



**Estrategia Educativa en Salud Oral: Camaleón Sonriente Cuida Tus Dientes para
Niños de las Comunidades Indígenas Awá, Ico valle de Anape y Resguardo
indígena Nasa Páez Huila**

Paula Katalina Quintana

Código: 20571729688

Deicy Patricia Ortiz

Código: 20571724254

Luz Angélica Jacanamijoy

Código: 20571514624

Universidad Antonio Nariño

Programa Odontología

Facultad de Odontología

Neiva, Colombia

2022

**Estrategia Educativa en Salud Oral: Camaleón Sonriente Cuidan Tus Dientes
para Niños de las Comunidades Indígenas Awá, Ico valle de Anape y Resguardo
indígena Nasa Páez Huila**

Paula Katalina Quintana

Código: 20571729688

Deicy Patricia Ortiz

Código: 20571724254

Luz Angélica Jacanamijoy

Código: 20571514624

Proyecto de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:

Odontólogo

Director (a) Temático:

Título (Ph.D., Doctor, Ingeniero, etc.) y nombre del director(a)

Director metodológico (a):

Dra. Claudia Lorena García Rojas MSc

Línea de Investigación:

Promoción y Prevención en Salud Oral.

Universidad Antonio Nariño

Programa Odontología

Facultad de Odontología

Neiva, Colombia

2022

NOTA DE ACEPTACIÓN

El trabajo de grado titulado

_____.

Cumple con los requisitos para optar

Al título de _____.

Firma del Tutor

Firma Jurado

Firma Jurado

Neiva, 20 mayo de 2022.

Contenido

Pág.

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción	3
1. Antecedentes.....	5
2. Planteamiento del problema	11
3. Justificación.....	15
4. Objetivos.....	17
4.1. Objetivo General	17
4.2. Objetivos específicos.....	17
5. Marco teórico	18
5.1. Caries.....	18
5.2. El Conocimiento.....	19
5.3. Aptitudes	19
5.4. Prácticas de higiene oral.....	20
5.5. Hábitos en salud oral	21
5.6. Índice de placa.....	21
5.6.1. <i>Índice de higiene oral simplificado de Green y Vermillón.....</i>	<i>22</i>
5.7. Estrategias educativas	23
5.7.1. <i>Importancia de la implementación de rompecabezas, videos en el aprendizaje</i>	<i>24</i>
6. Diseño metodológico	25
6.1. Tipo de estudio	25
6.2. Población y muestra	25
6.3. Criterios de selección	25
6.4. Técnicas y procedimientos para selección de datos	25
6.4.1. <i>Fase inicial</i>	<i>26</i>

6.4.2. Sesión 1 Análisis y clasificación de la población.....	26
6.4.3. Sesión 2 análisis, problemática y enseñanza a la población	26
6.4.4. Sesión 3 observación y diagnóstico dental.....	27
1.1. Análisis de datos.....	27
1.2. Aspectos éticos de la investigación.....	27
7. Resultados.....	28
7.1. Aspectos sociodemográficos	28
7.1.1. Género	28
7.1.2. Edad.....	29
7.1.3. Estrato socioeconómico.....	29
7.1.4. Año escolar	30
7.1.5. Zona poblacional.....	31
7.2. Índice de placa dental	31
7.3. Distribución de Conocimientos en salud bucal de los niños de las Comunidades Indígenas Awá, Ico valle de Anape y Resguardo indígena Nasa Páez Huila.	32
7.4. Distribución de Actitudes en salud bucal de los niños de las Comunidades Indígenas Awá, Ico valle de Anape y Resguardo indígena Nasa Páez Huila.	36
7.5. Distribución de Prácticas en salud bucal de los niños de las Comunidades Indígenas Awá, Ico valle de Anape y Resguardo indígena Nasa Páez Huila.	39
7.6. Efectividad de la estrategia	45
8. Discusión.....	47
9. Conclusiones.....	48
10. Recomendaciones.....	50
Anexos	54

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. Distribución por Genero	28
Figura 2. Distribución por edad	29
Figura 3. distribución por estrato socioeconómico	29
Figura 4. Distribución por año escolar.....	30
Figura 5. Distribución zona poblacional.....	31

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Tabla de Distribución pre y postest sobre uso, residuos y lavado de manos.....	32
Tabla 2. Distribución del sentido del cepillado durante el pretest y el postest.....	34
Tabla 3. Distribución sobre cambio del cepillo durante el pretest y postest.....	34
Tabla 4. Distribución sobre préstamo del cepillo durante el pretest y postest.....	35
Tabla 5. Distribución del uso de la seda dental durante el pretest y postest.....	35
Tabla 6. Distribución de frecuencia de uso de la seda durante el pretest y postest.	36
Tabla 7. Distribución de uso del cepillo durante el pretest y postest.....	37
Tabla 8. Distribución sobre el gusto por asistir al odontólogo durante el pretest y postest.	37
Tabla 9. Distribución de aprendizaje sobre uso del cepillo durante el pretest y postest.....	38
Tabla 10. Distribución del uso de seda dental durante el pretest y postest.....	38
Tabla 11. Distribución hábitos en cuanto a frecuencia de lavado durante el pretest y postest.	39
Tabla 12. Distribución de prácticas de frecuencias de uso durante el pretest y postest.	40
Tabla 13. Distribución del cepillado antes de dormir durante el pretest y postest.	40
Tabla 14. Distribución sobre uso de crema dental durante el pretest y postest.	41
Tabla 15. Distribución del consumo de crema dental durante el pretest y postest.	41
Tabla 16. Distribución del cepillado en la lengua durante el pretest y postest.	42
Tabla 17. Distribución de cantidad de crema dental usada durante el pretest y postest.	42
Tabla 18. Distribución de prácticas sobre personal de apoyo al cepillado durante el pretest y postest.	43
Tabla 19. Distribución de personal que aplica la crema durante el pretest y postest.	43
Tabla 20. Distribución de uso de seda dental durante el pretest y postest.....	44
Tabla 21. Distribución de disposición final de la seda dental durante el pretest y postest.	44
Tabla 22. Distribución de asistencia al odontólogo durante el pretest y postest.	45

(Dedicatoria)

Como primera medida a Dios, por ser nuestro guía y protector en todo este tiempo en el cual hemos desarrollado la carrera.

A nuestros Padres, Hermanos, Abuelos; por creer en nosotros, por apoyarnos en los momentos difíciles; por llevarnos en sus oraciones y por ser siempre nuestros guías.

Paula Katalina Quintana

Deicy Patricia Ortiz

Luz Angélica Jacanamijoy

Agradecimientos

Queremos hacer un agradecimiento muy especial a nuestros tutores el Dr. Adolfo Pérez y la Dra. Claudia Lorena García Rojas MSc, por su apoyo, asesoría y atención al desarrollo de este proyecto; a la Universidad Antonio Nariño, por ser la base de nuestro proceso de formación, por entregarnos a través de cada uno de sus profesores, el conocimiento, la experiencia y las herramientas necesarias para ser más competitivos y personas en las realidades laborales y sociales de nuestra vida.

Resumen

Introducción: Según la OMS (2020), las enfermedades bucodentales afectan a 3500 millones de personas, por lo que constituyen una importante carga para el sector de la salud.

Objetivo: Evaluar la efectividad de una estrategia educativa denominada camaleón sonriente cuida tus dientes en niños de 6 a 12 años en comunidades indígenas Awá, Ico valle de Anape y Resguardo indígena Nasa Páez Huila. **Materiales y métodos:** Es un estudio longitudinal, por medio del cual se realiza la aplicación de la estrategia “Camaleón sonriente cuida tus dientes. **Resultados:** se identificaron impactos positivos en variables como uso del cepillo, seda dental y frecuencia de cepillado postest. **Conclusiones:** Con respecto al índice de placa aplicada la estrategia educativa de evidencia una mejora en el índice lo cual se valida en el que valor de p es menor a 0,05 lo que indica la efectividad de la estrategia.

Palabras clave: Actitudes, conocimientos, cepillo, seda dental, prácticas en salud.

Abstract

Introduction: According to WHO (2020), oral diseases affect 3.5 billion people and therefore constitute an important burden for the health sector. **Objective:** To evaluate the effectiveness of an educational strategy called smiling chameleon take care of your teeth in children aged 6 to 12 years in indigenous communities Awá, Ico valley of Anape and Nasa Páez Huila indigenous reservation. **Materials and methods:** It is a longitudinal study, through which the application of the strategy "Smiling Chameleon takes care of your teeth" is carried out. **Results:** positive impacts were identified in variables such as use of toothbrush, dental floss and frequency of brushing posttest. **Conclusions:** With respect to the plaque index applied the educational strategy of evidence an improvement in the index which is validated in that p value is less than 0.05 which indicates the effectiveness of the strategy.

Key words: Attitudes, knowledge, toothbrush, dental floss, health practices.

Introducción

Para Turcotte (2020), la Higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar los individuos para el control de los factores que ejercen efectos nocivos sobre su salud; por otro lado, la higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo; por tanto, la higiene dental es el conjunto de normas y prácticas que permitirán prevenir enfermedades en las encías y evitará en gran medida la susceptibilidad a la caries dental. Pero una higiene dental se debe realizar de la forma y con las herramientas adecuadas. (Turcotte, Sanders, & Johnson, 2020)

Dado que la boca es la puerta de entrada de una gran variedad de bacterias, ya que en ella; según especialistas médicos; se pueden encontrar hasta 700 tipos de estos elementos, muchos de los cuales son nocivos para la salud general, más allá del daño que causan a los dientes y encías, la salud de los dientes y encías puede indicar el estado de toda la salud en general y la mala higiene dental se ha asociado a un alto riesgo de algunas enfermedades en adultos y niños.

Por tanto, la higiene oral es un factor muy importante para la salud general de los seres humanos; de igual manera es muy importante el conocimiento de los procedimientos básicos de higiene oral para mantener un buen estado de salud.

La presente investigación tiene como objeto determinar la efectividad de una estrategia educativa denominada camaleón sonriente cuida tus dientes en niños de 6 a 12 años en comunidades indígenas Awá, Ico valle de Anape y Resguardo indígena Nasa Páez Huila; una buena salud bucodental depende de un riguroso hábito de higiene oral.

Son muchas las problemáticas que pueden girar en torno a esta temática, sin embargo, como se indicó la caries es una patología de alta prevalencia, la cual debe abordarse por parte de los futuros odontólogos, permitiendo desde el aula mater promover estrategias preventivas que mitiguen este impacto en las comunidades indígenas objeto del estudio

1. Antecedentes

Como componente del proceso de investigación, resulta fundamental indagar sobre algunos antecedentes que permitan establecer el contexto en el que se desarrolla la investigación planteada en el presente documento; los aportes bibliográficos en función de tiempo son necesarios ya que contribuyen al proceso de formación científica y descriptiva del mismo; dentro de estos referentes tenemos:

Chamorro Et Al (2016), realizó una investigación para establecer una caracterización de las políticas públicas desarrolladas en las poblaciones indígenas del amazonas; una de estas comprende la política de salud oral en donde los investigadores realizaron un diagnóstico de higiene oral y caracterización de la caries dental; la metodología empleada corresponde a un tipo de investigación descriptivo-transversal cuyo diseño utilizado fue de tipo deductivo – inductivo, el cual se realizó con habitantes indígenas Ticuna, de las comunidades de Buenos Aires, Caña Brava y Nueva Unión del corregimiento de Tarapacá; la población consistió en un total de 258 de 420 habitantes, entre los 5 y 67 años, realizando un examen intraoral en el que se diagnosticó caries en dentición primaria y dentición permanente y el índice de higiene oral simplificado para determinar la higiene bucal, los resultados indicaron que la caries dental y la pérdida dental se pueden relacionar y atribuir a la higiene oral deficiente que tiene la población; el índice de higiene oral es regular, debido al escaso uso de cepillo y crema dental, ya que la frecuencia de cepillado es una vez al día y casi nunca visitan al odontólogo (Guzmán, Chamorro, & Romero L, 2016).

Sin embargo los resultados anteriores son similares a los realizados por Muñoz & Baeza (2017) quienes realizaron una investigación sobre “ la percepción de la comunidad indígena de butalelbun de Chile, sobre importancia de la higiene oral y rol del odontólogo

en adultos mayores de 30 años de edad”; los resultados indicaron que uno de los mayores problemas para acceder a servicios odontológicos son las grandes distancias que hay hasta el punto de salud; sin embargo existe una práctica cultural basada en el uso de jabón natural que emplean como dentífrico para su limpieza dental; sin embargo los estudios indicaron que la prevalencia de caries en dicha población es alta y el 95% de la población tenía piezas dentales faltantes y con presencia de placa; de aquí que la percepción en general alcanzada es la baja capacidad de acceso al servicio y la falta de información y aplicación de programas de prevención e información sobre esta patología (Muñoz M & Baeza O, 2017).

Al igual que Valle Et Al (2018), en su investigación “Caracterización del biotipo facial, caries, hábitos de higiene oral y dieta alimenticia en originarios de Lenca de Intibucá”, determinaron que la prevalencia de caries, hábitos de higiene oral, biotipo facial y la dieta alimenticia en la comunidad Lenca de la aldea Mixcure, departamento de Intibucá era alta y obedecía a la muy deficiente higiene oral de la etnia a consecuencia de barreras de tipo espiritual y cultural que rechazaban el uso de elementos de higiene oral; la muestra incluyó 76 personas, en edades de 2-64 años, y se realizó evaluación clínica intra-/extraoral. La comunidad Lenca de Mixcure presenta una dieta alta en carbohidratos, hábitos de higiene oral pobres, sin embargo, el uso de auxiliares de limpieza oral caseros tales como carbón y sal. Se encontró presencia de caries en el 100% de la población estudiada, siendo la dentición posterior la más afectada. El índice CPO-D para la población en general fue de 13.9 (riesgo muy elevado). En individuos con dentición permanente, el índice CPO-D fue de 16.27 con predominio de caries en género femenino; en individuos con dentición decidua el índice CEO fue de 6.45 y en dentición mixta el índice CPO-D fue de 19; los resultados demuestran una alta prevalencia de caries, según criterios de la OMS, debido a varios factores, entre

ellos la poca atención odontológica disponible en la región, la falta de nutrientes en su dieta, higiene deficiente que conlleva a la acumulación de placa bacteriana, y por ende a una pérdida dental temprana y alteraciones funcionales (Valle G, Serrano B, Herrera P, & Rivas M, 2018).

Un estudio realizado por Cañete Et Al (2018) a los indígenas de la comunidad de Pykasú del Chaco Paraguayo (etnia Guaraní Ñandéva), mostró que esta población no tenía acceso a los servicios de salud bucal por los problemas de distancia y las condiciones viales. Este estudio observacional descriptivo transversal tuvo como objetivo determinar el estado de salud bucodental y dieta de 57 niños de 3 a 13 años de dicha comunidad, utilizando los índices ceod y CPOD, IHO-S y el índice de hemorragia del surco de Mühlemann. La media del ceod en la dentición decidua fue alta (5), en la dentición mixta los valores de ceod fueron moderados (3.5) y el CPOD bajo (1.6), y en la permanente el CPOD fue moderado (3.6) según la escala de la OMS. En cuanto a la escala IHOS, el 65% de la población tenía un valor del índice considerado como regular; un alto porcentaje de la población (94,8%) presentó hemorragia al sondaje mayor al 10% de las superficies de los dientes sondados. La dieta era equilibrada y el consumo de azúcares y almidones refinados poco frecuente, además del consumo de frutos de la zona de alto contenido de fibras como el algarrobo que es consumido por todos los niños, en su mayoría más de 6 vainas al día (Amarilla, y otros, 2018).

Ahora bien, para Tangarife Et Al (2019) es necesario establecer la importancia de las prácticas de cuidados ancestrales en las comunidades indígenas; que para el caso del estudio comprendió la identificación de esos aspectos culturales en niños de la etnia indígena emberá -Katio; de lo cual se establece que pese a existir un programa de cobertura, una de

las barreras más complejas para establecer el índice de prevalencia y de salud dental era el idioma, ya que a través del mamó o chaman se canalizaban todas las estrategias de salud oral enfocadas a la población indígena; los resultados indican que existe una alta tasa de prevalencia de caries en niños la cual está asociada posiblemente a los usos de las prácticas tradicionales que impiden la utilización de enjuagues, crema dental y seda dental entre otros; de aquí la importancia de que el profesional de salud oral contemple la adopción de las prácticas ancestrales, así como su idioma con miras a garantizar una comunicación eficiente y activa (Tangarife, Tamayo, & Zapata, 2019)

Para López (2019) la caries dental es la enfermedad odontológica que se presenta con mayor frecuencia y que constituye el principal problema de salud bucal en la población indígena infantil que acude a la Clínica Esquipulas en Chiapas, México; para ello se estudiaron 73 pacientes de 1 a 12 años mediante encuesta realizada a la madre del niño seleccionado de manera aleatoria en la muestra, que incluían los datos de identificación del mismo y sus características sociodemográficas, además del llenado del Índice CPOD y del índice de VIGIL; de acuerdo con lo anterior se encontró que el nivel de severidad es muy alto en todas las etnias investigadas (9.1 en promedio), siendo el nivel más grave entre los Tzotziles con un 9.7 grupal, etnia originaria de los altos de Chiapas, la edad más vulnerable fue entre los 6 a 9 años de edad con un nivel de severidad grave de predominio masculino con un índice de 10.5 grupal específico; del estudio se concluye que los factores de riesgo sociodemográficos, nutricios, de educación e higiene y pertenencia a servicios de salud influyen directamente sobre la existencia de caries y la necesidad de tratamiento de los pacientes infantiles indígenas Chiapanecos. (Gutiérrez L, 2019).

De igual manera Rojas Et Al (2019), tuvieron como propósito determinar la prevalencia de caries dental en indígenas residentes en el municipio Autana, Estado Amazonas, Venezuela; la muestra analizada incluye 830 sujetos indígenas con edades comprendidas entre 2 y 20 años; la evaluación clínica bucal partió del examen clínico se utilizó unidad portátil, fronto-luz, espejo bucal #5 y explorador #23; la prevalencia de caries dental en la población fue de 97,8%. Los índices CPO-D y ceo-d promedio fueron $4,83 \pm 4,60$ y $2,97 \pm 3,7$. Cuando se compararon los datos correspondientes al CPO-D de acuerdo al género, $5,00 \pm 4,53$ y $3,09 \pm 3,94$ para el masculino y $4,69 \pm 4,66$ y $2,87 \pm 6,62$ para el femenino, no se observó la presencia de diferencias. ($p > 0,05$) (Rojas S, 2019).

De aquí la importancia de las estrategias desarrolladas para prevenir y promover la higiene oral en este tipo de comunidades; ejemplo de esto lo explica Ore (2019), en su investigación sobre “Desarrollo de un modelo de atención en salud bucal en pueblos indígenas. Satipo-Junín periodo 2018-2020”; uno de sus estrategias incluía la higiene oral como factor de mitigación del índice de caries en niños de 4 a 14 años; sin embargo una de las barreras fue el idioma materno y las barreras asociadas a las creencias religiosas de la etnia; para ello se diseñaron herramientas prácticas que integraban las buenas prácticas de higiene oral como el uso del cepillo, el dentífrico y la seda; pese a este enfoque la tasa de aceptación por parte de los padres para adoptar estas actividades fue muy baja, debido a la fuerte influencia del chaman, cuyas prácticas de higiene oral solo admitían el uso de materiales naturales como aceites vegetales para la limpieza bucal, sin embargo como se mencionó existe una alta de población diagnosticada con caries (Oré, 2019).

Chaparro Et Al (2020) realizó un estudio para describir los avances de un proyecto de salud bucal en Indígenas de la parcialidad Pãi Tavytera de la Comunidad Iguazú; esto

como resultado de la incipiente inclusión en el relevamiento de datos epidemiológicos de estas poblaciones por el aislamiento cultural geográfico y la inadecuada distribución de profesionales de la salud bucal próxima a la población; los resultados indicaron que el 75% de la población tiene caries, lo que conlleva a que se replantearan las estrategias usadas actualmente para su prevención (Chaparro, Rojas, & Torres, 2019).

2. Planteamiento del problema

Según la OMS (2020), las enfermedades bucodentales afectan a casi 3500 millones de personas, por lo que constituyen una importante carga para el sector de la salud de muchos países y afectan a las personas durante toda su vida, causando dolor, molestias, desfiguración e incluso la muerte; estas enfermedades comparten factores de riesgo con otras importantes enfermedades no transmisibles (OMS, 2021).

Según el estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2017 (Global Burden of Disease Study 2017) la caries dental sin tratar en dientes permanentes es el trastorno de salud más frecuente y afecta a más de 530 millones de niños en los dientes de leche; la periodoncia grave, que puede provocar la pérdida de dientes, también es muy frecuente, puesto que afecta a casi el 10% de la población mundial (Forouhi & Unwin, 2019).

Molina (2015) indica que estas patologías se producen en edades tempranas, y una de sus causas se asocia a la mala higiene oral, producto de la poca importancia que prestan las personas sobre los beneficios de una buena higiene oral como estrategia de prevención y de poder tener una buena calidad de vida a nivel bucodental (Molina F, Durán M, & Castañeda C, 2015).

Los factores de riesgo asociados a la caries comprenden la placa dental, el ph, la higiene es un factor de riesgo que influye de forma determinante en la aparición de esta infección de la cavidad bucal; constituye un punto importante en el que el aspecto educativo tiene un papel fundamental, ya que de no fortalecer este proceso mediante estrategias o campañas se puede incrementar la prevalencia de esta patología y por ende daños de mayor impacto a futuro como enfermedades bucodentales, las cuales deben ser

intervenidas con acciones correctivas mas no preventivas y de mayor riesgo (Luján H, Luján H, & Sexto, 2007)

Sin embargo, Colombia no es la excepción, de acuerdo con el Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) dentro de las razones por las que las personas presentan enfermedades que afectan la salud bucal están los determinantes sociales como la educación, la vinculación laboral, la pobreza, la distribución, capacidad y disponibilidad de servicios socio-sanitarios, el curso de vida, las condiciones y costumbres afectan las condiciones, modos y estilos de vida para que las personas puedan contar con el conocimiento y la disponibilidad de medios para realizar sus prácticas de consumo de alimentos, de elementos de higiene, y acceso a servicios de salud entre otros, para el cuidado de su salud bucal en todos sus espacios de vida (MINSALUD, 2014).

De acuerdo con el ENSAB IV, el 91,58% de las personas entre 12 y 79 años han presentado en algún momento de su vida caries dental, y 33,27% de los niños de 1, 3 y de 5 a 12 años, a su corta edad, también han presentado antecedentes de esta enfermedad; con respecto a la prevalencia se estima que esta entre un 35,5 % y un 47 % para este mismo rango de edad. (MINSALUD, 2014).

Ahora bien estas patologías afectan a todas las poblaciones, incluyendo las étnicas; de las cuales en Colombia al 2018 se tenían censadas cerca de 115 pueblos indígenas cuya población estimada es de 1.905.617 personas y de las cuales el 6% corresponden a niños entre los 6 y 14 años de edad; la mayor parte de esta población habita en el área rural (78%); en los 32 departamentos del país se encuentra ubicada población indígena, aunque en 25 de ellos se presenta una clara presencia de comunidades que habitan en su mayoría

en resguardos (718), en aproximadamente 214 municipios y en 12 corregimientos departamentales. (DANE, 2018)

Investigaciones como la de Luque & Ramos (2019) , indican que la presencia de caries en niños pertenecientes a poblaciones indígenas es muy frecuente debido a que existen barreras de tipo cultural asociadas a creencias que impiden el uso de elementos de higiene bucodental como el caso del cepillo, el hilo y los enjuagues; claramente este hecho aumenta el potencial de desarrollar la caries y por ende enfermedades del periodonto (Luque C & Ramos R, 2019)

Al igual que Rengifo (2013), la caries es la patología más frecuente en poblaciones indígenas como las de Popayán, lo cual se atribuye a una falta de conciencia en el uso de elementos de aseo bucal como resultado de la poca información e importancia de estos en la salud dental y de calidad de vida (A & Muñoz O, 2018).

De acuerdo a la búsqueda bibliográfica realizada hasta el momento son muy pocas las estrategias encontradas sobre salud oral en comunidades indígenas; de acuerdo con lo anterior resulta importante desarrollar programas que promuevan el uso de elementos de aseo en niños con el fin de prevenir la caries y por ende otras patologías asociadas que pueden afectar de forma severa su salud dental e integral; actualmente se desarrolla en la universidad Antonio Nariño una estrategia de salud Oral de nombre “Camaleón Sonriente , Cuidan Tus Dientes”, la cual va dirigida a diferentes poblaciones de niños y que en el caso particular del estudio aplica a niños indígenas de la etnia Awa, Ico valle de Anape y Resguardo indígena Nasa Páez Huila, de acuerdo con lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la efectividad de la estrategia “¿Camaleón Sonriente Cuida Tus Dientes” para Niños de las Comunidades Indígenas Awá, Ico valle de Anape y Resguardo indígena Nasa Páez Huila?

3. Justificación

La importancia de los resultados en la presente investigación, permiten identificar las barreras que presenta la población de estudio, sobre el uso de elementos de aseo bucodental, así como establecer el impacto que tiene la caries sobre la salud bucodental de los niños y los problemas que puede acarrear a futuro si no se implementan medidas preventivas o se siguen las recomendaciones dadas por la estrategia Camaleón Sonriente Cuida tus Dientes.

Otro de las razones para realizar este trabajo se fundamenta en poder establecer la efectividad de la(s) estrategia desarrollada a partir de diferentes actividades pedagógicas sobre el uso y refuerzo del conocimiento sobre el manejo de los elementos de aseo oral a partir de la experiencia, de tal forma que se puedan fortalecer o proponer programas de prevención e higiene oral en la comunidad de estudio que sirvan como guía para implementaciones a nivel nacional.

Esta investigación se convierte entonces en una guía teórica para futuros proyectos asociados a esta temática las cuales pueden ser aplicadas a diferentes poblaciones indígenas, logrando de esta manera alcanzar un estándar a nivel de estrategia y pedagogía de enseñanza y aprendizaje.

Colombia es un país subdesarrollado cuyos problemas en el sistema de salud y en especial en poblaciones indígenas, muestra grandes posibilidades de mejora en sus políticas; de acuerdo con lo anterior el éxito de la odontología al asociarla con las tendencias numéricas de alta prevalencia de la caries no se deben centrar en la curación, si

no en la prevención; la cual es el foco de la estrategia aplicar en el estudio (González M, Luna R, & Solana, 2008).

Claramente los beneficiarios de este estudio corresponde a todos los niños entre los 6 y 12 años de edad pertenecientes a la población indígena Awá , Ico valle de Anape, Resguardo indígena Nasa Páez Huila, cuyos asentamientos están distribuidos a nivel nacional; así como los padres y docentes que requieren de potencializar el conocimiento sobre la higiene oral y la importancia de la prevención como estrategia de salud oral.

Los resultados pueden ser aplicables en programas de prevención a nivel local, regional o nacional; como una manera de ayudar a controlar los índices de salud bucodental en los niños.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Evaluar la efectividad de una estrategia educativa denominada camaleón sonriente cuida tus dientes en niños de 4 a 12 años en comunidades indígenas Awá, Ico valle de Anape y Resguardo indígena Nasa Páez Huila.

4.2. Objetivos específicos

Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas en después salud oral en niños de 4 a 12 años antes y después de implementarla estrategia en comunidades indígenas Awá, Ico valle de Anape y Resguardo indígena Nasa Páez Huila

Determinar el índice de placa de Green y Vermillion en niños de 4 a 12 años antes y después de implementar la estrategia en comunidades indígenas Awá, Ico valle de Anape y Resguardo indígena Nasa Páez Huila

Implementar herramientas educativas como son (Videos didácticos, cartillas, videojuego digital educativo, cartillas para colorear, juegos de mesa (rompecabezas, escalera) en niños de 4 a 12 años en comunidades indígenas Awá, Ico valle de Anape y Resguardo indígena Nasa Páez Huila

Comparar la efectividad de la estrategia en las comunidades.

5. Marco teórico

5.1. Caries

La caries es una enfermedad crónica infecto-degenerativa de proceso bacteriano dinámicamente permanente y destructivo, que está presente en la superficie del diente generando ácidos constantemente, a partir de azúcares libres contenidos en las bebidas y alimentos, que quedan como residuos después del proceso de ingesta, causantes de la desmineralización del diente, lo cual produce que se disuelva el esmalte dental y la dentina, además de una respuesta periapical (Díaz, 2014; OMS, 2018; FDI, 2015)

Sin embargo, La Organización Mundial de la Salud en su publicación sobre la salud bucal ofrece un concepto más claro y puntual acerca de que es la caries dental y su formación.

La caries dental se produce cuando la placa bacteriana que se forma en la superficie del diente convierte los azúcares libres contenidos en alimentos y bebidas en ácidos, que con el tiempo disuelven el esmalte dental y la dentina. La ingesta abundante y continua de azúcares libres, la exposición insuficiente al flúor y la falta de remoción periódica de la placa bacteriana provocan la ruptura de las estructuras dentarias, lo que propicia el desarrollo de caries y dolor, menoscaba la calidad de vida en lo que respecta a la salud bucal y, en una etapa avanzada, ocasiona pérdida de dientes e infección sistémica (Cubero S, Isabel, González, & Ferrer G, 2019).

Es claro que el control inadecuado de la placa bacteriana produce un ambiente ideal para la formación de caries dental, adicionalmente, la caries es considerada como un

problema de salud público de alta complejidad, ya que su origen es de carácter multifactorial.

5.2.El Conocimiento

El conocimiento es un conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia, la adquisición de conocimientos o a través de la observación. En el sentido más extenso, se trata de la tenencia de variados datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo; de esta forma el conocimiento permite al ser humano fortalecer y desarrollar procesos asociados al aprendizaje, las competencias, las habilidades, todas ellas integradas de tal forma que le permiten en su entorno aplicar para su entendimiento y desarrollo personal; el conocimiento proporciona información para la comprensión de la realidad, permitiendo tomar decisiones que pueden beneficiar o no su integridad (Esparza P & Rubio B, 2016)

Existen diferentes formas de evaluar el conocimiento dentro de las que se destacan:

Diagnósticos, evaluaciones, cuestionarios, listas de chequeo, mapa conceptual

5.3.Aptitudes

La aptitud se entiende como “el conocimiento adquirido, todo lo que se ha ido aprendiendo a lo largo de la vida académica y gracias a las experiencias; en sí es la capacidad que tiene la persona para realizar cualquier función” (Veloz, 2016); las aptitudes permiten tener un concepto claro de las fortalezas y límites de las personas cuando se plantan objetivos o metas de acuerdo con las condiciones en las que estén. Por otro lado,

hay que hacer una diferencia entre las habilidades innatas del sujeto y aquellas aptitudes que se obtienen por medio de la experiencia, ya que no toda la gente va a presentar la misma experiencia debido a que este depende del entorno en que se desarrolla la persona; con el paso de los años se aumentan las experiencias, vivencias, conocimientos y aprendizaje (García, 2018). Según P. Pimsleur “los tres componentes de la aptitud lingüística son: la motivación, inteligencia verbal y habilidad auditiva” (Larsen, 2016).

5.4. Prácticas de higiene oral

La higiene oral está dirigida al control de la placa bacteriana causante de las infecciones orales más comunes como caries y enfermedad periodontal. Actualmente existe un amplio catálogo de herramientas capaces de combatir los agentes que generan estas enfermedades, las cuales no reciben el uso adecuado por parte del paciente lo que dificulta su óptimo desempeño (Hernández, Marulanda, Carrillo E, & Suárez C, 2021).

Las prácticas de higiene oral son medidas de tipo preventivas dirigidas a prevenir la aparición de dichas patologías y por ende promover una buena salud bucodental; dentro de recomendaciones generales de higiene oral se tienen:

- Cepílese en profundidad, use hilo dental y enjuague bucal por lo menos dos veces al día.
- Ingiera una dieta equilibrada y reduzca las ingestas entre comidas
- Utilice productos dentales con flúor, inclusive la pasta de dientes
- Use enjuagues bucales fluorados si su dentista lo indica

De acuerdo con lo anterior, no sólo se trata de aprender el uso correcto de los implementos para la higiene oral, también se deben adoptar buenos hábitos que complementen la tarea que a diario se realiza con el cepillado, el uso de hilo dental, crema dental y enjuague bucal.

5.5. Hábitos en salud oral

Un hábito es una rutina o comportamiento que se repite regularmente y tiende a ocurrir inconscientemente; de esta manera un conjunto de rutinas crea los hábitos; por ende, desde la perspectiva oral el hábito es el resultado de una acción que repites frecuentemente de forma inconsciente; estos hábitos están asociados a frecuencias como el número de veces que se cepilla, o realiza enjuagues después de cada comida o en su defecto el uso del hilo dental cada vez que ingiere un alimento; todos estos hábitos contribuyen a generar una dinámica de buena salud en las personas, previniendo de esta forma el desarrollo de enfermedades (Casals P, 2006)

5.6. Índice de placa

El control de la placa dental se basa en el examen clínico para detectar la presencia de placa dentobacteriana en la superficie del diente, que se puede observar mediante inspección visual, utilizando una sonda dental o sustancias reveladoras. Los datos registrados por el índice de placa se pueden utilizar para la evaluación y determinación de un plan de tratamiento o estrategia educativa.

5.6.1. Índice de higiene oral simplificado de Green y Vermillón

Este índice permite identificar la placa dura y blanda sobre las superficies de las piezas dentales, de acuerdo con lo anterior se indica que:

- Índice que mide la superficie del diente cubierta con sarro y depósitos blandos.
- Es simplificado porque sólo evalúa 6 superficies dentales, entre las que se encuentran:

Cara vestibular de:

- Incisivo central superior derecho
- Incisivo central inferior izquierdo
- Primeros molares superiores derecho e izquierdo.

Cara lingual de:

- Primeros molares inferiores derecho e izquierdo.


Para realizarlo se necesita un espejo bucal y un explorador dental tipo 2, además de buena iluminación

Figura 1.

Criterios de medición y modo de calculo


-Depósitos blandos:		Depósitos duros	
0	No hay depósitos ni pigmentaciones.	0	No hay tártaro.
1	Existen depósitos en no más del 1/3, o hay pigmentación.	1	Tártaro supragingival que cubre no más del 1/3 de la superficie dentaria.
2	Existen depósitos que cubren más del 1/3, pero menos que 2/3.	2	Tártaro supragingival que cubre más del 1/3, pero menos que 2/3 de la superficie dentaria, o bien hay porciones aisladas de tártaro supragingival.
3	Los depósitos cubren más de 2/3 de la superficie dentaria.	3	Tártaro supragingival que cubre más de 2/3 de la superficie dentaria examinada, o existe una banda gruesa continua de tártaro supragingival que rodea la porción cervical del diente.

0




3/3

1




1/3

2



2/3

3



3/3

Cálculo del índice:

Índice	=	$\frac{\text{Suma de códigos}}{\text{Nº de Dientes}}$
---------------	---	---

Niveles de IHO

0.0-1.0 : Óptimo	2.1-3.0 : Malo
1.1-2.0 : Regular	Más de 3 : Muy malo

Nota: La figura 1 describe los criterios de medición para depósitos blandos y duros y los rangos en los que se encuentra el índice en el paciente a partir de la escala indicada.

5.7.Estrategias educativas

Las estrategias de enseñanza se definen como los procedimientos o recursos utilizados por los docentes para lograr aprendizajes significativos en los alumnos. Cabe hacer mención que el empleo de diversas estrategias de enseñanza permite a los docentes lograr un proceso de aprendizaje activo, participativo, de cooperación y vivencial. Las vivencias reiteradas de trabajo en equipo cooperativo hacen posible el aprendizaje de valores y afectos que de otro modo es imposible de lograr (psicologiyamente.com, 2021).

Es importante destacar que las estrategias como recurso de mediación deben de emplearse con determinada intensidad, y por tanto deben de estar alineadas con los propósitos de aprendizaje, así como con las competencias a desarrollar.

5.7.1. Importancia de la implementación de rompecabezas, videos en el aprendizaje

Su importancia radica en que permiten obtener un conocimiento simple y real a nivel temático a partir de la combinación de procesos motores, didácticos y psicológicos (Pamplona R, S, & C, 2019).

El juego con rompecabezas ofrece una oportunidad excelente de aumentar las habilidades cognitivas y las destrezas de la motricidad fina. Pero también puede ser un momento de desarrollar las habilidades sociales, emocionales y lingüísticas si los cuidadores aprovechan de modo bien pensado el tiempo que se pasa jugando con este tipo de juguete.

El uso del vídeo en el aula facilita la construcción de un conocimiento significativo dado que se aprovecha el potencial comunicativo de las imágenes, los sonidos y las palabras para transmitir una serie de experiencias que estimulen los sentidos y los distintos estilos de aprendizaje en los alumnos. Esto permite concebir una imagen más real de un concepto. Sin embargo, ¡la imaginación! vuela, los conceptos se reagrupan y se redefinen, ¡y es entonces cuando la presencia del maestro se reafirma! ya que es él Quien determina cómo, cuándo y para qué se debe utilizar, lo cual, le da sentido y valor educativo.

6. Diseño metodológico

6.1. Tipo de estudio

De tipo longitudinal, por medio del cual se realiza la aplicación de la estrategia “Camaleón sonriente cuida tus dientes” en un periodo de tiempo con miras a establecer la efectividad de la misma.

6.2. Población y muestra

Conformada por los niños de las comunidades indígenas Awá, Ico valle de Anape y Resguardo indígena Nasa Páez Huila, cuyas edades se encuentran en un rango de 4 a 12 años, el tamaño de la población está conformada por:

Ico valle de Anape: 34 niños.

NASA de Arrayanes-rio negro: 19 niños.

Awá: 22 niños

6.3. Criterios de selección

Criterios de inclusión: Niños indígenas de ambos sexos, que se encuentren dentro de las edades 6 a 12 años y que vivan en su comunidad.

Criterios de exclusión: Niños con alteración en el aprendizaje o discapacidad

6.4. Técnicas y procedimientos para selección de datos

El tiempo de aplicación de la estrategia es de 12 semanas

6.4.1. Fase inicial

Socialización del proyecto

Firma de intención y consentimiento informado

Protocolo para aplicación de la estrategia

6.4.2. Sesión 1 Análisis y clasificación de la población

- Estudio de las costumbres y hábitos de higiene oral que tienen los niños
- Clasificación de niños por edades
- Primer control de placa

6.4.3. Sesión 2 análisis, problemática y enseñanza a la población

- Evaluar los elementos que utilizan los niños para realizar la higiene oral
- Elaboración de estrategias didácticas de aprendizaje para niños y cuidadores

(Juego seda valiente que consiste en que por parejas se les dará un laso que simulara la seda dental con el cual ellos tendrán que tratar de sacar cada microorganismo del surco simulando la limpieza de este, cada pareja se hará por una cara del diente (mesial – distal) contando con un total de 2 parejas conformadas por 4 personas, se les dará un tiempo límite para sacar los microorganismos, la pareja que logre sacar más será la ganadora.

6.4.4. Sesión 3 observación y diagnóstico dental

- Observar el uso de la seda dental y cepillado (frecuencia, duración, forma en que lo realizan)
- Diagnóstico por género

1.1. Análisis de datos

El análisis de datos se realizó mediante análisis univariado; para las variables cualitativas se usaron proporciones y para las variables cuantitativas se realizó con medidas de tendencia central, una vez comprobado la distribución normal de los datos se aplicó un análisis bivariado por medio de chi cuadrado.

1.2. Aspectos éticos de la investigación

Se realizó consentimiento y asentimiento informado para fines académicos sobre el objetivo y finalidad de la investigación, cuya información se restringe solo para el área de odontología y será de tipo confidencial para fines académicos sin ningún riesgo, esto según la resolución 8430 de octubre 4 de 1993 que en el título II “ de la investigación en seres humanos” , Capítulo 1 “ de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, artículo 11 define la investigación sin riesgo como aquella en la que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio (MINSALUD, 1993).

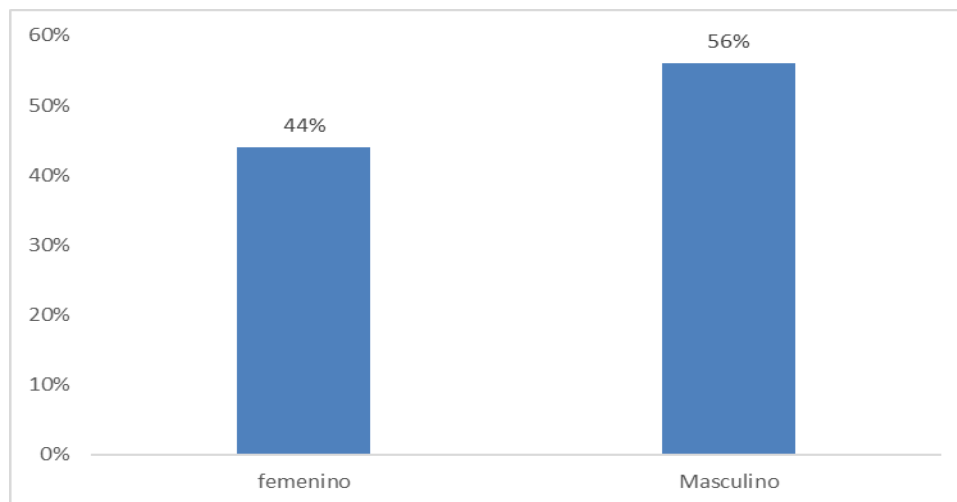
7. Resultados

7.1. Aspectos sociodemográficos

Los aspectos sociodemográficos presentados a continuación corresponden al género, la edad, estrato socioeconómico, año escolar y zona poblacional.

7.1.1. Género

Figura 1. Distribución por Género

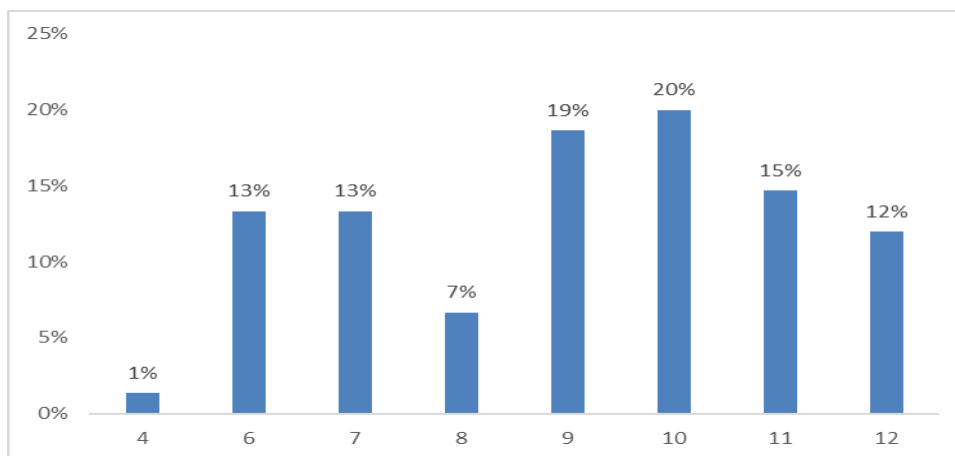


Fuente: Autor

En la figura 1 se puede determinar que la mayor participación x género de la muestra, corresponde al masculino con una variación del 12 % por encima del género femenino.

7.1.2. Edad

Figura 2. Distribución por edad

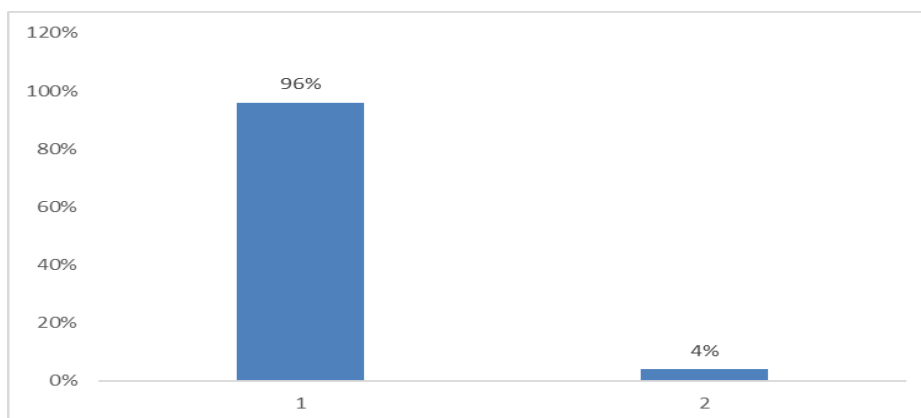


Fuente: Autor

En la figura 2 se observa que las edades de mayor frecuencia en el estudio corresponden a las 10, 9 y 11 años; la de menor participación fueron los niños de 4 años.

7.1.3. Estrato socioeconómico

Figura 3. distribución por estrato socioeconómico

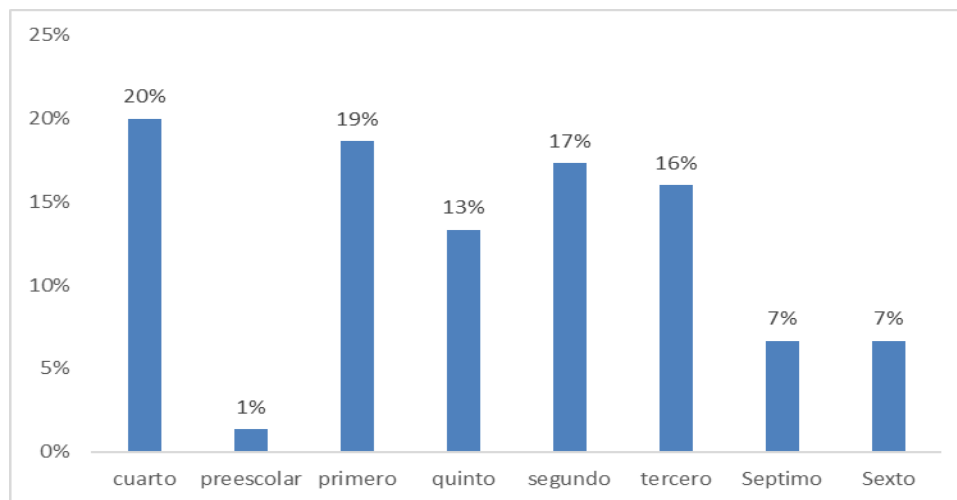


Fuente: Autor

La figura 3 muestra una gran participación del estrato 1, el cual se evidencia en una diferencia de 92 % frente al estrato 2 en la muestra estudiada.

7.1.4. Año escolar

Figura 4. Distribución por año escolar

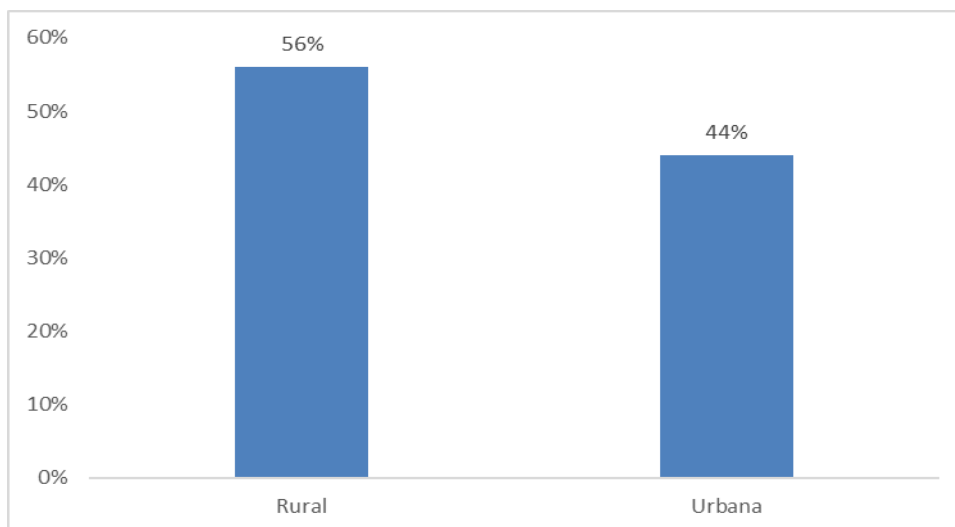


Fuente: Autor

Los grados de mayor frecuencia de participación corresponden al grado cuarto, primero, segundo y tercero; mientras que preescolar tubo la menor participación en el estudio.

7.1.5. Zona poblacional

Figura 5. Distribución zona poblacional



Fuente: Autor

En la figura 5 se observa una mayor participación de niños cuyo origen pertenece a la zona rural frente a niños del área urbana.

7.2. Índice de placa dental

Para el cálculo del índice de placa dental se determinaron las medias y los cuartiles 1,2 y 3, junto con las pruebas no paramétricas de Wilcoxon, con el fin de determinar variaciones entre las muestras analizadas antes y después como se indica a continuación:

Variable	Pretest	Postest
Media	0,63	0,42
Q1	0,30	0,20
Q2	0,50	0,33
Q3	0,80	0,60
Índice de placa	Wilcoxon	p
Me Q1-Q3	3,043	0,002

Lo anterior indica que implementada la estrategia educativa se observa un cambio en el índice de placa, lo que valida de forma positiva el efecto de esta en la población de estudio.

7.3. Distribución de Conocimientos en salud bucal de los niños de las Comunidades

Indígenas Awá, Ico valle de Anape y Resguardo indígena Nasa Páez Huila.

Aplicados los instrumentos, los resultados obtenidos de la muestra en 75 niños de las comunidades Awá, Ico valle de Anape y Resguardo indígena Nasa Páez Huila se evaluaron a partir de un pretes y postest; según lo anterior los resultados contenidos indican lo siguiente:

Distribución de uso del cepillado, efectos de los residuos de alimentos y frecuencias de lavado de manos

Tabla 1. Tabla de Distribución pre y postest sobre uso, residuos y lavado de manos.

PREGUNTAS MULTIPLE RESPUESTA		CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL								NM*	P
		PRETEST				POSTEST					
SI	%	NO	%	SI	%	NO	%				
	P-1.1. ¿Para eliminar restos de comida	26	35%	49	65%	63	84%	12	16%	39,443	0,000
	P-1.2. ¿Para qué no me dé caries dental?	30	40%	45	60%	65	87%	10	13%	34,565	0,000
¿PREGUNTA 1-Para que cree que sirve cepillarse los dientes?	P-1-3. ¿Para tener una sonrisa sana?	60	80%	15	20%	65	87%	10	13%	1,122	0,289
	P-1.4. ¿Para dejar los dientes blancos?	33	44%	42	56%	46	61%	29	39%	4,219	0,040
	P-1.5. ¿No se para que sirve?	0	0%	75	100%	1	1%	74	99%	1,020	0,312
PREGUNTA 2- ¿Qué causan los restos de alimentos que se pegan en los dientes?	P-2.1. Caries	67	89%	8	11%	66	88%	9	12%	0,082	0,714
	P-2.2. Mucho dolor.	23	31%	52	69%	49	65%	26	35%	17,463	0,000
	P-2.3. Mal olor en la boca	31	41%	44	59%	67	89%	8	11%	37,546	0,000
	P-2.4. No causa nada	5	7%	70	93%	1	1%	71	95%	2,723	0,009
PREGUNTA 9-¿Cuándo se debe realizar el lavado de manos?	P-9.1. ¿Antes de comer?	66	88%	9	12%	70	93%	5	7%	1,202	0,273
	P-9.2. ¿Antes de cepillarme los dientes?	14	19%	61	81%	60	80%	15	20%	55,577	0,000

P-9.3. ¿Después de ir al baño?	33	44%	42	56%	74	99%	1	1%	54,183	0,000
P-9.4. Al llegar a la casa	21	28%	54	72%	58	77%	17	23%	35,892	0,000
P-9.5. No sé cuándo?	25	33%	50	67%	0	0%	75	100%	33,112	0,000

Fuente: Autor

Se observa en la tabla 1 una relación estadísticamente significativa algunas variables de conocimiento como: el cepillado sirve para eliminar restos de comida ($p=0,000$), para que no le dé caries ($p=0,000$), para dejar los dientes blancos ($0,040$); en cuanto a conocimientos sobre que causan los restos de comida pegados a los dientes, variables como dolor ($p=0,000$), mal olor ($0,000$) y no causa nada ($0,009$) tienen diferencias estadísticamente significativas; en cuanto a conocimientos sobre cuando debe realizarse el lavado de manos, las siguientes variables presentaron diferencias significativas para el caso de antes, después de cepillarse ($p=0,000$), al llegar ($p=0,000$) y no sabe cuándo ($p=0,000$); estos resultados contrastan con las mejoras pretest en cuanto a los conocimientos que se tienen sobre la ventaja de usar el cepillado para la eliminación de restos de comida la cual fue del 49 %; este mismo efecto se dio en cuanto al uso del cepillo para evitar la caries en donde el porcentaje de niños con mayor conocimiento aumento en un 47% luego de implementar la estrategia. Un resultado que se debe evaluar es que pese a la aplicación de la herramienta existe un porcentaje alto de niños que siguen sin saber para qué sirve.

En cuanto a los efectos que producen los restos de comida, se presentaron aumentos significativos en la población de estudio en cuanto al conocimiento del color y mal olor; un efecto positivo se vio marcado por el aumento de niños en cuanto al lavado de manos durante todas las actividades realizadas en sus jornadas diarias.

Distribución de cepillado sentido Arriba (DA) y Abajo (DAB).

Tabla 2. Distribución del sentido del cepillado durante el pretest y el postest.

Aspectos evaluados (n=75)	Pretest				Postest				NM*	P
	D A	% DA	DA B	%DA B	D A	% DA	DA B	%DA B		
de cualquier manera	1	1%			1	1%			DA	
Moviendo el cepillo de abajo hacia arriba	38	51%	13	17%	42	56%	1	1%	16,495	0,001
Moviendo el cepillo de arriba hacia abajo		0%	33	44%	1	1%	46	61%	DB	
Moviendo el cepillo de lado a lado	33	44%	25	33%	31	41%	28	37%	4,336	0,362
No sé cuál es la manera correcta	3	4%	4	5%						

Fuente: Autor

En la tabla 2 se observa una diferencia estadísticamente significativa en la variable de conocimiento sobre cómo se cepilla los dientes de arriba cuyo valor de $p=0,001$; esto se evidencia en el aumento de conocimiento sobre las técnicas las cuales tuvieron aumentos en cepillados de abajo hacia arriba (56 %).

Distribución sobre cambio de cepillo

Tabla 3. Distribución sobre cambio del cepillo durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=75)	Toma 1	%	Toma 2	%	NM*	P
cada año se cambia el cepillo	4	5%	1	1%		
Cada seis meses se cambia el cepillo	29	39%	53	71%	17,485	0,001
lo cambio cuando se me dañen las cerdas del cepillo	40	53%	21	28%		
No sé cuándo se debe cambiar el cepillo	2	3%				

Fuente: Autor

La tabla 3 se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a conocimientos sobre necesidad de cambiar el cepillo de dientes ($p= 0,001$), esto se evidencia en el aumento de población que adquirió conocimientos sobre el cambio de cepillo cada seis meses el cual fue del 32 %.

Distribución sobre préstamo cepillo de dientes

Tabla 4. Distribución sobre préstamo del cepillo durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=75)	Toma 1	%	Toma 2	%	NM*	P
No se puede prestar	70	93%	70	93%		
No sé si lo puedo prestar	1	1%	2	3%	0,476	0,788
si se puede prestar	4	5%	3	4%		

Fuente: Autor

En cuanto a la tabla 4 no se observaron diferencias estadísticamente significativas, por lo que la estrategia no generó en esta variable un mayor grado de conocimiento o de comprensión sobre el préstamo del cepillo.

Distribución sobre uso seda dental

Tabla 5. Distribución del uso de la seda dental durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=75)	Toma 1	%	Toma 2	%	NM*	P
No conozco la seda dental	8	11%	1	1%		
no se para que sirve la seda dental para eliminar los restos de comida que el cepillo no puede alcanzar	5	7%	3	4%	7,157	0,067
para que los dientes no se tuerzan	56	75%	66	88%		
	6	8%	5	7%		

Fuente: Autor

En cuanto a la tabla 5 no se observaron diferencias estadísticamente significativas, por lo que la estrategia no género en esta variable un mayor grado de conocimiento o de comprensión sobre el uso de la seda dental.

Distribución sobre frecuencia de uso de la seda

Tabla 6. Distribución de frecuencia de uso de la seda durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=75)	Toma 1	%	Toma 2	%	NM*	P
1 vez al día	9	12%	8	11%		
2 veces al día	15	20%	27	36%		
cada vez que me cepille los dientes	38	51%	34	45%	6,473	0,091
no conozco la seda dental	13	17%		0%		
no se cuántas veces		0%	6	8%		

Fuente: Autor

Con respecto a la tabla 5 no se observaron diferencias estadísticamente significativas, por lo que la estrategia no género en esta variable un mayor grado de conocimiento o de comprensión sobre el numero de veces que debe usarcé la seda dental en el día.

7.4. Distribución de Actitudes en salud bucal de los niños de las Comunidades Indígenas

Awá, Ico valle de Anape y Resguardo indígena Nasa Páez Huila.

Con respecto a las actitudes de salud bucal, una vez desarrollada la estrategia educativa, los resultados PRETES Y PSTEST indicaron:

Distribución sobre gusto por cepillado de los dientes

Tabla 7. Distribución de uso del cepillo durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=75)	Toma 1	%	Toma 2	%	NM*	P
me gusta poco cepillarme	3	4%	2	3%	0,193	0,66
si me gusta cepillarme	72	96%	73	97%		

Fuente: Autor

De la tabla 7 se puede indicar no se observaron diferencias estadísticamente significativas, por lo que la estrategia no generó en esta variable un mayor grado de actitud sobre el gusto por el cepillado de dientes, por lo que los resultados postest no muestran cambios relevantes frente a esta variable.

Distribución sobre gusto por ir al odontólogo.

Tabla 8. Distribución sobre el gusto por asistir al odontólogo durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=75)	Toma 1	%	Toma 2	%	NM*	P
me gusta	65	87%	74	99%		
me gusta poco	9	12%	1	1%	7,857	0,020
no me gusta	1	1%				

Fuente: Autor

De la tabla 8 se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.020$), lo cual se evidencia una vez aplicada la estrategia se evidenció un incremento del 12 % de niños que mejoraron el gusto por asistir al odontólogo.

Distribución sobre aprendizaje sobre uso del cepillo

Tabla 9. Distribución de aprendizaje sobre uso del cepillo durante el pretest y postest.

PREGUNTAS MULTIPLE RESPUESTA	PRETEST				POSTEST				NM*	P	
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%			
PREGUNTA 12- ¿Quién te enseñó a cepillarte?	P-12.1. ¿Mis padres?	67	89%	8	11%	63	84%	12	16%	4,823	0,028
	P-12.2. ¿Mi profesora?	30	40%	45	60%	6	8%	69	92%	20,675	0,000
	P.12-3. ¿El odontólogo?	60	80%	15	20%	32	43%	43	57%	22,753	0,000
	P-12.4. ¿Un familiar o persona que te cuida?	33	44%	42	56%	25	33%	50	67%	2,11	0,146
	P-12.5. ¿Nadie?	0	0%	75	100%	20	27%	55	73%	23,412	0,000

Fuente: Autor

Se observa en la tabla 9 una relación estadísticamente significativa en algunas variables de actitudes en salud bucal en cuanto a quien le enseñó al niño a cepillarse: según lo anterior estas variables corresponden a sus padres ($p=0,028$), profesora (0,000), odontólogo ($p=0,000$) y nadie le enseñó ($p=0,000$); lo cual se puede evidenciar con mayor distribución en el acompañamiento por parte de los padres y el odontólogo antes de aplicar la estrategia.

Distribución sobre uso seda dental.

Tabla 10. Distribución del uso de seda dental durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=75)	Toma 1		Toma 2		NM*	P
		%		%		
me gusta poco	9	12%	6	8%	3,643	0,162
No me gusta	14	19%	8	11%		
si me gusta	52	69%	61	81%		

Fuente: Autor

De la tabla 10 se puede indicar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas, por lo que la estrategia no género en esta variable un mayor grado de actitud sobre el gusto por el uso de la seda dental, por lo que los resultados postest no muestran cambios relevantes frente a la misma.

Distribución frecuencia de lavado de manos.

Tabla 11. Distribución hábitos en cuanto a frecuencia de lavado durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=75)	Toma 1	%	Toma 2	%	NM*	P
Me gusta un poco	2	3%	1	1%	0,326	0,568
si me gusta	73	97%	74	99%		

Fuente: Autor

De la tabla 11 se puede indicar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas, por lo que la estrategia no género en esta variable un mayor grado de actitud sobre el gusto por el lavado de manos, por lo que los resultados postest no muestran cambios relevantes frente a la misma.

7.5. Distribución de Prácticas en salud bucal de los niños de las Comunidades Indígenas

Awá, Ico valle de Anape y Resguardo indígena Nasa Páez Huila.

Con respecto a las prácticas en salud bucal los resultados obtenidos muestran los siguiente:

Distribución frecuencia de cepillado por día.

Tabla 12. Distribución de prácticas de frecuencias de uso durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=75)	Toma 1	%	Toma 2	%	NM*	P
1 vez al día	14	19%	5	7%		
2 veces al día	9	12%	11	15%	10,45	0,015
3 veces al día	45	60%	58	77%		
más de 3 veces al día	7	9%	1	1%		

Fuente: Autor

De la tabla 12 se puede indicar que existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.015$) una vez aplicada la estrategia en cuanto a prácticas en salud bucal asociadas al número de veces al día que se cepilla los dientes ($p= 0,015$), lo cual se evidencian en el aumento del 17 % en el número de niños que aumentaron su frecuencia de cepillado a 3 veces al día, lo cual es consecuente con la disminución de frecuencias de 1 vez al día.

Distribución sobre cepillado antes de acostarse

Tabla 13. Distribución del cepillado antes de dormir durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=75)	Toma 1	%	Toma 2	%	NM*	P
a veces me cepillo los dientes antes de acostarme	7	9%				
nunca me cepillo los dientes antes de acostarme	3	4%	1	1%	8,457	0,015
siempre me cepillo los dientes antes de acostarme	65	87%	74	99%		

Fuente: Autor

De la tabla 13 se puede indicar que existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.015$) una vez aplicada la estrategia en cuanto a prácticas en salud bucal

asociadas al cepillado antes de acostarse o dormir, se presenta un aumento del 12 % de niños que se cepillan los dientes antes de acostarse, una vez implementada la estrategia.

Distribución de uso crema dental para cepillado de dientes

Tabla 14. Distribución sobre uso de crema dental durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=75)	Toma 1	%	Toma 2	%	NM*	P
A veces uso crema dental	3	4%		0%		
Nunca uso crema dental	1	1%		0%	4,055	0,132
siempre uso crema dental	71	95%	75	100%		

Fuente: Autor

De la tabla 14 se puede indicar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p>0.05$), por lo que la estrategia no género en esta variable un mayor grado en la adopción de prácticas en salud bucal sobre el uso de crema dental al cepillarse, por lo que los resultados postest no muestran cambios relevantes frente a la misma.

Distribución sobre consumo crema dental

Tabla 15. Distribución del consumo de crema dental durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=75)	Toma 1	%	Toma 2	%	NM*	P
a veces como crema dental	7	9%	6	8%		
Nunca como crema dental	62	83%	67	89%	2,195	0,334
siempre me como la crema dental	6	8%	2	3%		

Fuente: Autor

De la tabla 15 se puede indicar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$), por lo que la estrategia no género en esta variable una mayor

adopción de prácticas en salud bucal sobre el consumo de crema dental por parte de los niños, por lo que los resultados posttest no muestran cambios relevantes frente a la misma.

Distribución de cepillado en la lengua

Tabla 16. Distribución del cepillado en la lengua durante el pretest y posttest.

Aspectos evaluados (n=75)	Toma 1	%	Toma 2	%	NM*	P
a veces me cepillo la lengua	10	13%	8	11%		
nunca me cepillo la lengua	3	4%	1	1%	1,286	0,526
siempre me cepillo la lengua	62	83%	66	88%		

Fuente: Autor

De la tabla 16 se puede indicar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$), por lo que la estrategia no generó en esta variable una mayor adopción de prácticas en salud bucal sobre el cepillado de la lengua por parte de los niños, por lo que los resultados posttest no muestran cambios relevantes frente a la misma.

Distribución de cantidad de crema dental usada

Tabla 17. Distribución de cantidad de crema dental usada durante el pretest y posttest.

Aspectos evaluados (n=75)	Toma 1	%	Toma 2	%	NM*	P
la mitad del cepillo	9	12%	28	37%		
más de la mitad del cepillo	15	20%	15	20%	34,143	0,000
menos de la mitad del cepillo	20	27%	29	39%		
Todo el cepillo	31	41%	3	4%		

Fuente: Autor

De la tabla 17 se puede indicar que existen diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,000$) una vez aplicada la estrategia en cuanto a prácticas en salud bucal

asociadas a la cantidad de crema dental usada en el cepillo, se observa que el número de niños que aplican crema a todo el cepillo disminuyeron en un 37 % después de aplicada la estrategia.

Distribución sobre personal de apoyo para cepillado

Tabla 18. Distribución de prácticas sobre personal de apoyo al cepillado durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=75)	Toma 1	%	Toma 2	%	NM*	P
a veces	19	25%	16	21%		
nunca	24	32%	20	27%	1,517	0,468
siempre	32	43%	39	52%		

Fuente: Autor

De la tabla 18 se puede indicar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$), por lo que la estrategia no generó en esta variable una mayor adopción de prácticas en salud bucal sobre los padres o personas que ayudan a los niños a realizar el cepillado de dientes, por lo que los resultados postest no muestran cambios relevantes frente a la misma.

Distribución de personal que aplica la crema dental

Tabla 19. Distribución de personal que aplica la crema durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=75)	Toma 1	%	Toma 2	%	NM*	P
El profesor me aplica la crema dental	1	1%	1	1%		
Mis padres me aplican la crema dental sobre el cepillo	3	4%	19	25%	13,942	0,001
yo mismo aplico la crema dental	71	95%	55	73%		

Fuente: Autor

De la tabla 19 se puede indicar que existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,001$) una vez aplicada la estrategia en cuanto a prácticas en salud bucal asociadas a quien aplica la crema dental sobre el cepillo; se observa un incremento del 21 % de niños que después de aplicada la estrategia educativa se apoyaron en sus padres para aplicar la crema dental.

Distribución sobre uso de seda dental.

Tabla 20. Distribución de uso de seda dental durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=75)	Toma 1	%	Toma 2	%	NM*	P
a veces uso seda dental	23	31%	40	53%	11,247	0,01
no tengo seda dental	11	15%	4	5%		
no uso seda dental	8	11%	2	3%		
siempre uso seda dental	33	44%	29	39%		

Fuente: Autor

De la tabla 20 se puede indicar que existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,001$) una vez aplicada la estrategia en cuanto a prácticas en salud bucal asociadas al uso de la seda dental; realizada la estrategia educativa se evidencia un aumento del 22 % en el número de niños que usan ocasionalmente la seda dental.

Distribución sobre disposición final de la seda dental.

Tabla 21. Distribución de disposición final de la seda dental durante el pretest y postest.

Aspectos evaluados (n=75)	Toma 1	%	Toma 2	%	NM*	P
la voto a la basura	70	93%	74	99%	2,723	0,099
la guardo para volver a usarla	5	7%	1	1%		

Fuente: Autor

De la tabla 21 se puede indicar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$), por lo que la estrategia no género en esta variable una mayor adopción de prácticas en salud bucal sobre la disposición final una vez usada la dental por parte de los niños, por lo que los resultados postest no muestran cambios relevantes frente a la misma.

Distribución de asistencia al odontólogo

Tabla 22. Distribución de asistencia al odontólogo durante el pretest y postest.

P25	Toma 1	%	Toma 2	%	NM*	P
no me acuerdo	2	3%	1	1%		
nunca me han llevado al odontólogo	2	3%	1	1%	0,667	0,717
sí he asistido al odontólogo	71	95%	73	97%		

Fuente: Autor

De la tabla 22 se puede indicar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,717$), por lo que la estrategia no género en esta variable una mayor adopción de prácticas en salud bucal sobre si los niños han asistido al odontólogo, por lo que los resultados postest no muestran cambios relevantes frente a la misma.

7.6.Efectividad de la estrategia

Para analizar la efectividad de la estrategia se empleó la prueba paramétrica McNemar, la cual tiene como objetivo decidir si puede o no aceptarse que determinado "tratamiento" induce un cambio en la respuesta de los elementos sometidos al mismo,

como en el caso de la estrategia educativa Camaleón Sonriente; ahora bien, para interpretar los resultados se tiene:

Los resultados cuyo valor de $p < 0,05$ implican que hubo cambios a partir de la estrategia, en caso contrario, es decir si p es mayor que $0,005$ indican que no se presentaron cambios una vez aplicada la estrategia; según lo anterior a nivel de conocimiento las variables sobre cepillado de dientes de arriba, la frecuencia de cambio del cepillo, para que sirve cepillarse los dientes, que causan los restos de alimentos y cuando se deben lavar las manos mostraron un aumento de esta variable postest en los niños.

En cuanto a las actitudes se identifico un aumento en el número de niños que les gusta ir al odontólogo y las personas que enseñan a cepillarse como el caso de los profesores, padres y odontólogos lo cual se valida a partir de sus valores de $p < 0,05$.

Con respecto a las practicas en salud bucal se tiene diferencias estadísticamente significativas en variables como número de veces que se cepilla al día, cepillado antes de acostarse, cantidad de crema aplicada, uso de la seda dental y persona que aplica la crema dental.

8. Discusión

En cuanto a los conocimientos que tiene los niños se generó un gran impacto en aspectos como para que sirve el cepillado, ya que reconocieron una vez aplicada la estrategia que sirve para eliminar restos lo cual se evidencia en el aumento del porcentaje de la estrategia posttest ($p= 0,000$); estos resultados coinciden con los resultados de Xiang (2020), quienes indicaron que el cepillado y el uso de hilo dental mejoraron más en el grupo experimental que en el grupo de control a los 6 meses de seguimiento en comparación con el valor inicial ($p < 0,001$) (Xiang, 2022).

Estudio como los de Liu (2018) indicaron que al implementar la campaña sobre salud oral con respecto a las variables de los cuidadores los padres presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la enseñanzas sobre actitudes y prácticas de cepillado con un valor de $p= 0.001$, así como las frecuencias de cepillado; estos resultados coinciden con los alcanzados en la estrategia Camaleón Sonriente cuyo valor de $p=0.02$ en actitudes y $p=0,015$ con respecto a la frecuencia; estos resultados evidencian que la implementación de este tipo de estrategias mejoran las condiciones de salud bucal en edades menores y confirman que el enfoque basado en conocimientos, actitudes y practicas fortalecen el procesos de prevención y cuidado en edades tempranas.

9. Conclusiones

En cuanto a los conocimientos que posee la población de estudio sobre salud bucal se estableció que menos del 50 % de los niños saben sobre las ventajas de usar el cepillo, sumado a ello bajo conocimiento sobre técnicas de cepillado, uso de la seda dental, crema dental entre otros; a esto se suma las bajas frecuencias de cepillado en el día y actividades de higiene básica como el lavado de manos; al aplicar la estrategia educativa estos aspectos evaluados tuvieron un mejor desempeño en los niños de las diferentes comunidades indígenas.

Con respecto a las aptitudes en salud bucal se evidencio antes de la aplicación de la estrategia educativa que los niños poseen buen habito de cepillado y de asistencia a la atención por parte del odontólogo, igual caso se da con respecto al uso de la seda dental y los hábitos de lavado de manos; aplicada la estrategia los resultados indicaron un mayor número de niños que adoptaron estos hábitos de cepillado y uso de la seda dental; de igual forma en cuanto a las prácticas adoptadas en salud por parte de los niños de las comunidades indígenas se estableció que tienen buenas prácticas de frecuencia de aseo antes de acostarse y de higiene en la lengua.

Con respecto al índice de placa aplicada la estrategia educativa de evidencia una mejora en el índice lo cual se valida en el que valor de p es menor a 0,05 lo que indica la efectividad de la estrategia.

Con respecto a la efectividad de la estrategia educativa en las comunidades indígenas de Awá, Ico valle de Anape y Resguardo indígena Nasa Páez Huila, se puede establecer que aspectos en donde se evalúa el uso del cepillo para tener una sonrisa sana, y el hecho de los niños no sepan para que sirve no se identificó efectividad de la estrategia; de igual forma

existe un poco conocimiento sobre la asociación de restos de comidas a la caries, el préstamo del cepillo lo que se valida en el valor de p el cual es mayor a 0,05.

10. Recomendaciones

Se propone ampliar el tiempo de implementación de la estrategia a partir de procesos de reinducción en aquellos factores en donde los valores de MCNemar no tuvieron la mejor asociación.

Se recomienda desarrollar un instructivo para niños en donde se fortalecen los conocimientos sobre el cepillado y uso de la seda y la crema dental para la creación y adopción de hábitos.

11. Referencias Bibliográficas

- A, R. R., & Muñoz O, L. (2018). *Creencias, conocimientos y prácticas de madres respecto a la salud bucal en Popayán (Colombia)*. Bogotá : Ujaveriana.
- Amarilla, C., Cañete, R., Ferrer, L., Pratt, J., Defazio, D., & Forcadell, S. (2018). *Estado de salud bucodental y dieta de niños de la comunidad indígena de Pykasú del chaco paraguayo*. Pykasú del Chaco (Paraguay): IICS.
- Casals P, E. (2006). *Oral hygiene habits in spanish school children and adults*. Barcelona (España): Scielo.
- Chaparro, D., Rojas, A., & Torres, A. (2019). *Descripción de avances de un proyecto de salud bucal en Indígenas de la parcialidad Pãï Tavytera de la Comunidad Itaguazu*. Iguazú (Chile): TNC.
- Cubero S, A., Isabel, L. C., González, C., & Ferrer G, M. Á. (2019). *Prevalence of dental caries in children enrolled in preschool education from a low socioeconomic status area*. Badajoz (España): Scielo.
- DANE. (2018). *POBLACIÓN INDÍGENA, RESULTADOS DEL CENSO NACIONAL*; BOGOTA: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-2019.pdf>.
- Dimitropoulos, Y., & Holden, A. (2019). *An assessment of strategies to control dental caries in Aboriginal children living in rural and remote communities in New South Wales, Australia*. Sydney (Australia): BMC ORAL HEALTH.
- Esparza P, R., & Rubio B, J. (2016). *La pregunta del conocimiento*. México D.F.: Scielo.
- Forouhi, N. G., & Unwin, N. (2019). *Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. New York: Sciendo.
- González M, F., Luna R, L. M., & Solana, M. Y. (2008). *Relación entre caries dental y factores de riesgo e niños de hogares infantiles del bienestar familiar de cartajena*. Cartajena: Scielo.
- Gutiérrez L, M. T. (2019). *Prevalencia de caries dental asociada a factores de riesgo y necesidades de atención en pacientes indígenas infantiles que acuden a la clínica Esquipulas en Chiapas, México*. Chiapas: UANL.

- Guzmán, M. Y., Chamorro, C., & Romero L, K. L. (2016). *Poblaciones Amazonicas*. Leticia (Colombia): U. Nacional.
- Hernández, K., Marulanda, J., Carrillo E, G., & Suárez C, A. (2021). *Prácticas de higiene oral en niños de 0-36 meses de edad*. Bogotá: U. Javeriana.
- Luján H, E., Luján H, M., & Sexto, N. (2007). *Factores de riesgo de caries dental en niños*. Habana (Cuba): MEDISUR.
- Luque C, L. C., & Ramos R, I. (2019). *Cacaracterísticas socioeconomicas y experiencias de caries en niños de la comunidad indígena NASA-PAEZ asentados en Puerto Guzmán (Putumayo)*. Bogotá : UCC.
- MINSALUD. (1993). *Resolución 8430 de octubre 4 de 1993*. Bogotá: MINSALUD.
- MINSALUD. (2014). *Estudio Nacional de Salud Bucodental (ENSAB IV)*. Bogotá: MINSALUD.
- Molina F, N., Durán M, D., & Castañeda C, E. (2015). *La caries y su relación con la higiene oral en preescolares mexicanos*. México D.F.: Pubmed.
- Muñoz M, P. A., & Baeza O, M. D. (2017). *Percepción de la comunidad indígena de BUTALELBUN sobre la importancia d ela higiene oral y rol del odontologo en adultos mayores de 30 años*. Concepción (Chile): UDD.
- OMS. (12 de Agosto de 2021). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- Oré, A. (2019). *Desarrollo de un modelo de atención en salud bucal en pueblos indigenas satpo-Junin*. Hunacayo (Perú): UC.
- Pamplona R, J., S, C., & C, J. (2019). *Estrategias de enseñanza y aprendizaje del docente en las áreas básicas de .* Bogotá: U. Catolica.
- psicologiaymente.com. (12 de Agosto de 2021). Obtenido de <https://psicologiaymente.com/desarrollo/estrategias-ensenanza>
- Rojas S, F. C. (2019). *Prevalencia de caries dental en poblaciones indígenas del Municipio Autana, edo Amazonas, Venezuela*. Aitana (Venezuela): ODOUS.
- Tangarife, E., Tamayo, M., & Zapata, J. (2019). *Salud bucal, saberes y prácticas de cuidado ancestrales y occidentales: niñez Embera Katío - Mutatá-Antioquia*. Mutatá (Antioquia): UCC.

- Turcotte, C., Sanders, M. J., & Johnson, P. A. (2020). *A school-based, interprofessional approach to sustaining oral health on an Island community*. Farmington (EEUU): Taylor & Francis.
- Valle G, E. E., Serrano B, D. H., Herrera P, E. F., & Rivas M, J. M. (2018). *Caracterización del biotipo facial, caries, hábitos de higiene oral y dieta alimenticia en originarios de Lenca de Intibucá, Honduras*. Intibucá (Honduras): UNAM.
- Xiang, B. (2022). *The Efficacy of a Multi-Theory-Based Peer-Led Intervention on Oral Health Among Hong Kong Adolescents: A Cluster-Randomized Controlled Trial*. Hong Kong: Science direct.
- Xiao, J., & Alkhers, N. (2019). *Prenatal Oral Health Care and Early Childhood Caries Prevention: A Systematic Review and Meta-Analysis*. New York, USA: PUBMED.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

"ESTRATEGIA EDUCATIVA EN SALUD ORAL DENOMINADA CAMALEÓN SONRIENTE CUIDA TUS DIENTES PARA NIÑOS"

Yo, _____ Identificado con C.C () CE ()
 No. _____; con residencia en _____
 teléfono _____, de _____ años de edad manifiesto que he sido informado del estudio que la Facultad de Odontología, del grupo de investigación _____ de la Universidad Antonio Nariño va a realizar y que tengo conocimiento de los objetivos y fases del estudio, así como de los beneficios de participar en el Proyecto.

Fui informado y comprendo las molestias y riesgos de la realización de estos procedimientos. Así mismo, manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Se me explicó que no existe procedimiento alternativo y estoy informado de que mi participación en el proyecto es libre y voluntaria y puedo desistir de ella en cualquier momento, al igual que solicitar información adicional de los avances de la Investigación.

Conozco los objetivos del proyecto descrito a continuación:

1. Identificar las características sociales y demográficas de la población de estudio. (encuesta sobre datos, como edad, género, nivel educativo de los participantes)
2. Identificar los hábitos de salud bucal. (encuesta en conocimiento, actitudes y prácticas de salud bucal en los niños)
3. Determinar el índice de placa de Green y Vermillion (esto índice significa que tantos restos alimenticios tiene en los dientes el niño) y hábitos de higiene oral de la población antes y después de aplicada la estrategia.
4. Diseñar y aplicar la estrategia educativa camaleón sonriente cuida tus dientes

Que los Procedimientos a realizarse serán:

1. Realizar un cuestionario de conocimientos en salud oral antes y después de aplicar la estrategia.
2. Aplicar una estrategia educativa denominada camaleón sonriente cuida tus dientes que consiste en enseñar a los niños en conceptos de higiene y salud oral, por medio de un video animado, Una cartilla educativa en salud oral en relieve, un videojuego interactivo digital que evalúa los conocimientos aprendidos en salud oral y juegos de mesa como rompecabezas, escalera y cartillas para colorear
3. determinar que tan bien se está cepillando el niño evaluando la placa dental

Anexo 2. Asentimiento informado

**ASENTIMIENTO INFORMADO****"ESTRATEGIA EDUCATIVA EN SALUD ORAL DENOMINADA CAMALEÓN SONRIENTE CUIDA TUS DIENTES PARA NIÑOS"**

Hola mi nombre es _____ y estudio odontología en la Universidad Antonio Nariño. Actualmente se está probando unas herramientas educativas que dan información acerca de cómo tener una buena salud bucodental, para que pueda ser utilizada en muchos niños, para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en ver un video educativo de higiene bucodental, interactuar con una Cartilla educativa con imágenes que enseñan la salud oral, un videojuego digital que va evaluando lo aprendido, cartillas para colorear y juegos de mesa (rompecabezas y escalera), con imágenes explicativas sobre el cuidado bucodental. Igualmente se revisarán como se cepilla examinando los dientes con un instrumento que es un espejo

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones/ las mediciones que realicemos nos ayudarán a evaluar las estrategias educativas

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (O RESULTADOS DE MEDICIONES), sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Yo: _____

SI quiero participar



NO quiero participar



Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: