corresponde a la mitad de la cabeza del cepillo (n=38). Mientras que los nuevos un 48% afirmaron que la cantidad adecuada es menos de la mitad de la cabeza del cepillo (n= 36). Se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,005$) con respecto a si el niño en la mañana sale de la casa con los dientes cepillados, en la cual los padres y/o cuidadores antiguos y nuevos, reportaron que los niños siempre salían de la casa con los dientes cepillados.

DISCUSIÓN

En este estudio, los Conocimientos, Actitudes y Prácticas frente a la salud oral en los dos grupos de cuidadores (nuevos y antiguos) de niños de la primera infancia de Anapoima presentaron resultados diferenciales al comparar cada componente.

En el caso de los conocimientos, se puede concluir que los resultados, comparados los dos grupos, fueron similares al no encontrar una diferencia estadísticamente significativa. Es importante resaltar dentro de este componente el tema referido al acompañamiento de los

padres, el cual ambos grupos consideran fundamental, expresado en la respuesta en la que consideran que los padres son los principales responsables de la presencia de caries en los niños. en este sentido, González *et al.*, (2011) indagaron sobre la importancia de la salud oral en los niños y la percepción de los cuidadores en Colombia, encontrando una actitud positiva frente a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Coincidieron en que los principales actores en el acompañamiento y guía para la realización de una buena higiene bucal son los cuidadores, lo cual se puede asociar a éste estudio, donde se puede evidenciar que los padres y/o cuidadores manifestaron que el principal acompañante en el momento de realizar higiene oral es el cuidador del menor. A esto se suma el hecho reportado en la literatura de que la salud oral de los niños está directamente asociada a los Conocimientos Actitudes y Prácticas que posean los cuidadores, ya que estos son establecidos durante la primera infancia y serán el producto del desarrollo del individuo; lo que constituye a los cuidadores en un modelo a seguir. (Jain *et al.*, 2014)

También en relación con los conocimientos, se evidenció que los cuidadores consideran que la manera más óptima de evitar la caries dental, es realizando una limpieza adecuada de los dientes, lo cual se diferencia del artículo de Jain *et al.*, (2013) donde los encuestados asociaron que la manera más eficaz para evitar la caries, era llevando a los niños frecuentemente al odontólogo.

Ahora, en el componente de actitudes, que según la teoría de CAPs, debería estar estrechamente relacionado con los conocimientos, se encuentra que en buena parte de las respuestas, los padres de ambos grupos coinciden en unas actitudes acordes a los conocimientos expresados en el componente anterior. Se resalta de este componente el hecho de asistir a la consulta odontológica con una intención preventiva; una consulta regular al servicio de odontología; así como una primera consulta tardía, entre los dos y tres años de edad. Esto último, tal vez podría relacionarse con las políticas administrativas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los prestadores de servicios, en los que se evidencian barreras de acceso a servicios de salud oral, especialmente para niños entre cero y dos años de edad. Esto se sustenta desde un factor de vulnerabilidad al cual los niños están expuestos, ya sea mental, físico o social. Esto es identificado en poblaciones específicas, que han estado expuestas a diferentes factores como es la pobreza, exclusión social y tipos de

violencia como la intrafamiliar o conflicto armado. En Colombia, la ley de infancia y adolescencia del año 2006 garantiza la salud y la educación como un derecho, lo cual no es reflejado en niños de la primera infancia, en especial cuando se realizan trabajos en salud pública enfocados solo en población escolar, excluyendo a niños de 0 a 5 años quienes aún no se encuentran en jardín o colegio y de igual forma se excluye a niños de bajos ingresos, los cuales presentan mayor prevalencia de caries dental y menos oportunidades de acceder a un odontólogo. (Franco *et al.*, 2010)

Finalmente en el componente de prácticas, que debería estar acorde con lo indagado en conocimientos y actitudes, se resaltan algunos hallazgos que llaman la atención. Al preguntar por la cantidad apropiada de crema dental para el cepillado de los niños, en su mayoría, ambos grupos, aplican crema dental a menos de la mitad de la superficie de las cerdas del cepillo. Esto es similar a lo reportado por Naidu *et al.*, (2015) en el cual se evaluó por medio de una encuesta de Conocimientos, cuál era la cantidad de crema dental que se debía aplicar sobre el cepillo, las opciones de respuesta fueron: Suficiente para cubrir el cepillo, tamaño de un guisante, frotis o no sabe; un total de 33 (61%) respondieron que debía ser el tamaño de un guisante. Esto puede relacionarse con la supervisión en el momento de realizar la higiene oral, un factor de suma importancia, ya que los padres perciben la salud oral como una de las prioridades en la cotidianidad de los niños (Martignon *et al.*, 2003), por tanto, este en esta investigación se logró constatar que el acompañamiento del cepillado por parte del cuidador, tanto de los antiguos (89.40%) como de los nuevos (94.67%) refirieron acompañar el cepillado de los niños. Un resultado muy positivo debido a que la mayoría de cuidadores siguen esta conducta y, tal como se mencionó en el componente de conocimientos, esto constituye un factor fundamental en la prevención de la caries dental en la infancia.

Por otra parte, en este mismo componente de prácticas, se evidenció una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,005$) en las respuestas frente a la pregunta por si los niños salen de su casa cepillados en las mañanas. En este sentido, el 67.06% de los padres antiguos respondieron que siempre, frente a un 86.67% de los padres nuevos. Esto podría marcar una diferencia frente a los componentes anteriores, en los que podría estar presente una falta de relación lineal entre conocimientos, actitudes y prácticas; situación que se discute más adelante. Pero además genera un llamado de atención frente a las acciones que

desarrolla el proyecto de alianza en dos sentidos; por un lado, frente a las acciones educativas e informativas que se realizan en el municipio y que constituyen un conocimiento, el cual, como se ha insistido, genera unas prácticas. en este sentido, habría que revisar los contenidos de estas acciones educativas e informativas al interior del proyecto y profundizar sobre la comprensión de esta práctica en particular. Por otro lado, podría ser un indicador, de que el acompañamiento directo y constante que reciben las instituciones de primera infancia del municipio por parte del proyecto de la Alianza, estén generando unas actitudes y prácticas en los padres y/o cuidadores, en las que tienden a dejar la responsabilidad de la salud oral de los niños, en manos de las instituciones y sus docentes. Este es un aspecto que supera los alcances de este trabajo pero que debe ser revisado con detenimiento en el desarrollo del proyecto de Alianza por un Futuro Libre de Caries del territorio demostrativo de Anapoima.

En este sentido, podríamos afirmar que los padres de los niños antiguos han tenido una cercanía estrecha a las actividades del proyecto y por tanto, han adquirido conocimientos que determinan unas actitudes y unas prácticas que permiten unas condiciones de salud oral adecuadas. Ahora, en el caso de los nuevos, se podría explicar que los cuidadores adoptaron de manera rápida una cultura de preservar una salud oral óptima en los niños. Además, la experiencia en el desarrollo del proyecto podría estar indicando que los alcances de este van más allá de la población vinculada de manera directa; y mediante las brigadas y el trabajo con los profesionales del Hospital, se ha logrado un impacto en los conocimientos, actitudes y prácticas de personas que no han estado vinculadas al proyecto.

Sin embargo, realizando un análisis estricto a los resultados y a las encuestas, se podría poner en discusión el abordaje desde la estrategia de CAPs, la cual parte del supuesto expresado por Loring y Laurin (1985), en el que, los comportamientos son el producto de los conocimientos y por último, si se modifican las conductas, mejora el estado de salud.

Los estudios tipo CAPs son afectados por diferentes factores, lo cual ha sido reportado por la literatura de promoción y educación en salud, por ejemplo en relación con el conocimiento, en el cual Lupton (1995), aseguró que tener un mayor conocimiento no siempre indica un mayor grado de certeza o menor ignorancia, lo cual es relacionado con el hecho que evaluar este factor en este tipo de estudios no siempre asegura un conocimiento adecuado. De igual forma, considera que no es adecuado, en algunas situaciones, que una persona con mayor

autoridad o conocimiento tenga la capacidad de guiar a otro que no posea el mismo nivel de educación o poder, porque considera que la participación de los profesionales de la salud sobre los CAPs de una comunidad es una forma de controlar sus vidas. (Lupton, 1995)

De igual manera modificar un comportamiento en un individuo es una de las tareas más complejas que quedan posterior a un estudio tipo CAPS, ya que cada individuo pertenece a una comunidad, la cual es un pilar de desarrollo en su comportamiento, así mismo el individuo otorga características propias a dicho entorno. Por ende, los hábitos de estilo de vida pueden variar si el sujeto es consciente de los riesgos a los que se puede enfrentar debido a las malas prácticas. Las personas conocen las consecuencias de sus comportamientos sobre su salud, pero no los modifican. Por tanto, dichos sujetos demandan acompañamiento constante para lograr resistir al estímulo que imposibilita un cambio óptimo y radical. (Lupton, 1995)

Sin embargo, según Petersen y Lupton (1998), la salud pública está implicada en una cantidad importante de cambios de comportamientos de la sociedad, lo cual desde un punto de vista médico es bueno, pero desde un punto de vista enfocado en las libertades del individuo y sociedad, en ocasiones, se ve vulnerada la privacidad. Según los autores, esto es debido a un modelo paternalista que adopta el estado, en el cual se 'obliga' a participar a personas en estudios enfocados en promocionar la salud y prevenir la enfermedad, esto con un fin social, ante la perspectiva de garantizar y proteger la salud de la población. En este orden de ideas, los estudios de conocimientos, actitudes y prácticas, se convierten en una herramienta útil que potencia la idea de que existe una relación directa y lineal entre los conocimientos y los comportamientos frente a la salud.

Finalmente, aunque el proyecto en un principio, pretendía contrastar los CAPs de padres y/o cuidadores de niños y niñas de Anapoima que han participado en el proyecto de la Alianza por un Futuro Libre de Caries durante varios años, y aquellos que hasta ahora se vinculan en el proyecto, lo que implicó utilizar el mismo instrumento de la línea de base de 2012; los resultados llevan a la discusión frente a sí, los hallazgos obtenidos tienen que ver con las acciones propias del proyecto de alianza o con las dificultades que se han encontrado en el desarrollo de la herramienta de CAPs.

Esto debe ampliar la reflexión sobre el desarrollo de las acciones del proyecto de Alianza y sobre todo, en su manera de evaluarse; ya que de una evaluación cercana a las realidades de las comunidades, depende que se pueda concretar la idea de lograr una población libre de caries en 2026.

CONCLUSIONES

- Se evaluó los CAPs de padres y/o cuidadores antiguos y nuevos de niños de primera infancia del municipio de Anapoima Cundinamarca y se evidenció como producto de las encuestas realizadas que la comunidad respondió favorablemente, reflejando un nivel adecuado de CAPs independiente de su permanencia en el proyecto de AFLC.
- La encuesta de CAPs empleada como instrumento en este estudio requiere de una profunda revisión, que parta de la reflexión frente a que el instrumento puede llevar a individuos y comunidades a generar respuestas adecuadas, aun cuando el paciente no está del todo consciente del objetivo de la pregunta. Por otra parte, el formato es extenso y genera indisposición del paciente frente a las actividades planteadas.
- Es necesario evaluar el instrumento de medición para comprobar si realmente mide los CAPs de forma correcta. De igual manera, buscar nuevas estrategias, como las de la investigación cualitativa, que complementen las formas de recolectar la información y que permitan conocer cuál es el papel de los cuidadores en la salud oral de los niños de Anapoima.
- Se debe evaluar clínicamente a los niños pertenecientes al proyecto de AFLC para poder evidenciar si existe una coherencia entre los resultados de las encuestas y el estado de salud oral de los niños.

1. INTRODUCCIÓN

La Alianza por un Futuro Libre de Caries (AFLC), es un proyecto global en el que participan profesionales de la salud en Odontología, salud pública e instituciones públicas y privadas. En Colombia se constituyó el primer capítulo nacional del proyecto de AFLC, por lo cual se formó un grupo gestor, integrado por expertos con el apoyo de la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología y de la empresa Colgate Palmolive, con el acompañamiento del Ministerio de Salud y de la Protección social. (AFLC, 2016)

Según el documento marco del Capítulo Colombia de la Alianza, uno de los objetivos establecidos consiste en que los niños que nazcan a partir del año 2026, tengan diferentes herramientas conceptuales y prácticas ofrecidas por la Alianza Por un Futuro Libre de Caries, como por ejemplo un entorno apropiado y la compañía de los padres o cuidadores, con el fin de controlar la aparición de lesiones de caries durante toda su vida. Para alcanzar dicho objetivo se constituyeron dos frentes de acción; un frente académico que tiene como finalidad la enseñanza de la cariología y el manejo de las lesiones asociadas a la misma, mejorando la formación de los profesionales en salud bucal. Por otra parte posee un frente comunitario el cual busca mejorar condiciones de salud en comunidades por medio de campañas de salud pública que permitan la atención primaria en salud, especialmente en población de primera infancia. (AFLC, 2016)

Como parte del frente comunitario se establecieron cuatro territorios demostrativos en el país, cada uno de estos territorios acompañado por una universidad. Uno de estos espacios es el Municipio de Anapoima, ubicado en el Departamento de Cundinamarca, el cual se encuentra acompañado por la Facultad de Odontología y Unidad de Investigación en Caries (UNICA) de la Universidad El Bosque. El proceso iniciado en el año 2012 ha vinculado diferentes sectores del municipio como: la Alcaldía de Anapoima, Centro de Salud Anapoima (Hospital Pedro León Álvarez), Fundación Lazos de Calandaima y diferentes espacios que atienden las necesidades de la primera infancia del municipio.

Este proyecto parte por reconocer la salud bucal como un derecho ciudadano, en este sentido, busca reducir el impacto social, epidemiológico y económico de la caries dental, que es un problema frecuente no resuelto, el cual desencadena múltiples procesos dolorosos y costosos que pueden ser evitados. Desde esta premisa el proyecto de alianza en Anapoima

tiene como objetivo general: diseñar y construir planes de salud para primera infancia en el municipio de Anapoima- Cundinamarca y evaluar su aplicación a través del monitoreo de su efectividad en términos de indicadores de salud oral y general.

Una de las primeras acciones del proyecto en el año 2012 fue constituir una línea de base en la cual se estableció un panorama inicial de las condiciones clínicas de caries de niños y niñas del municipio; pero además conocer algunas condiciones de calidad de vida, acceso a servicios de salud y Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) en salud oral de los cuidadores de los niños. Este diagnóstico inicial sirvió para planificar e implementar una serie de acciones que incluyeron la gestión interinstitucional para la atención a la primera infancia de Anapoima; así como, acciones de prevención específica y promoción de la salud general y oral de los niños y niñas de este territorio con un seguimiento periódico e ininterrumpido durante seis años. (Martignon *et al.*, 2018)

El proceso de evaluación ha sido permanente; sin embargo, se considera que seis años después es necesario realizar un balance que permita establecer un corte en el tiempo en el cual se puedan reconocer los avances, dificultades y retos que ha tenido el proceso. Esto a su vez, permitirá identificar ajustes estructurales que requiera el proyecto, con el fin de acercarse a la meta establecida para el año 2026. (AFLC, 2016)

El presente estudio se ha propuesto, aportar al proceso de balance antes expuesto. Para esto se propone abordar el tema de CAP en salud oral de cuidadores de niños y niñas de Anapoima. Como ya se mencionó, existe un antecedente de evaluación en este sentido, del año 2012. Por tanto, la intención principal de esta investigación es contrastar los datos obtenidos en la línea de base con los de dicha encuesta realizada nuevamente en el año 2018.

Se posee una muestra de población cautiva y suficiente a la cual se le ha hecho un seguimiento cada 3 meses, durante 5 años de implementación del proyecto. Dicho proyecto se encuentra soportado por un grupo de investigación de Alto reconocimiento como lo es la Unidad de Investigación en Caries Dental (UNICA) de la Universidad el Bosque; la cual cuenta con dos fuentes de financiación por parte de la Universidad y la Alianza por un Futuro Libre de Caries- Capítulo Colombia. Se realizarán encuestas sobre Conocimientos actitudes y prácticas a los cuidadores de niños de primera infancia. Lo evidenciado en esta investigación servirá para detectar las falencias que pueden tener los padres acerca de los CAPs en salud oral, las cuales

se pueden ver reflejados tanto en las encuestas como en la salud oral de los niños. De igual forma servirá para crear y fortalecer estrategias de educación en salud oral en padres y niños, para mejorar su calidad de vida y disminuir la prevalencia de caries en la población de Anapoima, Cundinamarca.

2. MARCO TEÓRICO

La caries dental se define como una desmineralización del tejido dental, la cual es resultado de un desequilibrio entre la biopelícula y el diente. A medida que el pH de la cavidad oral desciende, la caries se empieza a hacer clínicamente visible, empezando por una lesión de mancha blanca (Castellanos *et al.*, 2013).

La lesión de caries, en su inicio, no se observa clínicamente, solo bajo microscopia electrónica se puede observar pérdida de mineral superficial. A los 14 días la lesión de caries se puede observar al secar la superficie y a las semanas, la lesión de mancha blanca es más notoria. Cuando va evolucionando la lesión, se va perdiendo mineral dental, dando paso a la formación de microcavidades y posteriormente cavidades extensas, lo que puede llegar a ocasionar una infección del tejido pulpar y producir necrosis pulpar. Sin embargo, la caries en cualquiera de sus etapas se puede detener, realizando una remoción de la placa bacteriana y del tejido dental cariado (Guía clínica de caries dental, 2006).

La caries dental es la enfermedad crónica más común de la infancia a nivel mundial, a pesar que los niveles han disminuido, el problema de esta enfermedad en la infancia temprana ha permanecido en muchas áreas del mundo, especialmente en niños de escasos recursos. Los padres son los responsables de la atención bucal de los niños, sobre todo en edades de 0 a 5 años; en estas edades, los niños no son capaces de cepillarse bien ya que la destreza manual y madurez psicológica no es suficiente para comprender la importancia de mantener la salud oral (Suma *et al.*, 2016).

Existen diferentes factores involucrados en el desarrollo de las lesiones de caries dental. Esta es una enfermedad de origen multifactorial donde intervienen cuatro factores principales, que son el huésped en el cual se tiene en cuenta su higiene bucal, saliva y los dientes; la microflora (carga bacteriana); el sustrato (dieta cariogénica) y el tiempo. Para que se forme una lesión de caries es necesario que las condiciones de cada factor sean favorables; es decir, un huésped susceptible, una flora oral cariogénica y un sustrato apropiado que deberá estar presente durante un período determinado de tiempo (Duque *et al.*, 2006).

En la actualidad, su distribución y severidad varían de una región a otra y su aparición se asocia en gran manera con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento y aunque su prevalencia ha disminuido en los países industrializados, afecta entre 60% y 90% tanto de la población infantil como de la adulta (Tascón y Cabrera, 2005).

El objetivo de disminuir los factores de riesgo que estimulan la aparición de diferentes patologías en la cavidad oral ha conllevado a la búsqueda de múltiples estrategias que encaminan a un proceso de mejoría por medio de la adopción de hábitos y comportamientos que contribuyan a promover un cambio en el comportamiento tanto en los pacientes niños, como en sus padres o cuidadores, con respecto a la importancia de la buena salud oral y su beneficio en cuanto a su calidad de vida (Watt y Fuller, 1999).

Además, en relación con lo anterior, se han creado estrategias de prevención, con la finalidad de que los pacientes hagan un abordaje directo que conduzca a la disminución de caries dental. Sin perder de vista que el cuidado de la salud oral está directamente relacionado con aspectos generales de los pacientes, tales como: aspectos biológicos, económicos y psicosociales; las estrategias de prevención se enfocan en tres aspectos fundamentales: 1) Prevención de la enfermedad, 2) Prevención de la progresión o recurrencia de una enfermedad, 3) Reducción del impacto negativo de una enfermedad ya establecida (Martignon, 2013).

Esta estrategia preventiva se sustenta en el hecho de que la caries dental puede prevenirse o ser detenida cuando se realiza un control del biofilm, mediante el control mecánico del cepillado dental, la higiene interproximal y una profilaxis profesional, también la aplicación de flúor, ya sea por medio de la crema dental o en barniz. Cuando las lesiones de caries han avanzado, se puede tratar por medio de sellantes o en casos avanzados con Ionómero de vidrio o resinas (Martignon, 2013). Es decir, se hace necesario una complementariedad entre acciones de promoción de la salud, que generen unas condiciones individuales y del entorno para el desarrollo de acciones de prevención específica que se traduzcan en la disminución de la caries dental.

En relación con lo anterior, las disparidades socioeconómicas y la falta de conocimientos de las personas sobre la importancia de la salud oral, así como sobre las técnicas para lograr un cuidado correcto de la boca, son barreras que impiden mantener los tejidos bucodentales

libres de enfermedad; la salud oral significa más que dientes en buen estado y que por ende es parte íntegra y completa de la salud general del individuo. (Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, 2003).

Conocer los motivos del comportamiento y los factores relacionados con las prácticas que causan o previenen la enfermedad, ayudarán a seleccionar los métodos correctos para diseñar y ejecutar intervenciones exitosas de educación, a fin de promocionar la salud prevenir la enfermedad bucal (Cabrera *et al.*, 2001).

Los conocimientos se definen como aquella información o saber que alguna persona posee y que es necesaria para poder desarrollar una actividad, éste, implica un proceso de aprendizaje y enseñanzas, se genera mediante el uso del razonamiento. Una actitud es un gesto exterior manifiesto que indica su preferencia y entrega a alguna actividad observable. Las prácticas son una serie de comportamientos relacionados, los cuales se realizan teniendo como base un conocimiento (Fajardo, 2014).

El enfoque de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) ha sido utilizado de manera recurrente por las áreas de la salud y de manera específica desde la práctica odontológica, con el fin de entender las acciones que adelantan los sujetos frente a su salud oral. en este campo, los CAP se entienden como componentes sociales de la salud, en donde los conocimientos son todos los conceptos cognitivos y las ideas que tienen los individuos con respecto a su salud oral, que incluyen significados formales e informales. Una actitud está compuesta por creencias, pensamientos y sentimientos que influyen de manera positiva o negativa en una persona a responder frente a los objetos, personas o instituciones, Comprometiendo factores como personalidad, contexto y mundo externo, y una práctica o comportamiento hace referencia a las acciones que llevan a cabo las personas para proteger, promover o mantener la salud y prevenir la enfermedad (Martignon *et al.*, 2003).

Los estudios tipo CAP, como ya se mencionó, se utilizan en diversos temas de salud, estos son considerados una pieza fundamental de los diagnósticos, los cuales ofrecen información a las instituciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud (Laza y Sánchez, 2012). Los estudios de CAP en salud, se utilizan para evaluar de mejor forma, el cómo la gente actúa y el porqué de su actuar, para así desarrollar programas enfocados en sus necesidades. Estos estudios se consideran una base fundamental en la

planificación de diagnósticos para así otorgar una información coherente a las instituciones y organizaciones responsables, para que se pueda crear, ejecutar y evaluar políticas y programas de promoción de salud (Gamboa *et al.*, 2008). Lo evidenciado en los estudios tipo CAP, con respecto a conocimientos va permitir identificar los aspectos en los que necesita reforzar en materia de información y educación. En cuanto a las actitudes, va ayudar a demostrar la postura que tienen los sujetos frente a diferentes tendencias y corresponde a una variable intermedia entre la situación y la respuesta a dicha situación. Y en cuanto a las prácticas o comportamientos, corresponden a las acciones que se pueden observar en un individuo en respuesta a un estímulo (Fajardo, 2014).

En el caso de la primera infancia, se hace necesario evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas en los padres. Esto pretende generar acciones que se correspondan con los conocimientos que las familias han construido frente a la salud oral y, mediante un diálogo de saberes, tratar de construir nuevas formas de actuar frente a su salud. Si esto se logra a temprana edad, posiblemente en un futuro los dientes permanentes, permanezcan sanos. Estudios revelan que los padres que no cuentan con el tiempo suficiente, en ocasiones no tienen un conocimiento adecuado sobre el cepillado y la instrucción idónea para sus hijos, por otra parte, el estrés del trabajo y factores como el crecimiento de los niños en guarderías o con personas externas que los cuidan, generan una variación en los CAPs que cada individuo adquiera (Suma *et al.*, 2016).

En un estudio hecho en la ciudad de Belagavi, se evaluó a padres y madres realizando encuestas para medir cuánto saben acerca de los efectos de la caries en los niños menores de 2 años, si tienen conocimiento de los alimentos cariogénicos y no cariogénicos, de cuándo se debe hacer uso de la crema dental fluorada y sobre la importancia de cepillarse los dientes. Las actitudes fueron evaluadas de igual manera pero realizando preguntas como: si la lactancia larga y prolongada era perjudicial; se indagó acerca de qué consideran los padres acerca de la autonomía e independencia de los niños en el momento del cepillado. Dentro de los resultados, el 53.5% de los cuidadores respondieron que el niño debe visitar al odontólogo antes de los 2 años de vida. Las prácticas fueron evaluadas como buenas al cepillar a sus hijos con crema dental fluorada o deficientes como dar alimentación dulce a los niños, el resultado fue de 33.5 % para las buenas prácticas (Suma *et al.*, 2016).

Los niños aprenden imitando a sus padres, por ende, es necesario enseñar a realizar un correcto cepillado para preservar su salud oral. La caries es prevenible, si se realiza una educación adecuada en edades tempranas, se evitarán consecuencias en la salud de los niños en cuanto a costo-beneficio de los padres. Por tanto, la prevención primaria va de la mano con la educación en salud oral que tengan los padres (Suma *et al.*, 2016).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La caries dental es el desequilibrio que existe entre la sustancia dental y el biofilm, esta consiste inicialmente en la desmineralización del esmalte continuando con la formación de cavitaciones comprometiendo los diferentes tejidos dentales como dentina, cemento y finalmente en su estadio más avanzado afectando el tejido pulpar. Esta es una enfermedad multifactorial que afecta a cualquier tipo de población, siendo los niños más susceptibles, ya que el tejido dental mineralizado se encuentra en menor proporción que en el de un adulto. Según ENSAB IV el índice CEO del total de niños de 1, 3 y 5 años en la dentición temporal es de 1.62 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Los niños menores de 5 años requieren acompañamiento por parte de sus padres o acudientes para realizar una correcta higiene oral, ya que los niños a esta edad no poseen una buena motricidad ni madurez frente a la importancia de una correcta remoción de placa bacteriana, siendo esta un factor fundamental en la preservación de la salud oral (Franco *et al.*, 2004).

Como parte de la Alianza por Un futuro Libre de Caries - Capítulo Colombia, se realizó un estudio en el año 2012 para establecer una línea de base de la condición de salud oral y general de la primera infancia en el Municipio. Se identificaron diversos factores influyentes en la condición dental de los niños y niñas de primera infancia de Anapoima, los cuales reflejaron como barreras de acceso que el 64% de los cuidadores encuestados cuentan con niveles educativos de secundaria y 33% con educación primaria, el 40% refirieron barreras geográficas, económicas y administrativas que dificultan llevar al niño a las citas odontológicas; entre otros, que de forma directa e indirecta afectan la calidad de vida del niño generando alteraciones psicológicas, en fonación, deglución y estética (Martignon *et al.*, 2018).

También se evidenció por medio de encuestas de determinantes psicosociales, con respecto a su calidad de vida, que cerca del 10% de la población de niños menores de 5 años experimentó alteración de la calidad de vida (presencia de dolor en el niño e insomnio, incapacidad, culpa, apuro económico incomodidad en familiares). De igual manera se realizó una encuesta que evaluó los Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAPs) de los padres y/o cuidadores de niños y niñas de 0a 5 años. En los resultados se reveló que en el 60% de los casos, el odontólogo es quien da información sobre el cuidado de los niños; por otra parte se

demonstraron algunos aspectos negativos como que el 58% de los niños se llevan al odontólogo por primera vez a partir de los 3 años de edad; el 39% de los niños se llevó a consulta por motivo de urgencia o para tratamiento operatorio y el 20% de ellos, sale de su casa en la mañana sin cepillarse. Los resultados presentados en el estudio del 2012, desvelan que la salud oral de los niños es directamente proporcional a los CAPs que posean los padres.

Luego de la implementación de la línea de base en 2012, se inició un proceso de gestión con entidades del Municipio con el fin de establecer planes de acción intersectoriales para promover el desarrollo integral de la primera infancia de Anapoima. A la par se ha venido dando un proceso de acción directa con la población de primera infancia institucionalizada, en la que se realizan jornadas trimestrales que incluyen valoración de las condiciones de caries, talla y peso de cada niño de los hogares comunitarios, Centros de Desarrollo Infantil y entornos familiares del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), así como de los colegios públicos e instituciones privadas del municipio que atienden a la primera infancia.

Durante los seis años de implementación del proyecto, además, se han adelantado diferentes acciones de promoción de la salud con niños, educadoras y educadores y padres de familia. En cuanto a prevención específica, estas jornadas incluyen la aplicación de barniz de flúor y el acompañamiento al cepillado dental. A la fecha se cuenta con una cobertura de 285 niños y 32 instituciones.

Teniendo en cuenta que se ha logrado una implementación permanente de este proyecto durante seis años consecutivos, con diferentes intervenciones, ya mencionadas, se hace necesario realizar diferentes procesos de evaluación del proceso. En este caso, partiendo del hecho de que el enfoque de CAPs tiene un proceso de educación y acompañamiento como base, se hace pertinente realizar un corte en el que se pueda identificar, hasta qué punto este proceso de seis años ha logrado un cambio en los conocimientos de los participantes frente a la salud oral. Esto a su vez debería estar relacionado con un cambio en las prácticas que cuidadores y niños han construido a lo largo del proceso.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y/o cuidadores de niños de primera infancia en Anapoima- Cundinamarca, luego de seis años de la implementación del proyecto Alianza por un Futuro Libre de Caries?

4. JUSTIFICACIÓN

En odontología, el motivo de consulta más frecuente es el dolor causado por el avance de las lesiones de caries, por esta razón se requiere la implementación de diferentes estrategias para detener la progresión o la aparición de esta enfermedad. Estas estrategias van desde el afianzamiento de conocimientos básicos sobre salud e higiene oral, el desarrollo de habilidades motrices para el correcto cuidado de la salud oral hasta la intervención por parte del odontólogo. Para el ámbito comunitario estas estrategias desencadenan un cambio positivo en la población adulta e infantil con respecto a su comportamiento frente a la salud oral, así mismo son pertinentes dichas estrategias ya que generarán una mejora notable con respecto a su calidad de vida (Martignon et al., 2003).

Por consiguiente, es necesario evaluar estrategias en la comunidad estudiada, para identificar los comportamientos positivos y negativos adoptados, para ello existen diferentes instrumentos de medición, en este caso específico se utilizó una encuesta de CAPs dirigida a cuidadores de niños y niñas de la primera infancia del municipio de Anapoima, donde se espera evaluar la efectividad de las estrategias implementadas durante 6 años del estudio. Por ende, es de vital importancia para la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque y para los estudiantes que han implementado diversas técnicas de aprendizaje, identificar si dichas técnicas han sido efectivas y en qué medida han presentado un cambio positivo.

Por otra parte, un proyecto sustentado en la Atención Primaria en Salud (APS), que tiene como propósito lograr condiciones favorables, en todo sentido, para contar con generaciones libres de caries en 2026, requiere de un seguimiento permanente. La evaluación de CAP es una de las alternativas que ha permitido realizar estas evaluaciones en cierto momento de un proyecto a largo plazo. Por tanto, se pretende realizar un seguimiento de CAP, que cuenta con una información de línea de base del 2012 y que sirva como insumo para una evaluación que incluye otras metodologías de investigación, tanto cualitativas como cuantitativas.

Se espera que los hallazgos de este estudio permitan, por una parte, redefinir el accionar en el desarrollo del proyecto de Alianza en el Municipio en sus diferentes componentes, teniendo presente la meta establecida para el año 2026. Por otra parte, generar una reflexión frente al enfoque de los CAP, en el que se discuta hasta qué punto sigue siendo válida la premisa de que afectar los conocimientos se traduce directamente en un cambio de actitudes y prácticas en

salud. Una premisa que ha resaltado el hecho de adelantar acciones educativas en el marco de la promoción de la salud, en la que un experto le entrega la información a un lego con el fin de que este último cambie sus maneras de actuar.

5. SITUACIÓN ACTUAL

Las estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, se encuentran actualmente en un proceso de cambio. Se determinó durante muchos años que la educación era la base de la prevención, lo que generó un mayor interés de la comunidad hacia los programas de educación dirigidos a cambiar los comportamientos que generan alto riesgo (Watt, 2005).

Dicha educación dirigida a niños y niñas es vital para la adopción de hábitos saludables con el fin de que tengan una buena salud general y bucal, ya que en la infancia es cuando se establecen hábitos que se van a repetir a lo largo de la vida del individuo; adicionalmente, en esta época se presentan condiciones de exposición capaces de afectar la salud oral. La escuela, por lo tanto, es un escenario social que puede favorecer la promoción de conductas protectoras para la salud de los escolares y la de su comunidad (González, 2012).

Los enfoques cognitivos sociales también se han utilizado para evaluar las creencias de los padres acerca del cepillado de dientes, aumentar la confianza de los padres y su percepción de la importancia del cepillado y desarrollar autoeficacia para las habilidades de cepillado dental para los padres de niños pequeños (Gilinsky *et al.*, 2011; Huebner y Milgrom, 2015).

La teoría del comportamiento planificado se centra en las relaciones entre las actitudes, las intenciones y el comportamiento. La teoría del comportamiento planificado se ha utilizado en modelos para predecir el uso del hilo dental, los comportamientos del cepillado dental y los exámenes dentales (Anderson *et al.*, 2013).

Aunque la promoción de la salud oral por sí sola no suele producir un cambio de comportamiento suficiente para reducir la caries, los enfoques incluyen tanto los componentes de los padres como los de los niños, junto con el apoyo comunitario, los cuales arrojan resultados más sólidos. Las estrategias emprendidas como intervenciones comunitarias han incluido lo siguiente: enfoques participativos basados en la comunidad para involucrar a trabajadores comunitarios de salud en la implementación del programa (Satur *et al.*, 2010).

Sin embargo recientes revisiones de la literatura han identificado las limitaciones sobre dichas intervenciones educativas.

Desafortunadamente, el impacto de los esfuerzos ha sido limitado por el hecho de que lo que funciona en un caso o con un grupo no siempre funciona en otro. Esta observación indica que el conjunto de variables que contribuyen a la determinación de la salud bucal, apunta a la necesidad de comprender plenamente los roles de esas variables en diferentes poblaciones y contextos (Albino y Tiwari, 2016).

Futuras investigaciones requerirán una mayor atención a los factores que pueden amenazar la fidelidad de la implementación e influir en la receptividad a las intervenciones. Esto significa una mayor atención también a las variables que pueden moderar o mediar la respuesta a las estrategias de prevención de caries (Albino y Tiwari, 2016).

En un estudio hecho en la ciudad de Belagavi, se evaluó a padres y madres realizando encuestas para medir cuánto saben acerca de los efectos de la caries en los niños menores de 2 años, si tienen conocimiento de los alimentos cariogénicos y no cariogénicos, de cuándo se debe hacer uso de la crema dental fluorada y sobre la importancia de cepillarse los dientes. Las actitudes fueron evaluadas de igual manera pero realizando preguntas como: si la lactancia larga y prolongada era perjudicial; se indagó acerca de qué consideran los padres acerca de la autonomía e independencia de los niños en el momento del cepillado. Dentro de los resultados, el 53.5% de los cuidadores respondieron que el niño debe visitar al odontólogo antes de los 2 años de vida. Las prácticas fueron evaluadas como buenas al cepillar a sus hijos con crema dental fluorada o malas como darle alimentación dulce a los niños, el resultado fue de 33.5 % para las buenas prácticas. (Suma *et al.*, 2016)

En otro estudio, realizado en centro de vacunación de Jabriya, Kuwait; se estudiaron los CAP de cuidadores de niños en edad preescolar con relación a su salud oral, por medio de un cuestionario de 18 preguntas de carácter anónimo realizado a 334 cuidadores de niños menores de 6 años de edad. Las respuestas fueron calificadas como consistentes o inconsistentes con respecto a la matriz de conocimiento correcto, actitud ideal y las respuestas de la práctica de acuerdo a la Academia Americana de Odontología Pediátrica de 2011. En Kuwait el conocimiento y práctica de los cuidadores con respecto a la salud oral de los niños en edad preescolar es débil. Sin embargo, la educación y actitud tienen una relación más fuerte y significativa con las prácticas de los cuidadores. (Ashkanani y Al-Sane, 2013).

La estrategia mundial de la Organización Mundial de la Salud para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles también hace hincapié en el desarrollo de intervenciones que aborden los determinantes ambientales, económicos, sociales y del comportamiento de las enfermedades crónicas.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo General

Comparar los conocimientos, actitudes y prácticas frente a salud oral entre los cuidadores de niños nuevos y antiguos, participantes del proyecto de Alianza Por un Futuro Libre de Caries (AFLC) entre el año 2012 y el año 2018 en el municipio de Anapoima-Cundinamarca.

6.2 Objetivos específicos

- Describir los Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud oral de los padres y/o cuidadores de la población infantil de primera infancia institucionalizada del municipio de Anapoima-Cundinamarca participantes en el programa del macroproyecto de la Alianza Por un Futuro Libre de Caries (AFLC) entre el año 2012 y el año 2017.
- Describir los Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud oral de los padres y/o cuidadores de la población infantil de primera infancia institucionalizada del municipio de Anapoima-Cundinamarca vinculados en el año 2018 al programa del macroproyecto de la Alianza Por un Futuro Libre de Caries (AFLC).
- Establecer una comparación entre los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los padres y/o cuidadores de la población de primera infancia que han participado, por más de un año, del proyecto de Alianza que se desarrolla en el territorio demostrativo de Anapoima desde 2012, y aquellos padres que iniciaron su proceso durante el año 2018.

7. METODOLOGÍA DEL PROYECTO

7.1 Tipo de estudio

Descriptivo de Corte transversal

7.2 Población y muestra

La muestra correspondió a padres o acudientes de niños escolarizados del municipio de Anapoima. Como criterios de inclusión se incluyeron los padres o acudientes de niños escolarizados y de 0 a 6 años de edad. Los padres o acudientes fueron organizados en dos grupos:

- Padres y/o acudientes de los niños antiguos: aquellos que han pertenecido al proyecto, por más de un año, entre los años 2012 y 2018, y que, durante la implementación del estudio, se encontraban activos en el proyecto. A este grupo de padres lo denominamos antiguos en la descripción de los resultados.
- Padres y/o acudientes de los niños nuevos: aquellos que se vincularon al proyecto en el año 2018. A este grupo de padres lo denominamos nuevos en la descripción de los resultados.

7.3 Métodos y técnicas para la recolección de la información

Para el desarrollo de este proyecto se utilizó la encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en higiene oral, la cual es exactamente la misma que se usó en la línea de base en el año 2012 (Martignon *et al.*, 2018).

Inicialmente se invitó a participar todos los padres o acudientes de niños de 0 a 6 años escolarizados del municipio de Anapoima-Cundinamarca, por medio de las profesoras titulares de cada salón de jardín a curso primero de Primaria, quienes recibieron la información por parte de los investigadores y la transmitieron a los padres y/o cuidadores, se estipuló como periodo de espera una semana, para conocer qué padres o acudientes aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado (Anexo 1). Posteriormente se les envió la encuesta física de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en higiene oral (Anexo 2).

La encuesta está compuesta de la información general de padre y/o acudiente y niño, consta de 22 preguntas, las cuales fueron divididas, para su respectivo análisis, en Conocimientos, Actitudes y Prácticas. De Conocimientos fueron 6 preguntas (1, 2, 3, 4, 5, 22), de Actitudes fueron 7 preguntas (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12) y de Prácticas fueron 9 preguntas (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21)

7.4 Plan de análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo en el cual se tuvo en cuenta medidas de tendencia central como el promedio y la desviación estándar para las variables cuantitativas. Para las variables cualitativas se tuvo en cuenta las proporciones de respuesta de cada de pregunta y el porcentaje de respuesta

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con el estudio se pretende generar una mejora en la calidad de vida de la primera infancia del municipio de Anapoima promoviendo el aprendizaje y el cuidado de la salud oral por medio de herramientas que permitan un cambio en el comportamiento. Los pacientes no van a estar expuestos a un alto riesgo en cuanto a salud física. El principio de autonomía se ve reflejado en la adopción de los hábitos enseñados por medio del estudio y por la libertad de participar o no en el estudio. Los hábitos de salud oral que se van a implementar van acorde a la necesidad del paciente y de la población en estudio

Esta investigación contó con aval ético como parte del macro proyecto “Evaluación de los modelos de atención y de la Gestión de Políticas Públicas en Salud dirigidas a la primera infancia, como insumo para el diseño Participativo de Planes Locales orientados al Mejoramiento de las Condiciones de Salud de este grupo poblacional en tres municipios de Colombia.” Con código: UB 294-2011 (ver anexo 3).

Se utilizó un consentimiento informado dirigido a los padres y/o cuidadores de los niños para participar en el estudio (ver anexo 1). La información fue almacenada y sólo los autores tienen acceso a ella.

9. RESULTADOS

En este estudio, se contó con la participación 160 padres y/o cuidadores de niños y niñas de la primera infancia de Anapoima-Cundinamarca con un promedio de edad de 55.62 meses (\pm 16.04). Los resultados de las encuestas están expuestos en tablas y diferenciados en Conocimientos, Actitudes y Prácticas. A su vez, se hace una diferenciación entre padres y/o cuidadores antiguos y nuevos.

Conocimientos en salud oral de los padres y/o acudientes de los niños y niñas

Dentro de los resultados más destacados frente a Conocimientos, se encontró que, para la mayoría de los padres y/o acudientes de los niños y niñas participantes (n= 160) los responsables de que el niño muestre señales de caries son los padres de familia (grupo de antiguos = 92.94% y grupo de nuevos = 94.67%).

Un total de 137 de los padres y/o acudientes, tanto nuevos como antiguos, reportaron que el odontólogo es quién le ha informado cómo cuidar los dientes del niño/niña; 83.53% de los padres y/o acudientes de los niños y niñas antiguos (n= 71) y un 88% de los padres y/o acudientes de los niños y niñas nuevos (n=66).

Respecto al cepillado dental, el 58% de los padres y/o acudientes de niños nuevos y antiguos (n=93), afirmaron que limpieza de la cavidad oral del niño se debe iniciar desde que aparecen los dientes primarios. Diferenciados entre el grupo de padres nuevos y antiguos, se encuentra que el 62.35% para los padres y/o acudientes de niños nuevos (n=53) y el 52% para los padres y/o acudientes de niños antiguos (n=39) considera que el cepillado debe iniciar desde que aparecen los dientes primarios

En resumen, no presenta diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,38$) para el factor de conocimiento en salud oral de los padres y/o cuidadores de niños y niñas antiguos. El resumen de los datos de conocimientos se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de respuesta a cada pregunta relacionada con los Conocimientos en salud oral de los padres y/o acudientes de los niños y niñas.

| CONOCIMIENTOS | | | | | | |
|--|--|-----------------|------------|---------------|------------|---------|
| No. | Pregunta | Antiguos (n=85) | | Nuevos (n=75) | | Valor P |
| | | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | |
| En su opinión, ¿cuál es la mejor manera de evitar la caries dental? | | | | | | |
| 1 | Asistiendo al odontólogo | 21 | 24,71% | 20 | 26,67% | 0,89 |
| | Con una limpieza adecuada de los dientes | 59 | 69,41% | 51 | 68,00% | |
| | Con una buena alimentación | 0 | 0 | 3 | 4,00% | |
| | Evitando el consumo de dulces | 4 | 4,71% | 0 | 0 | |
| | Otra | 1 | 1,18% | 1 | 1,33% | |
| ¿Quién le ha informado cómo cuidar los dientes del niño? | | | | | | |
| 2 | Nadie | 2 | 2,35% | 0 | 0 | 0,37 |
| | Médico/enfermera | 7 | 8,25% | 7 | 9,33% | |
| | Odontólogo | 71 | 83,53% | 66 | 88,00% | |
| | Jardinera / madre comunitaria | 2 | 2,35% | 0 | 0 | |
| | Encargado de la droguería | 2 | 2,35% | 0 | 0 | |
| | Televisión, radio, folleto, etc. | 1 | 1,18% | 2 | 2,67% | |
| | Otra | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| ¿Desde qué momento se debe comenzar la limpieza de la boca del niño? | | | | | | |
| 3 | Desde que el niño/a nace | 24 | 28,24% | 25 | 33,33% | 0,2 |
| | Desde que aparecen los dientes de leche | 53 | 62,35% | 39 | 52,00% | |
| | Desde que tiene todos los dientes de leche | 4 | 4,71% | 10 | 13,33% | |
| | Desde que aparecen los dientes definitivos | 1 | 1,18% | 0 | 0 | |
| | A cualquier edad es igual | 1 | 1,18% | 0 | 0 | |
| | Otra | 2 | 2,34% | 1 | 1,33% | |
| ¿Desde qué edad es importante utilizar crema dental fluorada? | | | | | | |
| 4 | Desde que el niño/a nace | 0 | 0 | 1 | 1,33% | 0,09 |
| | Desde que aparecen los dientes de leche | 38 | 44,71% | 32 | 42,67% | |
| | Desde que tiene todos los dientes de leche | 21 | 24,71% | 27 | 36,00% | |
| | Desde que aparecen los dientes permanentes | 21 | 24,71% | 13 | 17,33% | |
| | A cualquier edad es igual | 3 | 3,53% | 2 | 2,67% | |
| | Otra | 2 | 2,35% | 0 | 0 | |
| ¿Quién o quiénes son los responsable/s de que el niño muestre señales de caries? | | | | | | |
| 5 | Los padres de familia | 79 | 92,94% | 71 | 94,67% | 0,44 |
| | Las jardineras (profesores/as) | 0 | 0 | 2 | 2,67% | |
| | El odontólogo | 6 | 7,06% | 2 | 2,67% | |
| | Otra | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| ¿Sabe usted cuáles son los servicios de salud bucal a los que los niños tienen derecho en forma incluida en la EPS? (No lea los distractores. Puede marcar varias opciones) | | | | | | |
| 22 | Flúor | 4 | 4,71% | 1 | 1,33% | 0,31 |
| | Sellantes | 3 | 3,53% | 2 | 2,67% | |
| | Limpieza de los dientes | 68 | 80% | 65 | 86,67% | |
| | Educación en salud bucal | 3 | 3,53% | 4 | 5,33% | |
| | Otra | 7 | 8,23% | 3 | 4,00% | |

Fuente: autores

Actitudes en salud oral de los padres y/o acudientes de los niños y niñas

Respecto a la asistencia a consulta odontológica de los niños y niñas, en el grupo de padres y/o cuidadores antiguos, el 48.20% reportaron que la última vez que llevaron al niño al odontólogo fue entre seis meses a un año (n= 41). Mientras que el 41,33% de padres nuevos respondió que la visita del niño o niña fue hace menos de seis meses (n=31). Más de la mitad de los padres y/o acudientes del grupo de niños o niñas antiguos 55,29% reportaron que el odontólogo le ha aplicado flúor al niño o niña cada seis meses (n=47), mientras que para el grupo de niños nuevos el 44% afirmaron que nunca le habían aplicado Fluoruro (n=33).

En cuanto hábitos de higiene oral en los niños y niñas, menos de la mitad de padres y/o acudientes reportaron que realizaron higiene oral en los niños desde que le empezaron a aparecer los dientes; 44% de los padres y/o acudientes de los niños y niñas antiguos (n=34) y un 38.67% de los padres y/o acudientes de los niños y niñas (n=29).

Las actitudes evidenciaron diferencias estadísticamente significativas (p= 0,003) con respecto a la frecuencia de aplicación de flúor por parte del odontólogo en los niños, en la cual los padres y/o cuidadores antiguos reportaron que la aplicación se realizó cada seis meses y los nuevos en su mayoría respondieron que nunca se ha realizado aplicación de flúor.

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de respuesta a cada pregunta relacionada con las Actitudes en salud oral de los padres y/o acudientes de los niños y niñas.

| ACTITUDES | | | | | | |
|---|---|-----------------|------------|---------------|------------|---------|
| No. | Pregunta | Antiguos (n=85) | | Nuevos (n=75) | | Valor P |
| | | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | |
| 6 | ¿Usted ha asistido al odontólogo en el último año? | | | | | |
| | Si | 56 | 65,88% | 50 | 66,67% | 0,78 |
| | No | 29 | 34,11% | 25 | 33,33% | |
| ¿Cuál fue el motivo de su última visita al odontólogo? | | | | | | |
| 7 | Revisión o examen | 17 | 20% | 22 | 29,33% | 0,8 |
| | Urgencia | 3 | 3,53% | 1 | 1,33% | |
| | Limpieza o prevención | 43 | 50,59% | 36 | 48,00% | |
| | Calzas | 14 | 16,47% | 10 | 13,33% | |
| | Otra | 1 | 1,18% | 6 | 8,00% | |
| | No sabe no responde | 7 | 8,24% | 0 | 0 | |
| 8 | ¿Cuánto tiempo hace que llevó al niño(a) a un odontólogo por última vez? | | | | | |
| | Nunca se ha llevado al odontólogo | 2 | 2,35% | 8 | 10,67% | 0,36 |
| | Hace menos de 6 meses | 29 | 34,11% | 31 | 41,33% | |
| | Entre 6 meses a 1 año | 41 | 48,20% | 24 | 32,00% | |
| | Hace más de un año | 8 | 9,41% | 12 | 16,00% | |

| | | | | | | |
|----|--|----|--------|----|--------|-------|
| | No sabe no responde | 5 | 5,88% | 0 | 0 | |
| | ¿A qué edad llevó por primera vez al niño al odontólogo? | | | | | |
| 9 | Nunca | 2 | 2,35% | 9 | 12,00% | 0,09 |
| | Antes del 1er año | 14 | 16,47% | 8 | 10,67% | |
| | En el 1er año | 21 | 24,71% | 27 | 36,00% | |
| | A los 2 años | 29 | 34,12% | 17 | 22,67% | |
| | A los 3 años | 13 | 15,29% | 10 | 13,33% | |
| | A los 4 años | 3 | 3,53% | 1 | 1,33% | |
| | A los 5 años | 3 | 3,53% | 3 | 4,00% | |
| | ¿Cuál fue el motivo o problema dental del niño por el que consultó al odontólogo la última vez? | | | | | |
| 10 | Revisión o examen | 21 | 24,71% | 32 | 42,67% | 0,12 |
| | Urgencia | 3 | 3,53% | 3 | 4% | |
| | Limpieza o prevención | 42 | 49,41% | 28 | 37,33% | |
| | Calzas | 12 | 14,12% | 5 | 6,67% | |
| | Otra | 7 | 8,23% | 7 | 9,33% | |
| | Si el odontólogo le ha aplicado flúor al niño/a, ¿cada cuánto se lo aplican? | | | | | |
| 11 | Nunca le han aplicado | 13 | 15,29% | 33 | 44,00% | 0,003 |
| | Cada seis meses | 47 | 55,29% | 24 | 32,00% | |
| | Cada año | 11 | 12,94% | 10 | 13,33% | |
| | Infrecuentemente | 8 | 9,41% | 8 | 10,67% | |
| | No sabe no responde | 6 | 7,06% | 0 | 0 | |
| | ¿Cuándo le empezaron a realizar higiene oral al niño? | | | | | |
| 12 | Nunca se le ha realizado higiene oral | 3 | 2,35% | 7 | 9,33% | 0,11 |
| | Desde que nació | 8 | 9,41% | 10 | 13,33% | |
| | Desde que le empezaron a aparecer dientes | 34 | 40% | 29 | 38,67% | |
| | De 1 años | 11 | 12,94% | 11 | 14,67% | |
| | De 2 años | 22 | 25,88% | 11 | 14,67% | |
| | De 3 años o mayor | 7 | 8,24% | 7 | 9,33% | |

Fuente: autores

Prácticas en salud oral de los padres y/o acudientes de los niños y niñas

Un total de 147 padres y/o acudientes antiguos (n=76) con un 89.40% y nuevos un 94.67% afirmaron que la higiene oral es realizada por el niño y uno de los padres y/o acudientes (n=71).

De los padres y/o acudientes antiguos, un 44.71% reportaron que la cantidad de crema que se le aplica al cepillo para realizar el cepillado de los dientes del niño corresponde a la mitad de la cabeza del cepillo (n=38). Mientras que los nuevos un 48% afirmaron que la cantidad adecuada es menos de la mitad de la cabeza del cepillo (n= 36).

Un total de 154 padres y/o acudientes antiguos un 96.47% (n=82) y nuevos un 96% (n=72) reportaron que cuando el niño se encuentra inquieto, no se le da un biberón o chupo endulzado.

Las prácticas evidenciaron diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,005$) con respecto a si el niño en la mañana sale de la casa con los dientes cepillados, en la cual los padres y/o cuidadores antiguos y nuevos, reportaron que los niños siempre salían de la casa con los dientes cepillados.

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de respuesta a cada pregunta relacionada con las Prácticas Conocimientos en salud oral de los padres y/o acudientes de los niños y niñas.

| PRÁCTICAS | | | | | | |
|--|--|-----------------|------------|---------------|------------|---------|
| No. | Pregunta | Antiguos (n=85) | | Nuevos (n=75) | | Valor P |
| | | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | |
| ¿Quién hace la higiene de la boca del niño/a? | | | | | | |
| 13 | El niño solo | 4 | 4,71% | 3 | 4,00% | 0,26 |
| | Entre el niño y uno de los padres/acudientes | 76 | 89,40% | 71 | 94,67% | |
| | Uno de los padres/acudientes solo | 3 | 3,5% | 1 | 1,33% | |
| | No sabe no responde | 2 | 2,35% | 0 | 0 | |
| ¿En la noche el niño se acuesta con los dientes cepillados? | | | | | | |
| 14 | Siempre | 21 | 24,71% | 29 | 38,67% | 0,70 |
| | Casi siempre | 44 | 51,76% | 36 | 48,00% | |
| | Neutral | 12 | 14,12% | 6 | 8,00% | |
| | Casi nunca | 7 | 8,24% | 4 | 5,33% | |
| | Nunca | 1 | 1,18% | 0 | 0 | |
| ¿En las mañanas el niño sale de la casa con los dientes cepillados? | | | | | | |
| 15 | Siempre | 57 | 67,06% | 65 | 86,67% | 0,005 |
| | Casi siempre | 18 | 21,18% | 8 | 10,67% | |
| | Neutral | 7 | 8,24% | 2 | 2,67% | |
| | Casi nunca | 2 | 2,35% | 0 | 0 | |
| | Nunca | 1 | 1,18% | 0 | 0 | |
| ¿Se utiliza crema dental fluorada para el cepillado de los dientes del niño? | | | | | | |
| 16 | Si | 58 | 68,24% | 50 | 66,67% | 0,78 |
| | No | 21 | 24,71% | 25 | 33,33% | |
| | No sabe no responde | 6 | 7,06% | 0 | 0 | |
| ¿Quién pone la crema dental sobre el cepillo? | | | | | | |
| 17 | El niño | 10 | 11,76% | 6 | 8,00% | 0,78 |
| | Los padres/acudientes | 62 | 72,94% | 64 | 85,33% | |
| | No sabe no responde | 13 | 15,29% | 5 | 6,67% | |
| Marque cuál es la cantidad de crema que se aplica al cepillo para el cepillado de los dientes del niño. | | | | | | |
| 18 | | 32 | 37,65% | 36 | 48,00% | 0,15 |
| | | 38 | 44,71% | 30 | 40,00% | |
| | | 6 | 7,06% | 2 | 2,67% | |
| | No sabe no responde | 9 | 10,59% | 7 | 9,33% | |
| ¿Cuántas veces al día se le da al niño algún alimento/bebida? | | | | | | |
| 19 | Hasta 3 al día | 18 | 21,18% | 10 | 13,33% | 0,09 |
| | De 3-5 | 32 | 37,65% | 38 | 50,67% | |
| | De 6-7 | 25 | 29,41% | 15 | 20,00% | |
| | Más de 7 | 9 | 10,59% | 12 | 16,00% | |

| | | | | | | |
|----|--|----|--------|----|--------|------|
| | No sabe no responde | 1 | 1,18% | 0 | 0 | |
| | ¿Para dormir al niño de noche se le da un biberón / bebida o chupo endulzado? | | | | | |
| 20 | Si | 1 | 1,18% | 3 | 4,00% | 0,73 |
| | No | 82 | 96,47% | 72 | 96,00% | |
| | No sabe no responde | 2 | 2,35% | 0 | 0 | |
| | ¿Para dormir al niño de noche se le da un biberón / bebida o chupo endulzado? | | | | | |
| 21 | Si | 4 | 4,71% | 8 | 10,67% | 0,69 |
| | No | 75 | 88,24% | 67 | 89,46% | |
| | No sabe no responde | 6 | 7,06% | 0 | 0 | |

Fuente: autores

10. DISCUSIÓN

En este estudio, los Conocimientos, Actitudes y Prácticas frente a la salud oral en los dos grupos de cuidadores (nuevos y antiguos) de niños de la primera infancia de Anapoima presentaron resultados diferenciales al comparar cada componente.

En el caso de los conocimientos, se puede concluir que los resultados, comparados los dos grupos, fueron similares al no encontrar una diferencia estadísticamente significativa. Es importante resaltar dentro de este componente el tema referido al acompañamiento de los padres, el cual ambos grupos consideran fundamental, expresado en la respuesta en la que consideran que los padres son los principales responsables de la presencia de caries en los niños. En este sentido, González *et al.*, (2011) indagaron sobre la importancia de la salud oral en los niños y la percepción de los cuidadores en Colombia, encontrando una actitud positiva frente a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Coincidieron en que los principales actores en el acompañamiento y guía para la realización de una buena higiene bucal son los cuidadores, lo cual se puede asociar a éste estudio, donde se puede evidenciar que los padres y/o cuidadores manifestaron que el principal acompañante en el momento de realizar higiene oral es el cuidador del menor. A esto se suma el hecho reportado en la literatura de que la salud oral de los niños está directamente asociada a los Conocimientos Actitudes y Prácticas que posean los cuidadores, ya que estos son establecidos durante la primera infancia y serán el producto del desarrollo del individuo; lo que constituye a los cuidadores en un modelo a seguir. (Jain *et al.*, 2014)

También en relación con los conocimientos, se evidenció que los cuidadores consideran que la manera más óptima de evitar la caries dental, es realizando una limpieza adecuada de los dientes, lo cual se diferencia del artículo de Jain *et al.*, (2013) donde los encuestados asociaron que la manera más eficaz para evitar la caries, era llevando a los niños frecuentemente al odontólogo.

Por lo anterior, se podría decir que en relación con los conocimientos, todos los padres y/o cuidadores encuestados poseen unos conceptos acordes a unas definiciones, que según los expertos, pueden estar relacionados positivamente con actitudes y prácticas preventivas frente a la caries dental. Estos conocimientos pueden ser producto de diferentes acciones educativas que hacen parte del proyecto Alianza, pero no de manera estricta, ya que es

posible evidenciar que los padres y/o cuidadores nuevos, que no han participado de ninguna actividad educativa, al parecer poseen este mismo nivel de conocimiento. Lo anterior puede estar relacionado con el hecho de que la mayoría han recibido información de su odontólogo, lo cual hace que el acceso a información no esté decididamente ligado a las acciones educativas del proyecto que se desarrolla en el Municipio; a esto se suma una posible influencia de medios de comunicación que, aunque no es reconocida directamente por los encuestados, puede tener una alta influencia en la información y el desarrollo de conocimiento frente a la salud. La comunicación en salud ha sido explorada desde hace varios años, en donde se ha demostrado que esa influencia contribuye en todos los aspectos relacionados con prevención de enfermedades y promoción de salud (Rios. 2011). Se ha identificado que la influencia de los medios de comunicación depende de las enfermedades y problemáticas en salud que se den en la actualidad. En Colombia, se ha observado que los medios de comunicación se dedican más a temas comerciales y no tanto a temas de salud (Torres y Chaves. 2008).

Ahora, en el componente de actitudes, que según la teoría de CAPs, debería estar estrechamente relacionado con los conocimientos, se encuentra que, en buena parte de las respuestas, los padres de ambos grupos coinciden en unas actitudes acordes a los conocimientos expresados en el componente anterior. Se resalta de este componente el hecho de asistir a la consulta odontológica con una intención preventiva; una consulta regular al servicio de odontología; así como una primera consulta tardía, entre los dos y tres años de edad.

Esto último, tal vez podría relacionarse con las políticas administrativas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los prestadores de servicios, en los que se evidencian barreras de acceso a servicios de salud oral, especialmente para niños entre cero y dos años de edad. Se podría sustentar desde un factor de vulnerabilidad al cual los niños están expuestos, ya sea mental, físico o social. Esto es identificado en poblaciones específicas, que han estado expuestas a diferentes factores como es la pobreza, exclusión social y tipos de violencia como la intrafamiliar o conflicto armado. En Colombia, la ley de infancia y adolescencia del año 2006 garantiza la salud y la educación como un derecho, lo cual no es reflejado en niños de la primera infancia, en especial cuando se realizan trabajos en salud

pública enfocados solo en población escolar, excluyendo a niños de 0 a 5 años quienes aún no se encuentran en jardín o colegio y de igual forma se excluye a niños de bajos ingresos, los cuales presentan mayor prevalencia de caries dental y menos oportunidades de acceder a un odontólogo. (Franco *et al.*, 2010)

En lo relacionado con las actitudes frente la higiene oral, la mayoría de los cuidadores de ambos grupos, respondieron que la higiene oral se debe realizar cuando inicia la erupción de los dientes temporales, lo cual es diferente a lo hallado en el estudio de Suresh *et al.*, (2010) en el cual, los encuestados empezaron a realizar la higiene oral de los niños cuando han erupcionado todos los dientes primarios. A diferencia de los resultados de los estudios citados anteriormente, el estudio de Jain *et al.*, (2013), se encontró que las madres respondieron que no es necesario realizar una correcta higiene oral hasta la erupción de los dientes permanentes, ya que los dientes primarios se van a caer.

Ahora, llama la atención la pregunta relacionada con la frecuencia de aplicación de fluoruro. En esta se presentan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de padres antiguos (55.29%) que dicen aplicar flúor cada seis meses a sus niños, en contraste con un 32% de padres nuevos. Esto, seguramente, debe tener relación, más que con un conocimiento, con una situación particular del municipio, en estrecha relación con el desarrollo del proyecto de Alianza por un Futuro Libre de Caries; ya que, dentro de las actividades periódicas del proyecto, se incluye la aplicación de barniz de fluoruro dos veces al año a cada niño participante, sustentados en un riesgo alto detectado en la línea de base de 2012 (Martignon *et al.*, 2018). Este hecho hace que los niños que llevan un tiempo considerable en el proyecto estén cubiertos por esta actividad, la cual cuenta con el consentimiento de los padres, lo que puede determinar que estos tengan muy presente que se realiza una aplicación periódica de fluoruro. Mientras que los nuevos, por el periodo en el que se realizó la encuesta, tal vez, aún no habían tenido una aplicación de barniz flúor por parte del proyecto. Sin embargo, llama la atención, que si, tal como lo expresaron en este componente de actitudes, el acceso a los servicios de salud es periódico (cada seis meses), tanto en nuevos como en antiguos, los servicios de salud deberían garantizar, también, esta actividad.

Finalmente en el componente de prácticas, que debería estar acorde con lo indagado en conocimientos y actitudes, se resaltan algunos hallazgos que llaman la atención. Al preguntar por la cantidad apropiada de crema dental para el cepillado de los niños, en su mayoría, ambos grupos, aplican crema dental a menos de la mitad de la superficie de las cerdas del cepillo. Esto es similar a lo reportado por Naidu *et al.*, (2015) en el cual se evaluó por medio de una encuesta de Conocimientos, cuál era la cantidad de crema dental que se debía aplicar sobre el cepillo, las opciones de respuesta fueron: Suficiente para cubrir el cepillo, tamaño de un guisante, frotis o no sabe; un total de 33 (61%) respondieron que debía ser el tamaño de un guisante. Esto puede relacionarse con la supervisión en el momento de realizar la higiene oral, un factor de suma importancia, ya que los padres perciben la salud oral como una de las prioridades en la cotidianidad de los niños (Martignon *et al.*, 2003), por tanto este en esta investigación se logró constatar que el acompañamiento del cepillado por parte del cuidador, tanto de los antiguos (89.40%) como de los nuevos (94.67%) refirieron acompañar el cepillado de los niños. Un resultado muy positivo debido a que la mayoría de cuidadores siguen esta conducta y, tal como se mencionó en el componente de conocimientos, esto constituye un factor fundamental en la prevención de la caries dental en la infancia.

Por otra parte, en este mismo componente de prácticas, se evidenció una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,005$) en las respuestas frente a la pregunta por si los niños salen de su casa cepillados en las mañanas. En este sentido, el 67.06% de los padres antiguos respondieron que siempre, frente a un 86.67% de los padres nuevos. Esto podría marcar una diferencia frente a los componentes anteriores, en los que podría estar presente una falta de relación lineal entre conocimientos, actitudes y prácticas; situación que se discute más adelante. Pero además genera un llamado de atención frente a las acciones que desarrolla el proyecto de alianza en dos sentidos; por un lado, frente a las acciones educativas e informativas que se realizan en el municipio y que constituyen un conocimiento, el cual, como se ha insistido, genera unas prácticas. En este sentido, habría que revisar los contenidos de estas acciones educativas e informativas al interior del proyecto y profundizar sobre la comprensión de esta práctica en particular. Por otro lado, podría ser un indicador, de que el acompañamiento directo y constante que reciben las instituciones de primera infancia del municipio por parte del proyecto de la Alianza, estén generando unas actitudes y prácticas

en los padres y/o cuidadores, en las que tienden a dejar la responsabilidad de la salud oral de los niños, en manos de las instituciones y sus docentes. Este es un aspecto que supera los alcances de este trabajo pero que debe ser revisado con detenimiento en el desarrollo del proyecto de Alianza por un Futuro Libre de Caries del territorio demostrativo de Anapoima.

Según los resultados de las encuestas, los dos grupos de padres y/o acudientes de los niños de la primera infancia del municipio de Anapoima, coinciden en la mayoría de las respuestas en cuanto a Conocimientos, Actitudes y Prácticas, teniendo un criterio de respuesta que se asocia a lo esperado después de seis años de implementación del proyecto de Alianza por un Futuro Libre de Caries. Por tanto, una de las explicaciones de estos resultados podrían estar relacionados con el desarrollo de un proyecto articulado a la administración municipal y al prestador público de salud, que ha realizado un proceso de promoción de la salud oral y prevención específica, de manera ininterrumpida, durante seis años.

En este sentido, podríamos afirmar que los padres de los niños antiguos han tenido una cercanía estrecha a las actividades del proyecto y por tanto, han adquirido conocimientos que determinan unas actitudes y unas prácticas que permiten unas condiciones de salud oral adecuadas. Ahora, en el caso de los nuevos, se podría explicar que los cuidadores adoptaron de manera rápida una cultura de preservar una salud oral óptima en los niños. Además, la experiencia en el desarrollo del proyecto podría estar indicando que los alcances de este van más allá de la población vinculada de manera directa; y mediante las brigadas y el trabajo con los profesionales del Hospital, se ha logrado un impacto en los conocimientos, actitudes y prácticas de personas que no han estado vinculadas al proyecto.

Sin embargo, realizando un análisis estricto a los resultados y a las encuestas, se podría poner en discusión el abordaje desde la estrategia de CAPs, la cual parte del supuesto expresado por Loring y Laurin (1985), en el que, los comportamientos son el producto de los conocimientos y por último, si se modifican las conductas, mejora el estado de salud.

Estas premisas han venido siendo discutidas en diferentes estudios, dado que el instrumento (Encuesta) usado en este tipo de trabajos puede tener diferentes sesgos y por tanto, generar resultados inciertos. Esto asociándolo a que los encuestados pueden responder a su conveniencia y no a conciencia, lo cual es determinado como un hecho cultural, donde el encuestado siempre tiende a responder a partir de un ideal establecido a nivel profesional.

De igual forma, no se sabe exactamente si el instrumento mida correctamente los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de una población en específico. Ya que, como se evidenció en el ENSAB III, los pacientes en su mayoría tienen conocimiento de cómo prevenir la caries, pero alrededor del 60% asisten a consulta por urgencia (Martignon *et al.*, 2008). Esto reafirma unas contradicciones que pueden poner en duda la objetividad de las encuestas de CAPs.

Los estudios tipo CAPs son afectados por diferentes factores, lo cual ha sido reportado por la literatura de promoción y educación en salud, por ejemplo en relación con el conocimiento, en el cual Lupton (1995), aseguró que tener un mayor conocimiento no siempre indica un mayor grado de certeza o menor ignorancia, lo cual es relacionado con el hecho que evaluar este factor en este tipo de estudios no siempre asegura un conocimiento adecuado. De igual forma, considera que no es adecuado, en algunas situaciones, que una persona con mayor autoridad o conocimiento tenga la capacidad de guiar a otro que no posea el mismo nivel de educación o poder, porque considera que la participación de los profesionales de la salud sobre los CAPs de una comunidad es una forma de controlar sus vidas (Lupton, 1995).

De igual manera modificar un comportamiento en un individuo es una de las tareas más complejas que quedan posterior a un estudio tipo CAPS, ya que cada individuo pertenece a una comunidad, la cual es un pilar de desarrollo en su comportamiento, así mismo el individuo otorga características propias a dicho entorno. Por ende, los hábitos de estilo de vida pueden variar si el sujeto es consciente de los riesgos a los que se puede enfrentar debido a las malas prácticas. Las personas conocen las consecuencias de sus comportamientos sobre su salud, pero no los modifican. Por tanto, dichos sujetos demandan acompañamiento constante para lograr resistir al estímulo que imposibilita un cambio óptimo y radical (Lupton, 1995).

Sin embargo, según Petersen y Lupton (1998), la salud pública está implicada en una cantidad importante de cambios de comportamientos de la sociedad, lo cual desde un punto de vista médico es bueno, pero desde un punto de vista enfocado en las libertades del individuo y sociedad, en ocasiones, se ve vulnerada la privacidad. Según los autores, esto es debido a un modelo paternalista que adopta el estado, en el cual se 'obliga' a participar a personas en estudios enfocados en promocionar la salud y prevenir la enfermedad, esto con un fin social,

ante la perspectiva de garantizar y proteger la salud de la población. En este orden de ideas, los estudios de conocimientos, actitudes y prácticas, se convierten en una herramienta útil que potencia la idea de que existe una relación directa y lineal entre los conocimientos y los comportamientos frente a la salud.

Finalmente, aunque el proyecto en un principio, pretendía contrastar los CAPs de padres y/o cuidadores de niños y niñas de Anapoima que han participado en el proyecto de la Alianza por un Futuro Libre de Caries durante varios años, y aquellos que hasta ahora se vinculan en el proyecto, lo que implicó utilizar el mismo instrumento de la línea de base de 2012; los resultados llevan a la discusión frente a sí, los hallazgos obtenidos tienen que ver con las acciones propias del proyecto de alianza o con las dificultades que se han encontrado en el desarrollo de la herramienta de CAPs.

Esto debe ampliar la reflexión sobre el desarrollo de las acciones del proyecto de Alianza y sobre todo, en su manera de evaluarse; ya que de una evaluación cercana a las realidades de las comunidades, depende que se pueda concretar la idea de lograr una población libre de caries en 2026.

11. CONCLUSIONES

- Se evaluó los CAPs de padres y/o cuidadores antiguos y nuevos de niños de primera infancia del municipio de Anapoima Cundinamarca y se evidenció como producto de las encuestas realizadas que la comunidad respondió favorablemente, reflejando un nivel adecuado de CAPs independiente de su permanencia en el proyecto de AFLC.
- La encuesta de CAPs empleada como instrumento en este estudio requiere de una profunda revisión, que parta de la reflexión frente a que el instrumento puede llevar a individuos y comunidades a generar respuestas adecuadas, aun cuando el paciente no está del todo consciente del objetivo de la pregunta. Por otra parte, el formato es extenso y genera indisposición del paciente frente a las actividades planteadas.
- Es necesario evaluar el instrumento de medición para comprobar si realmente mide los CAPs de forma correcta. De igual manera, buscar nuevas estrategias, como las de la investigación cualitativa, que complementen las formas de recolectar la información y que permitan conocer cuál es el papel de los cuidadores en la salud oral de los niños de Anapoima.
- Se debe evaluar clínicamente a los niños pertenecientes al proyecto de AFLC para poder evidenciar si existe una coherencia entre los resultados de las encuestas y el estado de salud oral de los niños.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Albino J, Tiwari T. Preventing Childhood Caries A Review of Recent Behavioral Research. *J Dent Res.* 2016 Jan; 95(1): 35–42.

Alianza Por Un Futuro libre de Caries. Documento Marco del Capítulo Colombia; 2016

Anderson C, Noar S, Rogers B. The persuasive power of oral health promotion messages: a theory of planned behavior approach to dental checkups among young adults. *Health Commun.* 2013; 28(3):304-13

Ashkanani F, Al-Sane M. Knowledge, Attitudes and Practices of Caregivers in Relation to Oral Health of Preschool Children. *Medical Principles and Practice* 2013 Jan; 22(2):167-172.

Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* 2001; 19(1) 91-101.

Castellanos J, Marín L, Úsuga M, Castiblanco G, Martignon S, La remineralización del esmalte bajo el entendimiento actual de la caries dental. *Universitas Odontológica* 2013;32:49-59.

Duque J, Pérez J, Hidalgo I. Caries dental y ecología bucal, aspectos importantes a considerar. *Rev Cubana Estomatol* 2006; 43: 1-4

Facultad de Odontología Universidad Nacional. Guía de atención Caries Dental. 2006

Fajardo A. Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de los profesionales de salud, usuarios y cuidadores frente al papel del deporte en el proceso de rehabilitación en la ciudad de Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. 2014

Franco A, Santamaría A, Kurzer E, Castro L, Giraldo M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. *CES Odontología* 2009;17(1) 20-29

Franco A, Ramírez S, Escobar Gloria, Isaac M, Londoño P. Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a familias desplazadas. *Rev.CES Odont.*2010;23(2)41-48

Gamboa E, López N, Prada G, Gallo K. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. *Rev. chil. nutr.* 2008; 35(1): 43-52.

Gilinsky A, Swanson V, Merrett M, Power K, Marley L. Development and testing of a theory-based behavioural change intervention: a pilot investigation in a nursery school in a deprived area of Scotland. *Community Dent Health.* 2012 Mar; 29(1):62-7.

González G. Jardín infantil de la Universidad Nacional de Colombia: evaluación de un programa para la promoción de salud oral en la primera infancia. *Univ Odontol.* 2012 Ene-Jun; 31(66): 59-74.

González F, Sierra C, Morales L. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *Salud publica mex.* 2011; 53 (3): 247-257

Huebner CE, Milgrom P. Evaluation of a parent-designed programme to support tooth brushing of infants and young children. *Int J Dent Hyg.* 2015 Feb;13(1):65-73

Jain R, Oswal K, Chitguppi R. Knowledge, attitude and practices of mothers toward their children's oral health: A questionnaire survey among subpopulation in Mumbai (India). *Journal of Dental Research and Scientific Development* 2014 January 1,1:40.

Laza C, Sánchez G. Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. *Enferm. glob.* 2012 11(26):408-415

Lorig K, Laurin J. Some notions about assumptions underlying health education. *Health Educ Q.* 1985 Fall;12(3):231-43.

Lupton D. *Technologies of Health: Contemporary Health Promotion and Public Health.* Lupton D. *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body.* SAGE, 1995. 192

Martignon S. Manejo temprano de caries: ¿cuál es la evidencia de las Estrategias preventivas actuales? Revisión de Literatura. Universidad El Bosque. 2013

Martignon S, González M C, Jacome S, Velosa J, Santamaría R. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y jardineras de niños hogares infantiles: ICBF - Usaquéen, Bogotá. 2003

Martignon S, Usuga M, Cortes F, Cortes A, Gamboa L, Jacome S, Ruiz J, Gonzalez M, Restrepo L, Ramos N. Factores de riesgo de experiencia de caries temprana expresada con criterios ICDAS en niños de Anapoima, Colombia. Estudio de corte transversal. *Acta Odontol. Latinoam.* 2018; 31 (1) 58-66

Martignon S, Bautista G, González MC, Lafaurie-GI, Morales V, Santamaría R. Instrumentos para Evaluar Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Oral para Padres/Cuidadores de Niños Menores. *Revista de Salud Pública* . 2008;10(2):308-314.

Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV. Situación en Salud Bucal. 2015.

Naidu R, Nunn J, Irwin J. The effect of motivational interviewing on oral healthcare knowledge, attitudes and behaviour of parents and caregivers of preschool children: an exploratory cluster randomised controlled study. *BMC Oral Health.* 2015; 15:101

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Ginebra; 2004.

Petersen A, Lupton D. The 'healthy' citizen. Petersen A, Lupton D. *The New Public Health: Discourses, Knowledges, Strategies.* SAGE Publications, 1996. 208

Rios I. Comunicación en salud: modelos y conceptos teóricos. *Universidad de la frontera* 2011; 4 (1): 123-140

Satur J, Gussy G, Morgan V, Calache H, Wright C. Review of the evidence for oral health promotion effectiveness. *Health Education Journal* 2010, 69(3), 257-266.

Suma Sogi HP, Hugar SM, Nalawade TM, Sinha A, Hugar S, Mallikarjuna RM. Knowledge, attitude, and practices of oral health care in prevention of early childhood caries among parents of children in Belagavi city: A Questionnaire study. *J Family Med Prim Care.* 2016 Apr-Jun;5(2):286-290

Suresh BS, Ravishankar TL, Chaitra TR, Mohapatra AK, Gupta V. Mother's knowledge about pre-school child's oral health. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2010; 28:282-7.

Tascón J, Cabrera G. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescentes del Valle del Cauca. *Colomb Med* 2005; 36: 73-78.

Torres V, Chaves R. La comunicación en los programas de promoción y prevención de la salud en Bogotá: secretaría distrital de salud, eps y medios de comunicación. Comunicador social. Bogotá D.C. Pontificia Universidad Javeriana. 2008

Watt R, Fuller S. Oral health promotion- opportunity knocks. Br Dent J, 1999; 186 (1): 3-6

Watt R. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Bull World Health Organ. 2005 Sep; 83(9): 711-718.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Padre/Acudiente.

Le invitamos a participar en el presente estudio diligenciando el siguiente cuestionario relacionado con “Conocimientos, actitudes y prácticas en caries dental en la primera infancia del municipio de Anapoima-Cundinamarca en el año 2012 y 2017” Este proyecto se está realizando en colaboración con la Universidad El Bosque, La Unidad de Investigación en Caries “UNICA” y la Alianza por un Futuro Libre de Caries Capítulo Colombia. Los investigadores principales son: Luis Fernanda Malpica B. y Sergio Iván Canizales Manios; estudiantes de noveno semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque.

Antes de decidir si acepta participar, por favor lea este documento cuidadosamente y haga todas las preguntas que tenga para asegurarse de que entiende los procedimientos.

El propósito de esta investigación es conocer mediante una encuesta los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la caries dental de los cuidadores de niños entre 0 y 5 años del Municipio de Anapoima; para posteriormente, compararlos con los resultados de la misma encuesta realizada en el año 2012 en el mismo Municipio.

Después que acepte participar en el estudio, solo debe llenar los cuestionarios en físico. Su participación en este estudio es voluntaria y puede retirarse del mismo en cualquier momento. En caso que considere retirarse, esto no le va a perjudicar de forma alguna, ni a usted ni a su hijo/a.

De ser necesario y en caso que no esté dentro de los requisitos para participar, el investigador del estudio puede interrumpir su cooperación en el mismo en cualquier momento sin su consentimiento. Su participación en esta investigación no implica riesgo alguno.

Usted no recibirá beneficio económico ni tampoco recibirá compensación o pago al participar en esta investigación. Con su participación contribuye a que se pueda dar una visión real de cómo afecta la salud oral el desarrollo vital y natural del ser humano. Además, permite evaluar los resultados que ha tenido la Universidad y El Municipio en el desarrollo del proyecto de Alianza por un Futuro Libre de Caries.

Cualquier información obtenida sobre usted en este estudio se mantendrá en estricta confidencialidad, su identidad no será revelada y la información tendrá un estricto uso investigativo y académico.

Su colaboración en esta encuesta no implica que va a recibir algún tipo de terapia.

Como sujeto de esta investigación sus derechos son los siguientes:

Tiene derecho a que sus preguntas se respondan a su completa satisfacción antes de firmar este documento o en cualquier momento después de firmarlo.

Tiene derecho a abandonar su participación en el estudio y no terminar de llenar la encuesta si así lo decide.

En caso de tener alguna pregunta o problema, debe comunicarse con el investigador principal y se le responderán sus inquietudes.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN

Investigadores principales:

Luisa Fernanda Malpica Ballesteros

Estudiante de noveno semestre; Facultad de Odontología. Universidad El Bosque

Dirección: Carrera 9 N° 131ª – 2, Bogotá. Teléfono: 3134020455

Correo electrónico: lmalpicab@unbosque.edu.co

Sergio Iván Canizales Manios

Estudiante de noveno semestre; Facultad de Odontología. Universidad El Bosque

Dirección: Carrera 9 N° 131ª – 2, Bogotá. . Teléfono: 3183964766

Correo electrónico: scanizales@unbosque.edu.co

Asesores

Luis Fernando Restrepo Pérez, Docente Facultad de Odontología. Universidad El Bosque

Dirección: Carrera 9 N° 131ª – 2, Bogotá. Teléfono: (1) 6984000 ext.: 1279

Correo electrónico: luiseferpo@yahoo.com.ar

Cristhian Cárdenas, Docente UNICA – Unidad de Investigación en Caries

Correo Electrónico: cdcf-car@hotmail.com

Dirección: Carrera 9 N° 131ª – 2, Bogotá. Teléfono: (1) 6984000 ext.: 1279

Firma de aceptación de participación en el estudio:

_____ _____ __/__/__
Nombre del Padre o Acudiente Firma Fecha

_____ _____ __/__/__
Investigador Firma Fecha

ANEXO 2

ENCUESTA CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS.

INFORMACIÓN

| | | | |
|------------------------|-------|--------------|--------------|
| Centro de Salud | _____ | Fecha | __ / __ / __ |
|------------------------|-------|--------------|--------------|

DATOS DEL PACIENTE

| | | | | | |
|---------------|-----------|-------------|-----------|-----------------------------|----------------------|
| Nombre | _____ | RC | _____ | | |
| | | TI | _____ | | |
| Sexo | F __ M __ | Edad | __ a __ m | Fecha de nacimiento: | <u>día/ mes/ año</u> |

DATOS DE LOS PADRES/ACUDIENTES DEL PACIENTE

| | | | | | |
|-------------------------------------|-------|------------|-------|------------|-------|
| Nombre de la Madre/Acudiente | _____ | CC | _____ | | |
| Dirección | _____ | | | | |
| Correo | _____ | Tel | _____ | Cel | _____ |

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|-------|--|------------|--|-------|--|
| Nombre del Padre/Acudiente | | _____ | | CC | | _____ | |
| Dirección | | _____ | | | | | |
| Correo | | _____ | | Tel | | _____ | |
| Dirección | | _____ | | | | | |

Observaciones: -----

| | | | |
|---------------------------------|-----------|-----------|------------------------------------|
| Consentimiento Informado | No | Si | Fecha: <u>día/ mes/ año</u> |
|---------------------------------|-----------|-----------|------------------------------------|

**ENCUESTAS A PADRES/ACUDIENES:
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD ORAL**

| N o. | Pregunta | Ítems |
|-------------|-----------------|----------------------------|
| 1 | | 1 Asistiendo al odontólogo |

| | | | |
|----------|--|----------|--|
| | En su opinión, ¿cuál es la mejor manera de evitar la caries dental? | 2 | Con una limpieza adecuada de los dientes |
| | | 3 | Con una buena alimentación |
| | | 4 | Evitando el consumo de dulces |
| | | 5 | Otra, _____ cuál? |
| 2 | Quién le ha informado cómo cuidar los dientes del niño? | 1 | Nadie |
| | | 2 | Médico/enfermera |
| | | 3 | Odontólogo |
| | | 4 | Jardinera / madre comunitaria |
| | | 5 | Encargado de la droguería |
| | | 6 | Televisión, radio, folleto, etc. |
| | | 7 | Otro, _____ cuál? |
| 3 | Desde qué momento se debe comenzar la limpieza de la boca del niño? | 1 | Desde que el niño/a nace |
| | | 2 | Desde que aparecen los dientes de leche |
| | | 3 | Desde que tiene todos los dientes de leche |
| | | 4 | Desde que aparecen los dientes definitivos |
| | | 5 | A cualquier edad es igual |
| | | 6 | Otra, _____ cuál? |
| 4 | ¿Desde qué edad es importante utilizar crema dental fluorada? | 1 | Desde que el niño/a nace |
| | | 2 | Desde que aparecen los dientes de leche |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | | 3 | Desde que tiene todos los dientes de leche |
| | | 4 | Desde que aparecen los dientes permanentes |
| | | 5 | A cualquier edad es igual |
| | | 6 | Otra, _____ cuál? |
| 5 | ¿Quién o quiénes son los responsable/s de que el niño muestre señales de caries? | 1 | Los padres de familia |
| | | 2 | Las jardineras (profesores/as) |
| | | 3 | El odontólogo |
| | | 4 | Otro, _____ cuál? |
| 6 | ¿Usted ha asistido al odontólogo en el último año? | 1 | Si |
| | | 2 | No |
| 7 | ¿Cuál fue el motivo de su última visita al odontólogo? | 1 | Revisión o examen |
| | | 2 | Urgencia |
| | | 3 | Limpieza o prevención |
| | | 4 | Calzas |
| | | 5 | Otra? _____Cuál |
| 8 | ¿Cuánto tiempo hace que llevó al niño(a) a un odontólogo por última vez? | 1 | Nunca se ha llevado al odontólogo |
| | | 2 | Hace menos de 6 meses |
| | | 3 | Entre 6 meses a 1 año |
| | | 4 | Hace más de un año |

| | | | |
|----|---|---|---|
| 9 | A qué edad llevó por primera vez al niño al odontólogo | 1 | Nunca |
| | | 2 | Antes del 1er año |
| | | 3 | En el 1er año |
| | | 4 | A los 2 años |
| | | 5 | A los 3 años |
| | | 6 | A los 4 años |
| | | 7 | A los 5 años |
| 10 | ¿Cuál fue el motivo o problema dental del niño por el que consultó al odontólogo la última vez? | 1 | Revisión o examen |
| | | 2 | Urgencia |
| | | 3 | Limpieza o prevención |
| | | 4 | Calzas |
| | | 5 | Otro, cuál? _____ |
| 11 | Si el odontólogo le ha aplicado flúor al niño/a, cada cuánto se lo aplican? | 1 | Nunca le han aplicado |
| | | 2 | Cada seis meses |
| | | 3 | Cada año |
| | | 4 | Infrecuentemente |
| 12 | ¿Cuándo le empezaron a realizar higiene oral al niño? | 1 | Nunca se le ha realizado higiene oral |
| | | 2 | Desde que nació |
| | | 3 | Desde que le empezaron a aparecer dientes |
| | | 4 | De 1 años |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | | 5 | De 2 años |
| | | 6 | De 3 años o mayor |
| 13 | ¿Quién hace la higiene de la boca del niño/a? | 1 | El niño solo |
| | | 2 | Entre el niño y uno de los padres/acudientes |
| | | 3 | Uno de los padres/acudientes solo |
| 14 | ¿En la noche el niño se acuesta con los dientes cepillados? | 1 | Siempre |
| | | 2 | Casi siempre |
| | | 3 | Neutral |
| | | 4 | Casi nunca |
| | | 5 | Nunca |
| 15 | ¿En las mañanas el niño sale de la casa con los dientes cepillados? | 1 | Siempre |
| | | 2 | Casi siempre |
| | | 3 | Neutral |
| | | 4 | Casi nunca |
| | | 5 | Nunca |
| 16 | ¿Se utiliza crema dental fluorada para el cepillado de los dientes del niño? (Si contesta NO pase a la pregunta 19) | 1 | Si |
| | | 2 | No |
| 17 | Quién pone la crema dental sobre el cepillo? | 1 | El niño |
| | | 2 | Los padres/acudientes |

| | | | |
|----|---|---|--|
| 18 | Marque cuál es la cantidad de crema que se aplica al cepillo para el cepillado de los dientes del niño. | 1 |  |
| | | 2 |  |
| | | 3 |  |
| 19 | ¿Cuántas veces al día se le da al niño algún alimento/bebida? | 1 | Hasta 3 al día |
| | | 2 | De 3-5 |
| | | 3 | De 6-7 |
| | | 4 | Más de 7 |
| 20 | ¿Cuando el niño se encuentra inquieto se le da un biberón endulzado o un chupo endulzado? | 1 | Si |
| | | 2 | No |
| 21 | ¿Para dormir al niño de noche se le da un biberón / bebida o chupo endulzado? | 1 | Si |
| | | 2 | No |
| 22 | ¿Sabe usted cuáles son los servicios de salud bucal a los que los niños tienen derecho en forma incluida en la EPS? (No lea los distractores. Puede marcar varias opciones) | 1 | Flúor |
| | | 2 | Sellantes |
| | | 3 | Limpieza de los dientes |
| | | 4 | Educación en salud bucal |
| | | 5 | Otra, _____ cuál? |

Encuestado/a:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: ___ / ___ / ___