



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES
UNIDAD LEÓN

TEMA:

Construcción y evaluación de validez de consenso de una rúbrica para evaluar el conocimiento y habilidad para la inspección bucal del bebé, en estudiantes de odontología.

MODALIDAD DE TITULACIÓN:

Tesis

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ODONTOLOGÍA

P R E S E N T A:

MIRIAM DARINKA PALMA PATIÑO

TUTORA:

FATIMA DEL CARMEN AGUILAR DÍAZ

ASESORA:

SILVIA VANESSA HERNÁNDEZ GÓMEZ



Unidad León
**Escuela
Nacional de
Estudios
Superiores**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

1. RESUMEN	4
2. ABSTRACT	5
3. INTRODUCCIÓN	6
4. MARCO TEÓRICO	7
4.1 Anatomía bucal del lactante	7
4.1.1 Principales anomalías o variantes de la normalidad	13
4.2 Inspección bucal del bebé	18
4.3 Diseño y validación de instrumentos en el área de la salud	21
4.3.1 Instrumentos de evaluación	25
4.3.1.1 Rúbrica	26
4.4 Método para el diseño y validación de instrumentos	28
4.4.1 Metodología Delphi	29
4.4.2 Prueba Lawshe	30
5. ANTECEDENTES	32
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	34
8. JUSTIFICACIÓN	35
9. OBJETIVOS	35
9.1 General	35
9.2 Específicos	35
10. HIPÓTESIS	36
11. MATERIALES Y MÉTODO	36
11.1 Diseño del estudio	36
11.2 Tamaño de muestra	36
11.3 Criterios de selección	36
11.3.1 Inclusión	36
11.3.2 Exclusión	36
11.3.3 Eliminación	36
11.4 Variables del estudio	36
11.5 Método de recolección y procesamiento de la información	37
12. CONSIDERACIONES ÉTICAS	39
13. RESULTADOS	40
14. DISCUSIÓN	45
15. CONCLUSIÓN	47
16. REFERENCIAS	48
16.1 Imágenes	54
17. ANEXOS	55
17.1. Consentimiento informado	55

AGRADECIMIENTOS

Primeramente le doy gracias infinitas a mi mamá por darme todo, por siempre esforzarse hasta sobrepasar los límites y darme las condiciones aptas para que yo pudiera estudiar mi carrera sin preocupaciones. Gracias por siempre estar en todo momento detrás de mí para apoyarme siempre en lo que yo amo hacer.

Gracias a mi hermana, mi guayagüita por, a pesar de mis malos ratos, siempre recordarme que yo puedo y que nací para cumplir mis sueños. A mi hermano Nanis porque es mi post-it para saber que si sueñas algo siempre tienes oportunidad de cumplirlo, y que nunca es demasiado grande. A mi papá por siempre hacerme saber que si quiero algo lo merezco y está en mí obtenerlo. Los amo infinitamente y les doy las gracias por su amor incondicional a los 4 siempre.

A mi JP porque el camino es largo y pesado, pero teniéndolo como compañero en esta aventura todo fue más llevadero. Gracias por amarme tanto y no desistir a pesar de tantas caídas y de lo difícil que se puso. Gracias por ser nosotros, por ser mi equipo umizoomi.

A la familia Anguiano Macías, Junior, mi amiguis porque me enseñaron que no se necesita tener la misma sangre para ser familia. Gracias por el apoyo para cumplir mis sueños y por siempre darme cobija, comida y otro hogar.

Gracias a la Dra. Fátima por ser el rayito de luz que por mucho tiempo no encontraba. Por estar al pie del cañón a mi lado sin desistir después de tanto tiempo. Y por enseñarme uno de los lados más bonitos de la odontología.

Gracias a la Dra. Silvia porque a partir de su clase odontología para el bebé aprendí que necesitamos cuidar de todos en especial en una edad tan importante, gracias por su manera tan bonita de enseñar.

Por último y cerrando con broche de oro, gracias Dios por hacer todo lo imposible, posible. Gracias por tus manifestaciones de amor y de que siempre estás un pasito detrás por si me caigo. Gracias a la virgencita de Fátima por hacerse presente con las mujeres que apoyaron mi camino y que son una aparición milagrosa en mi vida.

Tesis realizada gracias al apoyo del Programa UNAM-PAPIME PE207223.

1. RESUMEN

Objetivo: Construir y validar una rúbrica para la evaluación del conocimiento y habilidad para la inspección bucal del bebé en estudiantes de odontología.

Material y método: Se realizó una revisión de la bibliografía para identificar los aspectos más relevantes a incluir dentro de esta rúbrica, posteriormente se redactaron los enunciados a incluir, mismos que fueron sometidos a evaluación por siete odontólogos especialistas en odontopediatría dedicados a la atención de bebés dentro de sus prácticas clínicas. Con estas evaluaciones se calculó la razón de validez de Contenido.

Resultados: Se obtuvo una rúbrica con 24 rubros enfocada a la evaluación de habilidades clínicas y de conocimiento teórico indispensable para poder dar atención clínica odontológica al lactante.

Conclusión: La rúbrica propuesta arrojó adecuada validez de consenso para ser aplicada en estudiantes de odontología de licenciatura y posgrado de odontopediatría.

2. ABSTRACT

Objective: To construct and validate a rubric for the evaluation of knowledge and skills for oral inspection of babies in dental students.

Material and method: A review of the literature was carried out to identify the most relevant aspects to be included in this rubric. Subsequently, the statements to be included were drafted and evaluated by seven pediatric dentists dedicated to the care of infants in their clinical practices. With these evaluations, the Content Validity Ratio was calculated.

Results: A rubric with 24 items was obtained that serves as an evaluation of clinical skills and theoretical knowledge essential to be able to provide clinical dental care to babies.

Conclusion: The proposed rubric showed adequate consensus validity to be applied to undergraduate and graduate pediatric dentistry students.

3. INTRODUCCIÓN

La actualización en los conocimientos sobre inspección bucal del lactante representa un gran reto para los odontólogos, debido al pensamiento transmitido de que las visitas al dentista son hasta que erupcionan dientes en boca o hasta que existe alguna molestia. Poco a poco ha surgido mayor respaldo y evidencia que desmiente esta creencia de muchos padres, cuidadores de lactantes e incluso profesionales de la salud bucal. Por ello estudiantes de pregrado, odontólogos generales y odontólogos especialistas buscan mantenerse actualizados y aptos para dar atención odontológica al lactante.

Si se logra mejorar los conocimientos dentro de la población de la atención odontológica precoz se podría evitar que los pacientes entren a un ciclo de enfermedad y con esto reducir que las visitas al dentista generen tanto miedo y ansiedad. No obstante para lograrlo se requiere que los odontólogos cuenten con los conocimientos y habilidades óptimas para realizar adecuadamente la valoración de la cavidad bucal de un lactante, por lo que deben reforzarse estos temas dentro de su formación.

En la actualidad no existen herramientas que permitan evaluar objetivamente el conocimiento y la habilidad para la inspección bucal del lactante, por lo que este estudio pretende construir y validar una rúbrica que permita la evaluación certera y objetiva en los estudiantes de odontología. Además de que el elemento quede a disposición de profesionales que quieran hacer un autodiagnóstico.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Anatomía bucal del lactante

La Real Academia Española hace referencia a que la anatomía es la ciencia que estudia la estructura y forma de los seres vivos y las relaciones entre las distintas partes que los componen. ⁽¹⁾

La formación de los arcos faríngeos comienza durante la cuarta semana de desarrollo embrionario, cuando las células de la cresta neural migran hacia las áreas futuras de la cabeza y el cuello. Los arcos son una contribución significativa a la configuración de la cara, las cavidades nasales, la boca, la laringe, la faringe y el cuello.

El arco inicial surge de dos porciones: el proceso maxilar que es más pequeño y el proceso mandibular, que es más grande. Los músculos de la masticación provienen de la musculatura del primer arco. ⁽²⁾

Estructura ósea

El sistema oral-maxilar se desarrolla bajo la influencia de estímulos. Los recién nacidos inician su sistema respiratorio a través de las fosas nasales. El flujo de aire a través de las fosas nasales estimula las terminaciones nerviosas, creando ciertas reacciones. Podemos citar el desarrollo tridimensional de las fosas nasales, su base radica en el paladar, la permeabilidad y tamaño de los senos maxilares e innumerables estímulos importantes para todo el cuerpo.

Cuando un recién nacido, por cualquier motivo, presenta dolor en las vías respiratorias superiores, automáticamente y como medida defensiva, respira por la boca sin estimular las terminaciones nerviosas de las vías respiratorias nasales. El aire llega a los pulmones por un camino mecánico más corto y sencillo, lo que conduciría al subdesarrollo. Pueden pasar dos cosas: que vuelva a respirar por la nariz, o que respire por la boca siempre.

Se debe garantizar por todos los medios a nuestro alcance que, al menos durante el primer año de vida, el niño respire por la nariz. La base de los conductos nasales forma el arco del maxilar superior. Esta atrofia de las cavidades nasales seguramente afectará el desarrollo del hueso de los maxilares. ⁽³⁾

Al nacer, el lactante tiene una relación cara-cráneo igual a un cuarto del tamaño total que tendrá la cabeza. ⁽⁴⁾ Además de que la cara crece en relación antero inferior en relación con la base del cráneo. ⁽⁵⁾ Existe una gran desproporción entre los huesos

craneales y faciales del recién nacido, esta desproporción se asocia con síntomas de reducción de la altura facial. ⁽³⁾

La relación sagital mandibular muestra cambios durante el desarrollo de la oclusión por la fuerza que aplican los músculos al alimentarse. El maxilar está adelantado en relación con la mandíbula, con una diferencia de 5 a 6 mm, esto provoca la aparición de una pseudomicrognacia.^(4, 6) La naturaleza proporciona importantes fuentes de estimulación a través de la lactancia, la masticación y la respiración. En la boca del bebé se encuentra una región nerviosa con los labios y la lengua que está conectada a las articulaciones funcionales y la musculatura que le permiten agarrar el pecho de la madre y realizar el acto de amamantar.

La mandíbula se mueve hacia adelante y hacia atrás y su movimiento está sincronizado con la deglución, se produce con un gran esfuerzo muscular. En el primer año de vida se consigue un desarrollo fisiológico completo mediante la excitación de la lactancia materna, que asegura el desarrollo anteroposterior de la mandíbula y con esto el desarrollo del cráneo cefálico adulto. ⁽³⁾

Tejidos blandos

Lengua

Al final de la cuarta semana del desarrollo embrionario, aparece un crecimiento triangular, esta extensión lingual medial es el primer signo de desarrollo de la lengua. A ambos lados aparecen dos prominencias linguales laterales que crecen y se fusionan entre sí formando 2/3 tercios de la lengua.⁽²⁾

La lengua es un órgano compuesto por músculos que se puede mover. El sentido del gusto se encuentra en él y se le atribuyen dos caras, dos bordes, una base y un vértice o punta. En su parte o cara superior es plana transversalmente y convexa de adelante hacia atrás, su parte baja o cara inferior está situada sobre el piso de la boca, en la línea media hay un pliegue mucoso o frenillo, y en la parte más posterior hay dos tubérculos donde se abren los orificios del conducto de Wharton. Los límites o bordes de la lengua son curvos y más anchos en la parte posterior que en la delantera; la superficie interior de los arcos dentales. La base de la lengua es su parte más ancha y está conectada por los pliegues glosopiglóticos; en su parte delantera se encuentran los músculos genihioideos y el milohioideo. Finalmente su punta está aplanada verticalmente.⁽⁷⁾

Además la lengua tiene ocho parejas de músculos y un músculo impar: geniogloso, hiogloso, estilogloso, palatogloso, faringogloso, amigdalogloso, lingual superior, lingual inferior y el transverso de la lengua.⁽⁷⁾

El geniogloso tienen la tarea de elevar y guiar la lengua hacia adelante, el hiogloso despliega la lengua y la abre, el estilogloso levanta la lengua y la mueve hacia atrás, el palatogloso levanta la lengua hacia arriba y hacia arepas mientras contrae el istmo de las fauces al mismo tiempo, el amigdalogloso levanta la base de la lengua y la presiona contra el velo del paladar, el músculo lingual superior inclina hacia arriba y hacia atrás la punta de la lengua, el lingual inferior se encarga de reducir la longitud de la lengua y apuntarla hacia abajo y hacia atrás, por último el transverso de la lengua tiene una longitud idéntica a la del septum lingual y se conoce con ese nombre debido a la orientación de sus fibras, además al encogerse disminuye el ancho transversal de la lengua convirtiéndola en un canal cóncavo que apunta hacia arriba.⁽⁷⁾

La lengua muestra un color rojo brillante a púrpura y es más delgada dorso-ventralmente.⁽⁸⁾ (Fig. 1) El color se debe principalmente al color de las papilas y el color blanco de la base, es causado por la descamación epitelial y la transformación de los linfocitos.⁽⁷⁾ Además tiene un tamaño mayor proporcionalmente a la de un adulto, ocupando casi todo el espacio en la cavidad oral.⁽⁹⁾

Debajo de la lengua la mucosa es transparente y nos permite observar un pliegue simple o doble, mediano y prominente (frenillo), que puede llegar hasta la punta de la lengua. En los laterales, los vasos raninos son visibles por la transparencia que existe.⁽⁷⁾

Fig 1. Cara de bebé



Fuente: Apariencia de la lengua del lactante. Tomado de (Jennifer Photography Imaging, 2009)

Además, cuenta con papilas que se dividen según Testut en: fungiformes, foliadas, hemisféricas, filiformes y caliciformes. Estas papilas se distribuyen de forma irregular en la parte posterior de la lengua, pero son más numerosas en los bordes, en la punta y delante de la V lingual.⁽⁷⁾ Estas papilas se desarrollan y tienen aparición a finales de la octava semana de desarrollo embrionario.⁽²⁾

La sensibilidad de la mucosa de casi toda la parte anterior de la lengua se origina de la rama lingual de la división mandibular del nervio trigémino, que corresponde al primer arco faríngeo. En contraste, el tercio posterior de la lengua recibe su inervación principalmente por el nervio glosofaríngeo, asociado al tercer arco branquial.⁽²⁾

Durante la sexta y séptima semana, las glándulas salivales comienzan a desarrollarse. Las glándulas parótidas son las primeras en aparecer al inicio de la sexta semana. Se desarrollan a partir de las yemas del ectodermo oral que cubre el área cercana a las esquinas del estomodeo. Las submandibulares aparecen al final de la sexta semana y se desarrollan a partir de yemas endodérmicas que emergen en la base del estomodeo. Las glándulas sublinguales se ven en la semana 8, aproximadamente 2 semanas antes que el resto de las glándulas salivales y se desarrollan a partir de numerosos brotes epiteliales endodérmicos visibles en el surco prelingual.⁽²⁾

Labios

Anatómicamente hablando los labios consisten en epidermis y numerosos folículos capilares en primer lugar. Una fina capa de tejido celular sigue, luego una capa muscular, conformada por el músculo orbicular de los labios, que actúa como elevador del labio superior. En el caso del labio inferior, los músculos responsables son el cuadrado del mentón y los triangulares de los labios, mientras que en la comisura se encuentran el músculo buccinador, los cigomáticos y el risorio de Santorini.⁽⁷⁾

En el bebé los labios se ven hinchados, ligeramente rojos, húmedos y brillantes. El labio superior se muestra relativamente inmóvil y el inferior es más activo.⁽⁸⁾ En la parte media del labio superior, el bebé presenta proyecciones que tienden a aumentar de tamaño cuando entran en contacto con el seno de la mamá, permitiéndole la correcta fijación a la areola a esto se le llama apoyo de succión o también conocido como sucking pad.⁽⁴⁾ (Fig. 2)

Fig 2. Macro Close Up of Newborn Baby's Mouth



Fuente: Labios del lactante con apoyo de succión. Tomado de (Real Creation, 2009)

Rodetes

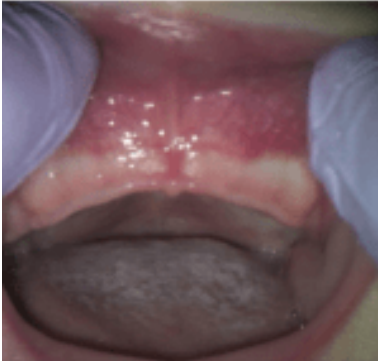
Al nacer el bebé no cuenta con dientes o procesos alveolares, tiene hueso basal cubierto por almohadillas gingivales que después se seccionarán para dar paso a los dientes primarios, estas almohadillas gingivales se conocen como rodetes gingivales.⁽⁶⁾

Al nacer el rodete superior está por delante del rodete inferior, conforme se desarrolla la relación de estos rodetes cambia a una relación borde a borde para la aparición de la dentición decidua.⁽⁹⁾ El recién nacido presenta una mordida abierta en el sector anterior que se considera normal dado que es el espacio de la lengua antes de la erupción dental.⁽⁴⁾

En ambos rodetes en la zona donde posteriormente tomarán lugar los incisivos y los caninos, los bebés cuentan con un cordón de tejido fibroso muy vascularizado que se conoce como cordón fibroso de Robín y Margitot.⁽⁶⁾ (Fig. 3) Después empieza a disminuir lo que señala el momento en que ocurrirá la erupción.⁽¹⁰⁾

En la arcada superior el bebé cuenta con dos proyecciones laterales anteroposteriores llamadas burletes palatinos.⁽⁶⁾ Cuentan con una estructura que consiste en tejido fibroso cubierto de mucosa que se extiende desde la superficie interna del labio fusionándose con la papila incisiva, formando un frenillo labial persistente que apoya para que el agarre del labio superior sea más firme y se logre bien la lactancia.⁽⁶⁾

Fig 3. *Frenillo labial tipo I*



Fuente: Frenillo labial en boca del lactante y rodete gingival superior con cordón fibroso de Robin y Margot. Tomado de (*Frenillo Labial Y Lactancia: ¿Y Si No Todo Es Anquiloglosia?* • *Mi Hijo No Habla*, 2022)

El paladar consta del primario y secundario. La patogénesis comienza en la sexta semana, pero no se completa hasta la semana 12. El periodo crítico de la patogénesis se extiende desde el final de la semana seis hasta el inicio de la semana nueve.

Al inicio de la sexta semana, el paladar primario comienza a desarrollarse desde la parte profunda del segmento intermaxilar. Es una estructura mesenquimal en forma de cuña ubicada entre las caras internas de las prominencias maxilares en formación. El paladar primario constituye la sección premaxilar del maxilar y representa sólo una pequeña parte del paladar duro. El paladar secundario es el resto del paladar duro y el paladar blando. Comienza a desarrollarse al inicio de la sexta semana a partir de dos proyecciones mesenquimales que se originan en las regiones mediales de las prominencias maxilares. En principio, estas estructuras se proyectan inferomedialmente a ambos lados de la lengua.

En la séptima y octava semana, los procesos palatinos se expanden y asumen una posición horizontal. Éstas se ubican en la parte posterior de la lengua. La capa epitelial medial que se forma a raíz de la unión de las apófisis palatinas se disuelve, permitiendo la fusión de ambas.

Gradualmente, el hueso se separa de la osificación intramembranosa en el paladar primario, formando así la parte premaxilar del maxilar. Simultáneamente, el hueso se extiende desde los huesos maxilar y palatino hasta las apófisis palatinas, constituyendo así el paladar duro. Las secciones posteriores de las apófisis palatinas no se osifican; Se extienden detrás del tabique nasal y se unen en la línea media para formar el paladar blando, incluida su proyección cónica, la úvula.⁽²⁾

En la región palatina, se encuentra la bóveda palatina cóncava donde se encuentra la papila incisiva y pliegues conocidos como rugas palatinas posteriores a la papila, hacia posterior en la parte media se encuentra la sutura palatina o rafe medio del paladar y más hacia atrás se encuentra el paladar blando siendo de color más rojizo y menos rosado como lo es el paladar duro. ⁽⁹⁾ (Fig. 4)

Fig 4. *Paladar ojival*



Fuente: Paladar duro del lactante y presencia de burletes palatinos. Tomado de (*Anquiloglosia En Lactante De 4 Meses - El Frenillo Lingual.com*, 2021)

4.1.1 Principales anomalías o variantes de la normalidad

Algunos de los recién nacidos pueden presentar una relación maxilar- mandibular borde a borde y esto con ayuda de la succión que hacen al alimentarse se modificará.

⁽⁴⁾

Síndrome del primer arco faríngeo. Secuencia de Pierre Robin: Involucra el subdesarrollo de la mandíbula, la presencia de una fisura en el paladar y anomalías en el ojo y el oído. Numerosos casos de este trastorno son esporádicos, aunque algunos

aparentan tener un origen hereditario. El defecto inicial en el complejo morfogénico de Robin es la micrognatia, que se caracteriza por una mandíbula pequeña. También cuenta con el impedimento de la fusión de los procesos palatinos, lo que ocasiona una fisura palatina bilateral.⁽²⁾

Nódulos de Bohn: son lesiones nodulares múltiples con color blanco cremoso y su localización es en las zonas vestibulares y palatinas de las almohadillas gingivales, con mayor tendencia a aparecer en la arcada superior.⁽⁹⁾ Tienen origen de restos de tejido glandular mucoso.⁽⁶⁾ Al microscopio se ve el secuestro de tejido epitelial en el tejido conjuntivo denso de la submucosa de los procesos alveolares.⁽¹¹⁾ Tienen una incidencia de aparición del 35% en la arcada superior y del 1.8% en la arcada inferior.

(12)

Perlas de Epstein: son pequeñas prominencias nodulares con color aperlado como su nombre lo dice y se localizan en el rafe medio del paladar.⁽⁹⁾ Se consideran restos del epitelio del paladar, el tejido epitelial de las células salivales queda confinado a esa zona cuando el feto está en desarrollo.⁽⁶⁾ Al microscopio se observan hebras epiteliales elevando el epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado de la mucosa del paladar duro.⁽¹¹⁾ Se consideran una de las alteraciones más frecuentes en los bebés, teniendo incidencia del 50% de los neonatos.⁽¹²⁾(Fig. 5)

Fig 5. *Perlas de Epstein*



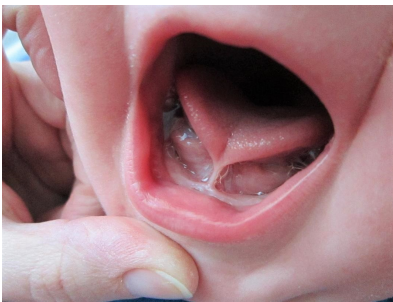
Fuente: Paladar duro del lactante con perlas de epstein. Tomado de (*La Piel Del Recién Nacido, ¿Qué Es Normal?*, 2015)

Quistes de la erupción: es una lesión relacionada con la erupción de un diente primario, se presenta como una zona inflamada de color azulado translúcida que recubre el diente.⁽¹³⁾ Estos quistes son un cambio en el epitelio reducido del esmalte cuando los dientes están cerca de la mucosa oral.⁽⁶⁾ Al microscopio es una formación

quística de paredes delgadas, recubierta de delgado epitelio escamoso estratificado queratinizado.⁽¹¹⁾ Se reporta que la prevalencia de estas lesiones es del 2.10% teniendo mayor incidencia de aparición entre los 6 y 11 años de edad.⁽¹⁴⁾

Anquiloglosia: Se refiere a la persistencia de tejido remanente embrionario en la línea media lingual ventral hacia el piso de la boca, dando como resultado un frenillo lingual corto.^(15, 16) Generalmente se extiende con el tiempo, por lo que no es necesaria la corrección quirúrgica.⁽²⁾ Además esta anomalía limita el movimiento normal de la lengua, causando problemas de presión durante la lactancia y requiere frenectomía.^(16, 2) Al microscopio se observan fibras musculares esqueléticas estriadas con abundante colágeno tipo I en la capa interna y fibras elásticas compactas cerca de la capa epitelial. Además tiene una incidencia del 25 a 60 % en bebés.⁽¹⁷⁾(Fig. 6)

Fig 6. *Anquiloglosia frenillo corto*



Fuente: Frenillo lingual corto o Anquiloglosia. Tomado de (*Frenillo Lingual Corto O Anquiloglosia – Centro De Osteopatía En Barcelona - Motec, 2022*)

Frenillo de inserción inadecuada: Al nacer, el frenillo labial se une al tubérculo de los labios mayores con la papila incisiva, atravesando el rodete. Conforme va creciendo el bebé el frenillo se separa de la papila, lo que se consideraría normal. Es decir, es esperado que el frenillo se extienda desde el labio superior y se inserte unos pocos milímetros antes del margen gingival. No obstante, si se inserta sobre el margen gingival o en la papila incisiva es considerado patológico, tiene una inserción inadecuada.^(6, 9) El diagnóstico se basa en tres síntomas: isquemia palatina con la tracción del frenillo, inserción profunda y diastema entre los incisivos.⁽¹⁰⁾

Enfermedad de Riga – Fede: es considerada una lesión rara benigna de los tejidos orales, que puede relacionarse al traumatismo provocado por la presencia de dientes neonatales o natales, o relacionada al roce de la lengua con los bordes incisales de los incisivos inferiores primarios en un 6 a 10%.⁽¹⁸⁾ También puede estar asociada con anomalías congénitas y el 25% de los casos puede deberse a trastornos

neurológicos.⁽¹⁹⁾ Se presenta como una úlcera generalmente dolorosa y localizada mayormente en la parte ventral de la lengua.^(13, 20) Histológicamente se observa una lesión inflamatoria ulcerativa con tejido de granulación e infiltrado celular rico en linfocitos, macrófagos, mastocitos y numerosos eosinófilos.⁽¹⁹⁾ (Fig. 7)

Gránulos de Fordyce: son glándulas sebáceas ectópicas de color blanco amarillento y se encuentran en la mucosa de los labios y en la mucosa yugal en placas.^(6, 9) Se consideran cambios de envejecimiento en la mucosa oral, por ello su aparición se da mayormente en la población adolescente y adulta que va del 70 al 80% de esta población y teniendo prevalencia en hombres. Al microscopio se aprecian las mismas características de las glándulas sebáceas normales, pero sin relacionarse con los folículos pilosos. Consta de muchos o pocos lóbulos agrupados que tienen canales de excreción con desechos sebáceos y queratinosos.⁽²¹⁾

Dientes neonatales o natales: son aquellos dientes primarios que erupcionan antes de tiempo, pueden tener parte de la raíz formada o tener ausencia de esta, su pulpa es amplia y muy vascularizada.^(8, 11) Por lo general, el 95% de ellos son de serie normal, mientras que solo el 5% son supernumerarios. Los orígenes pueden ser familiares, por hipovitaminosis, una posición superficial del germen dental o asociación con síndromes.⁽¹⁰⁾ Si el bebé nació con los dientes se les denomina natales, en cambio cuando erupcionan dentro de sus primeros 30 días de vida se denominan dientes neonatales. Generalmente aparecen en la arcada inferior y la probabilidad de su aparición es de 1/2000, teniendo mayor frecuencia en niñas que en niños 3 a 1.^(20, 6) Histológicamente la mayoría de estos dientes siguen un patrón de mineralización normal, pero en ocasiones presentan diferencias en esmalte y dentina. Además se puede destacar la falta de la capa basal de Weil, la vaina de Hertwig y el cemento radicular, en la pulpa se puede observar un aumento en el número de vasos sanguíneos presentes.⁽²²⁾

Se deben orientar todos los esfuerzos hacia la conservación de estos dientes, en caso de ser necesaria la extracción será después de la primera semana de vida, a causa de las deficiencias en la coagulación. Si los dientes están completamente maduros y son de la serie normal entonces se mantendrán con pulido suave según sea necesario y uso diario de flúor.⁽¹⁰⁾ (Fig. 7)

Fig 7. *Dientes natales y enfermedad de Riga-Fede*



Fuente: Lengua del lactante con enfermedad de Riga-Fede y presencia de dientes natales.
Tomado de (Ángulo Espinoza et al., 2013, #)

Fisura labial y fisura palatina: Es común que ocurran fisuras en el labio superior y en el paladar. Las anomalías faciales son particularmente notables debido a las alteraciones en la fonación que conllevan. Estas fisuras son el resultado de una insuficiencia presente en el mesénquima de las prominencias maxilares y el paladar primario.⁽²⁾

Las fisuras en la parte posterior se derivan de fallas en la formación del paladar secundario, como resultado de cambios en los procesos de formación del paladar que evitan su crecimiento, elevación, acercamiento y/o unión.⁽²⁾

Las fisuras que afectan el labio se observan en aproximadamente 1 de cada 1000 recién nacidos, siendo los varones entre un 60% y un 80% de los afectados. La fisura palatina, ya sea con o sin fisura del labio, se presenta en aproximadamente 1 de cada 2500 nacimientos y es más frecuente en mujeres. La afectación puede limitarse únicamente a la úvula, lo que produce una apariencia similar a la cola de un pez, o puede extenderse a lo largo del paladar blando y del paladar duro.⁽²⁾

La mayor parte de las fisuras labiales y palatinas son originadas por diversos factores como síndromes causados por la mutación de un solo gen, trastornos cromosómicos, efecto de agentes teratogénicos, entre otras.⁽²⁾

Lengua fisurada: Relacionada con el cretinismo y el mongolismo. Está llena de grietas de profundidad variable, vinculada a la falta de vitamina B. Se requiere de cepillado diario y profilaxis profesional de forma regular. ⁽¹⁰⁾

Lengua despapilada: Se distingue por una despapilización del dorso de la lengua, proporcionando un brillo rojizo. Es una lengua más sensible de lo habitual y se puede asociar a situaciones de falta de vitamina B y en trastornos sanguíneos como la anemia perniciosa. ⁽¹⁰⁾

Glositis romboidal media: Anomalía congénita causada por una prominencia extraña y persistente del hueso hioides. Debido a la falta de papilas filiformes, aparece como una mancha en forma de diamante en la parte posterior de la lengua, que es de color rojizo más oscuro. El tratamiento únicamente es mantener en observación. ⁽¹⁰⁾

Épulis congénito: Es un tipo de tumor benigno cuya causa se desconoce y que se encuentra presente desde el momento del nacimiento. Desde un punto de vista clínico, se trata de una protuberancia pedunculada de tonalidad rosada, que se encuentra unida en la cresta del reborde o proceso alveolar. Puede ser de forma única o de múltiples lóbulos y su tonalidad cambia de rosado a rojo dependiendo de su riego sanguíneo.

El tumor se caracteriza histológicamente por estar encapsulado con una proliferación de células de morfología poligonal, núcleo oval y citoplasma granular cubierto por un epitelio estratificado fino y sin proyecciones en el epitelio subyacente.

El tratamiento clínico se ajustará según los problemas que el bebé tenga con respecto a su respiración y alimentación. Algunos casos serán abordados con cirugía y otros se optará por la observación. ⁽²³⁾

4.2 Inspección bucal del bebé

Antes de la consulta se deberá entender que los cuidadores siempre van a querer proteger a su hijo de cualquier cosa que pueda percibir como algo potencialmente dañino, por lo que se debe informar de las diferentes sensaciones y respuestas normales que puede tener su bebé en la consulta, principalmente el llanto. ⁽²⁴⁾

El recién nacido y el lactante mayor requiere que se le hable con un tono de voz suave y calmado, dar indicaciones cortas con palabras adaptadas a la edad del bebé y siempre reconocer sus comportamientos positivos. Los requerimientos de la manera en que se revisará dependerá de la edad del bebé.⁽²⁵⁾

0 a 6 meses:

Se deberá trabajar rodilla a rodilla, es decir el odontólogo y la mamá se colocarán de frente juntando sus rodillas para lograr hacer una camilla, para tener visión completa de la cavidad bucal del bebé mientras la madre apoya sujetando los brazos contra las piernas del bebé.^(26, 25)

6 a 12 meses:

En esta etapa es cuando forzosamente se recomienda que el odontólogo participe en los cuidados bucales del bebé, debido a la aparición de los dientes primarios.⁽²⁷⁾ Si el niño ya tiene dientes se recomienda hacer profilaxis.⁽²⁵⁾

Para su atención puede utilizarse la técnica rodilla a rodilla, el enfoque físico que se refiere a que estando el niño recostado en la unidad, la madre o padre del menor se recueste boca abajo sobre la unidad para sostener brazos y piernas del niño o la estabilización protectora pasiva que será la utilización de aparatos tales como abrebocas para dar estabilidad y que el odontólogo pueda dar la atención.⁽²⁵⁾

Desde la primera cita se deberá observar el desarrollo de la oclusión del bebé y buscar hábitos parafuncionales (succión no nutritiva, uso del biberón por las noches, traer objetos en la boca) para evitar cambios patológicos en la mordida. Se deben observar bien todos los tejidos en busca de anomalías, además de verificar que la cronología de erupción sea correcta.⁽²⁵⁾

Dentro de los elementos clave que deben ser considerados, se deberá educar que la lactancia debe ser sin restricciones y ofrecida a libre demanda. Después de que los primeros dientes han erupcionado, se debe comenzar a controlar la alimentación nocturna para que el final de la lactancia nocturna ocurra alrededor de los 12 meses de edad, momento en el que los incisivos ya han erupcionado y el niño comienza la etapa de masticación.⁽¹⁰⁾

Primeramente se observarán los labios, después se procederá a revisar los tejidos como rodetes, lengua, paladar, carrillos para verificar que todo esté en orden; si el bebé cuenta con dientes erupcionados se revisará que no tenga lesiones de caries.⁽²⁵⁾ Generalmente cuando los dientes se ven afectados por caries, es debido a caries de la primera infancia, que es la enfermedad aguda que impacta a los niños debido a la existencia de restos de leche materna, leche de vaca, leche artificial o incluso derivado de ciertos hábitos, como endulzar el chupón con miel o azúcar para tranquilizar y hacer dormir al bebé. La falta de limpieza o cepillado actúa como asistente para ellos.⁽¹⁰⁾

Se buscará de acuerdo con la estructura anatómica evaluada anomalías o variantes específicas, por ejemplo:

- Labios: hendiduras.
- Piso de la boca: crecimiento anómalo o quistes
- Rodetes: nódulos de Bohn y cordón fibroso.
- Paladar: Perlas de Epstein o grietas
- Anomalías dentales: hipoplasia, hipomineralización, dientes natales o neonatales
- Lengua: Tamaño, depilación, eritema, úlcera
- Frenillos: cortos, con inserción inadecuada, fibrosos.⁽²⁸⁾

Evaluación del frenillo

Existe evidencia de que el “test de la lengüita” es la forma más efectiva de evaluar el frenillo en recién nacidos, ya que abarca todos los elementos necesarios para el diagnóstico, como historia clínica, anatomía, función y aspectos de lactancia materna.⁽²⁹⁾

El test de la lengüita es una prueba estandarizada que puede diagnosticar e indicar un tratamiento temprano para el movimiento restringido de la lengua causado por la inserción inadecuada o persistente del frenillo. Altera las funciones de la lengua: chupar, tragar, masticar y hablar. El test debe ser realizado por un profesional en la materia, levantará su lengua y revisará si la lengua está atrapada, deberá observar su condición llorando y amamantando. No existen contraindicaciones para esta prueba.⁽³⁰⁾

Se recomienda que la atención dental del bebé se inicie desde el primer mes de vida, a pesar de que no hay dientes, dando educación a la madre o cuidador principal del bebé de los cuidados y acciones. ^(26, 31)

La NOM-013-SSA2 establece que se debe instruir a la mamá, el papá o su cuidador principal sobre las siguientes acciones:

1. Evitar el intercambio de saliva con acciones como probar su comida, compartir los cubiertos con los que come el bebé, besarlo en la boca.
2. Desde que inicia la erupción de los dientes, ejecutar la higiene oral con cepillo de dientes apropiado o dedal de silicón.
3. Enseñarles a los cuidadores la técnica de cepillado (movimientos circulares y horizontales) y que deben supervisar hasta los 8 años.
4. Cepillado sin pasta dental hasta los 3 años de edad.
5. Informar sobre los hábitos alimenticios cariogénicos nocturnos.
6. Promover un consumo bajo de carbohidratos y azúcares.
7. Promover la lactancia exclusiva hasta los 6 meses y la lactancia complementaria hasta los primeros 12 meses después del nacimiento. ⁽³¹⁾

No obstante, no existe evidencia suficiente que respalde el primer punto mencionado es decir “evitar el intercambio de saliva con acciones como probar su comida, compartir los cubiertos con los que come el bebé, besarlo en la boca”. ⁽³²⁾ Por otro lado, respecto al punto 4 existe evidencia que indica que el uso de pasta dental fluorada debe iniciarse desde la erupción del primer diente. ⁽³²⁾

Otras de las acciones adicionales propuestas en la NOM-013-SSA2 que se pueden implementar en la consulta para pacientes de riesgo moderado a alto son:

- Aplicar barniz fluorado, alternando cada aplicación cada 4 meses.
- Aplicar selladores de fosetas y fisuras.
- Interconsulta con especialistas para la atención de los bebés que presenten anomalías o enfermedades que se hayan identificado. ⁽³¹⁾

Todas las acciones implementadas deberán ser presididas de la evaluación del riesgo a caries indagando en la erupción dental, la evaluación de la higiene, la dieta que lleva el bebé, si hay actitudes de intercambio de saliva, etc. y así poder determinar si es necesario programar citas cada 3 o 6 meses. ⁽³¹⁾

4.3 Diseño y validación de instrumentos en el área de la salud

Las instituciones educativas en la actual era del conocimiento giran en torno a la mejora de habilidades. Por ello las instituciones educativas necesitan apostar por la innovación y transformación debido a su enorme potencial como agentes de desarrollo. Las profesiones de la salud están formadas por grupos de profesionales bien versados en el campo. Adquirir las habilidades necesarias para desempeñar funciones esenciales de salud.

En América Latina, y especialmente en México, la formación basada en competencias es una opción de vanguardia para el ingreso efectivo al mundo profesional. Las estrategias para esta formación deben ser innovadoras incluyendo la diversificación, flexibilidad, accesibilidad, el fortalecimiento de la enseñanza interdisciplinaria y la combinación de la práctica clínica con métodos de autoevaluación. ⁽³³⁾

Evaluación para y del aprendizaje

La evaluación del aprendizaje se refiere al proceso de recopilación de información mediante el uso de diversos medios, como pruebas escritas u orales. En cambio, la evaluación que tiene lugar a lo largo del proceso se denomina evaluación para el aprendizaje. Esto sirve para proporcionar retroalimentación conveniente y específica a los estudiantes sobre su proceso de aprendizaje. ^(34, 35)

Tipos de evaluación

Generalmente los tipos de evaluación educativa se clasifican en diagnóstica, sumativa y formativa. ⁽³⁴⁾ La evaluación diagnóstica se divide a su vez en dos tipos: inicial y puntual. Por otro lado la evaluación formativa dará lugar a la evaluación formadora además de que su manera de regulación puede ser: interactiva, retroactiva o proactiva. ⁽³⁶⁾

Al inicio del curso, se realiza la evaluación diagnóstica, que sirve para determinar el grado de conocimiento, habilidad o respuesta del estudiante. Puede ser extremadamente útil, porque permite hacer ajustes en el contenido de las sesiones planificadas. ⁽³⁴⁾ La evaluación diagnóstica, como se mencionó con anterioridad, puede ser de dos tipos: inicial o puntual.

- La evaluación diagnóstica inicial se lleva a cabo de manera única antes de los procesos o ciclos educativos generales. Esto se hace para obtener la información que permita identificar el nivel de habilidades cognitivas generales de los estudiantes en relación con el programa de estudios al que se incluirán.
- La evaluación diagnóstica puntual se realiza en diferentes momentos antes de comenzar algún segmento incluido en el curso.

Se debe entender que la evaluación diagnóstica inicial será siempre más formal que la puntual y se aplicará a un grupo macro, en cambio la puntual será aplicada a un grupo menor y más específico de personas.

Algunas ventajas que podemos observar en la evaluación diagnóstica son:

- La adecuación del programa educativo antes de iniciarlo con los resultados obtenidos de las competencias educativas de los alumnos.
- Observar a tiempo si es necesario el empleo de clases propedéuticas para la regularización de los alumnos con competencias educativas menores.
- Tener mejor adaptación psicológica del alumno al programa educativo debido a que no se encuentra como total desconocido a la enseñanza que se le brinda en el programa.
- Ayuda al docente a saber las expectativas y metas que tienen los alumnos además de solo conocer las competencias educativas de estos.
- Utilizar en diferentes momentos los conocimientos previos de los estudiantes después de que ya se haya empezado el curso, pero antes de un bloque nuevo.

Dentro de las desventajas de este tipo de evaluación encontramos:

- Entre más formal tenga que ser la prueba, será una prueba costosa.
- Puede repercutir de manera negativa en los alumnos, dado que se pueden generar perjuicios que afecten de manera directa y significativa el plan de trabajo del profesor.⁽³⁶⁾

Por otra parte, la evaluación sumativa consiste en la suma de las evaluaciones realizadas a lo largo del curso o unidad didáctica para determinar el nivel en el que se

han alcanzado los objetivos de aprendizaje, para otorgar una clasificación o para confirmar la competencia.⁽³⁴⁾ Tiene como ventaja proporcionar conclusiones sobre qué tan eficaz y bueno fue un programa educativo.

Como desventaja se puede observar que evalúa únicamente el final sin tener en cuenta el proceso del alumno, por lo que no es sinónimo de que el alumno con certeza tenga bien entendidos los conceptos y sepa aplicarlos.⁽³⁶⁾

Finalmente, la evaluación formativa se utiliza para realizar un seguimiento del progreso del aprendizaje así el estudiante recibe retroalimentación acerca de sus éxitos, deficiencias y posibilidades de desarrollo. Esta tiene un fuerte impacto en el aprendizaje porque en el transcurso de las actividades las que se realizan correctamente se siguen realizando de la misma manera y las que presentan algunas deficiencias se detectan en una etapa temprana y se corrigen.⁽³⁴⁾ Este tipo de evaluación se considera en su mayoría cualitativa dado que se centra en el desarrollo psicológico del alumno ante determinado problema y se enfoca en los logros del alumno para motivar a continuar aprendiendo.⁽³⁶⁾

La evaluación formativa se regula de 3 modalidades diferentes: Interactiva, retroactiva y proactiva.

- La regulación interactiva está completamente integrada en el proceso educativo. En este modelo el seguimiento se puede realizar directamente a través de la comunicación producida entre profesores y alumnos. Se aplican actividades y tareas necesarias para completar el proceso de enseñanza y aprendizaje, algunos materiales son programas informáticos cuidadosamente diseñados y permite que ocurran varios tipos de regulación simultáneamente. En este tipo de regulación siempre se verán enriquecidos por la diversidad de formas de comunicación que conlleva. Este tipo de seguimiento se realiza principalmente mediante métodos informales para evaluar como entrevistas, conversaciones, observación, etc.
- La regulación retroactiva implica organizar actividades para fortalecer la programación después de la evaluación al final de la lección. De esta manera las medidas regulatorias se dirigen hacia atrás o en retrospectiva, es decir, refuerzan lo que no se ha aprendido en la práctica de manera adecuada. Los resultados de esta, muestra lo que algunos estudiantes no lograron consolidar, diseñando así nuevas oportunidades para los que enfrentaron dificultades en el proceso.

- La regulación proactiva tiene como objetivo ver hacia adelante proporcionando métodos con una de dos intenciones: lograr la consolidación de lo aprendido o buscar oportunidades futuras para superar obstáculos. Esta es la adaptación a lo que sucede después, es decir, actúan “hacia el frente”. Si el estudiante no tuvo problemas en lo anterior, se pueden organizar nuevas actividades para ampliar lo aprendido.

La regulación interactiva es la modalidad que se utiliza con mayor frecuencia; aunque la retroactiva y proactiva son recursos alternativos, es decir el momento en el que no funcione la interactiva se tienen las otras dos opciones.⁽³⁶⁾

La regulación interactiva proporciona el mejor modelo de evaluación formativa

Dentro de las ventajas de esta evaluación se encuentran:

- La retroalimentación al alumno al mismo tiempo en que desarrolla su aprendizaje.
- El profesor puede tomar la decisión de hacer ajustes en su método de enseñanza acordes a los resultados obtenidos en la evaluación.
- Se logra un aprendizaje más dinámico dado a que se logra un esfuerzo de ambas direcciones, es decir el profesor retroalimenta y adapta su método de enseñanza para que al mismo tiempo el alumno evolucione su aprendizaje con las áreas de oportunidad mencionadas.
- Arroja resultados para observar los obstáculos durante el proceso de enseñanza-aprendizaje.

También se pueden observar desventajas como:

- Este tipo de evaluación no toma en cuenta datos iniciales por lo que no tiene comparativa de cómo llega el alumno y como está actualmente.⁽³⁴⁾

4.3.1 Instrumentos de evaluación

Se refiere a las herramientas para la medición y recolección de datos que son de varias formas dependiendo la naturaleza de la evaluación.⁽³⁴⁾

Se pueden agrupar en las siguientes categorías:

- Evaluación escrita: Ensayo, pregunta escrita directa, prueba de opción múltiple, interacción entre columnas, artículo e informe.
- Evaluación práctica: Examen oral, examen práctico con estudio de casos, examen clínico objetivo sistemático.
- Observación: Informe del maestro, listas de verificación, rúbricas.
- Portafolios y otros registros administrativos: Registros de metodología.
- Autoevaluación y evaluación entre pares: Informe del alumno, informe del par seleccionado.

Todos estos instrumentos tienen ventajas y desventajas. Es responsabilidad de los docentes seleccionar las herramientas adecuadas. Por esto mismo es recomendable que tome variedad y utilice más de un instrumento, así la retroalimentación que proporcione tendrá mayor base.⁽³⁴⁾

4.3.1.1 Rúbrica

Esta es una herramienta cuantitativa que tiene una presencia creciente en la educación. Esta herramienta define tareas, ocupaciones o comportamientos específicos que se esperan. Es una guía articulada y rigurosa que destaca los objetivos de cada actividad y su importancia en el proceso de evaluación.⁽³⁴⁾

Las rúbricas como artefactos de evaluación formativa, facilitan la evaluación de lo que se considera subjetivo, complejo o impreciso, con criterios que califican progresivamente el logro de aprendizajes.⁽³⁷⁾

Cabe señalar que es un documento o texto que en el futuro siempre necesitará ser mejorado. Su contenido siempre tratará de mejorar la práctica evaluativa y por supuesto, la educación y el aprendizaje.⁽³⁸⁾

Tipos de rúbrica

Existen dos tipos de rúbricas:

Holísticas que otorgan una puntuación basada en la evaluación general de cómo está funcionando el estudiante, obteniendo una perspectiva universal del desarrollo de los estudiantes.⁽³⁴⁾ Esta es una evaluación con descriptores correspondientes a los niveles de logro de calidad general, comprensión o dominio, es menos tardado en calificar con este tipo de rúbrica pero se reduce la retroalimentación que se puede proporcionar.

Analítica que otorga una puntuación diferente para cada criterio, con elementos desglosados, esto permite identificar fortalezas y debilidades.⁽³⁴⁾ Se sugiere su uso para dar información descriptiva y alentar a los estudiantes a autoevaluar sus habilidades.⁽³⁷⁾

En general, las rúbricas se presentan en forma de matriz o cuadro. La columna inicial detalla el parámetro que se evaluará, mientras que en el eje horizontal se representan los distintos niveles de desempeño, facilitando así la asignación de puntuaciones que reflejan el rendimiento de los alumnos. En las columnas siguientes, se proporciona una breve descripción del grado de cumplimiento del criterio establecido. Las rúbricas ofrecen una evaluación cualitativa y, al mismo tiempo, permiten asignar un puntaje cuantitativo basado en el nivel alcanzado por el estudiante.

Diseño de rúbricas

La creación de la rúbrica necesita una inversión de tiempo considerable, en primer lugar decidir claramente el plan y diseño de la rúbrica, para después comprobar la coherencia y concordancia de estos recursos. Es recomendable que su diseño sea guiado por diferentes docentes.

Desarrollo de la rúbrica

Planificación

1. Seleccionar los objetivos de aprendizaje a evaluar. Aquí es donde se analiza si la rúbrica servirá para evaluar lo que queremos y tenemos en mente.
2. Determinar el tipo de evaluación (diagnóstica, sumativa, formativa) que desea hacer con esta rúbrica.
3. Identificar a quienes se dirigirá la rúbrica. (Alumnos, panel de profesores, etc.)
4. Determinar si será una rúbrica holística o analítica. En este paso será de mucha ayuda echar un vistazo a los objetivos que se hayan seleccionado para determinar qué tipo de rúbrica es la más adecuada.

5. Establecer la escala de calificación. Se debe decidir si se va a evaluar por medio de un valor numérico, la adaptación a lo planteado, etc.
6. Determinar las categorías generales (lo que debe demostrar la persona evaluada).
7. Determinar las actividades para reconocer el nivel de desempeño del evaluado. Nuevamente con los objetivos seleccionados, se determinan una lista de actividades que se espera que el alumno pueda cumplir.

Diseño

1. Definir un título para la rúbrica. Deberá ser un título conciso, claro y que llame la atención del público a quien se aplicará.
2. Integrar un apartado para los datos de identificación del evaluado. Estos datos contemplan el nombre del aplicador, el nombre del alumno que está respondiendo, la fecha y de qué materia es.
3. Escribir las especificaciones del uso de la rúbrica (instrucciones claras).
4. Agregar una tabla (su diseño dependerá de si es holística o analítica).
5. Integrar la escala de calificación. Esta será una tabla que tendrá valores de mayor a menor de izquierda a derecha asignados a cada categoría que logre acreditar el alumno.
6. Añadir las categorías en general para ver si se cumple el nivel de desempeño.
7. Añadir los descriptores para evaluar el rendimiento. Se debe colocar una tabla con un listado detallado de tareas que se espera que el alumno logre cumplir.
8. Considerar un lugar para la revisión. Este espacio será un recuadro al final de la rúbrica donde se colocará el puntaje final obtenido.
9. Añadir una sección para las observaciones. Este espacio está destinado para que el alumno pueda escribir alguna pregunta o comentario que tenga sobre la rúbrica o la manera en que se le está evaluando.
10. Realizar las ediciones pertinentes para la versión final. Estos ajustes se deben hacer después de que un panel de profesionales la haya revisado o también después de que los alumnos hayan respondido la rúbrica y dado sus comentarios de esta.

Revisión

1. Establecer revisiones periódicas a la rúbrica para garantizar su validez.

2. Después de su aplicación pedir a los evaluados sus recomendaciones para hacer mejoras.
3. Compartirla con otros profesionales para recibir sus comentarios de la relevancia y claridad de los ítems evaluados.

Independientemente del tipo de rúbrica que elijas, debes visualizar las diferentes respuestas posibles y diseñar una escala guía para la interpretación de los resultados obtenidos.⁽³⁴⁾

4.4 Método para el diseño y validación de instrumentos

En el desarrollo de la rúbrica se consideran los siguientes aspectos:

Validez de apariencia. Indica si los elementos del instrumento reflejan adecuadamente la categoría relacionada con los objetivos y las conclusiones deseadas.

Validez de contenido. Aquí se busca integrar la literatura junto con la perspectiva de expertos para evaluar la relevancia de los indicadores o ítems. Para ello, se recurre al método Delphi o a la evaluación mediante la prueba de Lawshe.⁽³⁹⁾

4.4.1 Metodología Delphi

La metodología Delphi es la búsqueda de consenso entre las diferentes opiniones de un panel de expertos, realizando una serie de cuestionarios y añadiendo sus testimonios para probar sus opiniones, que parten del análisis y reflexión de una problemática compleja planteada.^(40, 41) Esta metodología da anonimato a las opiniones de los profesionales y de dicho consenso obtiene datos estadísticos de sus respuestas a una problemática.⁽⁴⁰⁾

Esta metodología consta de 5 etapas o pasos:

1. La selección del grupo de expertos, este será el punto de referencia, ya que los expertos determinarán la calidad del resultado. Estos expertos se identificarán en función de criterios de inclusión.
2. Respecto al número de participantes en el panel de expertos no se mencionan normas sobre un número mínimo necesario. Sin embargo, hay un claro aumento en la fiabilidad del resultado. Además de que el número dependerá de

la naturaleza del panel, si es un grupo homogéneo con 10 a 15 expertos será suficiente, mientras que en grupos heterogéneos (internacional) se podrán necesitar de 30 a 50 expertos.

3. La calidad del grupo de expertos se basa en los criterios de inclusión, también ayudará para su evaluación la trayectoria profesional de cada especialista en el tema.⁽⁴⁰⁾
4. El proceso interactivo es un intercambio de opiniones e información controlado entre administrador y panelistas, quienes responden de manera individual y anónima. Las respuestas de la primera ronda darán lugar a la siguiente ronda de preguntas, normalmente no hay más de tres rondas.⁽⁴⁰⁾ Este proceso crea una opinión sólida y permite al experto reflexionar o considerar cambios en su opinión.⁽⁴¹⁾
5. Los criterios de cierre del Delphi deben considerar una medida de concordancia de al menos un 80% en las opiniones individuales y estabilidad de las respuestas del panel esto quiere decir que no haya diferencias significativas en sus opiniones entre las rondas.⁽⁴⁰⁾

A pesar de sus limitaciones y dificultades, el desarrollo y uso de esta metodología ha crecido exponencialmente y tiene excelentes resultados como método útil y flexible para lograr consenso en varios campos del conocimiento, así como en la investigación educativa.^(40, 41) Dentro del área de la salud ayuda a obtener una mejor comprensión de la realidad desde diferentes aspectos y acordar la información para poder resolver la problemática acordada.⁽⁴¹⁾

4.4.2 Prueba Lawshe

Esta prueba consiste en un modelo para determinar la medida cuantitativa de validez de contenido para instrumentos objetivos. El cual consiste primeramente en un comité de profesionales en el área estudiada, que se encarga de supervisar y responder si el cuestionario es funcional o no, evaluando cada uno de los elementos de este. Los mejores resultados se consiguen cuando dentro del panel existe el mismo número de expertos que tienen gente a su cargo y expertos que trabajan solos dentro del área estudiada.

Esta prueba consiste primeramente en pedir a los miembros del comité que respondan las siguientes preguntas sobre cada uno de los elementos del cuestionario:

¿Sirve para evaluar la habilidad con este ítem?

- Esencial
- Útil, pero no esencial
- No necesario

Después se agrupan las respuestas de los panelistas participantes y se determina el número de respuestas esencial para cada elemento.

Cualquier elemento del cuestionario que sea considerado como esencial por más de la mitad del grupo de panelistas, tendrá un mayor grado de validez. Esto se determinará con ayuda de la fórmula de razón de validez de contenido (CVR) propuesta por Lawshe:

$$\text{CVR} = \frac{n_e - N/2}{N/2}$$

Donde n_e se refiere al número de panelistas que consideraron el elemento esencial y N al número total de panelistas que evaluaron.

También se debe considerar que si menos de la mitad de los panelistas evaluadores responden esencial el valor resultante de la fórmula CVR será negativo. Si es el mismo número de panelistas los que responden esencial y el mismo número que responden no necesario el valor será 0.

Posteriormente con el CVR obtenido de cada ítem, se obtendrá el índice de validez de contenido (CVI), que será la media de los valores CVR de los ítems que se hayan elegido como esenciales.⁽⁴²⁾

Se debe considerar que la prueba de Lawshe sin las modificaciones propuestas por Tristán es muy exigente para un grupo pequeño de panelistas y muy flexible para un grupo más grande, lo cual puede llegar a afectar la validez de la prueba.⁽⁴³⁾

5. ANTECEDENTES

Existen investigaciones y proyectos previos que se relacionan con esta tesis debido a que también buscan crear y validar instrumentos de evaluación cuantitativa de ciertos conocimientos.

En 2016 Kamran Ali y colaboradores, crearon y buscaron la validación de una encuesta para evaluar las habilidades y preparación de los alumnos recién egresados de odontología, utilizando el análisis de Rasch. Aplicaron una encuesta a través de un enlace en la web una encuesta a 457 participantes, de los cuales 392 respondieron todas las preguntas. Participaron 236 mujeres y 156 hombres, los cuales eran estudiantes de los 2 últimos años de odontología y algunos otros eran dentistas de base.⁽⁴⁴⁾

Los primeros resultados arrojaron una serie de problemas con algunos de los elementos incluidos, por lo que se tuvo que repetir el análisis para reevaluar y eliminar algunos elementos. La prueba final constaba de 50 preguntas, que al final arrojaban un resultado final máximo de 100. Los resultados confirmaron que la escala está libre de sesgos.⁽⁴⁴⁾

Por otro lado, Armel Brizuela Rodríguez, en 2016, realizaron y validaron una rúbrica para medir la expresión escrita de los estudiantes de primer año, incluyendo 117 estudiantes universitarios de los cuales 75 eran mujeres y 42 eran hombres; a los cuales se les pidió que escribieran un ensayo para posteriormente ser calificados con la rúbrica creada, donde 1 era deficiente y 5 era excelente.

Después de aplicada la rúbrica concluyeron que es difícil evaluar los ensayos dado que no se tiene una redacción clara, por lo que se propuso implementar procesos de enseñanza-aprendizaje más efectivos para la expresión escrita de los alumnos. Además se vio que para medir la expresión escrita de los alumnos no es suficiente una rúbrica, se necesita también de un manual de definiciones, además de estandarizar el número de palabras, tema a desarrollar, entre otros datos para que la evaluación sea más confiable y con un buen grado de validez.⁽⁴⁵⁾

En 2019 David Dorado y Beatriz Montaña, crearon y buscaron la validación de una rúbrica para valorar las habilidades de un residente en microlaringoscopia directa. Para la validación de dicha rúbrica utilizaron la metodología Delphi contando con un panel de 3 expertos. Posterior a esto fue aplicada a 21 residentes de diferentes años

para comparar sus resultados. Al final se concluyó que la rúbrica si valora las habilidades de manera factible, confiable y válida.⁽⁴⁶⁾

En septiembre de 2019 Yuriko Tsujio y colaboradores, realizaron una encuesta para medir el comportamiento ético de las enfermeras sometida a evaluación por especialistas y así validar su contenido. Después se aplicó la encuesta a 19 enfermeras de manera preliminar para observar la validez aparente del instrumento. Al momento de realizar el estudio, fueron 161 enfermeras las participantes de las cuales solo se tomaron como respuestas válidas 154. Evaluando los resultados se determinó que la rúbrica de comportamiento ético es válida y confiable para la evaluación entre enfermeras de Japón.⁽⁴⁷⁾

En 2020 Ju-Hui Wu y colaboradores, desarrollaron y buscaron la validación de un espacio virtual de simulación como herramienta auxiliar del autoaprendizaje en alumnos de odontología. Los resultados arrojaron un CVI de entre 0.73 y 1.0. Obteniendo del informe de los participantes, que la creación de dicho software es eficaz para la educación, además de ser positivo para enseñar y evaluar las habilidades clínicas de los estudiantes.⁽⁴⁸⁾

También en 2020 María del Carmen Usero Pérez y colaboradores, crearon una rúbrica para evaluar a los usuarios de simuladores para la atención a víctimas. Se tuvo la participación de 4 expertos en el tema para la validación del instrumento, utilizando la prueba de Lawshe para determinar el índice de validez de contenido. Como resultado, la rúbrica es útil, válida y fiable para las prácticas en simuladores desde personas inexpertas hasta todo aquel que se considere experto en el tema.⁽⁴⁹⁾

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Gracias a la evidencia que existe, sabemos la importancia de acudir al odontólogo desde los primeros meses de vida e incluso durante el desarrollo embrionario, para que los profesionales de la salud bucal puedan diagnosticar y atender oportunamente con el fin de evitar o minimizar el impacto de ciertas condiciones bucales. Para ello es necesario que estudiantes, odontólogos generales y odontólogos especialistas cuenten con los conocimientos y habilidades suficientes para llevar adecuadamente el proceso de inspección de la cavidad bucal de un bebé identificando estructuras y situaciones de normalidad. No obstante, en la actualidad no existen estimaciones de estos rubros en estudiantes de licenciatura, ni una rúbrica capaz de evaluar objetivamente el conocimiento y habilidad para la inspección bucal en bebés.

7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la validez de una rúbrica para evaluar conocimiento y habilidad para la inspección bucal del bebé, en estudiantes de licenciatura y de la especialidad de odontopediatría?

8. JUSTIFICACIÓN

Contar con una rúbrica que sea válida y confiable favorecerá para realizar evaluaciones más certeras, además de ser una herramienta útil de autodiagnóstico.

Se pretende obtener una rúbrica que sea válida y confiable que permita evaluar a los alumnos de licenciatura en odontología y que los profesores puedan obtener resultados objetivos y homogéneas de los conocimientos y habilidades que el alumno ha adquirido para la inspección bucal en bebés. Con esto poder proporcionarles retroalimentación oportuna acerca de puntos estratégicos para que los alumnos mejoren y puedan ofrecer consultas de mayor calidad en sus prácticas clínicas futuras. Además de poder ofrecerles un instrumento a los odontólogos que se consideren expertos en el tema y puedan realizar un autodiagnóstico. Esto para que no continúen con una práctica clínica con bebés que sea basada en creencias y suposiciones, si no en un método de evaluación objetivo. Además de poder ofrecer cada vez una práctica clínica con más destreza en la atención.

9. OBJETIVOS

9.1 General

Construir y validar una rúbrica para la evaluación del conocimiento y habilidad para la inspección bucal del bebé en estudiantes de odontología.

9.2 Específicos

Identificar los puntos clave a ser incluidos en la rúbrica para la evaluación del conocimiento y habilidad para la inspección bucal del bebé en estudiantes de odontología.

Estimar la validez de contenido de la rúbrica para la evaluación del conocimiento y habilidad para la inspección bucal del bebé en estudiantes de odontología.

10. HIPÓTESIS

La rúbrica diseñada para evaluar conocimiento y habilidad para la inspección bucal del bebé en estudiantes de odontología es válida.

11. MATERIALES Y MÉTODO

11.1 Diseño del estudio

Transversal de validación

11.2 Tamaño de muestra

Se incluirán de 5 a 10 expertos en odontología para el bebé

11.3 Criterios de selección

11.3.1 Inclusión

Odontólogos especialistas en odontopediatría que deseen participar.

Odontólogos especialistas en odontopediatría con experiencia en odontología para el bebé.

11.3.2 Exclusión

Odontólogos especialistas que no cuenten con práctica clínica actual.

11.3.3 Eliminación

Odontólogos especialistas que no concluyan el proceso de validación de la rúbrica.

11.4 Variables del estudio

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Tipo de variable
-----------------------	-----------------------	------------------------	--------------------	------------------

Sexo	Se refiere a la condición orgánica, masculina o femenina, en organismos tanto animales como vegetales.	Esta se determina mediante la pregunta, sexo del aplicante.	Masculino Femenino	Cualitativa nominal
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Años completos cumplidos al realizar el cuestionario. Evaluado a través de la pregunta, ¿Cuál es tu edad?	Años	Cuantitativa discreta
Grado escolar	En ciertas escuelas, cada una de las secciones en que sus alumnos se agrupan según su edad y el estado de sus conocimientos y educación.	Último nivel de estudios completado por la persona que responde el cuestionario. Evaluado a través de la pregunta, ¿Cuál es tu escolaridad?	Licenciatura Especialidad Maestría Doctorado	Cualitativa ordinal
Conocimientos	Noción, saber o noticia elemental de algo.	Valor obtenido a través de la evaluación de la rúbrica	Identifica perfectamente los conceptos Identifica en su mayoría los conceptos Identifica vagamente los conceptos No identifica los conceptos	Cuantitativa continua
Habilidades	Cada una de las cosas que una persona ejecuta con gracia y destreza.	Valor obtenido a través de la evaluación de los aspectos relacionados a la capacidad y destreza de la inspección bucal del bebé	Lo realiza excelente Lo realiza bien Lo realiza con algunos faltantes Lo realiza de manera deficiente No lo realiza	Cualitativa ordinal

11.5 Método de recolección y procesamiento de la información

- Para la elaboración del instrumento se realizó una revisión de la literatura para identificar los aspectos básicos de la anatomía bucal del bebé y de los aspectos, prácticas y procedimientos a realizar en la consulta clínica de estos pacientes.

- Se establecieron los objetivos de enseñanza-aprendizaje, que se mencionan a continuación:
 - Diagnosticar e interceptar las alteraciones del crecimiento y desarrollo craneofacial, caries, entre otras. Es importante identificar signos y síntomas que nos lleven al diagnóstico óptimo para optar por el mejor tratamiento y materiales.
 - Conocimiento del desarrollo embrionario y la cronología dental. Es importante que el alumno conozca cada etapa del niño desde su desarrollo embrionario y la importancia que tiene cada una para sus etapas consecuentes.
- Posteriormente se llevó a cabo la formulación de los ítems, especificando los aspectos a evaluar para alcanzar las competencias esperadas, estableciendo los criterios para los diferentes niveles o categorías de desempeño que serán divididas en 4 (Excelente a Deficiente).
- Se contactó a los docentes de odontopediatría para explicarles el objetivo del trabajo e invitarlos a participar. Aquellos que aceptaron participar se les envió por correo electrónico el consentimiento informado (Anexo 1), además de los enunciados de evaluación desarrollados y se les solicitó evaluar la pertinencia de estos.
- Mediante el método de consenso se empleó la prueba de Lawshe modificada, con la participación de 5 a 10 expertos en odontología para el bebé, a quienes se les dio el instrumento, y se les solicitó evaluar para prevenir sesgos relacionados con la autoridad y el liderazgo. Adicionalmente, se les solicitó a los expertos su opinión o sugerencias sobre cada uno de los enunciados.
- En dicha respuesta los especialistas realizaron una evaluación de cada propuesta o enunciado como totalmente de acuerdo, hasta totalmente en desacuerdo, siguiendo un formato de respuestas tipo Likert. Se realizaron las adecuaciones conforme las observaciones de los expertos.
- Los resultados de la última evaluación se sometieron a una regla de 3 las respuestas de los expertos a cada enunciado para la estimación del consenso,

multiplicando la suma de respuestas “totalmente de acuerdo” por 100% y dividiéndolo entre el número total de expertos participantes.

- Fueron incluidos en la rúbrica final los enunciados que lograron un acuerdo del 80% con lo cual se consideró un instrumento válido.
- En la rúbrica se recolectaron datos como sexo, grado escolar y habilidad, esto para tener en cuenta el grado máximo obtenido hasta el momento en que se respondió la rúbrica y la destreza con la que realizan la inspección bucal, para observar que alumnos se muestran más hábiles al responder y actuar en la práctica clínica con los bebés.

12. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en el artículo 17, este estudio esta clasificado como investigación sin riesgo, dado que no hay posibilidad de que los sujetos involucrados sufran algún daño inmediato o a largo plazo derivado del estudio.

En las investigaciones catalogadas como sin riesgo, se aplican técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos. Igualmente, se incluyen aquellos estudios donde no se realiza ninguna intervención deliberada o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los participantes. Entre estas metodologías se encuentran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, asegurando que no se identifiquen ni aborden aspectos sensibles relacionados con su conducta.

13. RESULTADOS

Los valores obtenidos respecto a la razón de validez de contenido (RVC) y el índice de validez de contenido, en la cual participaron siete expertos para seleccionar los aspectos a incluir en la rúbrica, se muestran en la tabla 1. En la cual se puede observar que los valores de la RVC de cada rubro fueron en su mayoría aceptables, únicamente cuatro rubros tuvieron un valor menor a 0.58, por lo que fueron eliminados. Los rubros eliminados fueron: “¿Cuál es el primer diente en erupcionar?”; “Menciona la anomalía que histológicamente se observa una lesión inflamatoria ulcerativa con tejido de granulación e infiltrado celular rico en linfocitos, macrófagos, mastocitos y numerosos eosinófilos”; “La prevalencia de estas lesiones es del 2.10% teniendo mayor incidencia de aparición entre los 6 y 11 años de edad e instrumentos o materiales para la inspección bucal a la edad de 0 a 6 meses”.

Por otra parte, el valor del Índice de validez de contenido fue de 0.93, una vez que se excluyeron los cinco items que no alcanzaron el valor mínimo.

Tabla 1

Resultados validez de consenso a través de la prueba de Lawshe modificado

RUBROS	Expertos							Total de acuerdos en esencial	Razón de validez de contenido
	1	2	3	4	5	6	7		
ESTRUCTURAS ANATÓMICAS									
1. ¿Cómo se le llama al reborde alveolar en lactantes?	*	*	*	*	*	*	*	7	1
2. ¿Qué es el cordón fibroso de Robin y Margitot?	*	*	*		*	*		6	0.71
3. Menciona cuál es la estructura localizada en los labios que ayuda durante la lactancia	*	*	*	*	*		*	6	0.71
4. ¿Por qué hay presencia en recién nacidos de pseudomicrognacia?	*	*	*	*	*	*	*	7	1

Tabla 1*Resultados validez de consenso a través de la prueba de Lawshe modificado*

RUBROS	Expertos							Total de acuerdos en esencial	Razón de validez de contenido
	1	2	3	4	5	6	7		
5. ¿Cómo se conocen a los pliegues ubicados en la bóveda palatina posterior a la papila incisiva?	*	*		*	*	*	*	6	0.71
6. Menciona la apariencia normal de la lengua	*	*		*	*	*	*	6	0.71
CRECIMIENTO Y DESARROLLO									
7. ¿A qué edad comienzan a erupcionar los dientes en lactantes?	*	*	*	*	*	*	*	7	1
8. ¿A qué edad es recomendable la primera consulta con el odontólogo?	*		*	*	*	*	*	6	0.71
9. ¿Cuál es el primer diente en erupcionar?	*			*	*	*	*	5	0.42
10. ¿Por qué el tipo de alimentación influye en el desarrollo de la oclusión?	*	*		*	*	*	*	6	0.71
ALTERACIONES COMUNES									
11. Menciona la anomalía que histológicamente se observa una lesión inflamatoria ulcerativa con tejido de granulación e infiltrado celular rico en linfocitos, macrófagos, mastocitos y numerosos eosinófilos.	*	*			*	*	*	5	0.42
12. La prevalencia de estas lesiones es del 2.10% teniendo mayor incidencia de aparición entre los 6 y 11 años de edad					*			3	-0.14
13. Son lesiones nodulares múltiples con color blanco cremoso y su localización es en las zonas vestibulares y palatinas de las almohadillas gingivales, con mayor tendencia a aparecer en la arcada superior.	*	*	*	*	*	*		6	0.71
14. Son glándulas sebáceas ectópicas de color blanco amarillento localizadas en la mucosa de los labios y en la mucosa yugal en placas.	*		*	*	*	*	*	6	0.71

Tabla 1*Resultados validez de consenso a través de la prueba de Lawshe modificado*

RUBROS	Expertos							Total de acuerdos en esencial	Razón de validez de contenido
	1	2	3	4	5	6	7		
15. ¿Qué es la anquiloglosia?	*	*	*	*		*	*	6	0.85
INSPECCIÓN									
16. Instrumentos o materiales para la inspección bucal a la edad de 0 a 6 meses.	*	*	*		*			4	0.14
17. A partir de qué edad se debe comenzar el uso de pasta fluorada en el cepillado dental del lactante.	*	*	*	*	*	*	*	7	1
18. ¿Hasta qué edad se recomienda la lactancia materna exclusiva y el inicio de la alimentación complementaria?	*	*	*	*	*	*	*	7	1
19. ¿Qué determinará los intervalos de tiempo entre cada cita para el lactante?	*	*	*	*	*	*	*	7	1
20. ¿Cuáles son las posiciones para realizar la inspección del lactante?	*	*	*	*	*	*	*	7	1
21. ¿Cómo se activa el reflejo de succión del lactante para la revisión?	*	*	*	*	*	*	*	7	1
22. ¿Cuál es la posición de la lengua del lactante durante la revisión?	*	*	*	*	*		*	6	0.71
23. ¿Cuál es el orden de revisión?	*	*	*	*	*	*	*	7	1
24. ¿Qué se debe hacer si se observa una anomalía bucal?	*	*		*	*	*	*	6	0.71
25. El alumno les informa a los padres las reacciones que puede presentar su hijo en la consulta dental.	*	*		*	*	*	*	6.5	0.857
26. El alumno hace el llenado de la historia clínica adecuadamente.	*	*	*	*	*	*	*	7	1
27. El alumno tratante utiliza el lenguaje adecuado con el lactante y los padres.	*	*	*	*	*	*	*	7	1
28. El alumno puede llevar a cabo la revisión bucal del lactante cuidando la ergonomía.	*	*		*	*	*	*	6	0.71
	Índice de validez de contenido (CVI)								0.93

Posteriormente se asignó la escala de evaluación de cada uno de los rubros a incluir en la rúbrica, como se muestra en la tabla 2. Por lo que la rúbrica quedó conformada por 24 aspectos a evaluar, los cuales pertenecen a conocimiento y habilidades. El puntaje total máximo es de 120 puntos. El puntaje mínimo para aprobar es de 73.

Tabla 2.

Categorías de evaluación para cada uno de los rubros a incluir en la rúbrica

CONOCIMIENTO					
RUBROS	Identifica perfectamente los conceptos (5)	Identifica en su mayoría los conceptos (4)	Identifica algunos de los conceptos (3)	Identifica vagamente los conceptos (2)	No identifica los conceptos (1)
1. ¿Cómo se le llama al reborde alveolar en lactantes?					
2. ¿Qué es el cordón fibroso de Robin y Margitot?					
3. Estructuras anatómicas la cavidad que ayudan durante la lactancia					
4. ¿Por qué hay presencia en recién nacidos de pseudomicrognacia?					
5. ¿Cómo se conocen a los pliegues ubicados en la bóveda palatina posterior a la papila incisiva?					
6. Describe la apariencia normal de la lengua					
7. ¿A qué edad comienzan a erupcionar los dientes en lactantes?					
8. ¿A qué edad es recomendable la primera consulta con el odontólogo?					
9. ¿Por qué el tipo de alimentación influye en el desarrollo de la oclusión?					
10. Son lesiones nodulares múltiples con color blanco cremoso y su localización es en las zonas vestibulares y palatinas de las almohadillas gingivales, con mayor tendencia a aparecer en la arcada superior.					
11. Son glándulas sebáceas ectópicas de color blanco amarillento localizadas en la mucosa de los labios y en la mucosa yugal en placas.					
12. ¿Qué es la anquiloglosia?					
13. A partir de qué edad se debe comenzar el uso de pasta fluorada en el cepillado dental del lactante.					

14. ¿Hasta qué edad se recomienda la lactancia materna exclusiva y el inicio de la alimentación complementaria?					
15. ¿Qué determinará los intervalos de tiempo entre cada cita para el lactante?					
16. ¿Cuáles son las posiciones para realizar la inspección del lactante?					
17. ¿Cómo se activa el reflejo de succión del lactante para la revisión?					
18. ¿Cuál es la posición de la lengua del lactante durante la revisión?					
19. ¿Cuál es el orden de revisión?					
20. ¿Qué se debe hacer si se observa una anomalía bucal?					
HABILIDADES					
RUBROS	Lo realiza excelente (5)	Lo realiza bien (4)	Lo realiza con algunos faltantes (3)	Lo realiza de manera deficiente (2)	No lo realiza (1)
1. El alumno les informa a los padres las reacciones que puede presentar su hijo en la consulta dental.					
2. El alumno hace el llenado de la historia clínica adecuadamente.					
3. El alumno utiliza el lenguaje adecuado con el lactante y los padres.					
4. El alumno puede llevar a cabo la revisión bucal del lactante cuidando la ergonomía.					

14. DISCUSIÓN

Este trabajo estuvo enfocado en construir y validar una rúbrica para la evaluación del conocimiento y habilidad para la inspección bucal del bebé en estudiantes de odontología. La importancia de este trabajo radica en que no existía ningún instrumento que pudiera guiar a los profesionales de la salud oral en su práctica clínica con lactantes.

Es así como se obtuvo una rúbrica de 24 ítems que sirve de apoyo para la valoración de si se es apto o no para la atención de lactantes, evaluando conocimiento teórico y destrezas prácticas.

Durante el proceso de desarrollo se incluyeron a siete profesionales dedicados a la atención de estos en su práctica clínica, a quienes se les invitó a evaluar la pertinencia de cada punto a evaluar. De acuerdo con los resultados obtenidos y el modelo propuesto por Lawshe la validez de contenido es adecuada, al ser seleccionados únicamente los rubros con valor mayor a 0.58. En este caso todos los valores de razón de contenido oscilaron entre 0.71 y 1. Estos valores son similares a los resultados reportados por Ju-Hui Wu en 2020, quienes reportan valores de 0.73 a 1.0, considerados eficaces para la educación y evaluación de los estudiantes de odontología. ⁽⁴⁸⁾ No obstante, es importante ampliar la evaluación de validez de esta rúbrica bajo diferentes escenarios, así como profundizar en las características psicométricas con la confiabilidad.

Esta rúbrica fue creada para ser utilizada en la evaluación de estudiantes de odontología tanto de pregrado como de la especialidad en odontopediatría. Además de poder emplearse en distintos momentos dentro de un mismo periodo para evaluar el avance de sus conocimientos y sus áreas de oportunidad de manera objetiva, y así poder conocer donde deben reforzar su educación.

Además dentro del área de la salud es de vital importancia mantenernos en constante actualización, por ello contar con rúbricas como método de evaluación y autodiagnóstico en estos casos nos ayuda a tener mayor certeza de que se es apto para elaborar tareas específicas con los pacientes. Las rúbricas dentro de la enseñanza son una herramienta muy útil que ayuda al profesor a ser más objetivo y

poder ser muy puntual y concreto al momento de apoyar a los alumnos en su desempeño académico, debido a que no arroja una retroalimentación basada en el juicio del profesor, sino que da resultados cuantitativos, por lo que se reduce el riesgo de sesgo dentro de la evaluación. También ayuda a los alumnos a enfocarse y actuar rápidamente en sus áreas de oportunidad, ya que no tienen que estar indagando en encontrar específicamente cuáles son sus debilidades porque los resultados de la rúbrica ya les arrojan esto.

También dentro de la odontología se necesita evaluar si las habilidades que tenemos son suficientes y adecuadas para el trato a nuestros pacientes. Con ayuda de las rúbricas los estudiantes de odontología pueden tener mayor claridad de lo que se espera al desempeñar una actividad y tener un resultado cuantitativo de qué tan hábil se es y en qué tiene que mejorar.

Además, esta rúbrica podría ser útil para la evaluación del conocimiento y habilidades en odontólogos generales y odontólogos especialistas para evaluar la condición de sus conocimientos y con ello identificar áreas de oportunidad para su educación continua.

Por otra parte, en la actualidad la odontología del bebé ha tenido mucha relevancia, debido a la apuesta que se ha hecho por la prevención en la salud oral, para así evitar a toda costa la terapéutica invasiva y preservar la salud. La evidencia indica que las revisiones odontológicas desde el primer momento de vida facilitan la aceptación de la consulta lo cual aumenta la probabilidad de que el paciente acudirá a revisiones periódicas para tener una mejor calidad de vida por preservar su salud oral. De igual manera la atención temprana, dentro de los primeros mil días de vida son un periodo crítico para el crecimiento y desarrollo del bebé porque es la oportunidad de adoptar prácticas que repercuten en su vida y personalidad futuras, así lograr interdisciplinar a los niños.⁽⁵⁵⁾ Con esto podemos educar a los cuidadores del lactante acerca de hábitos positivos que puedan repercutir en la salud bucal del lactante, como el empleo de la alimentación mediante lactancia materna, la ingesta reducida en azúcares añadidos y artificiales, conductas de higiene, entre otras. Que como antes se menciona, ayudan a prevenir caries, defectos del esmalte, promueven el correcto desarrollo cráneo-facial del bebé para que tenga una adecuada funcionalidad, etc.

Dicho esto, todo aquel profesional de la salud oral que no tiene conocimiento para dar atención a los lactantes, obtiene como consecuencia una práctica clínica limitada para el empleo de la nueva era de la odontología, debido a que los conceptos que surgen

en la actualidad van hacia el pensamiento de “mínima intervención”. Es decir apostar más por la prevención para no tener que rehabilitar dientes que ya no están sanos.

Dentro de las limitantes de este trabajo se encuentra que los expertos proceden de una misma institución, comparten estrategias de enseñanza, sería importante en futuras evaluaciones incluir un grupo de expertos en el tema de la enseñanza de la odontología para el bebé, de otras instancias o instituciones.

15. CONCLUSIÓN

La rúbrica propuesta para la evaluación del conocimiento y habilidades para la inspección bucal del bebé, integrada por 24 puntos, presenta adecuada validez de consenso para ser aplicada en estudiantes de odontología de licenciatura y posgrado de odontopediatría.

16. REFERENCIAS

1. Real academia española. (2022). *Anatomía: Definición*. Real Academia Española. Recuperado 18 de enero de 2023, de <https://dle.rae.es/anatom%C3%ADa>
2. Moore KL, Persaud TVN, Torchia MG. Desarrollo embrionario. 10 ed. Barcelona, España: Ed. Elsevier Saunders. 2016.
3. Planas, P. (1987). *Rehabilitación Neuro-Oclusal (RNO)* (2.^a ed.). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=187549>
4. Licla, K. (2016). Conociendo la cavidad oral del recién nacido. *Revista Científica Odontológica*, 4(1), 486-494. <https://doi.org/10.21142/2523-2754-0401-2016-486-494>
5. Duggal, M. (2013). *Odontología pediátrica* (1.^a ed.). Editorial El Manual Moderno. [https://aprendeonlinea-manualmoderno-com.pbidi.unam.mx:2443/reader/275381/&returnUrl%3DaHR0cHM6Ly9hcHJlbnRIZW5saW5lYS1tYW51YWxtb2Rlcm5vLWNvbS5wYmlkaS51bmFtLm14OjI0NDMvaG9tZS9wcm9kdWN0LWRldGFpbHMvMjc1Mzgx?epub=https%3A%2F%2Freader-apsouth.ipublishcentral.net%2F02e391d66cf08e8810703c566b318ea%2F369853df766fa44e1ed0ff613f563bd%2F9e041c6ee3712e0694912071bde09895%2F7f46165474d11ee5836777d85df2cdab%2F&goto=epubcfi\(%2F6%2F8!%2F4%2F2%2F2%2F2%2F2%2F2%2F2%2F1%3A0&productType=ebook&themeName=Default-Theme](https://aprendeonlinea-manualmoderno-com.pbidi.unam.mx:2443/reader/275381/&returnUrl%3DaHR0cHM6Ly9hcHJlbnRIZW5saW5lYS1tYW51YWxtb2Rlcm5vLWNvbS5wYmlkaS51bmFtLm14OjI0NDMvaG9tZS9wcm9kdWN0LWRldGFpbHMvMjc1Mzgx?epub=https%3A%2F%2Freader-apsouth.ipublishcentral.net%2F02e391d66cf08e8810703c566b318ea%2F369853df766fa44e1ed0ff613f563bd%2F9e041c6ee3712e0694912071bde09895%2F7f46165474d11ee5836777d85df2cdab%2F&goto=epubcfi(%2F6%2F8!%2F4%2F2%2F2%2F2%2F2%2F2%2F2%2F1%3A0&productType=ebook&themeName=Default-Theme)
6. F, F. F. D., & Y, O. A. (2012). CONSIDERACIONES MORFOLÓGICAS SOBRE LA CAVIDAD BUCAL DEL RECIÉN NACIDO Y EL NIÑO EN EDAD TEMPRANA. *Primer Congreso Virtual de Ciencias Morfológicas*. <http://www.morfovvirtual2012.sld.cu/index.php/morfovvirtual/2012/paper/viewPaper/344/480>
7. Gutiérrez, F. Q. (2004). *Tratado de anatomía humana*.
8. Bordoni, N., Escobar, A., & Mercado, R. C. (2010). *Odontología pediátrica / Pediatric Dentistry: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*

/ *The Oral Health of Children and Adolescents in Today 's World*. Editorial Médica Panamericana.

9. F, J. V., & B, K. T. (2006). Patología oral del recién nacido. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 45(2), 112-115. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v45n2/v45n2a09.pdf>
10. De Figueiredo Walter, L. R., Ferelle, A., & Issao, M. (2000). *Odontología para el bebé: odontopediatría desde el nacimiento hasta los 3 años*.
11. Ventiades Fernández, J. (2011). Diagnóstico histopatológico de las alteraciones del desarrollo en recién nacidos en el servicio de neonatología del hospital universitario. *Revista Boliviana*, 16(84). http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?pid=S0004-0525201100020007&script=sci_arttext
12. Alejandra, C. A. M. (2017). *Prevalencia de alteraciones bucales del recién nacido, en Quito-Ecuador*. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11998>
13. Sukumaran, A., Majumdar, B., Jafer, M., & Maralingannavar, M. (2016b). Oral Lesions in Neonates. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 9(2), 131-138. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1349>
14. Álvarez-Paucar, M., Sacsquispe-Contreras, S., & Paredes-Paredes, N. (2017). Manejo bajo sedación consciente de quiste de erupción en infante. *Revista estomatológica herediana*, 26(4), 255. <https://doi.org/10.20453/reh.v26i4.3032>
15. García-Righetti, G., & Islas-Tejera, A. (2022). Tongue-tie in babies. Diagnosis and laser frenectomy. Case report. *Journal of Oral Research*, 11(1), 1-10. <https://doi.org/10.17126/joralres.2022.006>
16. González Jiménez, D., Costa Romero, M., Riaño Galán, I., González Martínez, M., Rodríguez Pando, M., & Lobete Prieto, C. (2014). Prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos en el Principado de Asturias. *Anales de Pediatría*, 81(2), 115-119. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.10.030>
17. Del Pilar Martín Santiago, M., & Gutknecht, N. (2020). Pathologies of the oral area in newborns and infants: frenula and contributions of laser systems. *International journal of medical and surgical sciences*. <https://doi.org/10.32457/ijmss.v7i4.577>
18. Del Rosario Munayco Pantoja, E., Ramos, G. T., Paricoto, O. H., Villacampa, S. C. (2018). Tratamiento odontológico de un paciente con la enfermedad de

- Riga-Fede. Reporte de caso clínico. *Odontología sanmarquina*, 21(3), 223.
<https://doi.org/10.15381/os.v21i3.15155>
19. van der Meij, E. H., de Vries, T. W., Eggink, H. F., & de Visscher, J. G. (2012). Traumatic lingual ulceration in a newborn: Riga-Fede disease. *Italian Journal of Pediatrics*, 38(1), 20. <https://doi.org/10.1186/1824-7288-38-20>
 20. Pérez, M. M., Andrade, M. S. R., & Sierra, C. G. (2013). Alteraciones bucales del recién nacido. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 71(3), 115-119. <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od143d.pdf>
 21. Los gránulos de fordyce - Reporte de un caso. (s. f.). <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/1/art-18/>
 22. Lucas-Rincón, S. E., Medina-Solís, C. E., Pontigo-Loyola, A. P., Robles-Bermeo, N. L., Lara-Carrillo, E., Hernández, M. A., Sánchez, M. L., & Casanova-Rosado, J. F. (2017). Natal and neonatal teeth: a review of the literature. *Pediatría (Asunción. Impresa)*. <https://doi.org/10.18004/ped.2017.abril.62-70>
 23. Podestá, M. E., & Sacramento, C. A. (2012). *Odontología para bebés: fundamentos teóricos y prácticos para el clínico*.
 24. Odontología para bebés. (2013). *Dental Tribune*, 10(8). <https://www.sdppr.com/wp-content/uploads/2012/12/DTLA0813.pdf>
 25. Pinto, J., Chávez, D., & Navarrete, C. (2018). Salud bucal en el primer año de vida. Revisión de la literatura y protocolo de atención odontológica al bebé. *ODOUS Científica*, 19(1), 1315-1323. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol19-n1/art05.pdf>
 26. Tejeda Gutiérrez, D. L., Balderas Delgadillo, C., Monjarás Ávila, A. J., & Mendoza Rodríguez, M. (2022b). Protocolo de atención dental para el bebé. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 10(20), 57-59. <https://doi.org/10.29057/icsa.v10i20.8475>
 27. Cuidados de la salud bucodental en el bebé. (s. f.). <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-23/>
 28. Borda, C. G., Pariacoto, O. H., De La Cruz, R. S., Ramos, G. T., Villacampa, S. C., Garibay, P., Anticona, C., & Pum, J. K. (2014b). ODONTOLOGÍA PARA EL

- BEBÉ: MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PÚBLICA - PERÚ (PARTE 1). *Odontología sanmarquina*. <https://doi.org/10.15381/os.v8i2.3421>
29. Llanos-Redondo, A., Contreras-Suárez, K. S., & Aguilar-Cañas, S. J. (s. f.). Evaluación del frenillo lingual en neonatos. una revisión sistemática. *Revista de Investigación E Innovación En Ciencias de la Salud*, 3(1), 87-97. <https://doi.org/10.46634/riics.71>
30. Martinelli, R. L. C. (2012). *Test de la lengüita* (N.º 978-85-8298-014-9). <https://www.pkasesorias.cl/PDF/TEST%20DE%20LA%20LENGUITA%20ESPA%20NOL.pdf>
31. Kuri Morales, P. A. (2016, 23 noviembre). *NORMA Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales*. SEGOB. Recuperado 17 de marzo de 2023, de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5462039&fecha=23/11/2016#gsc.tab=0
32. Clark, M., Keels, M. A., & Slayton, R. L. (2020, 1 diciembre). *Fluoride Use in Caries Prevention in the Primary Care Setting*. *Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-034637>
33. Vázquez-Guzmán, M. (2018b). Diseño, validación y aplicación de un instrumento de evaluación de las competencias profesionales para realizar las funciones esenciales de la salud pública. *Revista de la Fundación Educación Médica*, 21(5), 247. <https://doi.org/10.33588/fem.215.964>
34. Sánchez Mendiola, M., & Martínez González, A. (2020). *Evaluación del y para el aprendizaje: Instrumentos y estrategias* (1.ª ed.). [https://cuaieed.unam.mx/descargas/investigacion/Evaluacion del y para el aprendizaje.pdf](https://cuaieed.unam.mx/descargas/investigacion/Evaluacion%20del%20y%20para%20el%20aprendizaje.pdf)
35. Pino, M. P., Clavero, J. O. E., Ayala, J. L., & Falcón, M. G. (2017). La evaluación formativa en el proceso enseñanza aprendizaje. *EDUMECENTRO*, 9(3), 263-283. <http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v9n3/edu17317.pdf>
36. Barriga, D. (2010). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo: Una interpretación constructivista*. [PDF]. McGraw Hill. https://des-for.infed.edu.ar/sitio/upload/diazbarrigacap8_EVALUACION.pdf

37. Gatica-Lara, F., & Del Niño Jesús Uribarren-Berrueta, T. (2012). ¿Cómo elaborar una rúbrica? *Investigación en Educación Médica*, 2(5), 61-65. [https://doi.org/10.1016/s2007-5057\(13\)72684-x](https://doi.org/10.1016/s2007-5057(13)72684-x)
38. Martínez Rojas, J. G. (2008). Las rúbricas en la evaluación escolar: Su construcción y su uso. *Avances En Medición*, 6, 129-138. <https://www.uaem.mx/sites/default/files/facultad-de-medicina/descargas/construccion-y-uso-de-rubricas-de-evaluacion.pdf>
39. Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Rubiales, Á. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1). <https://doi.org/10.4321/s1137-66272011000100007>
40. López-Gómez, E. (2017). EL MÉTODO DELPHI EN LA INVESTIGACIÓN ACTUAL EN EDUCACIÓN: UNA REVISIÓN TEÓRICA Y METODOLÓGICA. *Educación XX1*, 21(1). <https://doi.org/10.5944/educxx1.20169>
41. Varela-Ruiz, M., Díaz-Bravo, L., & García-Durán, R. (2012b). Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investigación en Educación Médica*, 1(2), 90-95. <http://scielo.unam.mx/pdf/iem/v1n2/v1n2a7.pdf>
42. Lawshe, C. H. (1975). A QUANTITATIVE APPROACH TO CONTENT VALIDITY. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
43. Tristan-Lopez, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en medición*, 6(1), 37-48. <https://biblat.unam.mx/fr/revista/avances-en-medicion/articulo/modificacion-al-modelo-de-lawshe-para-el-dictamen-cuantitativo-de-la-validez-de-contenido-de-un-instrumento-objetivo>
44. Ali, K. M. I., Slade, A., Kay, E., Zahra, D., Chatterjee, A., & Tredwin, C. (2016). Application of Rasch analysis in the development and psychometric evaluation of dental undergraduates preparedness assessment scale. *European Journal of Dental Education*, 21(4), e135-e141. <https://doi.org/10.1111/eje.12236>
45. Rodríguez, A. B. (2016). Construcción y validación de un test de producción textual. *Universitas Psychologica*. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy15-1.cvrm>

46. Dorado Martínez, D.S., & Montañó Velázquez, B.B. (2019). *Construcción y validación de una rúbrica de evaluación de la habilidad y destreza del abordaje de la microlaringoscopia directa para las patologías de la laringe*.
47. Tsujio Y, Yasuda M, Hattori M, Yoshioka T, Nakamura N, Nakata M, Teramukai S, Minemura Y, Azuma T. Developing a behaviour rubric for the practical model of ethical behaviour for clinical nursing. *Nurs Open*. 2023 Nov;10(11):7382-7393. doi: 10.1002/nop2.1992. Epub 2023 Sep 11. PMID: 37694450.
48. Wu, J., Du, J., & Lee, C. (2021). Development and questionnaire-based evaluation of virtual dental clinic: a serious game for training dental students. *Medical Education Online*, 26(1). <https://doi.org/10.1080/10872981.2021.1983927>
49. Usero-Pérez, M. D. C., Jiménez-Rodríguez, M. L., González-Aguña, A., González-Alonso, V., Orbañanos-Peiro, L., Santamaría-García, J. M., & Gómez-González, J. L. (2020). Validation of an evaluation instrument for responders in tactical casualty care simulations. *Revista latino-americana de enfermagem*, 28, e3251. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3052.3251>
50. Cobo, C. M. S., & Camarero, A. R. A. (2018). Claves para el diseño y validación de cuestionarios en Ciencias de la Salud. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 77, 69-73. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7142007.pdf>
51. *Una guía para la salud dental de los niños*. (s. f.-b). HealthyChildren.org. <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/teething-tooth-care/Paginas/A-Guide-to-Childrens-Dental-Health.aspx>
52. Garzón Perdomo, F. L. (s. f.). *PATOLOGÍAS ORALES EN RECIÉN NACIDOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSÉ* [Diapositivas]. https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/8795/Garz%C3%B3n_Perdomo_Francy_Lorena_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
53. Varela-Ruiz, M., Díaz-Bravo, L., & García-Durán, R. (2012b). Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investigación en Educación Médica*, 1(2), 90-95. <http://scielo.unam.mx/pdf/iem/v1n2/v1n2a7.pdf>

54. ABANTO, J., DUARTE, D., & FERES, M. (2020). *PRIMEROS MIL DÍAS DEL BEBÉ y SALUD BUCAL* (1.^a ed., Vol. 1). NAPOLEAO. <https://544801546-1eros-Mil-Dias-Del-Bebe-y-Salud-Bucal-Abanto.pdf>

16.1 Imágenes

1. Jennifer Photography Imaging. (2009, enero 28). *Cara de bebé*. iStock. <https://www.istockphoto.com/es/foto/cara-de-beb%C3%A9-serie-gm157418342-8380185?phrase=bebe+saca+la+lengua>
2. Real Creation. (2009, June 3). Macro Close Up of Newborn Baby's Mouth. YouTube: <https://www.istockphoto.com/es/foto/macro-close-up-of-newborn-babys-mouth-gm476164871-26341944?phrase=CALLOS+DE+SUCCION+BEBES>
3. *Frenillo labial y lactancia: ¿y si no todo es anquiloglosia? • Mi hijo no habla*. (2022). Mi hijo no habla. <https://mihijonohabla.com/frenillo-labial-y-lactancia-y-si-no-todo-es-anquiloglosia/>
4. *Anquiloglosia en lactante de 4 meses - elfrenillolingual.com*. (2021, June 30). El frenillo lingual. Retrieved February 28, 2024, from <https://anquiloglosia.com/anquiloglosia-en-lactante-de-4-meses/>
5. *La piel del recién nacido, ¿qué es normal?* (2015, June 8). Con P de Pediatría. <https://conpdepediatria.blogspot.com/2015/06/la-piel-del-recien-nacido-que-es-normal.html>
6. *Frenillo lingual corto o anquiloglosia – Centro de Osteopatía en Barcelona - Motec*. (2022, June 9). Centro de Osteopatía Motec Barcelona. <https://www.osteopatiamotec.com/frenillo-lingual-corto-o-anquiloglosia/>
7. Ángulo Espinoza, M. d. I. Á., Teja Ángeles, E., & Durán Gutiérrez, A. (2013, Agosto). El diagnóstico del pediatra ante la patología bucal benigna del recién nacido. *Acta Pediátrica de México*, 34(4), 196 - 204. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2013/apm134e.pdf>

17. ANEXOS

17.1. Consentimiento informado



Escuela
Nacional de
Estudios
Superiores
Unidad León

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES
UNIDAD LEÓN.

Consentimiento informado

Construcción y evaluación validez de consenso de una rúbrica para evaluar el conocimiento y habilidad para la inspección bucal del bebé, en estudiantes de odontología.

Por medio de la presente me dirijo a usted para compartirle que estamos realizando una investigación que pretende construir y validar una rúbrica de evaluación del conocimiento y habilidad para la inspección bucal del bebé en estudiantes de odontología, bajo la supervisión de La Comisión de Ética en Investigación, con el objetivo de que sirva como una herramienta de autodiagnóstico, además de una manera de evaluación más certera y objetiva para uso de profesores y así proporcionar retroalimentación a los alumnos indicando sus fortalezas y áreas de oportunidad.

Introducción y justificación

En la actualidad no se cuenta con un instrumento de evaluación válido para evaluar objetivamente el conocimiento y habilidad para la inspección bucal del bebé, por lo que se busca contar con una rúbrica que sea válida y confiable para evaluar esto, favoreciendo realizar evaluaciones más certeras, objetivas y homogéneas entre los profesores, además será una herramienta útil de autodiagnóstico proporcionando retroalimentación sobre las fortalezas y debilidades en las áreas que se deben mejorar y con esto evitar que se continúe con una práctica clínica con bebés basada en creencias y suposiciones.

Objetivo

Construir y validar una rúbrica de evaluación del conocimiento y habilidad para la inspección bucal del bebé en estudiantes de odontología.

Identificar los puntos clave a ser incluidos en la rúbrica para la evaluación del conocimiento y habilidad.

Estimar el índice de validez de contenido del instrumento.

Beneficios

Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en la investigación, pero su participación apoyará a crear un instrumento de evaluación válido y estandarizado para la inspección bucal del bebé.

Proceso de la participación

Si usted accede a participar se le contactará a través de su correo electrónico a donde se le enviarán una serie de enunciados donde valorará si considera que es pertinente agregarlo a la rúbrica. Además de cuestiones como sexo, edad y grado escolar. De acuerdo a sus comentarios se harán las modificaciones pertinentes y de ser necesario le enviaremos el cuestionario para su reevaluación.

Los datos proporcionados en la investigación pueden ser publicados en revistas científicas, congresos o utilizados para otros proyectos de investigación relacionados, garantizando que será de manera anónima y con previa revisión y aceptación por parte del comité de ética. Además de ser manejada por los miembros del equipo de investigación de manera confidencial.

Riesgos potenciales

Esta evaluación no conlleva ningún riesgo, ni molestia antes, durante o posterior a la participación en el estudio dado a que no se realizará ninguna intervención física.

Participación voluntaria

La participación es voluntaria y está en completa libertad de abandonar el estudio si así lo cree adecuado. No tendrá impacto negativo ni el abandono, ni la participación en dicho estudio.

Información y datos de contacto de la tesista y de la CEI

Podrá solicitar información adicional acerca de los riesgos, así como los resultados de su participación en este estudio o cualquier otra información relacionada con la investigación con la tesista Miriam Darinka Palma Patiño al correo electrónico: doroti800@gmail.com o con la Comisión de Ética e Investigación de la ENES, León al (477) 194 08 80 Ext. 43444

Yo _____ declaro que voluntariamente acepto participar en el estudio de investigación titulado “Construcción y evaluación validez de consenso de una rúbrica para evaluar el conocimiento y habilidad para la inspección bucal del bebé, en estudiantes de odontología”, acepto que he sido

informado con claridad respecto a los procesos de dicha investigación, además de que los datos proporcionados se podrán utilizar con fines científicos.

He leído y comprendido la información anteriormente proporcionada, y todas mis dudas han sido aclaradas siendo de mi entera satisfacción; al firmar el consentimiento informado autorizo.

Firma del participante

Firma de la tesista Miriam Palma

Firma del testigo

Fecha