



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESTUDIOS PARA GRADUADOS
ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA**

**“CONDUCTAS CONDICIONANTES EN LA APARICIÓN Y
PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD CARIES DENTAL
EN PACIENTES PEDIÁTRICOS MENORES DE 5 AÑOS”.**

Autor:

ANDREA MARIA SCOVINO STANKOVIC

C.I: V- 24.553.114

Bárbula, Octubre 2024



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESTUDIOS PARA GRADUADOS
ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA**

**CONDUCTAS CONDICIONANTES EN LA APARICIÓN Y PROGRESIÓN DE
LA ENFERMEDAD CARIES DENTAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
MENORES DE 5 AÑOS**

Autor:

Andrea Maria Scovino Stankovic

C.I: V- 24.553.114

Bárbula, Octubre 2024



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESTUDIOS PARA GRADUADOS
ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA**

**CONDUCTAS CONDICIONANTES EN LA APARICIÓN Y PROGRESIÓN DE LA
ENFERMEDAD CARIES DENTAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS MENORES
DE 5 AÑOS**

**Proyecto adscrito a UDACYD, en la línea de investigación Biología y
Salud; en la temática: Patología general y bucal; y en la subtemática: Caries
dental diagnóstico y tratamiento.**

Tutor:

Dra. Socorro Elena Zavarce
Pérez

Autor:

Andrea Maria Scovino Stankovic
C.I:V- 24.553.114

Bárbula, Octubre 2024



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



ACTA DE VEREDICTO DEL TRABAJO DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 139 y 140 del reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como jurados designados por el consejo de Postgrado de la Facultad de Odontología, de acuerdo a lo previsto en el artículo 136 del citado Reglamento, para evaluar el Trabajo Especial de Grado titulado:

"CONDUCTAS CONDICIONANTES EN LA APARICIÓN Y PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD CARIES DENTAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS MENORES DE 5 AÑOS"

Presentado para optar el grado de Especialista en Odontopediatría, por la aspirante **SCOVINO STANKOVIC ANDREA MARÍA**, titular de la cédula de identidad N° V- 24.553.114, realizado bajo la tutoría de la DRA. **SOCORRO E. ZAVARCE P.**, titular de la cédula de identidad N° V- 7.023.690, habiendo examinado el trabajo presentado, se dice que el mismo está **APROBADO CON MENCIÓN HONORÍFICA**.

En Bárbula a los 26 días del mes de noviembre del 2024.

Jurado Evaluador:

Dra. SOCORRO E. ZAVARCE P.
Ci: 7.023.690



Od. Esp. LIVIA Y. SEGOVIA B.
Ci: 9.445.831

Od.Esp. ROSA D. WEFER M.
Ci: 14.514.622



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
 FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
 ESTUDIOS PARA GRADUADOS
 ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA**

VEREDICTO

Quienes suscribimos, miembros del Jurado designado para la evaluación del Trabajo de Grado titulado: **“Conductas condicionantes en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental en pacientes pediátricos menores de 5 años”**, presentado por: Andrea Maria Scovino Stankovic, titular de la Cédula de Identidad No: V- C.I:V- 24.553.114, para optar al título de Especialista en Odontopediatria, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como: Mérito de Grado en el programa de Especialización en Odontopediatria.

Nombre Apellido

C.I.

Firma

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

En Barbula a los _____ días del mes de _____ del año dos mil veinticuatro



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESTUDIOS PARA GRADUADOS
ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA**

ACEPTACION DEL TUTOR.

Por medio de la presente, yo, Socorro Elena Zavarce Pérez, cédula de identidad V-7.023.690, hago constar que he leído el proyecto del trabajo de grado titulado: **“CONDUCTAS CONDICIONANTES EN LA APARICIÓN Y PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD CARIES DENTAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS MENORES DE 5 AÑOS”**, presentado por la odontólogo Andrea María Scovino Stankovic, portadora de la Cedula de Identidad V-24.553.114 , para optar al título de Especialista en Odontopediatria de la Facultad de Odontología de Universidad de Carabobo.

Acepté tutorar a la estudiante antes mencionada en calidad de **tutor contenido**, durante la etapa del desarrollo del trabajo de grado hasta su presentación y evaluación.

En Bárbula a los _____ días del mes de _____ del año 2024

Dra. Socorro Elena Zavarce Pérez

C.I: 7.023.690

A Dios primeramente, quien fue testigo de todo mi esfuerzo y dedicación.

A mi papá, que desde el cielo me ha acompañado en cada paso que he dado.

A mi esposo Daniel, quien siempre ha sido mi mayor apoyo durante mi
especialización.

A mi mamá, que siempre ha estado para mi con su amor incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres, Luis Humberto Scovino Olavarria y Mileva Stankovic de Scovino, por darme el privilegio de estudiar esta carrera tan bonita y brindarme todas las facilidades para poder cursar esta especialidad, por nunca dudar de mi, por siempre permitirme expresarme y permitirme ser, por siempre haber sentido todo su amor, son mis pilares y mi orgullo.

A mi esposo, Daniel, por nunca dejar que me rindiera, por estar a mi lado siempre, por cada detalle que has tenido conmigo desde el día uno, gracias por alentarme, ayudarme y cuidarme.

A mis CoR, Andrea, Gabriela y Jessika, compañeras en un principio, amigas en la actualidad, gracias por hacer mas ameno nuestro transitar dentro del Postgrado.

A todos mis compañeros de otras especialidades, Edna, Lenny, María, Gerdi, Denis, Francella, gracias por permitirme trabajar a su lado.

A mis docentes, Rosa Weffer, Omar Bocaranda, Verònica Ruíz, Adriana Betancourt, Iliana Nazar, Karla de Abreu, Sandra Rodríguez, Siguaraya Noriega gracias a todos por sus enseñanzas, paciencia, cariño, me llevo un poquito de cada uno.

A mi tutora la Dra Elena Zavarce, gracias por todas sus enseñanzas, oportunidades y cariño, gracias por siempre creer en mi y exigirme ser mi mejor versión.

A la Dra Ybelisse Romero, a quien conocí al final de este bello transitar, pero siempre estuvo dedicada apoyandome durante este trabajo de investigación.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESTUDIOS PARA (CUADROS
ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA**

**CONDUCTAS CONDICIONANTES EN LA APARICIÓN Y PROGRESIÓN DE LA
ENFERMEDAD CARIES DENTAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS MENORES
DE 5 AÑOS**

**Proyecto adscrito a UDACYD, en la línea de investigación Biología y
Salud; en la temática: Patología general y bucal; y en la subtemática: Caries
dental diagnóstico y tratamiento.**

AUTOR: Andrea Maria Scovino Stankovic

TUTOR: Socorro Elena Zavarce Pérez

AÑO: 2024

RESUMEN

La enfermedad caries dental se describe como una enfermedad dinámica y multifactorial, por lo tanto su tratamiento debe ser dinámico con estrategias personalizadas que permitan abordar su aparición y progresión. El objetivo fue proyectar una categorización de las conductas condicionantes en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental en pacientes pediátricos menores de 5 años. Fue un estudio de campo, descriptivo transaccional, modalidad proyecto factible; la muestra, tipo censal estuvo conformada 9 por docentes y 16 residentes del postgrado de odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. El diagnostico determinó que la mayoría de los encuestados conocen la característica compleja de la lesión de caries dental, su clasificación de acuerdo a localización, profundidad y actividad; la mayoría reconoce la importancia del correcto llenado de la historia clínica que identifique el tipo de parto, las condiciones socioeconómicas, la dieta, el primer contacto con la madre, la relación entre paciente pediátrico y la cotidianidad del núcleo familiar; consideran relevante el abordaje integral de la lesión de caries dental y la conducta del paciente durante el tratamiento. Solo 52% reconocen el Modelo COM-B para identificar las determinantes comportamentales del paciente durante el tratamiento de la enfermedad. No obstante, el 100% concuerda que es necesario la incorporación en la historia clínica de un segmento destinado a evaluación de las conductas condicionantes del paciente. Se concluye la necesidad de la elaboración de la propuesta que categorice los patrones comportamentales durante el tratamiento y se recomienda su aplicación y evaluación.

Palabras clave: conductas condicionantes, enfermedad caries dental, paciente pediátrico.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
ESTUDIOS PARA GRADUADOS
ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA**

**CONDITIONING BEHAVIORS IN THE APPEARANCE AND PROGRESSION OF
DENTAL CARIES DISEASE IN PEDIATRIC PATIENTS UNDER 5 YEARS OLD.**

**Project assigned to UDACYD, in the Biology and Health research line; on the
subject: General and oral pathology; and in the subtopic: Dental caries
diagnosis and treatment.**

AUTHOR: Andrea Maria Scovino Stankovic

TUTOR: Socorro Elena Zavarce Pérez

YEAR: 2024

ABSTRACT

Dental caries is described as a dynamic and multifactorial disease; therefore, its treatment must be dynamic and must include personalized strategies that address its appearance and progression. The aim was to project a categorization of the conditioning behaviors in the appearance and progression of dental caries disease in pediatric patients under 5 years of age. It was a field study, descriptive transactional, feasible project modality; The census-type sample was made up of 9 professors and 16 residents of the pediatric dentistry specialization program at the Faculty of Dentistry of the University of Carabobo. The diagnosis determined that the majority of respondents know the complex characteristic of the dental caries lesion, its classification according to location, depth and activity; The majority recognize the importance of correctly filling out the medical history that identifies the method of childbirth, socioeconomic conditions, diet, first contact with the mother, the relationship between the pediatric patient and the daily life of the family nucleus; They also consider the comprehensive approach to the dental caries lesion and the patient's behavior during treatment to be relevant. Only 52% recognize the COM-B Model to identify the patient's behavioral determinants during the treatment of the disease. However, 100% of respondents agree that it is necessary to incorporate a segment into the clinical history for the evaluation of the patient's conditioning behaviors. The need to develop a proposal that categorizes behavioral patterns during treatment is concluded and its application and evaluation is recommended.

Keywords: conditioning behaviors, dental caries disease, pediatric patient.

ÍNDICE GENERAL

	Pg.
Acta de veredicto.....	4
Constancia de culminación del tutor.....	5
Dedicatoria.....	6
Agradecimiento.....	7
Resumen.....	8
Abstract.....	9
Índice general.....	10
Índice de tablas.....	13
Índice de gráficos.....	19
INTRODUCCIÓN.....	24
CAPITULO I. EL PROBLEMA.....	
Planteamiento del problema	26
Formulación del problema	29
Objetivos de la investigación.....	30
Justificación de la investigación.....	31
Delimitación de la investigación.....	32
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.....	
Antecedentes de la investigación.....	34
Bases teóricas.....	44
Bases legales y bioéticas.....	61

Definición operativa de términos.....	64
Formulación del sistema de variables.....	66
CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	
Paradigma y enfoque de la investigación.....	67
Diseño y tipo de la investigación.....	68
Nivel de la investigación.....	68
Población y muestra, criterios de inclusión y exclusión.....	69
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	70
Técnica y procedimiento para el análisis de la información.....	71
Procedimiento.....	72
CAPITULO IV. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	
Presentación y análisis de los resultados.....	73
Discusión de los resultados.....	107
CAPITULO V. LA PROPUESTA	
Justificación	114
Factibilidad.....	115
Objetivos.....	115
Recomendaciones.....	115
La propuesta.....	117
CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	
Conclusiones.....	119
Recomendaciones.....	120

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122
ANEXOS.....	
Instrumento de recolección.....	136
Consentimiento informado	139
Constancia de adscripción estructura de investigación	140
Dictamen de bioética	141
Resultado de prueba de confiabilidad	142
Cuadro de operacionalización	143

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA	DESCRIPCIÓN	Pg.
1.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que integran el postgrado Odontopediatría. FOUC, 2024.	74
2.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que conocen los concepto actuales de la enfermedad caries dental. FOUC, 2024	75
3.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran la lesión de caries como la consecuencia de la enfermedad caries dental. FOUC, 2024.	76
4.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que según su ubicación la lesion de caries se puede clasificar en coronal o radicular. FOUC, 2024	77
5.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que según su severidad la lesion de caries se puede clasificar en cavitada y no cavitada. FOUC, 2024.	78
6.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que según su profundidad la lesion de caries puede afectar: esmalte, dentina y pulpa. FOUC, 2024.	79
7.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que según su estado de actividad la lesion de caries puede ser activa o inactiva. FOUC,	80

	2024.	
8.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran relevante el estado de actividad de la lesión de caries para la elección del tratamiento. FOUC, 2024.	81
9.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran importante el primer momento del llenado de la historia clínica. FOUC, 2024.	82
10.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran relevante conocer el modo de parto del paciente pediátrico durante el llenado de la historia clínica. FOUC, 2024.	83
11.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran el modo de parto un factor condicionante en la aparición de la enfermedad caries dental. FOUC, 2024.	84
12.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran relevante conocer la dieta del paciente pediátrico desde el período neonatal hasta la actualidad. FOUC, 2024.	85
13.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran el tipo de dieta del paciente pediátrico desde su nacimiento un factor condicionante en la aparición de la enfermedad caries dental. FOUC, 2024.	86
14.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran importante conocer el primer contacto del paciente pediátrico con su madre. FOUC, 2024.	87
15.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran importante conocer la condición socio-económica del paciente. FOUC, 2024.	88
16.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes	89

- que consideran que la condición socio-económica del paciente influye en presentar enfermedad caries dental. FOUC, 2024.
17. Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la condición socio-económica del paciente influye en la progresión de la enfermedad caries dental. FOUC, 2024. 90
18. Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la dieta del paciente influye en la progresión de la enfermedad caries dental. FOUC, 2024. 91
19. Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran solo la cantidad de carbohidratos y azúcares para considerar una dieta como cariogénica. FOUC, 2024. 92
20. Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la frecuencia en el consumo de azúcares y carbohidratos influyen en la progresión de la enfermedad caries dental. FOUC, 2024. 93
21. Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran solo la calidad de la dieta de la última semana para el diagnóstico de la enfermedad caries dental. FOUC, 2024. 94
22. Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran solo una buena comunicación con el paciente una herramienta para mejorar su higiene bucal. FOUC, 2024. 95
23. Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que el horario de trabajo de los padres influye en la progresión de la enfermedad caries dental. FOUC, 2024. 96

24.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que conociendo la dinámica familiar se pueden brindar mejores herramientas para cada paciente. FOUC, 2024.	97
25.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que los síntomas de dolor producto de lesiones de caries influyen en el día a día del paciente pediátrico. FOUC, 2024.	98
26.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la pérdida de estructura dental producto de lesiones de caries afecta de manera funcional al paciente pediátrico. FOUC, 2024.	99
27.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran importante establecer una comunicación efectiva con el representante del paciente pediátrico. FOUC, 2024.	100
28.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran contar con todas las herramientas necesarias para establecer una comunicación efectiva con el representante del paciente pediátrico. FOUC, 2024	101
29.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que el tratamiento de la enfermedad caries dental se puede lograr con odontología restauradora. FOUC, 2024.	102
30.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran necesario conocer las conductas del paciente para el tratamiento de la enfermedad caries dental. FOUC, 2024.	103
31.	Distribución de frecuencia de docentes y residentes que conocen el modelo COM-B (modelo de	104

comportamiento, capacidad, oportunidad y motivación)
FOUC, 2024.

- | | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 32. | Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la historia clínica del postgrado de Odontopediatria de la Universidad de Carabobo cuenta con una sección destinada a la evaluación de las conductas del paciente. FOUC, 2024. | 105 |
| 33. | Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran necesaria la incorporación en la historia clínica del postgrado de Odontopediatria de la Universidad de Carabobo de un segmento destinado a evaluación de las conductas del paciente. FOUC, 2024. | 106 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO	DESCRIPCIÓN	Pg.
1.	Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que integran el postgrado Odontopediatría. FOUC, 2024.	74
2.	Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que conocen los conceptos actuales de la enfermedad caries dental.	75
3.	Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran la lesión de caries como la consecuencia de la enfermedad caries dental.	76
4.	Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que según su ubicación la lesión de caries se puede clasificar en coronal o radicular.	77
5.	Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que según su severidad la lesión de caries se puede clasificar en cavitada y no cavitada.	78

6. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que según su profundidad la lesión de caries puede afectar: esmalte, dentina y pulpa. 79
7. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que según su estado de actividad la lesión de caries puede ser activa o inactiva. 80
8. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran relevante el estado de actividad de la lesión de caries para la elección del tratamiento. 81
9. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran importante el primer momento del llenado de la historia clínica. 82
10. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran relevante conocer el modo de parto del paciente pediátrico durante el llenado de la historia clínica. 83
11. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran el modo de parto un factor condicionante en la aparición de la enfermedad caries dental. 84
12. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y 85

- residentes que consideran relevante conocer la dieta del paciente pediátrico desde el período neonatal hasta la actualidad
13. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran el tipo de dieta del paciente pediátrico desde su nacimiento un factor condicionante en la aparición de la enfermedad caries dental. 86
 14. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran importante conocer el primer contacto del paciente pediátrico con su madre. 87
 15. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran importante conocer la condición socio-económica del paciente. 88
 16. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la condición socio-económica del paciente influye en presentar enfermedad caries dental 89
 17. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la condición socio-económica del paciente influye en la progresión de la enfermedad caries dental. 90
 18. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la dieta del paciente 91

- influye en la progresión de la enfermedad caries dental.
19. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran solo la cantidad de carbohidratos y azúcares para considerar una dieta como cariogénica. 92
 20. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la frecuencia en el consumo de azúcares y carbohidratos influyen en la progresion de la enfermedad caries dental. 93
 21. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran solo la calidad de la dieta de la última semana para el diagnóstico de la enfermedad caries dental. 94
 22. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran solo una buena comunicación con el paciente una herramienta para mejorar su higiene bucal. 95
 23. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que que consideran que el horario de trabajo de los padres influye en la progresión de la enfermedad caries dental. 96
 24. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que conociendo la dinámica 97

familiar se pueden brindar mejores herramientas para cada paciente.

25. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que los síntomas de dolor producto de lesiones de caries influyen en el día a día del paciente pediátrico 98
26. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la pérdida de estructura dental producto de lesiones de caries afecta de manera funcional al paciente pediátrico. 99
27. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran importante establecer una comunicación efectiva con el representante del paciente pediátrico 100
28. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran contar con todas las herramientas necesarias para establecer una comunicación efectiva con el representante del paciente pediátrico. 101
29. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que el tratamiento de la enfermedad caries dental se puede lograr con odontología restauradora. 102

30. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran necesario conocer las conductas del paciente para el tratamiento de la enfermedad caries dental. 103
31. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que conocen el modelo COM-B (modelo de comportamiento, capacidad, oportunidad y motivación). 104
32. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la historia clinica del postgrado de Odontopediatria de la Universidad de Carabobo cuenta con una sección destinada a la evaluación de las conductas del paciente. 105
33. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran necesaria la incorporación en la historia clinica del postgrado de Odontopediatria de la Universidad de Carabobo de un segmento destinado a evaluación de las conductas del paciente. 106

Introducción

A lo largo de los años la enfermedad caries dental ha sido ampliamente estudiada, así existen numerosas teorías que la definen, y por larga data fue considerada como una enfermedad transmisible e infecciosa. No obstante en la actualidad con los nuevos conceptos que la definen se tiene que es considerada como una enfermedad ecológica y no transmisible, y que su abordaje debe de llevarse a cabo desde distintas dimensionalidades, siguiendo un enfoque complejo que involucra factores bioquímicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales, y que incluya tratamientos que van desde lo terapéutico hasta lo preventivo.^{1,2}

Al ser entendida la enfermedad caries dental desde su complejidad se tiene que su tratamiento también es complejo, y en función de lo planteado se proyectó una categorización de las conductas condicionantes en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental en pacientes pediátricos menores de 5 años, con el objetivo de incluirlas en la historia clínica del postgrado de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

Así, para el logro de los objetivos se planteó una problemática en el capítulo I, argumentando teóricamente las variables expuestas en el capítulo II. A través de un estudio descriptivo y de campo utilizando un cuestionario se llevó a cabo un diagnóstico inicial sobre la necesidad de desarrollo de la propuesta, en el capítulo III; tabulando los resultados en el capítulo IV por medio de cuadros estadísticos y gráficos de barras de frecuencia, que fueron analizados y discutidos. En el capítulo V, se desarrolló la propuesta donde se incluyeron todos los elementos

necesarios que deben ser incluidos en la historia clínica para el buen abordaje de la enfermedad caries dental, demostrando la factibilidad de la misma. Finalmente se redactaron las conclusiones y recomendaciones, en el capítulo VI y se presentan los anexos correspondientes.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

La caries dental ha tenido una evolución paulatina en su concepto, sin embargo, para muchos clínicos sigue siendo solamente una lesión visible en la superficie dental, nada más alejado de la realidad, ya que por siglos tener un concepto erróneo es lo que ha separado a los clínicos de un correcto tratamiento.

Conceptos actuales estipulan muy claro la diferencia entre la enfermedad caries dental y la lesión de caries. La primera se define como una enfermedad dinámica, no transmisible, multifactorial, mediada por la biopelícula y modulada por la dieta, que produce una pérdida neta de minerales de los tejidos duros del diente, la cual está determinada por factores biológicos, conductuales, psicosociales y ambientales, y como consecuencia de todo este proceso, se desarrolla una lesión de caries.¹ Siendo por tanto la lesión de caries, la consecuencia de la enfermedad.

Sin embargo, aunque este concepto parezca completo o suficiente, y habla de manera significativa de los factores que interactúan en la etiología de la enfermedad, el enfoque está basado en etapas avanzadas de la misma, y es por ello que en la actualidad existen conceptos aún más explícitos que dan a entender la complejidad de la enfermedad con sus elementos en conjunto durante su desarrollo y progresión.

La Hipótesis Ecológica Integrada de Caries Dental (DCIEH), conjuga factores microbianos, bioquímicos, ambientales y conductuales en un proceso de 4 fases,

que va de leve a grave, de esta manera se puede comprender la complejidad del establecimiento temprano de la salud y comprender los factores decisivos involucrados en el inicio y la progresión de la enfermedad.²

El microbioma bucal se establece, madura y cambia a lo largo de la vida en respuesta a diversos factores fisiológicos y ambientales. Para garantizar que el ecosistema bucal se mantenga saludable, debe adaptarse a los cambios que se producen en el entorno bucal. Cuando el equilibrio fisiológico entre el huésped y su microbioma oral se desequilibra, se produce un cambio disbiótico, dicho cambio inicia un estado cariogénico, el cual comienza antes de la manifestación de una lesión de caries y, por lo tanto, es difícil de determinar y caracterizar.³

El microbioma oral y su microbiota es de los más diversos y abundantes del cuerpo humano, es el segundo más grande, precedido por el intestino, y destacado por su participación en la salud bucal. Es de suma importancia que dicho microbioma se mantenga en estado de eubiosis, por años la odontología se ha alejado de las demás ramas de la salud enfocándose netamente en la salud bucal, sin embargo, se debe ir mucho más allá. Estudios recientes han postulado que los microorganismos orales en su tránsito al intestino pueden mantener su viabilidad y alterar la homeostasis del microbioma del huésped, al desplazar la comunidad de bacterias comensales productora de ácidos grasos de cadena corta (AGCC), pues los taxones orales pueden ser directamente inmunogénicos.⁴

Los odontopediatras deben resaltar la significación entre la salud y enfermedades relacionadas con el vínculo existente entre las microbiotas oral e intestinal en la preservación de la salud humana.⁴ Se debe dar la importancia pertinente al hallazgo de una lesión de caries, ya que el simple hecho de tener la manifestación

de la enfermedad ya instaurada en cavidad bucal puede suponer una disbiosis intestinal, la cual es causal de afecciones crónicas no transmisibles, como las enfermedades inflamatorias intestinales y cánceres digestivos.⁴

En el ámbito de DCIEH, la caries dental corresponde a una enfermedad caracterizada por la disbiosis del microbioma de la biopelícula dental, incluida la alteración de la actividad metabólica de su microbiota normal, comensal y residente. Tal alteración se refleja en la cantidad y tipo de producción de ácidos orgánicos y en la generación insuficiente de sustancias alcalinas. La disbiosis está determinada por la compleja relación de una serie de factores influyentes, regulados por características biológicas, modulados por el comportamiento y condicionados por el entorno.^{2,5}

Erróneamente se diagnosticaba la caries dental al momento de la presencia de una lesión de caries, sin embargo, estudios recientes afirman que el cambio en el equilibrio del microbioma oral ocurre antes de la manifestación clínica de la caries dental, y que el estado de disbiosis se observa de 1 a 3 años antes de la detección clínica de lesiones de caries. La biopelícula dental en niños con dentición primaria completa discrimina mejor que la saliva un ecosistema oral disbiótico de uno sano.³ Dentro de los factores involucrados en la DCIEH se incluyen: mecanismos homeostáticos en la biopelícula dental, la relación entre la biopelícula dental y la microbiota, las vías metabólicas ácidas y básicas, la composición y funciones de la saliva, el papel de la película salival, los modificadores epigenéticos, las influencias dietéticas y nutricionales, la importancia de los moduladores psicosociales y conductuales maternos, y las condiciones ambientales que

predisponen, refuerzan y facilitan el establecimiento y progresión de la enfermedad.^{2,5}

Desde el punto de vista odontopediátrico, todos los factores nombrados anteriormente son de gran importancia, sin embargo, al desglosar de este concepto, hay una debilidad en la importancia que se le da a factores relevantes, tales como, los modificadores epigenéticos, los moduladores psicosociales, la influencia de la conducta materna y la importancia de la dieta y nutrición. Es de gran preocupación, que el clínico no centra el tratamiento en el cambio ambiental, interviniendo en las conductas, mucho menos considera el comportamiento del paciente en el tratamiento del mismo, solo se enfoca en la parte restaurativa, por tal motivo, muchas veces no se logra una condición bucal saludable, ni el bienestar psicosocial del paciente.⁶

Formulación del Problema

En función de lo expuesto se resalta, que no se ha incorporado el comportamiento humano en el estudio de la enfermedad caries dental, por el contrario, siempre se ha enfocado conceptos donde prevalece restaurar la lesión existente. El clínico, muchas veces no tiene la capacidad de identificar patrones de comportamiento a lo largo del tiempo, por lo tanto, no se ha logrado el cambio de patrones de conducta que permitan lograr una mejoría en la condición bucal en el paciente pediátrico.

Lo que se evidencia en la actualidad, es una falla de los tratamientos odontopediátricos a largo plazo, generando gran inquietud, ya que los pacientes persisten con lesiones de caries recurrentes a lo largo de su vida; esto muchas veces denota la incapacidad del logro de cambios importantes en el

comportamiento. Cambios que permitan obtener una mejoría en la calidad de la salud bucal de los pacientes, lo que implica que el clínico debe conocer las herramientas efectivas para lograr los referidos cambios conductuales .

Tomando como base esta información surge la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los patrones de comportamiento de los pacientes pediátricos menores de 5 años de que permiten predecir la aparición y progresión de la enfermedad caries dental?

Objetivos

Objetivo General

Proyectar una categorización de las conductas condicionantes en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental en pacientes pediátricos menores de 5 años.

Objetivos Específicos

- Diagnosticar la necesidad de proyectar una categorización de las conductas condicionantes en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental en pacientes pediátricos menores de 5 años que acuden a la consulta de odontopediatria, periodo 2024.
- Determinar la factibilidad de la propuesta de proyectar una categorización de los patrones de comportamiento de los pacientes pediátricos menores de 5 años que acuden a la consulta de odontopediatria, desde lo institucional, lo social y lo económico.
- Diseñar un instrumento que categorice los patrones de comportamiento de los pacientes pediátricos menores de 5 años, que acuden a la consulta

Odontopediátrica, que permita predecir la aparición y progresión de la enfermedad caries dental.

Justificación

Cuantificar el comportamiento es un acto imposible, es una característica propia de cada ser humano, influenciado en el caso de los pacientes pediátricos, por sus cuidadores y familiares y condicionado por el entorno.

La relevancia práctica de este estudio radica, en que aun cuando se dispone de herramientas y conocimientos que le permiten al clínico entender que la caries dental debe ser tratada como una enfermedad crónica e individual, y que a pesar de planes de prevención, tratamientos restauradores y rehabilitadores, sigue posicionándose como una de las enfermedades más prevalentes en todas las poblaciones, por tanto este estudio presume planear una categorización de las conductas condicionantes de cada pacientes en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental a fin de generar tratamientos efectivos, que vayan más allá de un tratamiento estándar.

Se ha evidenciado que posterior a tratamientos restauradores, los pacientes pediátricos siguen siendo recurrentes en el consultorio odontológico y no para consultas preventivas o chequeos semestrales, sino que acuden con lesiones nuevas, fallas en las restauraciones, lesiones activas, entre otras, lo cual podría inferir que existen fallas en la transmisión de la información hacia los padres, así como también, elementos que pasan por alto a la hora de la consulta, esto dado a que no se cuenta con un instrumento que permita recolectar información sobre el

comportamiento del paciente en casa y su entorno. Con el desarrollo de este instrumento se busca superar esta debilidad y garantizar tratamientos restauradores longevos, lo que abarata costos y recorta tiempo, reportando esto el beneficio social de la investigación.

La importancia teórica de este estudio, radica en que se debe incorporar a la consulta una herramienta que permita reunir distintos modelos socioecológicos y teorías conductuales entendiendo que el comportamiento afecta y es afectado por múltiples niveles de influencia. Así como también integrar la bioquímica, microbiología, y medio ambiente, los cuales son elementos entrelazados en la complejidad del origen de la enfermedad caries dental, y poderla superar como enfermedad.

Los odontopediatras como primera línea de información sobre la salud bucal de los pacientes pediátricos y como cuidadores, tienen como deber informar y brindar las estrategias pertinentes para lograr los cambios adecuados en casa, para ello es importante contar con un instrumento que permita recopilar en la consulta odontopediátrica los patrones de comportamiento de los pacientes pediátricos menores de 5 años de edad, a fin de predecir la aparición y progresión de la enfermedad caries dental, representando esto la relevancia metodológica de la investigación.

Del mismo modo, los estudiantes de pregrado y postgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo (FOUC) y los odontólogos generales que practican la clínica odontopediatría contarán con un instrumento que les permita predecir la aparición y progresión de la enfermedad caries dental, a partir

de los comportamientos, desarrollando un tratamiento restaurados basado en la evidencia científica recolectada.

Delimitación de la Investigación

El presente trabajo de investigación se desarrollará en los espacios del Postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, donde se diseñará un instrumento que permita predecir la aparición y progresión de la enfermedad caries dental, a través de la categorización de las conductas condicionantes en menores de 5 años.

Es un estudio adscrito a la estructura de investigación, UCACYD y enmarcado dentro de las líneas y temáticas de investigación de la FOUC, específicamente en la línea de investigación Biología y salud Humana, en la temática Patología general y bucal; y en la subtemática Caries dental diagnóstico y tratamiento. La correspondencia con las líneas y temáticas de investigación de la FOUC garantiza que los conocimientos generados en la presente investigación tendrán pertinencia, sensibilidad y aproximación al entorno social.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

En este apartado se presenta el capítulo II con sus componentes. La teoría base que sustenta esta investigación es patología bucal, como una disciplina de la odontología que se encarga de estudiar la etiología, mecanismos fisiopatológicos y las consecuencias de las enfermedad caries dental.

Antecedentes de la investigación.

A continuación, se presentan los estudios realizados con anterioridad que guardan relación con esta investigación. En el ámbito Internacional se tiene lo siguiente:

En el año 2018, Rai et al.⁷ en su estudio titulado “Factores parentales que influyen en el desarrollo de caries en la primera infancia en países en desarrollo: una revisión sistemática”, tuvo como objetivo evaluar los factores de riesgo de los padres asociados con el desarrollo de la enfermedad caries dental en la infancia temprana (ECC) en países en desarrollo. Fue un estudio que se llevó en Estados Unidos, con una revisión bibliográfica de publicaciones en el idioma ingles entre 2005 y 2017 en niños menores de 6 años y examinación de ECC. El resultado de interés fueron los factores de riesgo de los padres, que abarcan: conocimiento, comportamiento, actitudes, sentido de coherencia (SOC), estrés, nivel socioeconómico, (NSE) educación y duración de la lactancia materna. Los resultados de mostraron que la educación de los padres, específicamente materna

estaba significativamente asociada con la ECC. El NSE se asoció convincentemente con la ECC en 13 estudios en forma de ingreso anual del hogar y nivel de ocupación. Cuatro estudios reflejaron una asociación significativa entre el conocimiento y las actitudes sobre salud bucal con la ECC, mientras que sólo dos estudios encontraron que la actitud materna estaba asociada con la ECC. La duración de la lactancia materna fue un factor de riesgo significativo en cuatro estudios. Cada uno de los estudios encontró asociaciones significativas de SOC, y la angustia de los padres con la ECC.

Concluyeron que los factores más estudiados son los ingresos de los padres y los factores educativos, en comparación con los factores proximales que incluyen principalmente conocimientos sobre salud bucal, comportamientos, actitudes de los padres y ciertos factores psicosociales. Se observó una asociación entre bajos ingresos y poca educación de los padres, con los peores resultados de salud bucal en los niños, partiendo de la importancia de evaluar, en la consulta odontopediátrica, los conocimientos sobre salud bucal, comportamientos, actitudes de los padres y ciertos factores psicosociales, que condicionan la aparición y progresión de la enfermedad caries dental. Recomiendan diseñar intervenciones dirigidas a mejorar el conocimiento y el comportamiento sobre salud bucal de los padres de grupos de bajos ingresos en los países en desarrollo, así como también, continuar la investigación para examinar la influencia de los factores psicosociales de los padres, el conocimiento sobre la salud bucal y los comportamientos en el desarrollo de la ECC en los niños y para ampliar el conocimiento en esta área, guardando relación con la presente investigación dado

que se estudian, la influencia de las conductas condicionantes en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental.

Posteriormente, en el 2019, Amin, et al.⁸ en su investigación titulada “Aplicación de la teoría del comportamiento planificado para predecir la asistencia dental y la experiencia de caries entre hijos de recién llegados”, afirman que los comportamientos de salud pueden predecirse y explicarse mediante teorías psicosociales, para esto utilizaron la teoría de la conducta planificada (TPB). Este es un modelo sociocognitivo de la relación actitud-comportamiento mediada por intenciones conductuales.⁸ Fue un estudio transversal; se realizó un cuestionario donde participaron padres inmigrantes con un hijo de 1 a 12 años de edad que habían vivido en Canadá durante 10 años o menos. El cuestionario constaba de una sesión con preguntas sobre la higiene bucal y dieta, incluyendo la frecuencia del cepillado (menos de dos veces al día/dos veces al día o más), la última visita al dentista (en los últimos 12 meses/más de un año/nunca), el motivo de su última visita al dentista (chequeo periódico/problemas dentales urgentes/otros) y frecuencia del consumo de azúcar (nunca/menos que todos los días/una vez al día/dos veces al día/tres veces al día o más). La segunda sección fue un cuestionario de 24 ítems basados en los constructos de la Teoría del Comportamiento Planificado (TPB) adoptados para examinar las actitudes de los padres (8 ítems), las normas subjetivas (10 ítems), el control conductual percibido (PBC) (5 ítems), e intención (1 ítem) hacia la asistencia dental de su hijo. Las preguntas de actitud incluyeron declaraciones acerca de que las visitas al dentista eran traumáticas, importantes, tranquilizadoras, desagradables y/o si una visita al dentista disminuye la experiencia de caries y/o reduce el miedo hacia el dentista.

Con la presencia de norma subjetivas basadas en la visita temprana al dentista entre parejas, padres, otros familiares, amigos y/o médicos de familia y una sección de control.

Entre los resultados obtenidos la intención predijo significativamente el comportamiento, pero el comportamiento no pudo predecir la experiencia de caries. Los investigadores concluyeron que la teoría del comportamiento planificado tuvo éxito en predecir la intención de asistencia al odontólogo y el comportamiento de los niños recién llegados, pero este comportamiento no pudo predecir la experiencia de caries en los niños. Este último punto engloba la intención de esta investigación, ya que busca predecir la aparición y progresión de la enfermedad caries dental en pacientes pediátricos, a través de una categorización de las conductas condicionantes, de ahí la relación que tiene con esta investigación.⁸

Elyasi et al.⁹ en el año 2020 en Canadá, en su estudio titulado “Modelado de la teoría del comportamiento planificado para predecir la adherencia a las visitas dentales preventivas en niños en edad preescolar” expone que la enfermedad caries dental es la enfermedad infantil crónica más común que ocurre de forma continua y puede prevenirse si los niños y sus padres siguen las conductas recomendadas de salud bucal. Las herramientas basadas en teoría ayudan a los profesionales a identificar las causas de la mala adherencia y a desarrollar intervenciones efectivas.⁹ Este estudio examinó el modelo de teoría ampliada del comportamiento planificado (TPB) agregando el concepto de sentido de coherencia (SOC) para predecir la adherencia de los padres a las visitas dentales preventivas de los niños en edad preescolar. Fue un estudio transversal

multicéntrico con una muestra representativa de madres de habla inglesa de Edmonton, Alberta, con niños de 2 a 6 años, a quienes se les aplicó un formulario de cuatro secciones con un consentimiento, donde incluían: datos demográficos-socioeconómicos predisponentes de los padres y del niño, como datos de nacimiento, de seguro, ingreso y educación; datos relacionados con la Teoría de la conducta planificada (TPB) de Azjen adoptados para examinar las actitudes, normas e intención de los padres; datos que permitían medir el SOC de las madres (SOC-13) basado en comprensibilidad, manejabilidad y significatividad; y datos que refieren la conducta de salud bucal de los hijos autoinformadas por las madres como frecuencia de ingesta de alimentos o bebidas azucaradas, cepillado, asistencia al odontólogo. Los resultados mostraron que los factores predisponentes (lugar de nacimiento del niño y lugar de nacimiento de la madre) predijeron significativamente los recursos habilitantes (ingresos mensuales familiares y estado del seguro dental del niño); ambos predijeron los componentes TPB (PBC, SN y actitud). Los componentes de TPB, a su vez, predijeron la intención conductual. Sin embargo, contrariamente a lo esperado, la intención no predijo significativamente la asistencia al dentista en los últimos 12 meses. El SOC de los padres predijo significativamente los componentes de TPB y la asistencia dental. Por lo tanto, concluyeron que los factores predisponentes predijeron significativamente los recursos habilitantes; ambos predijeron los componentes TPB (actitud, normas subjetivas y PBC), así mismo los componentes de TPB predijeron la intención de comportamiento; sin embargo, ni la intención ni la CBP predijeron significativamente la asistencia al dentista, y el SOC estuvo directamente relacionado con los componentes de TPB y la asistencia dental,

mientras que indirectamente se relacionó con la intención conductual a través de los componentes de TPB.⁹

Dicho estudio analiza aspectos relevantes para esta investigación como el comportamiento planificado y la práctica de teorías para su evaluación, en este caso fue utilizada la teoría del comportamiento utilizada para predecir la adherencia a las visitas dentales preventivas en niños en edad preescolar, ahonda la importancia de conocer los datos sociodemográficos, la interacción profunda con los padres y la interrogación de las conductas en casa para conocer e individualizar cada paciente y familia y lograr el mejor plan de acción.

El mismo año, Nembhwani, et al.¹⁰ en India, en su estudio titulado “Impacto de la conducta alimentaria problemática y los estilos de alimentación de los padres en la caries de la primera infancia”, exponen que la conducta alimentaria en la infancia ha estado implicada en el desarrollo de caries, así como también, los estilos de alimentación de los padres pueden contribuir al desarrollo de diversas conductas alimentarias.¹⁰ El objetivo fue evaluar la relación entre la conducta alimentaria de los niños y los estilos de alimentación de los padres con la ECC en niños en edad preescolar, mediante un estudio de casos y controles en 440 niños en edad preescolar de 3 a 6 años, seleccionados y divididos en 2 grupos: Grupo A (niños con Caries de la infancia temprana) y Grupo B (niños aparentemente sanos). Las lesiones de caries se registraron mediante el índice ceod. Se utilizó un cuestionario de conducta alimentaria infantil (CEBQ) y uno de estilo de alimentación de los padres (PFQ).¹⁰

Como resultados se obtuvo que hubo una asociación positiva de las subescalas de evitación de alimentos del CEBQ (capacidad de respuesta a la saciedad,

irritabilidad por los alimentos, lentitud al comer y falta de alimentación emocional) junto con ciertas subescalas de aproximación a los alimentos (deseo de beber y comer en exceso emocional) con el estado de caries dental. También se observó que los patrones de alimentación de los padres, como la alimentación de estímulo y la alimentación instrumental, contribuyeron a la disminución de la caries dental del niño en comparación con la alimentación de control y emocional. Por tanto, los autores concluyeron que ciertos comportamientos alimentarios posiblemente puedan estar asociados con el desarrollo de ECC; dichos comportamientos pueden identificarse con éxito utilizando CEBQ y PFQ y deberían valorarse en el chequeo dental de rutina.⁹ Esta investigación guarda relación con la presente debido a que buscó evaluar comportamientos en casa tanto de los pacientes pediátricos como de sus padres, evidenciando el importante vínculo que conlleva conocer más a fondo las conductas y patrones que pueden relacionarse con la aparición y progresión de la enfermedad caries dental.

Consecutivamente en el año 2021, Kabiri, et al.¹¹ en su estudio titulado “Factores cognitivos sociales centrados en la familia que previenen la caries dental en niños basados en la intervención. Enfoque de mapeo”, especifican que los padres son los primeros que influyen en el crecimiento y la salud de los niños en sus primeros años de vida, así como también, desempeñan un papel importante en el desarrollo de los hábitos saludables de los niños, la continuación de sus comportamientos saludables y la prevención de enfermedades, siendo así directamente responsables de su salud bucal.¹¹ El estudio se llevó a cabo en Irán, donde las enfermedades bucodentales tienen una alta prevalencia, y debido a esto existen varios modelos y teorías disponibles para la educación en salud, siendo la

capacidad de mapeo de intervención en la planificación de programas para la promoción de la salud, la más utilizada.¹¹ El protocolo de mapeo de intervención aborda los problemas con la perspectiva de resolución de problemas utilizando el enfoque ecológico. Este enfoque fue introducido por primera vez en el año 1998 por Kay Bartholomew y el profesor Guy Parcel de la Universidad de Texas en Houston en los EE.UU y el profesor Kok de la Universidad de Maastricht en Holanda.¹¹

Fue un estudio transversal que se realizó en 240 madres de niños de 6 meses a 1 año en Ilam, Irán seleccionadas a través del método de muestreo estratificado aleatorio, a quienes se les aplicó el protocolo de 6 pasos: evaluación de las necesidades; planteamiento de los propósitos para cambiar el comportamiento de los individuos y los factores ambientales; selección de los métodos de intervención basados en la teoría y la selección o preparación de estrategias prácticas; planificación del programa; intervención, implementación y sostenibilidad; y como paso final, evaluación del plan. El instrumento fue un cuestionario estructurado que contenía elementos sobre información demográfica, edad del niño, edad de la madre, educación y ocupación de la madre, edad, educación y ocupación del cónyuge.¹¹ Incluyeron también, 13 ítems sobre constructos cognitivos sociales, donde se encontraba : “ Yo decido cepillar los dientes de mi hijo después de cada comida”, "Puedo proporcionar bocadillos saludables para mi hijo” , "La vida ocupada no me permite cepillar los dientes de mi hijo todas las noches" , "Es importante para mí lo que otros piensan y dicen sobre la salud oral de mi hijo", entre otros.¹¹

Los hallazgos mostraron que los factores cognitivos, especialmente cuatro determinantes de la autoeficacia percibida, las barreras percibidas, la orientación práctica y las normas sociales, tienen un papel efectivo en la prevención de la caries dental en los niños. Por lo tanto, parece necesario considerar los componentes cognitivos al diseñar programas de intervención para conductas preventivas,¹¹ tal como se pretende llevar a cabo en esta investigación.

Kimhasawad, et al.¹² en Tailandia y en el mismo año (2021) en su estudio titulado “Comparación de la intervención basada en la teoría de la motivación y la protección con la atención dental pública rutinaria”, expresaron que aunque el cepillado dental con pastas fluoruradas tienen un efecto importante en la reducción de las lesiones de caries en los niños pequeños, el cepillado dental requiere habilidad y motivación por parte de los cuidadores y no se practica ampliamente. De esta manera para encontrar una manera más efectiva de capacitar a los cuidadores, se compararon programas educativos basados en la Teoría de la Protección-Motivación (PMT) con los programas básicos de salud pública,¹² como un modelo de toma de decisiones que abarca elementos del modelo de creencias en salud y la teoría de la autoeficacia. Para esto se utilizaron cuestionarios, que contaba con ítems demográficos y socioeconómicos y factores de la teoría de motivación-protección (percepción de enfermedad, gravedad, vulnerabilidad percibida, creencia en la autoeficacia y creencia en la eficacia de la respuesta).¹²

El estudio concluyó que los programas educativos basados en la PMT fomentan la motivación y la conciencia adecuadas que cambian el comportamiento de los cuidadores en materia de atención de la salud bucal, en relación con una disminución de la tasa incremental de caries en bebés y niños pequeños en

comparación con los métodos regulares de educación sanitaria.¹² Por lo tanto el programa educativo basado en PMT es una forma aplicable de motivar a los cuidadores a mejorar la percepción de la gravedad de la enfermedad y la creencia en la autoeficacia, comprender el modelo basado en PMT puede ayudar a los odontólogos a diseñar un programa educativo más eficaz para prevenir la enfermedad caries dental, con esto los autores expresan que esta información ayudará a los responsables de la formulación de políticas a diseñar una forma más eficiente de educar a los cuidadores en los hospitales públicos,¹² conceptos claves que pueden ser utilizados en esta investigación.

En el ámbito nacional se tiene lo siguiente:

En el año 2021, Quintana et al.¹³ En su estudio, titulado “Experiencia de caries y factores de riesgo asociados en escolares venezolanos de 6 a 12 años”, afirman que la caries dental es un problema generalizado entre los niños pequeños y Venezuela no es una excepción y, a pesar de los pocos informes científicos locales, se conoce que la prevalencia de la enfermedad oscila entre el 60 y el 80%, siendo los niños en edad escolar los más afectados.¹³

Mediante un estudio transversal, descriptivo, con una muestra no probabilística por conveniencia de 209 niños de ambos sexos, tuvieron como objetivo proporcionar información actualizada sobre la experiencia de caries y los factores de riesgo asociados en niños de 6 a 12 años. Para esto calcularon los índices de caries ceod y CPOD. Los datos de la Evaluación del Riesgo de Caries se recopilaron utilizando un instrumento CAMBRA adaptado; siguiendo las pautas internacionales de atención de caries. Se realizó estadística descriptiva para analizar los resultados y se calcularon la prueba de Chi-cuadrado, el Coeficiente de

Contingencia (C) y los Residuos Tipificados Corregidos para determinar la asociación entre variables. No se encontró asociación ($p = 0,081$) entre el estado de salud y la ingesta de snacks y bebidas azucaradas, sin embargo si se evidenció una experiencia de caries dental severa con asociación estadísticamente significativa entre el estado de salud y el cepillado con pasta dental fluorada 1450 ppm > 1 al día y una correlación positiva en escolares que presentan lesión de caries que nunca se cepillan los dientes.¹²

Este estudio mostró un estado severo de la enfermedad de caries dental expresada como lesiones cavitadas y la asociación con factores de riesgo en un grupo de escolares venezolanos. Los resultados discutidos excluyen las lesiones de caries en estadios menos severos o no cavitadas, debido a que el método de detección utilizado considera como caries dental sólo las lesiones cavitadas. Por tanto, los resultados observados no reflejan la situación real de la enfermedad.¹³

Es importante resaltar que los autores afirman que el enfoque general sobre cómo evaluaron el hábito alimentario, careció de la inclusión de especificaciones detalladas como tipo de alimento, cantidades y porciones, y disponibilidad de nutrientes diferentes a los azúcares (proteínas, lípidos y otros carbohidratos). Considerando que la dieta modula la enfermedad caries dental y, por lo tanto, ellos señalan que debe estudiarse más a fondo utilizando cuestionarios dietéticos bien diseñados y validados que puedan complementar con precisión el riesgo a enfermedad caries dental.¹³

Dicho estudio aporta a la investigación información valiosa sobre el estado bucal del niño Venezolano, así como también, terminología actualizada en relación a la enfermedad caries dental, igualmente expresa la necesidad de implementar

programas de educación en salud bucal dirigidos a la enfermedad y lesión de la caries dental, así como a los factores de riesgo asociados.

Bases Teóricas.

Enfermedad caries dental

Por muchas décadas la caries dental fue considerada una enfermedad transmisible e infecciosa, actualmente esta postura ha dado un giro radical y se entiende que debe ser considerada como una enfermedad ecológica y no transmisible. Hoy en día han surgido nuevos paradigmas en la conceptualización de la caries, dando así espacio para un intenso debate sobre cómo abordarla desde un punto de vista terapéutico y preventivo.^{14,15}

Entre muchas nuevas ideas, descubrimientos de investigación y tecnologías, se puede destacar un concepto importante que creó una profunda frontera entre el antiguo y el nuevo paradigma en la conceptualización de la caries; el carácter no transmisible de la enfermedad, firmemente asociado a comportamientos y estilos de vida.¹⁴

La enfermedad caries dental desde el año 2019 fue incorporada a la lista de enfermedades no transmisibles o enfermedades crónicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS),^{14,16} debido a que comparte características con otras enfermedades crónicas como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, como lo son, una larga duración y progresión lenta, estar fuertemente relacionada con factores de riesgo conductuales modificables, determinantes genéticos, fisiológicos, ambientales que pueden explicar su aparición y afectar preferentemente a poblaciones desfavorecidas y con un fuerte gradiente de desigualdad.¹⁴

De acuerdo al consenso llevado a cabo Frankfurt, Alemania en el año 2019 con miembros de la *European Organisation for Caries Research* (ORCA) y la *International Association for Dental Research* (IADR), la definición de caries dental como una enfermedad fue aprobada por 100% de los expertos en cariología que asistieron al mismo. La definen como una enfermedad dinámica, no transmisible, multifactorial, mediada por la biopelícula, modulada por la dieta, que produce una pérdida neta de minerales de los tejidos duros del diente, la cual está determinada por factores biológicos, conductuales, psicosociales y ambientales, y como consecuencia de todo este proceso, se desarrolla una lesión de caries.¹

Lesión de caries: expresión biológica de la enfermedad

El tratamiento de la lesión de caries siempre ha sido el norte de los odontólogos, ideando nuevas técnicas y materiales para lograr la restauración y rehabilitación del paciente, sin embargo, con el paso del tiempo se ha evidenciado que los tratamientos restauradores de la lesión no son el epicentro del tratamiento de la enfermedad.

Se define como lesión de caries al signo clínico de la enfermedad; se pueden clasificar según su ubicación anatómica en el diente (coronal o radicular/cemento), de acuerdo a su gravedad (cavitada, no cavitada), su profundidad de penetración en el tejido (esmalte, dentina, pulpa), y su estado de actividad (activa, inactiva).^{1,17}

A pesar de la receptividad a nivel mundial sobre el concepto de odontología mínimamente invasiva con enfoques conservadores para el manejo de las lesiones de caries, la idea de la enfermedad de caries como una enfermedad no transmisible, no compenetra con estos conceptos ya que se estaría tratando solamente la lesión dejando a un lado el manejo de la enfermedad y sus

consecuencias en la salud y la calidad de vida de las personas, es por esto que se deben proponer ideas para su manejo, basadas en estos puntos de vista conceptuales para lograr un tratamiento eficaz.^{14,15,18}

Enfermedad Caries dental- Enfermedad No infecciosa.

Actualmente se puede comprender que la enfermedad caries dental no es una enfermedad infecciosa, y uno de los fundamentos esenciales para esta afirmación radica en que la caries dental no se rige bajo los postulados de Koch.^{14,19}

Los postulados de Koch afirman que el microorganismo debe encontrarse en abundancia en todos los organismos que padecen la enfermedad, pero no debe encontrarse en organismos sanos, así mismo, el microorganismo debe aislarse de un organismo enfermo y cultivarse en cultivo puro. El microorganismo cultivado debería causar enfermedad cuando se introduce en un organismo sano, así como también el microorganismo debe volver a aislarse del huésped experimental enfermo inoculado e identificarse como idéntico al agente causante específico original.¹⁴

En contraste con los postulados de Koch, los microorganismos patógenos en la enfermedad caries dental también están presentes en condiciones saludables, pero en niveles más bajos, lo que indica que no pueden considerarse de naturaleza infecciosa, no existe una sola bacteria específica que cause la enfermedad. Por el contrario, la enfermedad caries dental tiene una naturaleza polimicrobiana, inducida por bacterias comensales con el potencial de causar enfermedades en condiciones ambientales desequilibradas, planteadas por la exposición frecuente y elevada a cantidades de azúcares.^{14,20}

Durante el desequilibrio ecológico, conocido como disbiosis, la biopelícula dental se ve estresada por condiciones altamente ácidas, lo que convierte a los comensales en patobiontes, es decir microorganismos comensales del ser humano que bajo la influencia de un entorno adecuado pueden producir enfermedad.²¹ En consecuencia, la presencia de bacterias específicas como *S. mutans*, a la que se atribuyó el patógeno causante de la enfermedad caries dental, no determina la adquisición de la misma.

Dado que los cambios ambientales orales son responsables del cambio de simbiosis a disbiosis, el tipo de bacteria en la biopelícula dental se vuelve menos importante que la actividad metabólica general del consorcio bacteriano en condiciones ácidas y ricas en azúcares. De hecho, la competencia dentro de las especies de la biopelícula depende de las condiciones impuestas por la presencia de azúcares^{14,20}

La cavidad bucal es considerada uno de los primeros puertos de entrada para la colonización de la microbiota bucal e intestinal. En consecuencia, la microbiota oral influye en la salud infantil, y la disbiosis temprana se relaciona con la susceptibilidad y progresión de afecciones sistémicas como la obesidad y orales como la enfermedad caries dental.^{22,23,24}

La colonización bacteriana del tracto gastrointestinal incluyendo la cavidad bucal, está influenciada por múltiples factores, desde el nacimiento y en los primeros meses de vida, los principales factores influyen en la sucesión microbiana oral, incluido el medio ambiente, donde se podría categorizar, el modo de parto, la transmisión de persona a persona, la composición de la saliva infantil, las

prácticas de alimentación y las interferencias microbianas,²⁵ así como también, la epigenética, siendo todas decisivas en el equilibrio entre salud y enfermedad.^{22,25}

Estas influencias podrían favorecer un cambio en la microbiota de la biopelícula dental comensal más adelante en la vida, conduciendo al establecimiento de un ecosistema bacteriano disbiótico que es la fuerza impulsora detrás de resultados negativos para la salud, como la enfermedad caries dental.^{13,22}

Epigenética y su relación con la enfermedad caries dental.

Las modificaciones epigenéticas se encuentran entre los mecanismos más importantes mediante los cuales los factores ambientales pueden influir en la diferenciación celular temprana y crear nuevos rasgos fenotípicos durante el embarazo y el período neonatal sin alterar la secuencia del ADN.^{26,27}

El período de la vida durante el cual la actividad de impronta epigenética del ADN es más activa es desde la concepción hasta el segundo aniversario, conocidos en la actualidad como los primeros 1000 días del bebé. Durante este intervalo de tiempo, a través de cambios epigenéticos, la nutrición temprana puede desempeñar un papel clave en la programación del desarrollo, lo que posiblemente influya en la susceptibilidad individual al desarrollo posterior de enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes y otras afecciones crónicas no transmisibles como la enfermedad caries dental.^{27,28}

La colonización bacteriana de la cavidad bucal está influenciada por múltiples factores al nacer y en los primeros meses de vida, como lo son, el modo de parto, la transmisión de persona a persona, la composición de la saliva infantil, prácticas de alimentación e interferencias microbianas,²⁵ la microbiota materna, el contacto temprano piel con piel, la dieta neonatal, factores psíquicos y el medio ambiente

conducen a firmas epigenéticas específicas que pueden afectar el equilibrio salud-enfermedad.²²

Actualmente se ha demostrado que la cavidad bucal tiene un microbioma altamente complejo y diverso con más de setecientas especies es una expresión génica colectiva de microorganismos que interactúan a través de sus metabolitos en y sobre el organismo humano, y en particular con el genoma derivado del esperma y el óvulo, lo que resulta en modificaciones epigenéticas en éstos^{29,30} y aunque la transmisión materna es una de las principales explicaciones para la adquisición de bacterias bucales en la primera infancia las rutas de colonización son complejas y aún no se comprenden.²² Por lo tanto, existen nuevas investigaciones sobre cómo las interacciones coordinadas entre factores externos e internos juegan un papel en el desarrollo del microbioma.

Los factores internos incluyen las influencias de la epigenética durante el desarrollo infantil, cuya evidencia reciente muestra que algunos de los cambios epigenéticos resultantes de la nutrición temprana y el microbioma pueden heredarse transgeneracionalmente, teniendo así un impacto significativo en evolución.^{31,32}

Influencia en la primera infancia de los gustos, hábitos y comportamientos

Los niños son dependientes sus padres y, a través de la socialización primaria, aprenden las normas, creencias y conductas de salud de sus familias, imitan el comportamiento de sus padres en cuanto a sus hábitos de salud bucal, se ha observado una correlación entre padres e hijos en cuanto al consumo de dulces en la dieta, la satisfacción con la salud bucal y la frecuencia de visitas al odontólogo, confirmando que el comportamiento de los padres en cuanto a sus

hábitos de salud e higiene bucal puede ser crucial en la prevención de la enfermedad caries dental.^{33,34,35}

Se considera que la edad de mayor riesgo para la aparición de enfermedad caries dental va de 1 a 3 años, y el segundo rango de edad es entre los 5 y 7 años, cuando erupcionan los primeros molares permanentes.^{34,36}

Así como es la edad de mayor riesgo, también es la edad fundamental para la adopción de conductas saludables, y pese a que el ambiente físico y social perfila la conducta, las personas no son entes pasivos en este proceso, sino que a su vez pueden influir sobre su propio ambiente, en una dinámica de reciprocidad.^{37,38}

La adopción de comportamientos saludables en la niñez hace referencia al proceso de asimilación, aceptación o apropiación de conductas, que puede ser ordenado, interrumpido o coordinado, o en algunos casos darse en el más completo desorden; incluye acciones, actitudes, interacciones y emociones del niño hacia su bienestar, las cuales pueden facilitar, reforzar o mejorar la salud.^{37,38}

La adopción de comportamientos saludables en la niñez es un conjunto abstracto de actitudes, interacciones y emociones del niño hacia su bienestar que influirá en su salud de por vida, debido a que los comportamientos saludables que se adquieren a edades tempranas, persisten en la transición hacia la adultez.^{37,38}

Componente psico-social de la enfermedad

La caries dental es una enfermedad que se ve altamente influenciada por determinantes sociales y es afectada por diversos factores conductuales, sociales y demográficos. La calidad de vida de las personas con enfermedad caries dental se ve afectada, esto debido a que una mala salud bucal puede afectar negativamente la capacidad de una persona para realizar actividades esenciales

diarias, como masticar, hablar, sonreír, socializar e incluso limitar su capacidad para asistir al trabajo o la escuela y comprometer su bienestar psicológico.^{39,40}

La calidad de vida relacionada con la salud bucal, es un constructo multidimensional, complejo y dinámico formado por una evaluación subjetiva de cómo la salud bucal puede impactar el bienestar funcional y emocional de un individuo y sus expectativas y satisfacción con la atención, y el sentido de la atención. Por lo tanto la misma está sujeta a cambios a lo largo del tiempo y también es sensible al contexto social, cultural y político.^{39,40}

El concepto de salud en los últimos años se ha vuelto más integral, reflejando así la complejidad del proceso salud-enfermedad y la necesidad de tener en cuenta tanto la percepción que tiene el individuo de su salud como su impacto en su calidad de vida. Teniendo en cuenta el impacto de la enfermedad caries dental en la calidad de vida de los individuos se puede mejorar aún más la comprensión y el tratamiento de la misma.³⁹

El dolor dental es uno de los síntomas más comunes de las lesiones de caries no tratadas y se sabe que afecta negativamente la calidad de vida de las personas independientemente de la edad, otra consecuencia de la enfermedad caries dental en la primera infancia es su impacto en la calidad de vida de los niños y sus familias, donde estudios han demostrado que la experiencia de caries dental y la severidad de esta enfermedad, afectan negativamente la calidad de vida, tanto de los niños como de sus padres. Así como también, que los síntomas orales y las limitaciones funcionales pueden afectar negativamente al paciente pediátrico al influir en la percepción de su autoimagen y sus interacciones sociales.^{39,41}

Relación entre la enfermedad caries dental y los factores socioeconómicos

El nivel-socioeconómico, educativos y culturales, se ha mantenido por décadas como un factor importante a evaluar en pacientes con enfermedad caries dental, debido a que es un aspecto primordial para favorecer el crecimiento de los niños en sus años iniciales de vida.

La relación entre la enfermedad caries dental y los factores socioeconómicos, educativos y culturales cada día es abordada con mayor profundidad por su carácter multifactorial y complejo, se considera que los niveles socioeconómicos y educativos de las familias constituyen dos constructos que determinan en un alto grado esta relación, es por esto que los bajos ingresos familiares y su deficiente nivel educativo y cultural constituyen un factor de alto riesgo y un tabú, respectivamente, para que se instaure la enfermedad caries dental, al dificultar el acceso a la promoción, prevención y posterior tratamiento.^{42,43,44}

Para lograr acciones efectivas respecto a la salud bucodental es determinante la caracterización de los infantes en las consultas odontológicas, de manera que se puedan determinar los contextos socioculturales y los entornos diversos en los que interactúan los niños. De esta manera, se podrán verificar las debilidades y necesidades de los mismos, por medio de la realización de intervenciones determinadas que propicien la proliferación de hábitos y conductas saludables, que propicien la modificación de los factores de riesgo asociados a la enfermedad caries dental.⁴²

La perspectiva de la prevención de la enfermedad caries infantil se ha orientado fundamentalmente a educar en primer lugar a los padres. De esta manera se ha podido reducir la enfermedad caries en la primera infancia. Esto se debe a que, al proporcionar información precisa, ayuda a que las madres y padres tomen

decisiones para modificar hábitos dentales que repercutan de manera positiva en la salud bucal de los infantes.⁴³

Poder determinar el nivel socio-económico de una persona no es un acto aleatorio, se deben utilizar métodos estandarizados y aprobados, el método Graffar-Méndez Castellano (G-MC) se utiliza para determinar el estrato socioeconómico de una persona, evaluando 4 variables cualitativas : 1) la profesión del jefe de familia, 2) el nivel de instrucción de la madre, 3) la principal fuente de ingreso de la familia, y 4) las condiciones de alojamiento. Cada variable tiene entre 1 y 5 puntos, y el estrato socioeconómico se determina según el puntaje total obtenido.⁴⁵

Los estratos socio-económicos se dividen en cinco, el estrato 1 corresponde a los hogares que poseen las mejores condiciones sociales, es decir, una alta calidad de vida, homologado como "clase alta". El estrato II posee buenas condiciones de vida, pero no lujosas y las familias que caen en este estrato se caracterizan por no ser dueños de los medios de producción y son conocidos como "clase media alta". El estrato III demuestra una pérdida de calidad de vida mucho mayor que entre el I y el II y se denomina como "clase media media" o "clase media baja" , dependiendo esto de las puntuaciones que arroje el método. Las personas ubicadas en el estrato IV poseen problemas críticos que hacen que se identifique con el estado definido como pobreza relativa, el cual no demuestra un nivel de necesidad absoluto, pero sí bajas condiciones en calidad de vida, donde se comprende a la "clase obrera" que se encuentra trabajando. El último estrato es el V, el cual se identifica con el estado de pobreza crítica, pues los individuos de este poseen un alto nivel de privación.⁴⁵

Cuadro N. 1: Estratificación Metodología Graffar según Méndez-Castellanos. 1994.

Variables	Puntaje	Items
Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores)
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Fuente: Méndez-Castellanos, Caracas, 1994

Cuadro N. 2: Puntuación de acuerdo a la estratificación Metodología Graffar según Méndez-Castellanos. 1994.

Estrato	Total de puntaje obtenido
Estrato I	4,5,6
Estrato II	7,8,9
Estrato III	10,11,12
Estrato IV	13,14,15,16
Estrato V	17,18,19,20

Fuente: Méndez-Castellanos H. Fundacredesa, Caracas, 1994.

Mediante el uso del método G-MC, se puede recopilar información valiosa sobre el núcleo familiar del paciente pediátrico, y aunque los Ítems del mismo parecieran se preguntas cerradas, son ítems que permiten entablar una conversación con el representante y proporcionan al clínico la oportunidad de indagar y conocer la dinámica familiar y el comportamiento tanto de los padres como del paciente.

Conociendo el tipo de trabajo tanto del padre como de la madre se puede abrir el panorama para conocer de esta manera cuanto tiempo pueden dedicar al paciente, su higiene bucal, la preparación de alimentos, un estimado de la cantidad de ingresos para la compra de alimentos, cepillos dentales, crema dental fluorurada, entre otros.

Recopilar información sobre el nivel de instrucción de la madre puede permitirle al clínico estimar la capacidad de entendimiento de la misma hacia el tema a tratar, cuanto tiempo está en casa con el paciente y cuánto tiempo puede dedicar a seguir instrucciones, de ser un tiempo limitado se tienen que idear estrategias que puedan ser adaptadas a ella.

En cuando a la principal fuente de ingreso de la familia, y las condiciones de alojamiento, son datos similares, pudiendo obtener con estos ítems conocimiento sobre la dinámica familiar del paciente y sus padres.

El interés de considerar los datos socioeconómicos, está fundamentado en el hecho de considerar la mayor cantidad de factores, que permita tener una aproximación a la realidad circundante de las familias, al poder medir lo más objetivamente, aspectos tales como la estructura familiar, educación, ingreso mensual, gastos en alimentación, servicios disponibles en el hogar y servicios disponibles en la comunidad.⁴⁶

Conductas que condicionan la aparición y progreso de la enfermedad caries dental

Según la Real Academia Española.⁴⁷ una conducta se define como un conjunto de las acciones con que un ser vivo responde a una situación, es una manera de comportarse, es decir es una acción que un determinado individuo ejecuta.

Las acciones realizadas por los pacientes pediátricos y sus padres, deben ser identificadas y analizadas, para ser asentadas en la historia clínica, para de esta manera determinar si son conductas positivas o si por el contrario son conductas negativas que deben ser modificadas.⁶

Actualmente el modelo para el manejo de la enfermedad caries dental ha evolucionado a un modelo centrado en una atención preventiva/operatoria centrada en el paciente, sin embargo, las recomendaciones actuales de mejores prácticas no han sido adoptadas como se esperaba por los profesionales.^{17,48}

Aplicación del COM-B en la práctica clínica.

Actualmente existe una aceptación cada vez mayor de la necesidad de comprender los determinantes de la adopción de mejores prácticas y basadas en la evidencia en el ámbito de la atención sanitaria. El modelo más completo de cambio de comportamiento hasta la fecha es el modelo COM-B.^{48,49}

El modelo comienza con una descripción general simple de tres elementos, lo que sugiere que para cambiar el comportamiento, debemos considerar la capacidad, la oportunidad y la motivación. Estos elementos se amplían en la "Rueda de cambio de comportamiento" para demostrar cómo cada uno puede ser influenciado por intervenciones que operan a nivel social o individual.⁴⁹

El modelo COM-B (modelo de Comportamiento de Capacidad, Oportunidad y Motivación) es un marco global útil para identificar los aspectos que deben cambiarse para lograr el comportamiento deseado de acuerdo con tres factores que interactúan: Capacidad-C, Oportunidad-O y Motivación-M.^{48,49}

El modelo de comportamiento COM-B ha sido utilizado ampliamente para identificar qué es necesario cambiar para que una intervención de cambio de comportamiento sea efectiva. Identifica tres factores que deben estar presentes para que ocurra cualquier comportamiento: capacidad, oportunidad y motivación. Estos factores interactúan a lo largo del tiempo de modo que el comportamiento puede verse como parte de un sistema dinámico con ciclos de retroalimentación positiva y negativa.⁵⁰

El modelo COM-B proporciona un marco valioso para identificar los determinantes del comportamiento relacionados con la salud y, por lo tanto, permite diseñar intervenciones para lograr un cambio de comportamiento. Dentro del campo de la

odontología, el modelo ha sido aplicado al estudio del manejo de odontólogos en la eliminación selectiva del tejido cariado, así como también, se utilizó con éxito para medir las barreras involucradas en la renuencia de los estudiantes de odontología utilizar aislamiento con dique de goma en tratamientos restauradores.⁵¹

El modelo COM-B puede ser ajustado a cualquier problemática donde se plantee modificar, cambiar y evaluar el comportamiento humano, es una herramienta útil y práctica para ser incorporada al día a día del clínico. Vinculado a esto, hay un modelo amplio de motivación que tiene como objetivo describir cómo los procesos de pensamiento reflexivo y los factores emocionales y habituales interactúan en cada momento para impulsar la motivación para actuar de una manera .⁵⁰

En la práctica odontopediátrica se debe plantear un objetivo con cada paciente, y lograr incentivar al núcleo familiar a realizar cambios, de esta manera se deben identificar las conductas negativas de parte del paciente y su entorno, y plantear una conducta positiva como sustituto, así mismo, se debe evaluar la capacidad, factibilidad, oportunidad y motivación de que la conducta positiva sea llevada a cabo.

Entrevista motivacional centrada en el cambio de comportamiento

Para poder establecer las conductas negativas de los pacientes pediátricos debe existir una comunicación efectiva con los padres o representantes, la entrevista motivacional es un abordaje conductual que busca intervenir en el estilo de vida del individuo, y de esta manera promover un cambio conductual benéfico para su salud a través de la motivación intrínseca.⁵²

Descrita y utilizada por primera vez por Rollnick y Miller en 1983 en la práctica clínica de su trabajo con alcohólicos y su rehabilitación, la definen como un “estilo de asistencia directa, centrada en la persona para provocar un cambio en su comportamiento, ayudándola a explorar y resolver ambivalencias”, es decir, contradicciones entre mantener o cambiar una costumbre, un hábito, una manera de hacer.^{53,54}

La Asociación Americana de Odontopediatría (AAPD) continua recomendando la entrevista motivacional como una estrategia de comunicación a ser utilizada a fin de motivar a niños y sus responsables para cambios en su comportamiento. Se realiza en un estilo colaborativo que apoya la autonomía y la autoeficacia del paciente y utiliza sus propias razones para el cambio. Aumenta la confianza del paciente y reduce la actitud defensiva. Las entrevistas motivacionales mantienen la responsabilidad de cambiar con el paciente y/o los padres, lo que ayuda a disminuir el agotamiento del personal.⁵⁵

En odontología, es útil para asesorar sobre el cepillado, el uso de hilo dental, el barniz de flúor, la reducción de las bebidas azucaradas y el abandono de hábitos. Preguntas abiertas, afirmaciones, escucha reflexiva y resúmenes (OARS) caracterizan el enfoque centrado en el paciente. Es especialmente útil en niveles más altos de resistencia, ira o patrones arraigados. La entrevista motivacional fortalece tanto al personal como a los pacientes y, por diseño, no genera confrontación ni vergüenza.⁵⁵

Las intervenciones que utilizan el enfoque de entrevista motivacional destinada a motivar a los padres a cambiar su comportamiento para mejorar la salud bucal infantil parecen prometedoras, la entrevista motivacional es un enfoque de

asesoramiento empático que empodera al participante explorando y resolviendo la ambivalencia y apoyando la autoeficacia para el cambio de comportamiento.⁵⁶

La eficacia de la entrevista motivacional mejorara cuando se combina con otras intervenciones y un enfoque combinado de orientación anticipada, con la cual se busca proporcionar información práctica apropiada para la etapa de desarrollo del niño a los padres en anticipación de hitos importantes para el niño.⁵⁶

Componentes para una entrevista motivacional efectiva.

El paciente y sus cuidadores estarán más dispuestos a expresar sus preocupaciones cuando el clínico es empático y muestra curiosidad genuina sobre su perspectiva. En esta situación, el clínico es influyente, pero el paciente y sus padres dirigen la conversación.

La aceptación se refiere a su respeto y aprobación del paciente. Esto no significa estar de acuerdo con todo lo que dice, sino que es una demostración de su intención de comprender el punto de vista y las preocupaciones del mismo.

Mediante herramientas como:

- Valor absoluto: valorar el valor inherente y el potencial del cliente.
- Empatía precisa: un interés activo y un esfuerzo por comprender la perspectiva interna de la paciente reflejada en su curiosidad genuina y escucha reflexiva.
- Apoyo a la autonomía: honrar y respetar el derecho y la capacidad del cliente de autodirección
- Afirmación: Reconocer los valores y fortalezas del paciente.
- La compasión: se refiere a su promoción activa del bienestar del paciente y la priorización de sus necesidades.

- La evocación: provoca y explora motivaciones, valores, fortalezas y recursos que el cliente ya tiene.⁵⁷

Durante la entrevista motivacional es importante utilizar preguntas abiertas para invitar a los pacientes y cuidadores a contar su historia en lugar de preguntas cerradas, que simplemente obtienen información breve. Las preguntas abiertas son preguntas que invitan a los clientes a reflexionar antes de responder y les animan a elaborar. Hacer preguntas abiertas le ayuda a comprender su punto de vista. Las preguntas abiertas facilitan el diálogo y no requieren ninguna respuesta particular por su parte. Animam a los clientes a ser los que más hablan.⁵⁵

La entrevista motivacional está basada en los siguientes principios:

- La ambivalencia sobre el uso y el cambio de conductas es normal y es una barrera motivacional importante para el cambio de comportamiento.
- La ambivalencia se puede resolver explorando las motivaciones y valores intrínsecos del paciente.
- Su alianza con el paciente es una asociación de colaboración a la que cada uno de ustedes aporta su importante experiencia.
- Un estilo de asesoramiento empático y de apoyo proporciona las condiciones bajo las cuales se puede producir el cambio.⁵⁷

Bases Legales y bioéticas.

Para llevar a cabo un proyecto es necesario contar con leyes que sustenten la legalidad del mismo, las bases legales no son más que leyes, normativas y reglamentos necesarios en las investigaciones científicas. Por lo que es de importancia mencionar en primer lugar, su sustento en la Constitución de la

República Bolivariana de Venezuela⁵⁸ que establece en su Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como, el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.⁵⁸

Así como también, la constitución en su Artículo 84 afirma que: Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad.⁵⁸

Ambos artículos mencionados con anterioridad afirman que en el territorio nacional la salud tanto general como bucal son derechos de los venezolanos, y de esta manera dichos derechos debe ser cumplidos, con esta investigación se tiene como objetivo mejorar la manera en la cual se maneja la enfermedad caries dental, y mientras más herramientas se tengan para controlar dicha enfermedad, mayor será el beneficio social para la comunidad.

Siguiendo esta misma línea, es importante destacar, que el Código de Deontología Odontológica.⁵⁹ también es de relevancia en la ejecución de esta investigación, por lo que se quiere cumplir con los siguientes artículos:

Artículo 2º: El Profesional de la Odontología está en la obligación de mantenerse informado y actualizado en los avances del conocimiento científico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar la atención en salud integral requerida.

Artículo 18º: El Profesional de la Odontología al prestar sus servicios se obliga: a. Tener como objeto primordial la conservación de la salud del paciente. b. Asegurarle al mismo todos los cuidados profesionales. c. Actuar con la serenidad y la delicadeza a que obliga la dignidad profesional.⁵⁹

Es así de vital importancia, como los clínicos deben seguir una actualización continua y un manejo óptimo y actualizado en cuanto a los conceptos de enfermedad caries dental, siendo la misma el principal motivo de consulta de los pacientes y una de las enfermedades bucales más prevalentes.

Igualmente, el Código de Deontología Odontológica⁵⁹ en relación al artículo 100□, estipula: La investigación en niños se limitará preferiblemente a las enfermedades propias de la infancia y de aquellas condiciones a las cuales los niños son particularmente susceptibles. Se considera imprescindible el consentimiento de los padres o representantes legales, dado por escrito, luego de pormenorizada explicación de los objetivos de la investigación y de los riesgos o molestias. En este sentido, en esta investigación se debe solicitar el consentimiento informado a los representantes.

Continuando con las bases bioéticas, se tiene que el consentimiento está estipulado en la Declaración de Helsinki,⁶⁰ en sus artículos 2 y 6, donde la Asociación Médica Mundial insta que en las investigaciones en seres humanos deben respetar el bienestar de la persona que participa en el estudio, preservando la primacía del paciente sobre todos los otros intereses. El consentimiento informado, adquiere un rango constitucional en Venezuela, al quedar expresado en el artículo 46, ordinal 3 de la Constitución Nacional de 1999.⁵⁸

El consentimiento en la Declaración de Helsinki⁶⁰ en su artículo 31 establece que el médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación, así como también en su artículo 34 que el médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe perturbar la relación médico-paciente. En este orden de idea, en esta investigación se respeta el derecho de los pacientes a autodeterminarse. Por tanto, el consentimiento informado no significa el beneficio del profesional, sino un deber de justicia que afecta el derecho que tienen los niños y sus representantes el estar informados sobre las conductas condicionantes en la aparición y la progresión de la enfermedad caries dental.

La real importancia del Consentimiento Informado está en el cumplimiento de la ley, en el sentido de hacer que se respeten los derechos fundamentales de la

persona y que se traiga a la responsabilidad al profesional del área odontológica que podrá responder por sus actos, y que se haga valer la voluntad del paciente.

Definición de términos básicos

Ambivalencia: Estado de ánimo, transitorio o permanente, en el que coexisten dos emociones o sentimientos opuestos, como el amor y el odio.⁶¹

Biopelícula: Congregación de uno o más tipos de microorganismos que pueden crecer sobre una superficie firme.

Caries dental: Enfermedad dinámica, no transmisible, multifactorial, mediada por la biopelícula, modulada por la dieta, que produce una pérdida neta de minerales de los tejidos duros del diente, la cual está determinada por factores biológicos, conductuales, psicosociales y ambientales, y como consecuencia de todo este proceso, se desarrolla una lesión de caries.¹

Comportamiento: Característica intrincada y multidimensional del ser humano. El propósito y la acción, consciente o inconscientemente, transmiten en un punto que desencadena una condición en la que las cosas están sucediendo o se hacen.⁶

Conducta: Manera con que las personas se comportan en su vida y acciones.⁴⁷

Disbiótico: Desequilibrio en la composición de las comunidades microbianas asociadas a un huésped.⁶³

Epigenética: Rama de la Biología que estudia las interacciones causales entre los genes y sus productos, los cuales dan el fenotipo a un organismo.²⁶

Lesión de caries: Cambio en la superficie de la estructura dentaria, considerada como el signo clínico de la enfermedad caries dental, se pueden clasificar según su ubicación anatómica en el diente (coronal o radicular/cemento), su gravedad

(cavitada, no cavitada), profundidad de penetración en el tejido (esmalte, dentina, pulpa), y su estado de actividad (activa, inactiva).¹

Microbiota: Conjunto de microorganismos que residen en el cuerpo humano, estas a su vez pueden diferenciarse en comensales, mutualistas y patógenos. En cada una de las diferentes localizaciones del organismo se pueden encontrar ecosistemas microbianos complejos.⁶⁴

Paciente pediátrico: paciente atendido en el área de pediatría, la cual se considera una especialidad multifacética que abarca la salud física, psicosocial, del desarrollo y mental de los niños, la atención del paciente pediátrico comienza en el período periconcepcional y continua durante la gestación, la infancia, la niñez, la adolescencia y la edad adulta temprana.⁶⁵

Progresión: Acción de avanzar, desarrollar o de proseguir algo. ⁶⁶

Formulación del Sistema de Variables

Variable Dependiente – Enfermedad de caries dental

Definición Conceptual: Se define como una enfermedad dinámica, no transmisible, multifactorial, mediada por la biopelícula y modulada por la dieta, que produce una pérdida neta de minerales de los tejidos duros del diente, la cual está determinada por factores biológicos, conductuales, psicosociales y ambientales, y como consecuencia de todo este proceso, se desarrolla una lesión de caries.¹

Definición Operacional: Enfermedad no infecciosa que presentan los pacientes pediátricos menores de 5 años de edad que acuden a la clínica de odontopediatría de la FOUC.

Variable Independiente – Conductas Condicionantes

Definición Conceptual: Se trata de un constructo adquirido por la persona a lo largo de su vida y en interacción con su entorno, facilitado por un proceso de enseñanza-aprendizaje estructurado, y condicionado por elementos internos a la persona y aquellos que son propios del contexto en el que se desarrolla.⁶⁷

Definición Operacional: Se refiere al conjunto de procedimientos que permitan determinar los aspectos conductuales que predicen la aparición y progreso de la enfermedad de caries dental.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Paradigma de la investigación

La presente investigación estuvo epistemológicamente enmarcada bajo un paradigma positivista, el cual es también llamado (cuantitativo, empírico-analítico, racionalista) dicho paradigma busca explicar, predecir, controlar los fenómenos, verificar teorías y leyes para regular los fenómenos; identificar causas reales, temporalmente precedentes o simultáneas.^{68,69}

La causa de la elección de este paradigma es debido a que esta investigación estuvo sustentada en los criterios de objetividad, ya que se proyectó una categorización de las conductas condicionantes en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental en pacientes pediátricos menores de 5 años siguiendo una serie de pasos sistemáticos verificables, observables y repetibles; los pasos propios del método científico.^{69,70}

Enfoque de la investigación.

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, representada por un conjunto de procesos secuenciales y probatorios, en donde se buscó la cuantificación y verificación del diseño de una propuesta que permitió categorizar patrones condicionantes de comportamiento en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental en pacientes pediátricos menores de 5 años, que acuden a la consulta Odontopediátrica, con base en la medición de variables cualitativas y análisis estadístico,⁷¹ y así proyectar la propuesta, según la necesidad diagnóstica en los profesionales que atienden a los pacientes.

Diseño de la investigación.

En cuanto a su diseño, se trató de una investigación de tipo no experimental, transeccional.⁷¹ No experimental porque no hubo manipulación de ninguna de las variables, ya que se realizó el diagnóstico de la necesidad para el diseño de la propuesta de categorización de las conductas condicionantes, en la aparición de enfermedad caries dental, y las variables se describieron tal como se presenten. Este diagnóstico de la necesidad y la proyección de la propuesta se llevó a cabo en un único momento, por tanto, se define como un estudio transeccional o transversal.⁷¹

Tipo de investigación

De acuerdo al tipo de investigación, la presente se definió como un estudio de campo⁷¹, dado que la data del diagnóstico de la necesidad de la propuesta se realizará sobre los profesionales del área de Odontopediatria, de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, que atienden a niños menores de 5 años.

Nivel de la investigación.

Con respecto al nivel de los objetivos planteados, se entiende como un estudio descriptivo⁷⁰, dado que se indagó sobre la necesidad de proyectar una categorización de las conductas condicionantes sobre la aparición y progresión de la enfermedad caries dental, desde lo descriptivo.

Modalidad de la investigación.

Esta investigación se abordó bajo el enfoque de un proyecto factible, el cual consiste en la formulación de un proyecto o modelo operativo viable que buscará

mejorar una situación en cualquier ámbito, con la finalidad de buscar acciones que acceden a intervenir y mediar para buscar una solución posible a un problema de tipo práctico y así satisfacer las necesidades de una institución o grupo social.⁷²

En tanto, se propuso proyectar una categorización de las conductas condicionantes en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental en pacientes pediátricos menores de 5 años, que acuden al postgrado de Odontopediatría de la Universidad de Carabobo, a partir de un diagnóstico inicial de la necesidad de elaboración de la propuesta. Este diagnóstico es el que define la factibilidad de la misma.⁷²

El Proyecto Factible se desarrolló en etapas o fases que son importantes para el desarrollo de la investigación, ellas son: diagnóstico de la necesidad, formulación de la propuesta, factibilidad o viabilidad, evaluación y ejecución si es necesaria su implementación.⁷²

Población y Muestra.

Se considera población a cualquier conjunto de elementos de los que se quiere conocer o investigar algunas de sus características.⁶⁹ En la presente investigación la población estuvo constituida por el personal docente del área clínica y residentes que forman parte de la Especialización en Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Esto está representado por 9 odontopediatras y 16 residentes, con un total de 25 sujetos muestra.⁷²

La muestra fue de tipo censal,⁷¹ dado que se consideran a la población en su totalidad, es decir al 100% de la misma y estará representada por 9 odontopediatras docentes del área clínica y 16 residentes.

Criterios de inclusión.

Profesores del área clínica y residentes pertenecientes al área de postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

Criterios de exclusión.

Profesores y residentes que integren otras áreas de postgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo y de otras instituciones académicas.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información

La técnica utilizada para la recolección de datos en esta investigación fue la observación. La observación como técnica de registro visual de lo ocurre, permite clasificar y consignar las evidencias diagnosticadas, sobre las preguntas del instrumento aplicado. Mientras que la recolección de datos implica la elaboración de un plan estructurado de procedimientos que permitan captar la información observada para el cumplimiento del propósito de la investigación.⁷¹ En este caso, se elaboró un instrumento tipo cuestionario dicotómico, estructurado con preguntas cerradas, que se aplicará a los profesionales y residentes del área de odontopediatría con el objeto de diagnosticar la necesidad de proyectar una categorización de las conductas condicionantes en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental en pacientes pediátricos menores de 5 años. Este procedimiento se realizó después de haber aplicado el consentimiento informado a los sujetos muestra.

Validez y confiabilidad

Siguiendo el método experimental, todo instrumento debe ser sometido a las pruebas de validez y confiabilidad. La validez se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende evaluar.⁷² Y la confiabilidad

se refiere al grado que un instrumento da los mismos resultados al ser aplicado al mismo sujeto en repetidas oportunidades.

El cuestionario se validó según la congruencia, objetividad, redacción y adecuación del contenido, por el juicio de tres expertos, dos del área de odontopediatría y uno del área de metodología, a fin de obtener un instrumento acorde con la información recopilada. El coeficiente de confiabilidad del instrumento que contiene 32 preguntas dicotómicas sobre la necesidad de proyectar una categorización de las conductas condicionantes en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental en pacientes pediátricos menores de 5 años, de acuerdo a la opinión de 10 odontopediatras que constituyeron una población equivalente al personal docente y residentes que forman parte de la Especialización en Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, que fue determinado a través de la **Ecuación Kuder Richardson** y con la ayuda de la hoja de cálculo Microsoft Office Excel 2016 dio como resultado el valor 0,81; lo que indica que el instrumento presenta una confiabilidad aceptable y una alta consistencia interna.

Técnica y Procedimiento para el Análisis de la Información.

Una vez recolectados los datos, deben ser transferidos para su análisis, lo cual se realizó mediante estadística descriptiva, una vez seleccionado el programa estadístico escogido, los datos serán visualizados y analizados por variables con el objetivo de preparar los resultados que permitan determinar si existe la necesidad proyectar una categorización de las conductas condicionantes en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental en pacientes pediátricos menores de 5 años.⁷¹

Procedimiento.

A fin de cumplir con los objetivos trazados y respondiendo al proyecto factible, se procederá secuencialmente de la siguiente manera:

Fase bibliográfica: Referida a la revisión de todos los trabajos realizados sobre el problema en estudio al igual que todas las fuentes bibliográficas concernientes a la investigación para la redacción y formulación de la propuesta.

Fase operativa: Se refiere a la búsqueda de la factibilidad de la propuesta a través de la aplicación del instrumento siguiendo los siguientes pasos:

- 1.- Elaboración de la guía de observación, validación de la misma por medio del juicio de tres expertos.
- 2.- Preparación de la muestra, considerando los criterios de inclusión.
- 3.- Firma del consentimiento informado como un acuerdo, resultado del consenso entre la investigadora y profesionales y residentes del área de odontopediatria.
- 4.- Ejecución de la prueba piloto al 10% de la población y cálculo de la confiabilidad de los resultados.
- 5.- Aplicación del cuestionario a la muestra completa.
6. Organización y tabulación de la data obtenida.

Fase analítica: determinación de la factibilidad de la propuesta a través de los análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

Fase final: diseño del instrumento que categorice los patrones de comportamiento de los pacientes pediátricos menores de 5 años, que aducen a la consulta Odontopediátrica, que permita predecir la aparición y progresión de la enfermedad caries dental.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Presentación y análisis de los resultados.

A fin de cumplir con los objetivos planteados de la presente investigación, se aplicó un cuestionario dicotómico el cual mostró la necesidad de proyectar una categorización de las conductas condicionantes en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental en pacientes pediátricos menores de 5 años que acuden a la consulta de odontopediatria y a su vez determinó la factibilidad de la propuesta de proyectar una categorización de los patrones de comportamiento de los pacientes pediátricos menores de 5 años que acuden a la consulta de odontopediatria, desde lo institucional, lo social y lo económico.

Seguidamente, las respuestas de cada ítem fueron recolectadas y trasladadas a una tabulación de data.

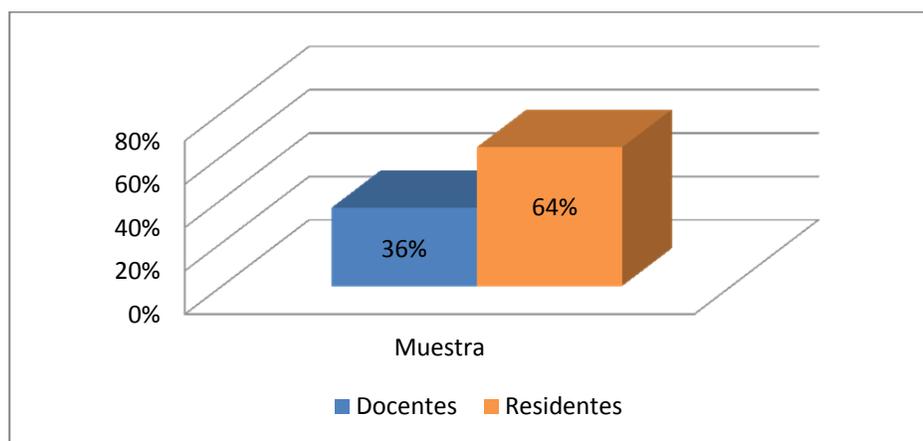
De esta manera, a través del estudio estadístico descriptivo, los resultados obtenidos se presentan mediante tablas y gráficos de diagramas de barras que reflejan las frecuencias de cada respuesta en los diferentes ítems del instrumento aplicado. Asimismo, se efectúa el análisis e interpretación de cada tabla y gráficos respectivos.

Tabla N°1.Distribución de frecuencia de docentes y residentes que integran el postgrado Odontopediatría. FOUC, 2024.

Muestra	N.º	%
Docentes	9	36
Residentes	16	64
Total	25	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Scovino, 2024.

Gráfico N°1. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que integran el postgrado Odontopediatría. FOUC, 2024.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 1

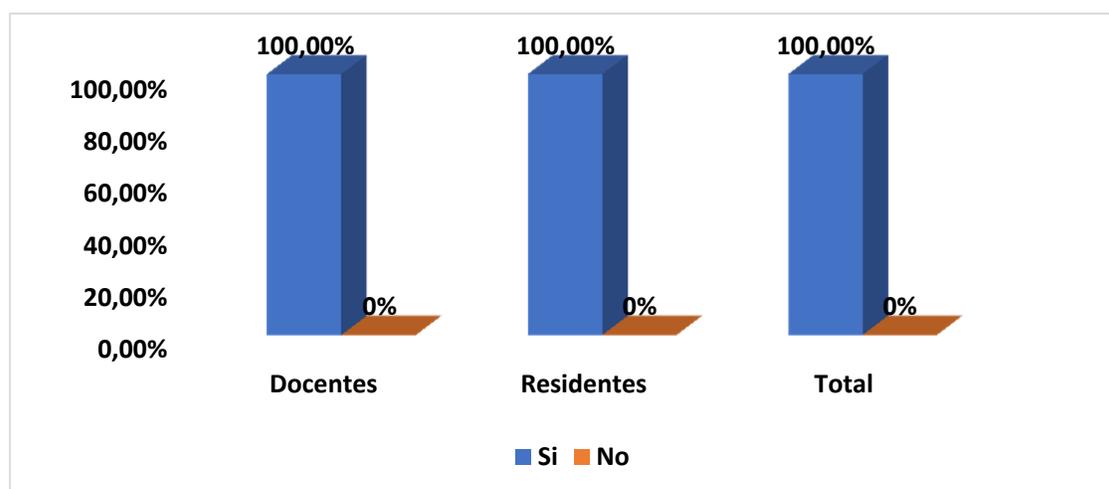
Análisis: Los resultados obtenidos en cuanto a la cantidad de docentes y residentes que integran el Postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, estudiada y expuesta en la tabla y gráfico anterior, indican que de 100% de los encuestados, 36% corresponden a 9 especialistas odontopediatras, que conforman parte de la planta profesoral del postgrado de Odontopediatría; y 64% de la misma forma parte del programa de Odontopediatría como residentes, representado por 16 sujetos.

Tabla N°2. Distribución de frecuencia de docentes y residentes que conocen los conceptos actuales de la enfermedad caries dental. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	9	100	0	0
Residentes	16	16	100	0	0
Total:	25	25	100%	0	0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Scovino, 2024.

Gráfico N°2. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que conocen los conceptos actuales de la enfermedad caries dental.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 2

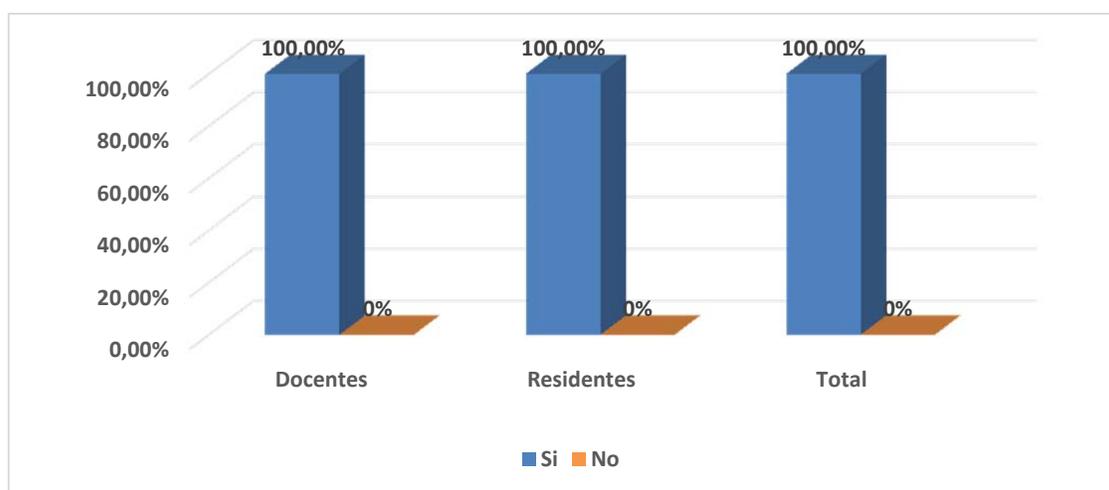
Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°2, se observa que la totalidad de los residentes y docentes encuestados aseguran conocer los conceptos actuales de la enfermedad caries dental, de modo que, 100% de la muestra total puntuó la opción “si”.

Tabla N°3.Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran la lesión de caries como la consecuencia de la enfermedad caries dental. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	9	100%	0	0
Residentes	16	16	100%	0	0
Total:	25	25	100%	0	0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Scovino, 2024.

Gráfico N°3. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran la lesión de caries como la consecuencia de la enfermedad caries dental.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 3.

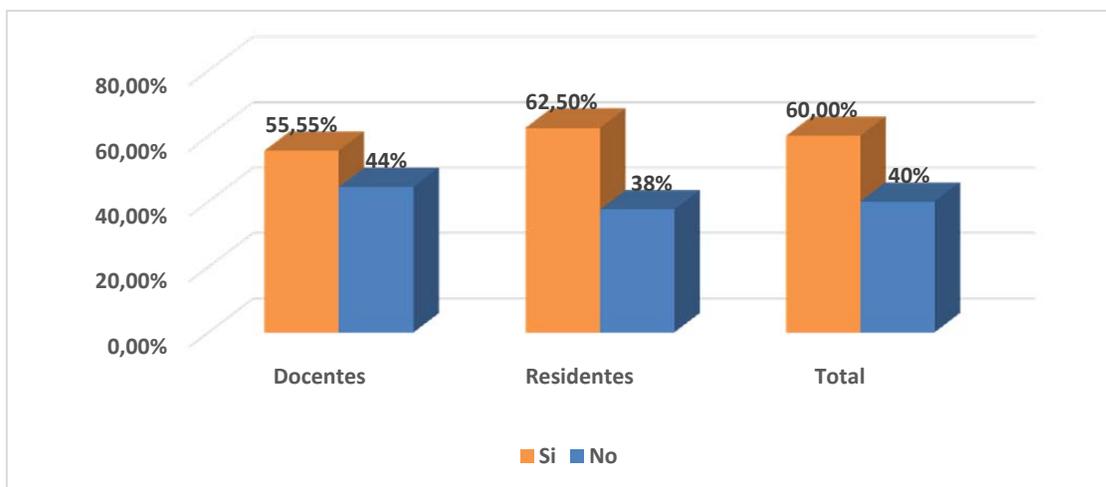
Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°3, se observa que la totalidad de los residentes y docentes encuestados afirman que la lesión de caries es la consecuencia de la enfermedad caries dental, dando así un 100% del total de la muestra a la opción “si”.

Tabla N°4 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que según su ubicación la lesión de caries se puede clasificar en coronal o radicular. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	5	55.55%	4	44.44%
Residentes	16	10	62.5%	6	37,5%
Total:	25	15	60%	10	40%

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Scovino, 2024.

Gráfico N°4. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que según su ubicación la lesión de caries se puede clasificar en coronal o radicular.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 4

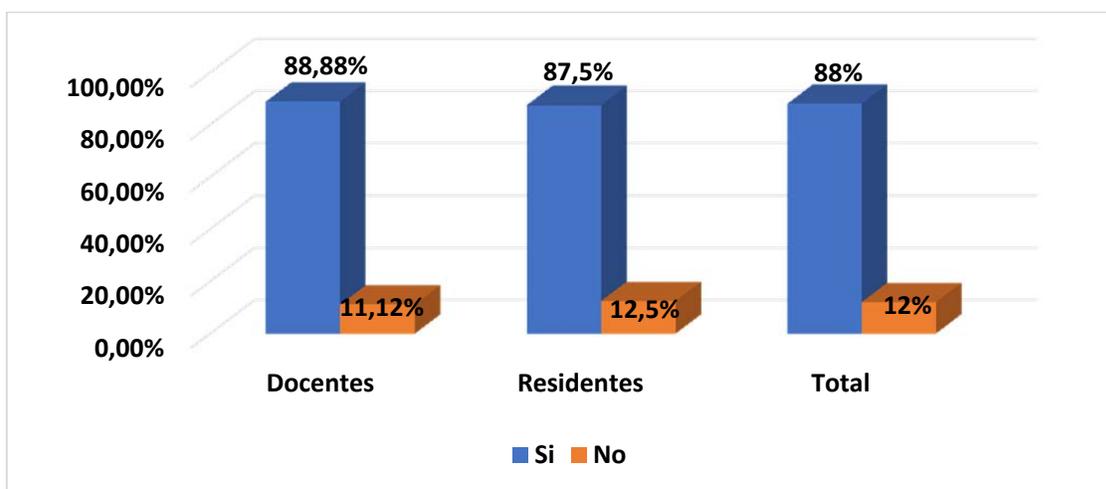
Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°4, 55,55% de los docentes y 62,50% de los residentes encuestados consideran que, según su ubicación la lesión de caries se puede clasificar en: coronal o radicular; esto representa el 60% de la muestra. En cuanto a la postura contraria, el 40% la asumió, de ellos 37,5% corresponde a los docentes y 44,44% a los residentes.

Tabla N°5 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que según su severidad la lesión de caries se puede clasificar en cavitada y no cavitada. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	8	88.88%	1	11.12%
Residentes	16	14	87,5%	2	12,5%
Total:	25	22	88%	3	12%

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Scovino, 2024.

Gráfico N°5. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que según su severidad la lesión de caries se puede clasificar en cavitada y no cavitada.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 5

Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°5, 88,88% de los docentes y 87.50% de los residentes encuestados consideran que según su severidad la lesión de caries se puede clasificar en cavitada y no cavitada, esto corresponde al 80% de la muestra total. La postura antagónica estuvo representada por el 11.12% y el 12.5% de docentes y residentes respectivamente,

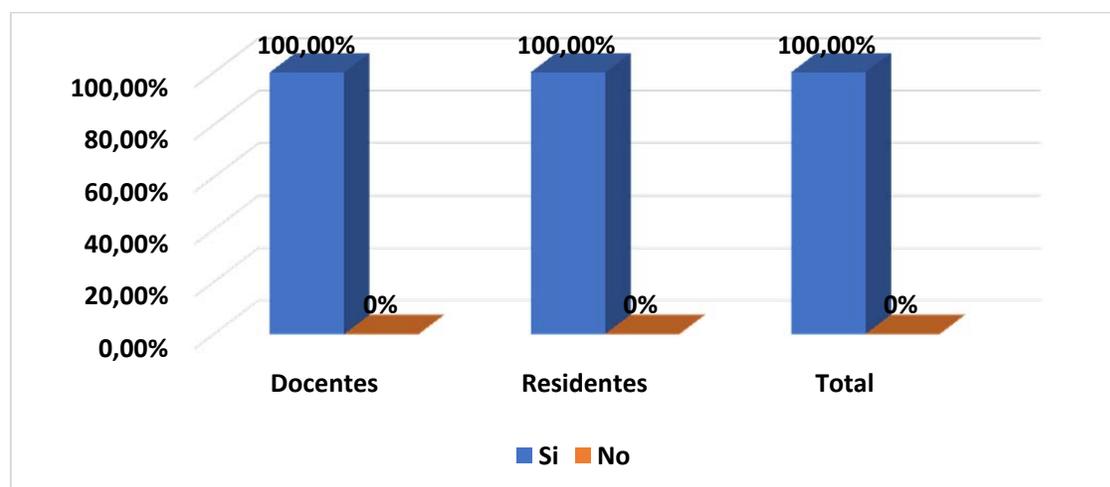
para un total del 12% de la muestra, con la postura de negación al cuestionamiento.

Tabla N°6 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que según su profundidad la lesión de caries puede afectar: esmalte, dentina y pulpa. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	9	100%	0	0%
Residentes	16	16	100%	0	0%
Total:	25	25	100%	0	0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Scovino, 2024.

Gráfico N°6. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que según su profundidad la lesión de caries puede afectar: esmalte, dentina y pulpa.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 6

Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°6, se observa que la totalidad de los docentes y residentes encuestados afirman según su profundidad

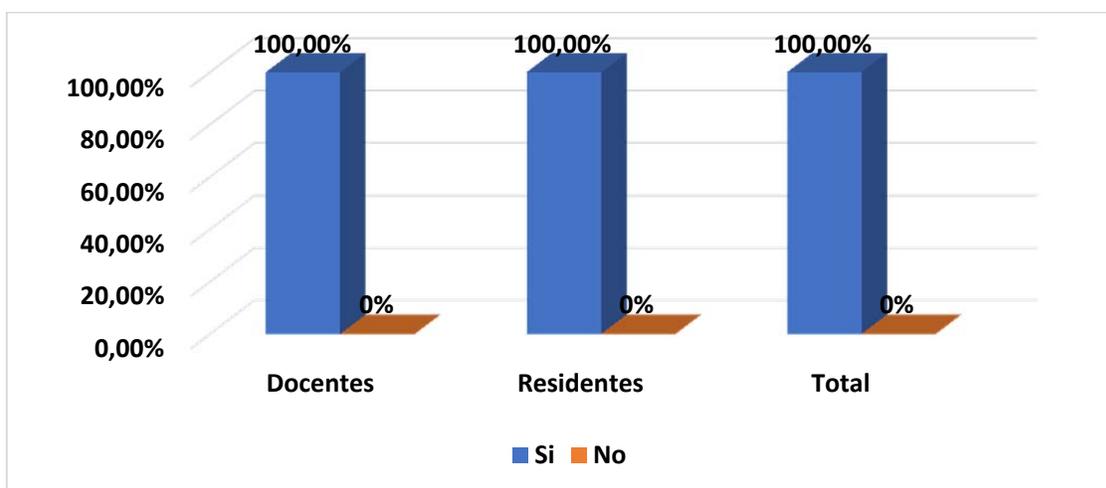
la lesión de caries puede afectar: esmalte, dentina y pulpa, dando así un 100% del total de la muestra a la opción “sí”.

Tabla N°7 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que según su estado de actividad la lesión de caries puede ser activa o inactiva. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	9	100%	0	0%
Residentes	16	16	100%	0	0%
Total:	25	25	100%	0	0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Scovino, 2024.

Gráfico N°7. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que según su estado de actividad la lesión de caries puede ser activa o inactiva.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 7

Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°7, se puede observar que 100% de la muestra encuestada, incluyendo los docentes y residentes confirmaron que según su estado de actividad la lesión de caries puede ser activa o inactiva.

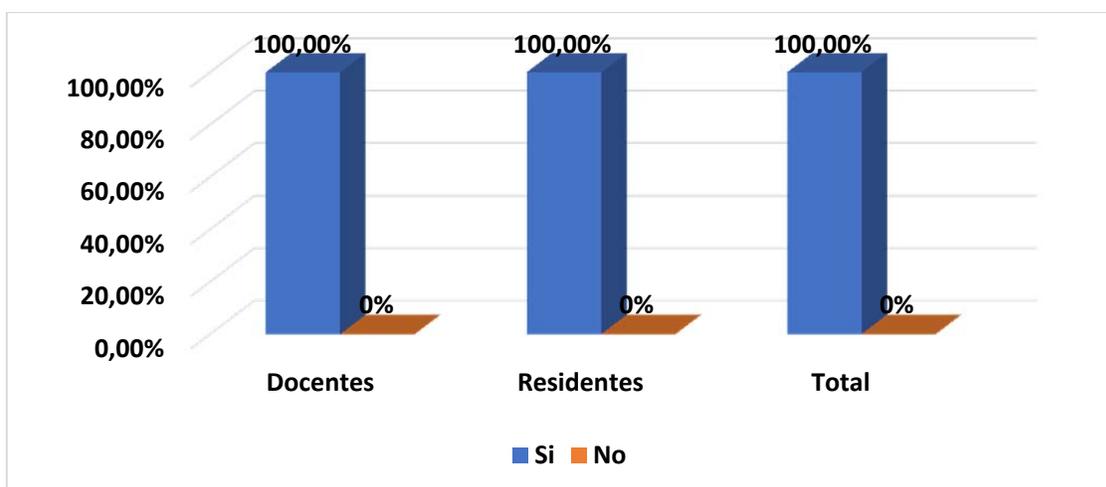
Tabla N°8 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran relevante el estado de actividad de la lesión de caries para la elección del tratamiento. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	25	9	100%	0	0%
Residentes	16	16	100%	0	0%
Total:	25	25	100%	0	0%

Fuente:
Instrumento

nto de recolección de datos. Scovino, 2024

Gráfico N°8. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran relevante el estado de actividad de la lesión de caries para la elección del tratamiento.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 8

Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°8, se puede visualizar que la totalidad de docentes y residentes y encuestados, representando el 100% de la misma, confirman que es relevante el estado de actividad de la lesión de caries para la elección del tratamiento.

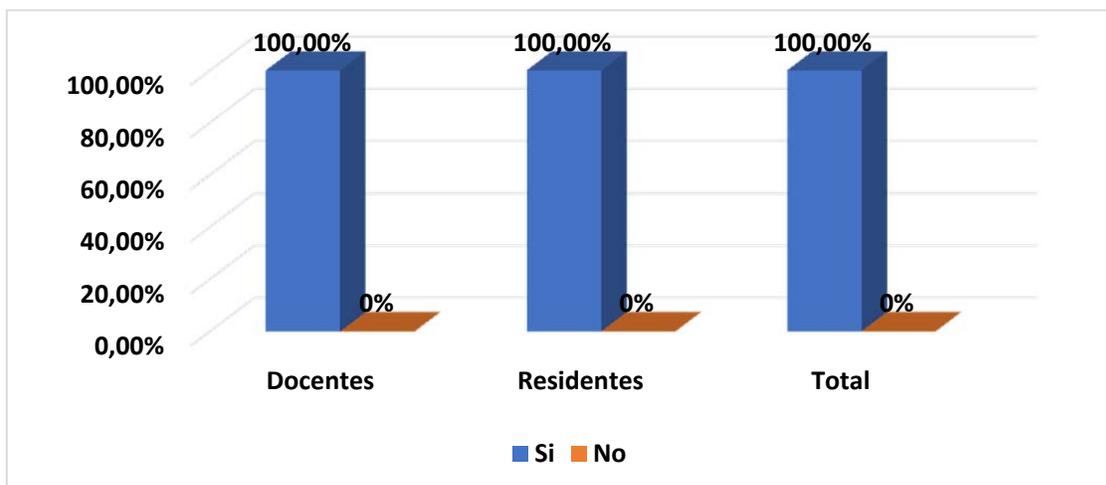
Tabla N°9 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran importante el primer momento del llenado de la historia clínica. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	9	100%	0	0%
Residentes	16	16	100%	0	0%
Total:	25	25	100%	0	0%

Fuente:
Instr

umento de recolección de datos. Scovino, 2024.

Gráfico N°9. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran importante el primer momento del llenado de la historia clínica.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 9

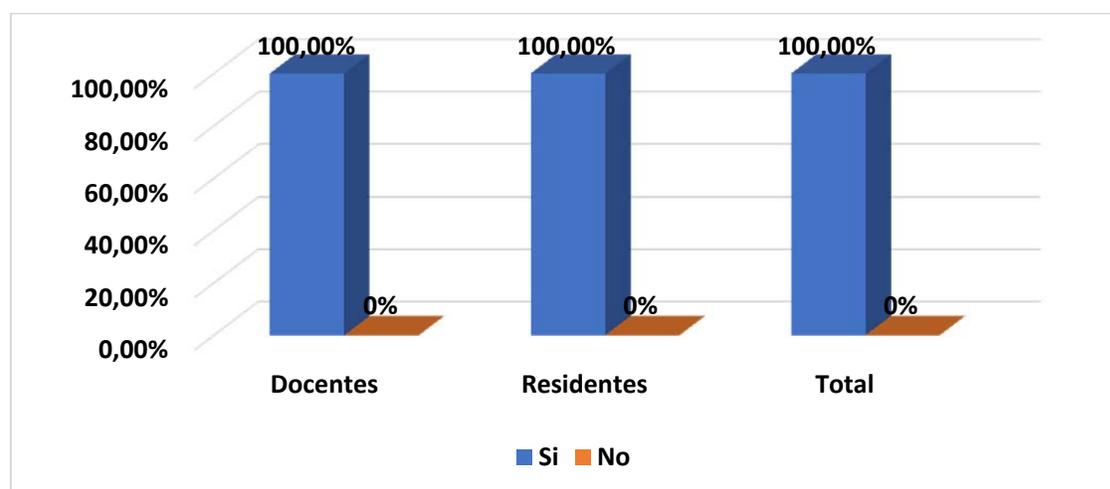
Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°9, se observa que la totalidad de los residentes y docentes encuestados consideran importante el primer momento del llenado de la historia clínica, dando así un 100% del total de la muestra a la opción “si” y 0% a la opción “no”.

Tabla N°10 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran relevante conocer el modo de parto del paciente pediátrico durante el llenado de la historia clínica. FOUC, 2024.

		N.º	Si	%	No	%
Fuente : Instrumento de recolección de	Docentes	9	9	100%	0	0%
	Residentes	16	16	100%	0	0%
	Total:	25	25	100%	0%	0

datos. Scovino, 2024

Gráfico N°10. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran relevante conocer el modo de parto del paciente pediátrico durante el llenado de la historia clínica.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 10

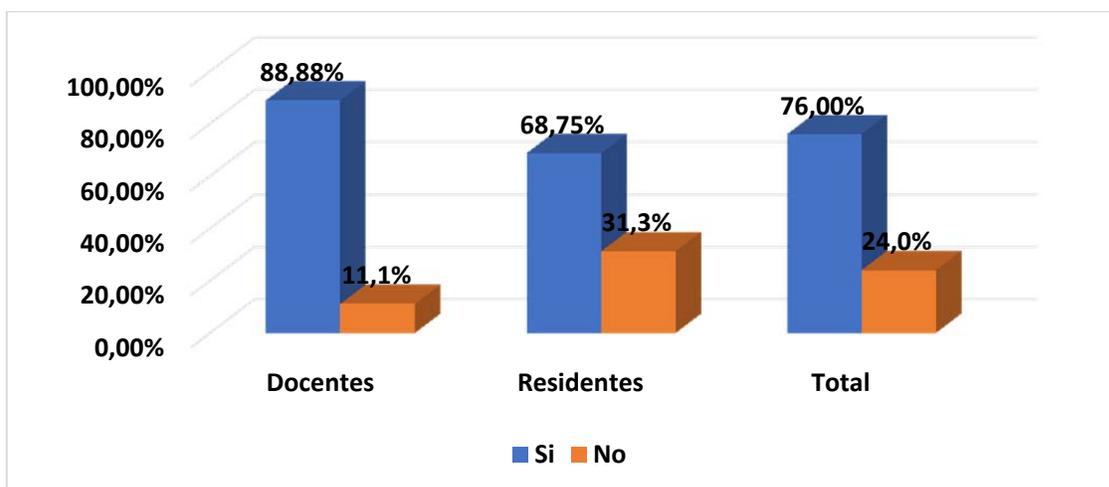
Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°10, se observa que la totalidad de los residentes y docentes encuestados consideran relevante conocer el modo de parto del paciente pediátrico durante el llenado de la historia clínica, dando así un 100% del total de la muestra a la opción “si” y 0% a la opción “no”.

Tabla N°11 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran el modo de parto un factor condicionante en la aparición de la enfermedad caries dental. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	8	88.88%	1	11.11%
Residentes	16	11	68,75%	5	31.25%
Total:	25	19	76%	6	24%

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Scovino, 2024

Gráfico N°11. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran el modo de parto un factor condicionante en la aparición de la enfermedad caries dental.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 11.

Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°11, el 88.88% docentes y 68,75% de los residentes encuestados consideran que el modo de parto es un factor condicionante en la aparición de la enfermedad caries dental, lo que corresponde a la respuesta del 76% de los sujetos muestra. Por el contrario un 24% de la misma, no consideran esto cierto; negación dada por 11,1% de los docentes y 31,3% de los residentes encuestados.

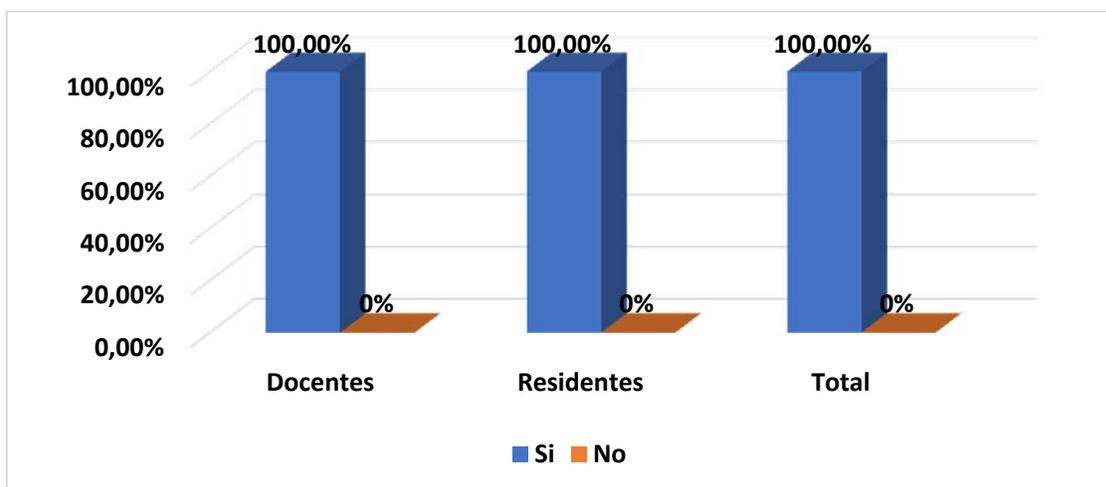
Tabla N°12 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran relevante conocer la dieta del paciente pediátrico desde el período neonatal hasta la actualidad. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	9	100%	0	0%
Residentes	16	16	100%	0	0%
Total:	25	25	100%	0	0%

Fuente:
Instr

umento de recolección de datos. Scovino, 2024

Gráfico N°12. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran relevante conocer la dieta del paciente pediátrico desde el período neonatal hasta la actualidad.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 12

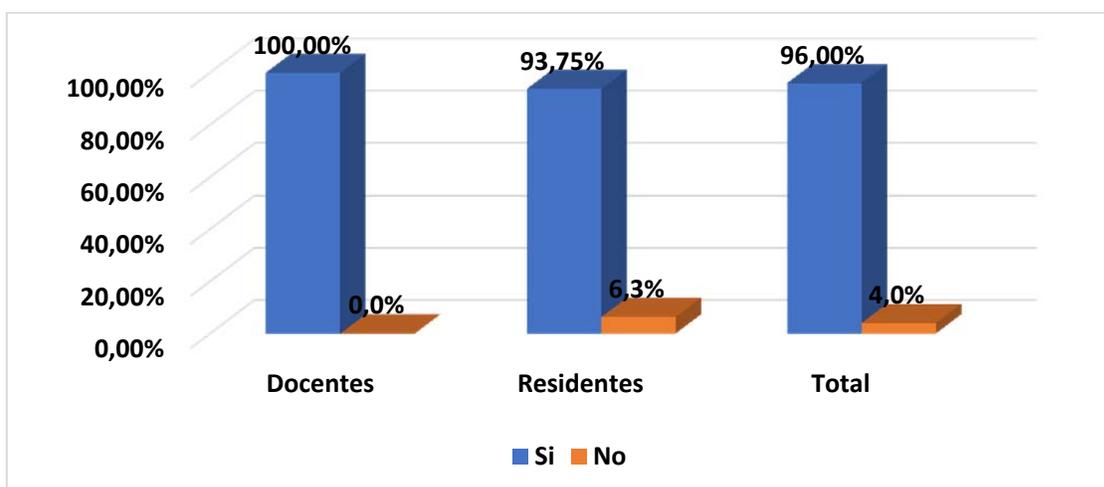
Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°12, se observa que la totalidad de los residentes y docentes encuestados, o sea el 100%, consideran relevante conocer la dieta del paciente pediátrico desde el período neonatal hasta la actualidad.

Tabla N°13 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran el tipo de dieta del paciente pediátrico desde su nacimiento un factor condicionante en la aparición de la enfermedad caries dental. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	9	100%	0	0%
Residentes	16	15	93.75%	1	6.25%
Total:	25	24	96%	1	4%

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Scovino, 2024

Gráfico N°13. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran el tipo de dieta del paciente pediátrico desde su nacimiento un factor condicionante en la aparición de la enfermedad caries dental.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 13

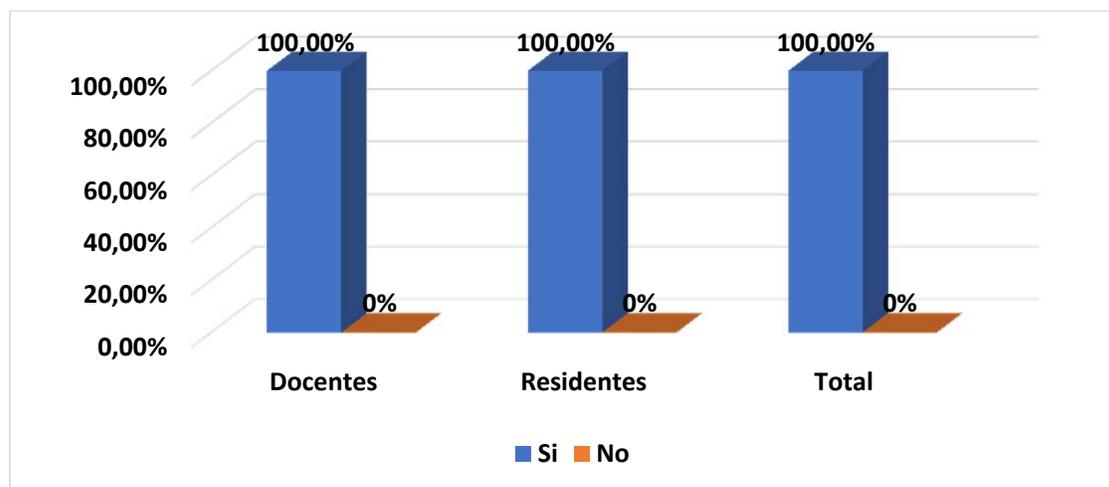
Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°13, se observa que el 100% de los docentes y 93,75% de los residentes encuestados consideran el tipo de dieta del paciente pediátrico desde su nacimiento un factor condicionante en la aparición de la enfermedad caries dental, así mismo, un 6.25% de los residentes difieren de esta postura.

Tabla N°14 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran importante conocer el primer contacto del paciente pediátrico con su madre. FOUC, 2024.

		N.º	Si	%	No	%
Fuente: Instru- me- nto de reco- lecci- ón	Docentes	9	9	100%	0	0%
	Residentes	16	16	100%	0	0%
	Total:	25	25	100%	0	0%

Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 14

Gráfico N°14. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran importante conocer el primer contacto del paciente pediátrico con su madre.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 14

Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°14, se observa que 100% de la población de docentes y residentes encuestados consideran importante conocer el primer contacto del paciente pediátrico con su madre.

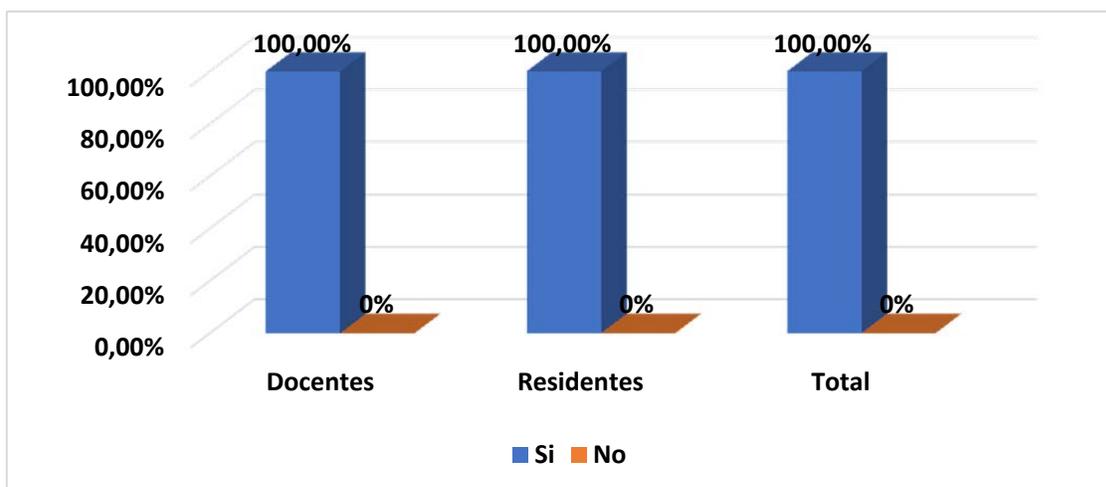
Tabla N°15 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran importante conocer la condición socio-económica del paciente. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	9	100%	0	0%
Residentes	16	16	100%	0	0%
Total:	25	25	100%	0	0%

Fuente:
Instrumento

de recolección de datos. Scovino, 2024.

Gráfico N°15. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran importante conocer la condición socio-económica del paciente.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 15

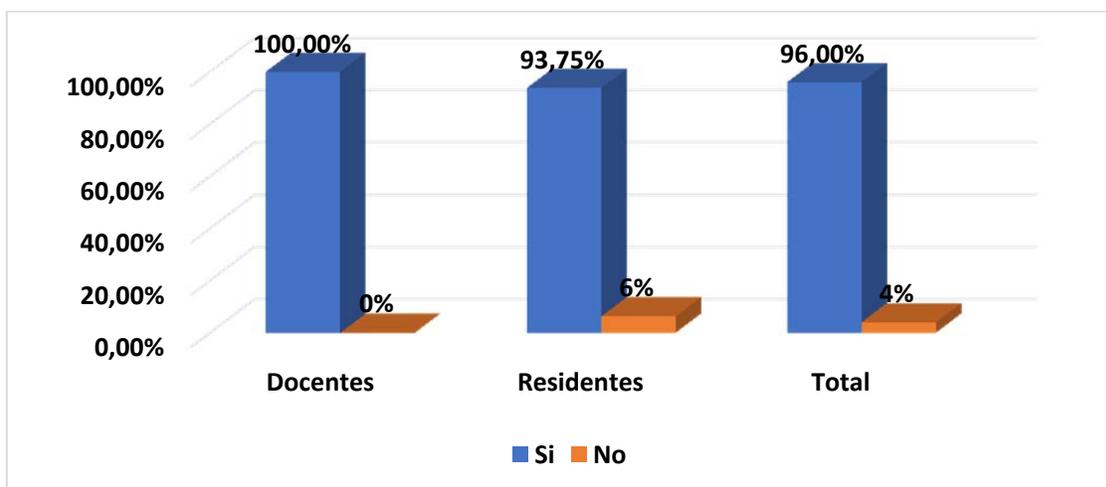
Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°15, se observa que 100% de la población encuestada consideran importante conocer la condición socio-económica del paciente.

Tabla N°16 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la condición socio-económica del paciente influye en presentar enfermedad caries dental. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Fuente: Docentes	9	9	100%	0	0%
Instrumnto de recolección de datos: Residentes	16	15	93.75%	1	6.25%
Total:	25	24	96%	1	4%

Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 16.

Gráfico N°16. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la condición socio-económica del paciente influye en presentar enfermedad caries dental.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 16

Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°16, se observa que 100% de los docentes encuestados consideran que la condición socio-económica

del paciente influye en presentar enfermedad caries dental, en cuanto a los residentes, 93,75% de ellos concuerdan con dicha postura.

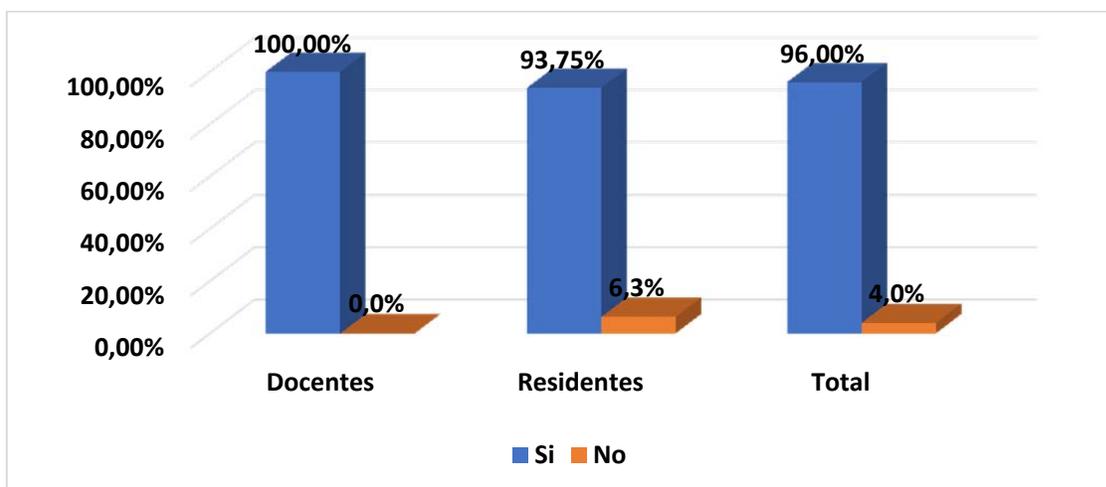
Tabla N°17 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la condición socio-económica del paciente influye en la progresión de la enfermedad caries dental. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	9	100%	0	0%
Residentes	16	15	93.75%	1	6.25%
Total:	25	24	96%	1	4%

Fuente:

Instrumento de recolección de datos. Scovino, 2024.

Gráfico N°17. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la condición socio-económica del paciente influye en la progresión de la enfermedad caries dental.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 17

Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°17, se observa que 100% de los docentes y 93,75% de los residentes encuestados afirman que la

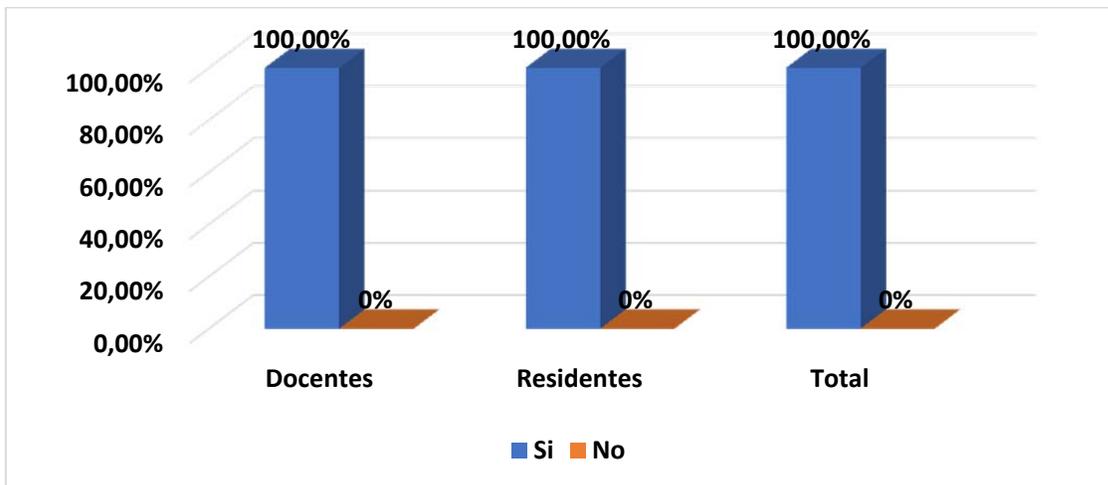
condición socio-económica del paciente influye en la progresión de la enfermedad caries dental.

Tabla N°18 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la dieta del paciente influye en la progresión de la enfermedad caries dental. FOUC, 2024.

Fuente:	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	9	100%	0	0%
Residentes	16	16	100%	0	0%
Total:	25	25	100%	0	0%

no, 2024

Gráfico N°18. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la dieta del paciente influye en la progresión de la enfermedad caries dental.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 18

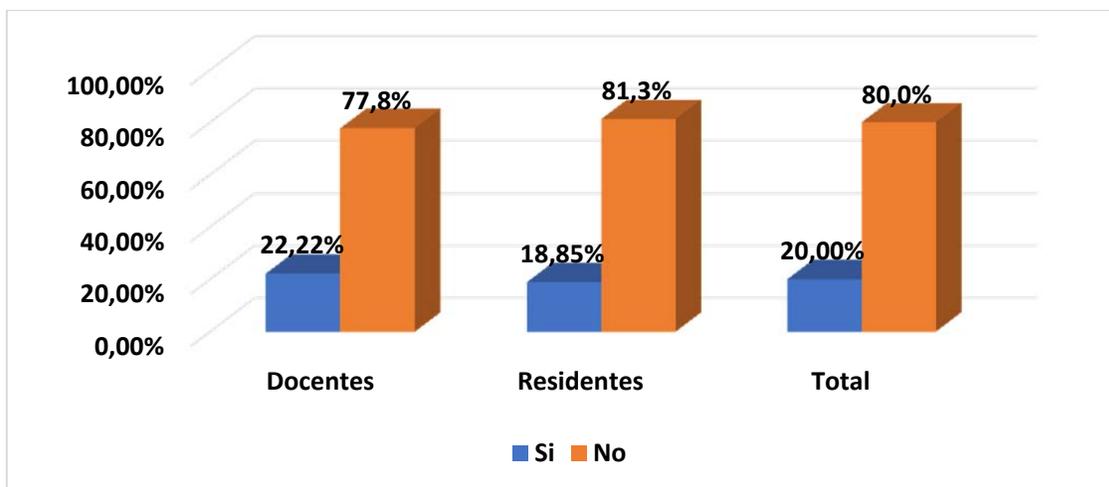
Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°18, se observa que el 100% de los docentes y residentes encuestados consideran que la dieta del paciente influye en la progresión de la enfermedad caries dental.

Tabla N°19 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran solo la cantidad de carbohidratos y azúcares para considerar una dieta como cariogénica. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	2	22.22%	7	77.77%
Residentes	16	3	18.75%	13	81.25%
Total:	25	5	20%	20	80%

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Scovino, 2024

Gráfico N°19. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran solo la cantidad de carbohidratos y azúcares para considerar una dieta como cariogénica.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 19

Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°19, se observa que el 77,8% de los docentes y el 81,3% de los residentes encuestados no consideran solo la cantidad de carbohidratos y azúcares para considerar una dieta como cariogénica.

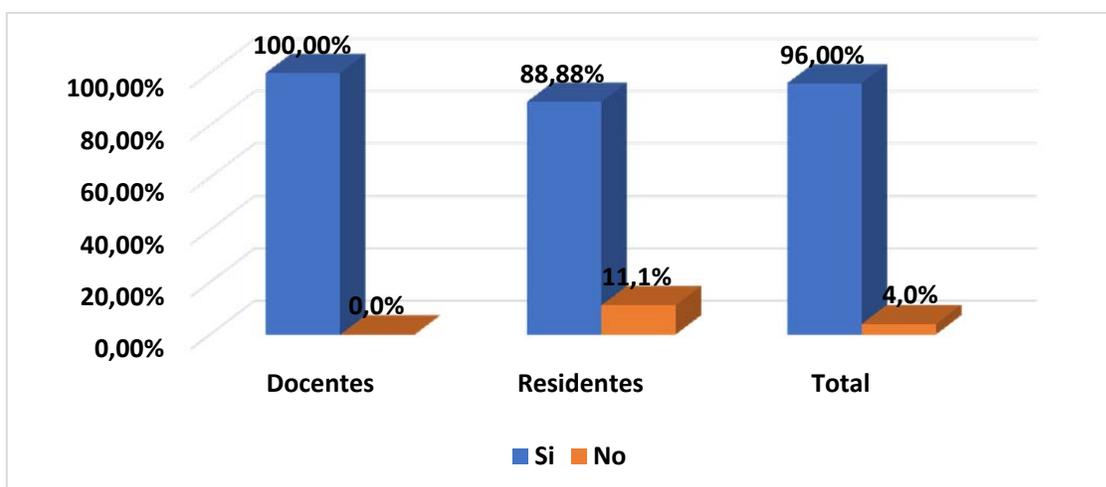
Tabla N°20 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la frecuencia en el consumo de azúcares y carbohidratos influyen en la progresión de la enfermedad caries dental. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	8	88.88%	1	11.11%
Residentes	16	16	100%	0	0%
Total:	25	24	96%	1	4%

Fuente:
Instrumento

de recolección de datos. Scovino, 2024

Gráfico N°20. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la frecuencia en el consumo de azúcares y carbohidratos influyen en la progresión de la enfermedad caries dental.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 20

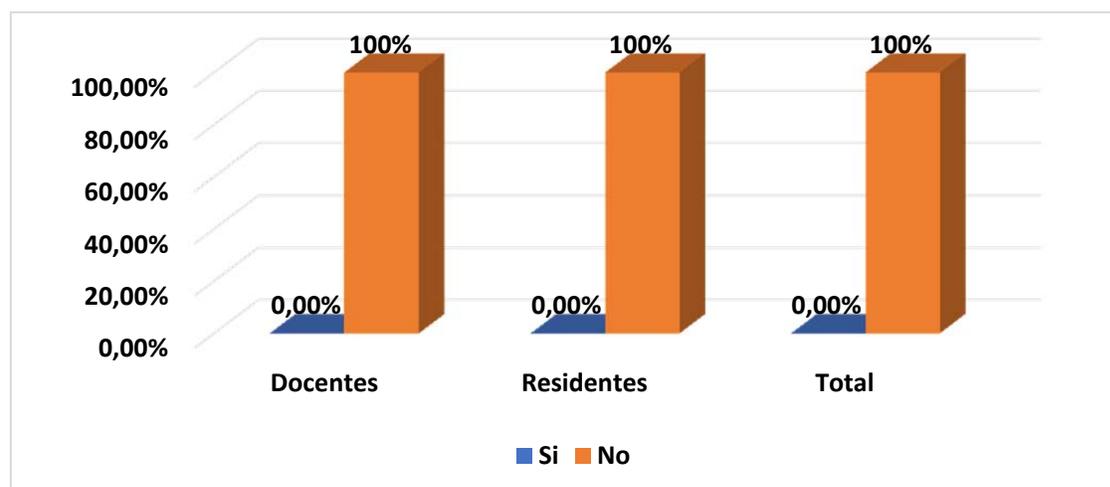
Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°20, se observa que 100% de los docentes y 88,88% de los residentes consideran que la frecuencia en el consumo de azúcares y carbohidratos influyen en la progresión de la enfermedad caries dental.

Tabla N°21 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran solo la calidad de la dieta de la última semana para el diagnóstico de la enfermedad caries dental. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%	
Fuente: Instrumento de recolección de datos	Docentes	9	0	0%	9	100%
	Residentes	16	0	0%	16	100%
	Total:	25	0	0%	25	100%

. Scovino, 2024

Gráfico N°21. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran solo la calidad de la dieta de la última semana para el diagnóstico de la enfermedad caries dental



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 21

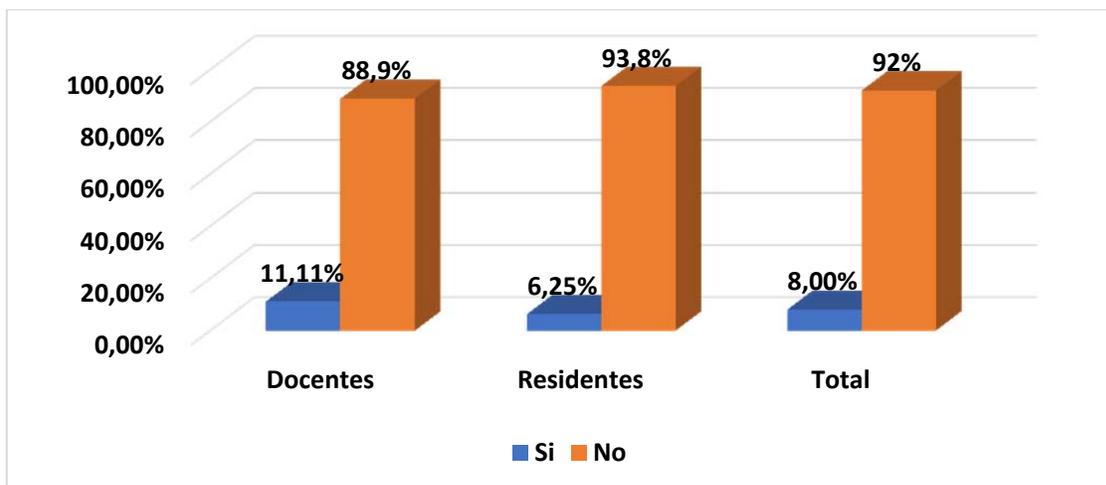
Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°21, se observa que 100% de la población encuestada entre docentes y residentes no consideran solo la calidad de la dieta de la última semana para el diagnóstico de la enfermedad caries dental.

Tabla N°22 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran solo una buena comunicación con el paciente una herramienta para mejorar su higiene bucal. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Fuente: Docentes	9	1	11.11%	8	88.88%
Residentes	16	1	6.25%	15	93.75%
Total:	25	2	8%	23	92%

de datos. Scovino, 2024

Gráfico N°22. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran solo una buena comunicación con el paciente una herramienta para mejorar su higiene bucal.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 9

Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°22, se observa que 88.9% de los docentes y 93,8% de los residentes encuestados no consideran que solo una buena comunicación con el paciente una herramienta para mejorar su higiene bucal.

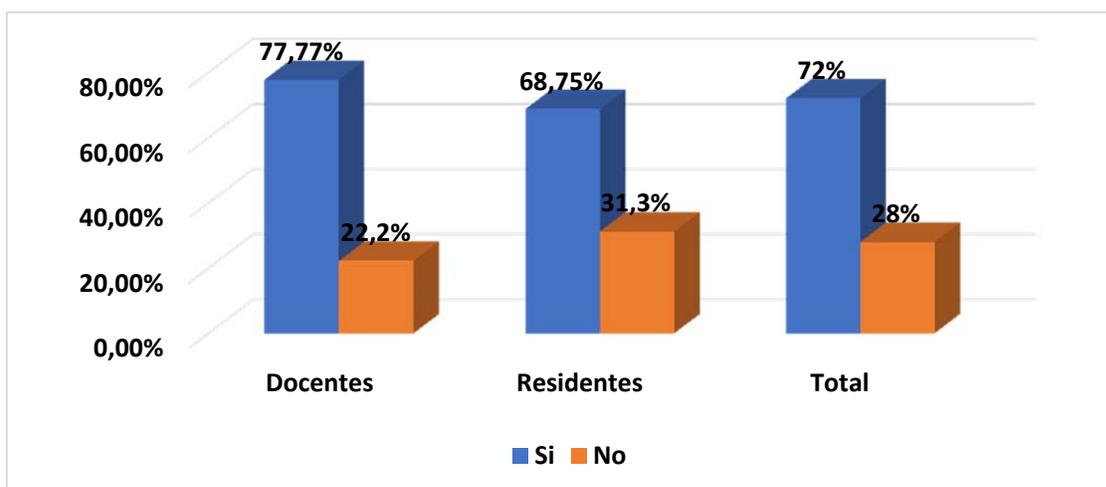
Tabla N°23 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que el horario de trabajo de los padres influye en la progresión de la enfermedad caries dental. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	7	77.77%	2	22.22%
Residentes	16	11	68.75%	5	31.25%
Total:	25	18	72%	7	28%

Fuente:
Instrumento de

recolección de datos. Scovino, 2024

Gráfico N°23. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que el horario de trabajo de los padres influye en la progresión de la enfermedad caries dental.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 23

Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°23, se observa que 77,77% de los docentes y 68,75% de los residentes encuestados afirman que el horario de trabajo de los padres influye en la progresión de la enfermedad caries dental.

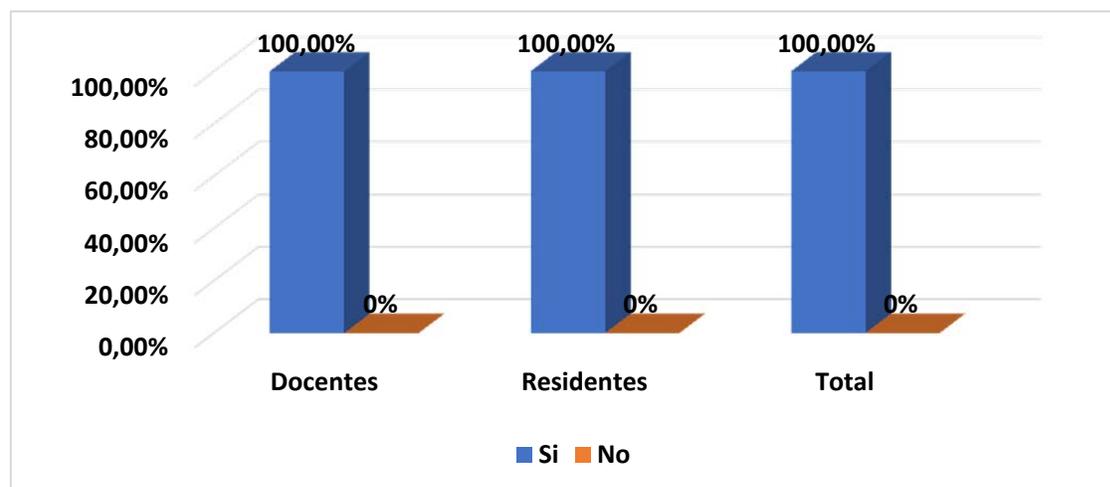
Tabla N°24 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que conociendo la dinámica familiar se pueden brindar mejores herramientas para cada paciente. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	9	100%	0	0%
Residentes	16	16	100%	0	0%
Total:	25	25	100%	0	0%

Fuente:
Instrumento de recolección de datos.

Scovino, 2024

Gráfico N°24. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que conociendo la dinámica familiar se pueden brindar mejores herramientas para cada paciente.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 24

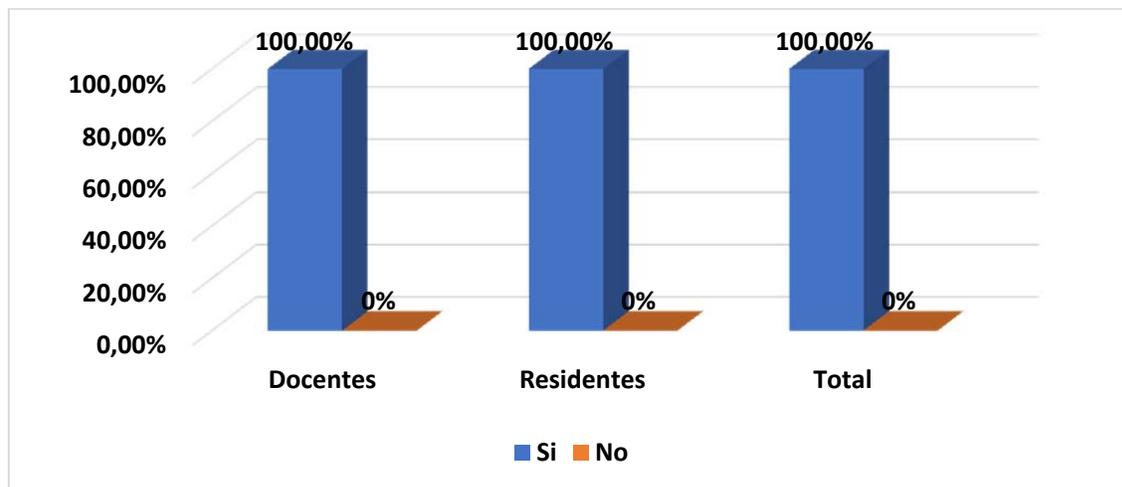
Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°24, se observa que 100% de la población encuestada entre docentes y residentes consideran que conociendo la dinámica familiar se pueden brindar mejores herramientas para cada paciente.

Tabla N°25 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que los síntomas de dolor producto de lesiones de caries influyen en el día a día del paciente pediátrico. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	9	100%	0	0%
Residentes	16	16	100%	0	0%
Total:	25	25	100%	0	0%

ón de datos. Scovino, 2024

Gráfico N°25. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que los síntomas de dolor producto de lesiones de caries influyen en el día a día del paciente pediátrico.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 25

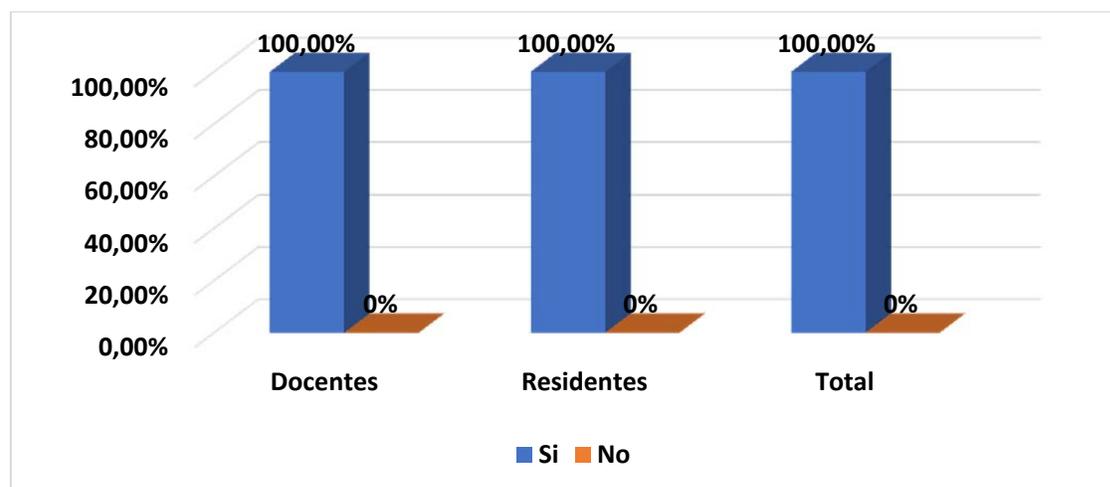
Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°25, se observa que 100% de la población encuestada entre docentes y residentes consideran que los síntomas de dolor producto de lesiones de caries influyen en el día a día del paciente pediátrico.

Tabla N°26 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la pérdida de estructura dental producto de lesiones de caries afecta de manera funcional al paciente pediátrico. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	9	100%	0	0%
Residentes	16	16	100%	0	0%
Total:	25	25	100%	0	0%

de datos. Scovino, 2024

Gráfico N°26. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la pérdida de estructura dental producto de lesiones de caries afecta de manera funcional al paciente pediátrico.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 26

Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°26, se observa que 100% de la población encuestada entre docentes y residentes consideran que la pérdida de estructura dental producto de lesiones de caries afecta de manera funcional al paciente pediátrico.

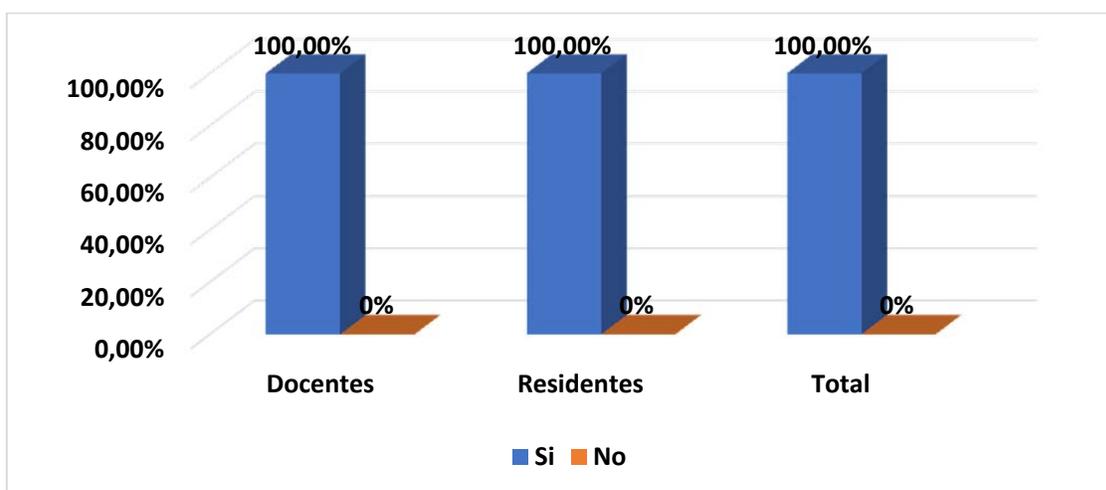
Tabla N°27 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran importante establecer una comunicación efectiva con el representante del paciente pediátrico. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	9	100%	0	0%
Residentes	16	16	100%	0	0%
Total:	25	25	100%	0	0%

Fuente:
Instrumento de

recolección de datos. Scovino, 2024

Gráfico N°27. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran importante establecer una comunicación efectiva con el representante del paciente pediátrico.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 27

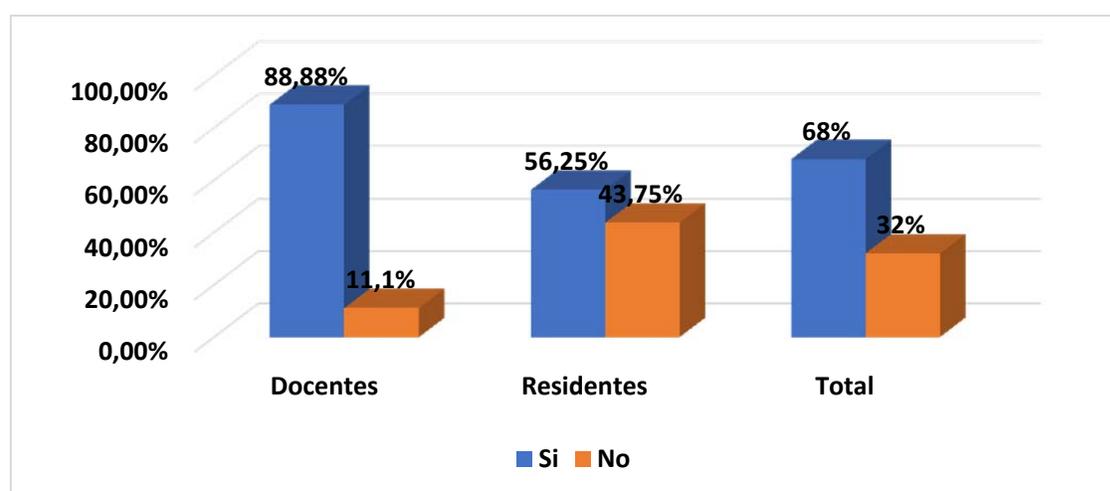
Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°27, se observa que el 100% de la población encuestada entre docentes y residentes afirman que es importante establecer una comunicación efectiva con el representante del paciente pediátrico.

Tabla N°28 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran contar con todas las herramientas necesarias para establecer una comunicación efectiva con el representante del paciente pediátrico. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	8	88.88%	1	11.11%
Residentes	16	9	56.25%	7	43.75%
Total:	25	17	68%	8	32%

datos. Scovino, 2024

Gráfico N°28. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran contar con todas las herramientas necesarias para establecer una comunicación efectiva con el representante del paciente pediátrico.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 28

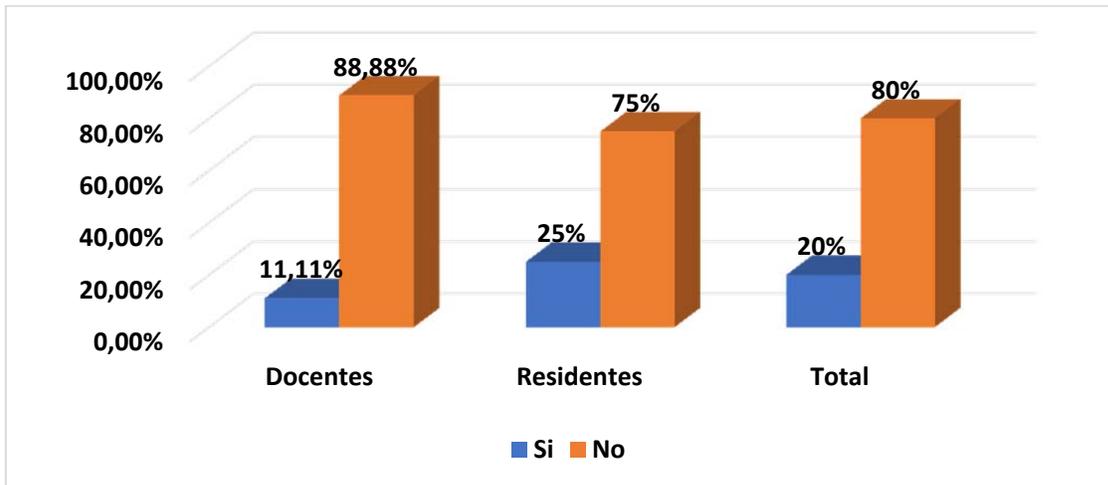
Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°28, se observa que 88,88% de los docentes y 56,25% de los residentes encuestados afirman que cuentan con todas las herramientas necesarias para establecer una comunicación efectiva con el representante del paciente pediátrico.

Tabla N°29 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que el tratamiento de la enfermedad caries dental se puede lograr con odontología restauradora. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	1	11.11%	8	88.88%
Residentes	16	4	25%	12	75%
Total:	25	5	20%	20	80%

n de datos. Scovino, 2024

Gráfico N°29. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que el tratamiento de la enfermedad caries dental se puede lograr con odontología restauradora.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 29

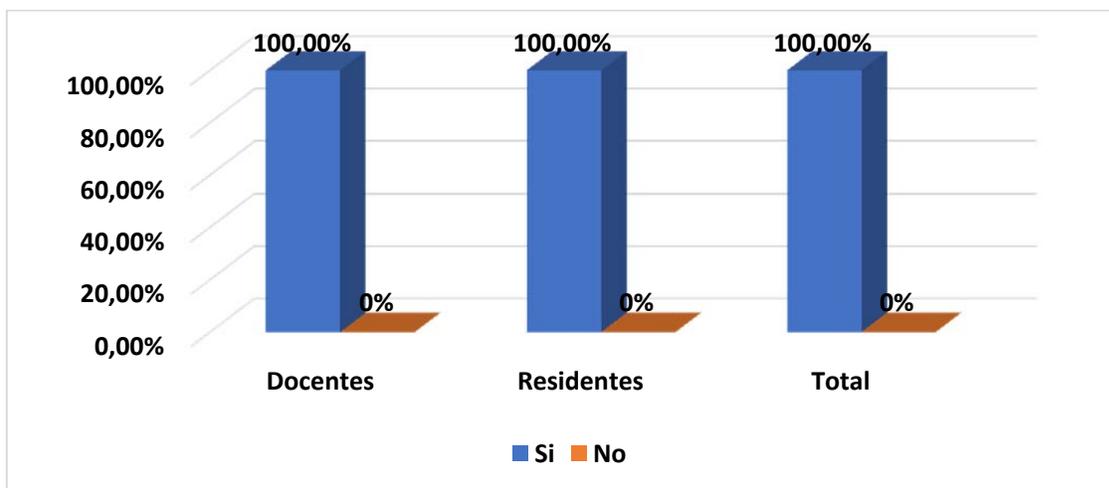
Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°29, se observa que 88,88% de los docentes y el 75% de los residentes encuestados no consideran que el tratamiento de la enfermedad caries dental se puede lograr con odontología restauradora.

Tabla N°30 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran necesario conocer las conductas del paciente para el tratamiento de la enfermedad caries dental. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	9	100%	0	0%
Residentes	16	16	100%	0	0%
Total:	25	25	100%	0	0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Scovino, 2024.

Gráfico N°30. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran necesario conocer las conductas del paciente para el tratamiento de la enfermedad caries dental.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 30

Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°30, se observa que 100% de la población encuestada entre docentes y residentes afirman consideran necesario conocer las conductas del paciente para el tratamiento de la enfermedad caries dental.

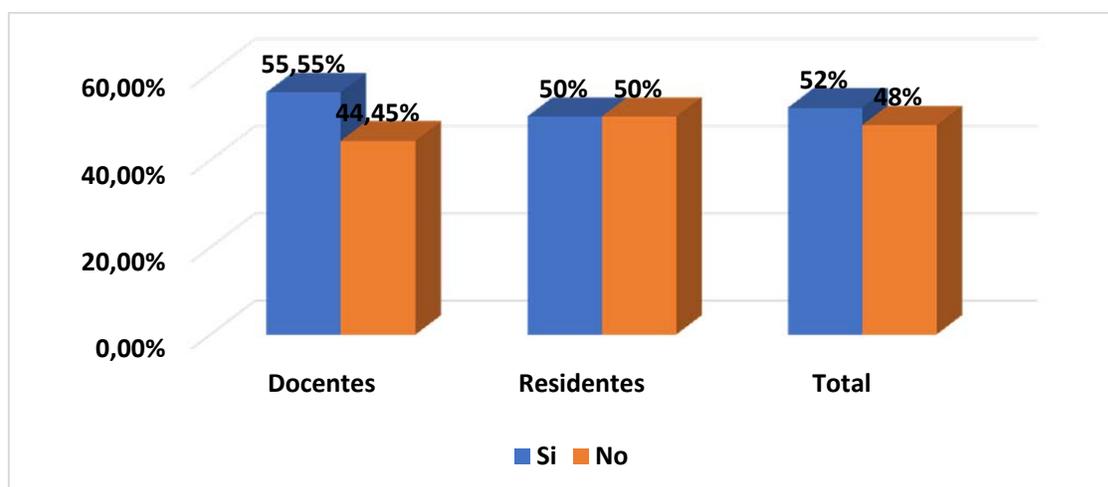
Tabla N°31 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que conocen el modelo COM-B (modelo de comportamiento, capacidad, oportunidad y motivación) FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	5	55.55%	4	44.44%
Residentes	16	8	50%	8	50%
Total:	25	13	52%	12	48%

Fuente:
Instrumento

de recolección de datos. Scovino, 2024.

Gráfico N°31. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que conocen el modelo COM-B (modelo de comportamiento, capacidad, oportunidad y motivación).



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 31

Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°31, se observa que 55,55% de los docentes y el 50% de los residentes encuestados afirman conocer el modelo COM-B (modelo de comportamiento, capacidad, oportunidad y motivación).

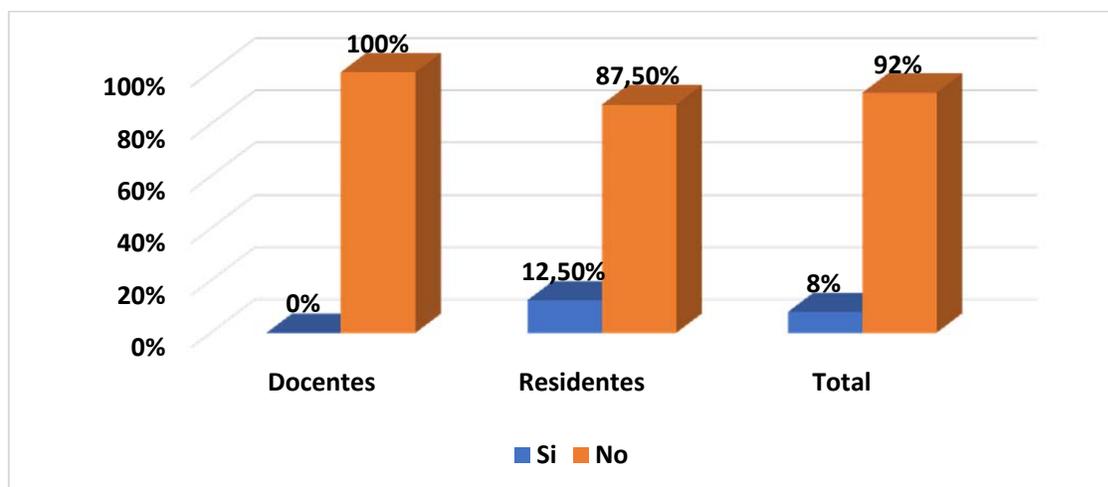
Tabla N°32 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la historia clínica del postgrado de Odontopediatria de la Universidad de Carabobo cuenta con una sección destinada a la evaluación de las conductas del paciente. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	0	0%	9	100%
Residentes	16	2	12.5%	14	87.5%
Total:	25	2	8%	23	92%

Fuente:
Instrumento

de recolección de datos. Scovino, 2024.

Gráfico N°32. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran que la historia clínica del postgrado de Odontopediatria de la Universidad de Carabobo cuenta con una sección destinada a la evaluación de las conductas del paciente.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 9

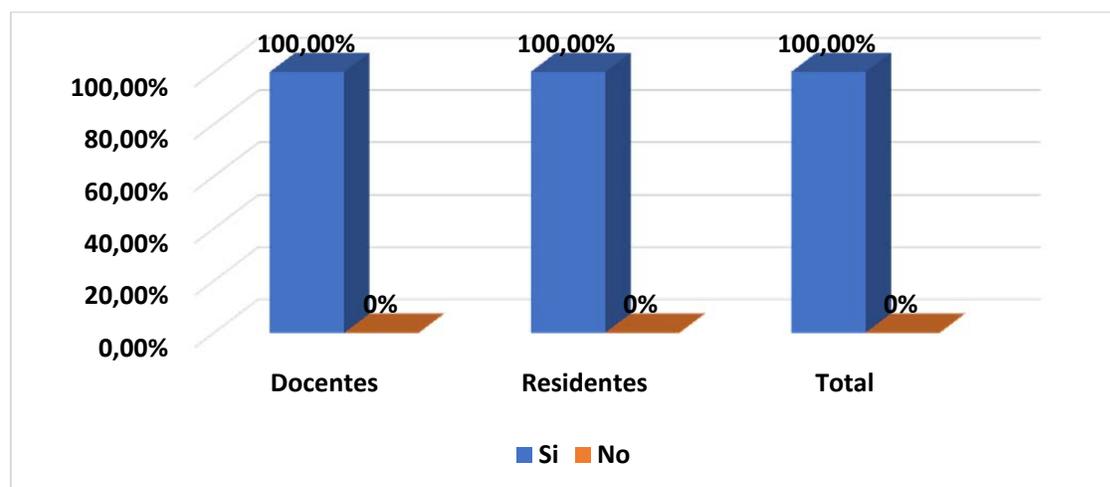
Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°32, se observa que 100% de los docentes y un 87,50% de los residentes encuestados consideran que la historia clínica del postgrado de Odontopediatria de la Universidad de Carabobo no cuenta con una sección destinada a la evaluación de las conductas del paciente.

Tabla N°33 Distribución de frecuencia de docentes y residentes que consideran necesaria la incorporación en la historia clínica del postgrado de Odontopediatria de la Universidad de Carabobo de un segmento destinado a evaluación de las conductas del paciente. FOUC, 2024.

	N.º	Si	%	No	%
Docentes	9	9	100%	0	0%
Residentes	16	16	100%	0	0%
Total:	25	25	100%	0	0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos. Scovino, 2024.

Gráfico N°33. Diagrama de barras de frecuencia de docentes y residentes que consideran necesaria la incorporación en la historia clínica del postgrado de Odontopediatria de la Universidad de Carabobo de un segmento destinado a evaluación de las conductas del paciente.



Fuente: Datos tomados de la tabla N.º 33

Análisis: En los datos suministrados por la tabla y gráfico N°32, se observa que 100% de los docentes y residentes encuestados consideran necesaria la incorporación en la historia clínica del postgrado de Odontopediatria de la Universidad de Carabobo de un segmento destinado a evaluación de las conductas del paciente.

Discusión:

La población encuestada en su totalidad confirma conocer los conceptos actuales de la enfermedad caries dental y su consecuencia, la lesión de caries, reconocen que según su estado de actividad la lesión se clasifica en activa o inactiva, como lo refiere Machiulskiene V, et al,¹ y refieren conocer que según la profundidad la lesión de caries dental puede afectar al esmalte, dentina o pulpa. Solo 60% de la población identifican que ésta puede ubicarse a nivel coronal o radicular, mientras que 88% conocen que puede ser cavitada o no cavitada.

Para el 100% de los encuestados el estado de actividad de la lesión es relevante en la toma de decisiones sobre el tratamiento en el paciente pediátrico, esto entra en concordancia con las recomendaciones de la Asociación Latinoamericana de Odontopediatria (ALOP)⁷³ que destaca, que para la realización correcta de un diagnóstico y planteamiento del abordaje clínico, es imprescindible la evaluación de la actividad cariogénica del individuo;⁷⁴ además dicha regulación enfatiza que, el riesgo / actividad de la lesión de caries dental debe ser evaluado regularmente dado que influye en la indicación de exámenes radiográficos iniciales y de seguimiento.⁷³

Así mismo, la ALOP ⁷³ expone que las estrategias de control de la enfermedad con base en el individuo deben ser implementadas después de la realización de un adecuado examen clínico y de la clasificación de las lesiones de caries en relación a su gravedad y actividad, y es una vez controlada la actividad cariogénica, cuando se debe evaluar la pérdida de estructura, considerando la necesidad de establecer forma, función y estética.⁷³

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD)⁷⁵, considera al igual que el 100% de los encuestados la importancia del llenado de la historia clínica del paciente pediátrico, por ser un componente esencial para brindar una atención de salud bucal competente y de calidad; también expresa que, sirve como fuente de información y para el clínico y el paciente. La academia igualmente refiere que este documento ayuda al profesional a asimilar y mantener un registro completo, uniforme y organizado para la atención al paciente, además que, determine las condiciones de cuidado de la salud bucal del niño, dado que las preocupaciones sociales y de desarrollo y las formas de cuidado que adopta el responsable principal, pueden afectar el estado de salud y el riesgo de enfermedad caries dental del niño.^{75,76}

El 100% de la población encuestada afirman la importancia de conocer el modo de parto, no obstante, solo 76% lo consideran como un factor condicionante la aparición de la enfermedad caries dental. Al respecto, estudios recientes sugieren que la diversidad de la microflora está estrechamente relacionada con la salud general y bucal. Con base a lo expresado Ge y cols,⁷⁷ exponen que la cesárea puede aumentar el riesgo de la enfermedad caries dental a largo plazo por la colonización bacteriana y recomiendan que los odontopediatras deben dedicar

más atención al desarrollo de lesiones de caries en estos niños, y que los obstetras deben prevenir la realización excesiva e innecesaria de dicho procedimiento. Mientras que los niños nacidos por parto vaginal presentan tasas más altas de probióticos en la cavidad bucal, por lo que, la prevalencia de lesiones de caries en niños nacidos por cesárea puede ser diferente al de los niños nacidos por parto natural, expresan los autores referidos.⁷⁷

Sin embargo, Antao y cols,⁷⁸ en su revisión sistemática, manifiestan igualmente que la colonización oral es diferente según el modo de parto, no obstante, afirman que los niños nacidos por cesárea tienen menos probabilidades de albergar microorganismos relacionados con la enfermedad caries dental, así como, bacterias protectoras adquiridas en comparación con los niños nacidos por vía vaginal.

Siendo relevante señalar que, el estudio realizado por Boustedt y cols⁷⁹ encontraron una asociación débil e inconsistente entre el modo de parto y la prevalencia de enfermedad caries dental en la primera infancia, por lo que señalan que se requiere de estudios adicionales para responder a dicha interrogante con mayor certeza.

Conocer la dieta del paciente pediátrico desde el período neonatal hasta el momento de la consulta es considerado relevante para el 100% de los encuestados, de ellos solo 96% consideran que ese tipo de dieta es un factor condicionante en la aparición de la enfermedad caries dental.

Al ser la caries dental una enfermedad modulada por la dieta,¹ es imprescindible conocerla en el paciente pediátrico neonatal, como lo expresa García-Quintana y cols,²² quienes afirman que los hábitos alimentarios, particularmente durante el

primer año de vida, implican una serie de conductas simultáneas e interrelacionadas, como la lactancia materna, la alimentación con biberón y la introducción de alimentos complementarios. Algunos comportamientos alimentarios establecidos a esta edad, como la lactancia materna a demanda, el uso frecuente o prolongado durante el día o la noche de biberones que contienen líquidos fermentables, el uso continuo de un chupete endulzado y la dieta, pueden influir en el desarrollo de la enfermedad caries dental y potencialmente afectar la salud a lo largo de la vida.⁸⁰

Se sabe que los niños con lesiones de caries en los dientes primarios tienen tres veces más probabilidades de tener lesiones de caries en los dientes permanentes. Determinar el papel de las prácticas alimentarias en la enfermedad caries dental y la intervención durante la primera infancia parece ser la actuación más adecuada para garantizar unos hábitos dentales saludables durante toda la vida.⁸⁰

La totalidad de los encuestados consideran importante conocer el primer contacto del paciente pediátrico con su madre, esto debido a que el contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido tras el nacimiento es considerado como uno de los indicadores de buenas prácticas clínicas, ya que ofrece múltiples beneficios para ambos: reduce el nivel de estrés en la madre, facilita el desarrollo del vínculo afectivo, el éxito de la lactancia materna y la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.⁸¹ A la par, estudios recientes han demostrado que la separación de la madre y el recién nacido tras el nacimiento, genera una situación estresante habiéndose hallado cambios epigenéticos en los sistemas de regulación del estrés.⁸¹

Todos los encuestados consideran importante conocer la condición socio-económica del paciente, el tipo de dieta y la calidad de la misma, para realizar el diagnóstico de la caries dental; de ellos 96% consideran a la condición socioeconómica como un factor que influye en la aparición y en la progresión de la enfermedad caries dental. Actualmente se considera que los niveles socioeconómicos y educativos de las familias constituyen dos constructos que determinan en un alto grado esta relación, es por esto que los bajos ingresos familiares y su deficiente nivel educativo y cultural constituyen un factor de alto riesgo y un tabú, respectivamente, para que se instaure y progrese la enfermedad caries dental, al dificultar el acceso a la promoción, prevención y posterior tratamiento.^{36,37,38} De la misma manera, el 80% de los encuestados consideran que no solo la dieta rica en carbohidratos y azúcares es influyente en la aparición de la caries dental, ya que por ser una enfermedad multifactorial intervienen muchos elementos;¹ pero 96% expresan que este tipo de dieta si intervienen en la progresión de la enfermedad caries dental.

La comunicación con el paciente pediátrico y su núcleo familiar es fundamental, sin embargo, no solo una buena comunicación será una herramienta para mejorar su higiene bucal, tal como lo sugieren el 92% de los encuestados. La Asociación Americana de Odontopediatría (AAPD) recomienda la entrevista motivacional como una estrategia de comunicación a ser utilizada a fin de motivar a niños y sus responsables para cambios en su comportamiento. Se realiza en un estilo colaborativo que apoya la autonomía y la autoeficacia del paciente y utiliza sus propias razones para el cambio, esto aumenta la confianza del paciente y reduce la actitud defensiva. Las entrevistas motivacionales mantienen la responsabilidad

de cambiar con el paciente y/o los padres, lo que ayuda a disminuir el agotamiento del personal.⁵⁵ El clínico debe de aprovechar todas las herramientas que estén en su alcance para lograr una comunicación efectiva tanto con el paciente pediátrico como con su núcleo familiar.

El 72% de los encuestados consideran que el horario de trabajo de los padres influye en la progresión de la enfermedad caries dental, y 100% afirman que conociendo la dinámica familiar se pueden brindar mejores herramientas a cada paciente. Esto en concordancia a que las influencias familiares, que incluyen el comportamiento de cepillado de los dientes, el nivel educativo de los padres, el nivel de ocupación de los padres, el patrón de dieta, las visitas al odontólogo, la frecuencia de los refrigerios, el estado psicológico de los padres, el tamaño de la familia y el conocimiento de los padres sobre la salud bucal, impartieron una relación y asociación significativas hacia el estado de la enfermedad caries dental;⁸² así mismo, estudios han demostrado que los niños que viven en familias con niveles más altos de resiliencia y conexión tienen probabilidades significativamente menores de sufrir enfermedad caries dental.⁸³

La enfermedad caries dental tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes pediátricos, causando dolor, dificultad para masticar, trastornos del sueño, irritabilidad, baja autoestima y disminución del rendimiento escolar. La totalidad de los encuestados concuerdan con este postulado y consideran que los síntomas de dolor y la pérdida de la estructura dental producto de lesiones de caries dental afectan de manera funcional al paciente pediátrico. Este malestar propio del preescolar influye en su calidad de vida y de la familia, generando estrés y dificultades en la cotidianidad familiar.⁸⁴

El total de la muestra considera importante establecer una comunicación efectiva con el representante del paciente pediátrico, sin embargo solo 68% consideran que cuentan con las herramientas necesarias para establecer dicha comunicación, obteniéndose una mayor representación en el grupo de docentes. Esta diferencia podría deberse a los años de experiencia clínica que favorece la toma de decisiones, reconociendo que los profesionales sanitarios a menudo deben tomar decisiones en contextos emocionalmente demandantes y complejos, lidiando con la experiencia y habilidades emocionales propias para llevar a cabo este fin.⁸⁵

El 80% de los encuestados consideran que el tratamiento de la enfermedad caries dental no solo logra con odontología restauradora, esto debido a que el enfoque actual es integral, esto engloba a la caries dental como una enfermedad que permite una comprensión más amplia de la complejidad de la misma. Este enfoque proporciona una base de conocimiento aplicable para desarrollar estrategias personalizadas que puede abordar la condición existente de la enfermedad y su progresión².

Todos los encuestados afirman que conocer las conductas de los pacientes pediátricos es fundamental para el tratamiento de la enfermedad, por lo tanto las acciones realizadas por los pacientes pediátricos y sus padres, deben ser identificadas y analizadas, para ser asentadas en la historia clínica, y de esta manera determinar si son conductas positivas o por el contrario son negativas, las cuales deben ser modificadas, para conocerlas se tiene el modelo COM-B.⁶ El modelo COM-B, es conocido solo por el 52% de la muestra, a pesar de ser utilizado ampliamente para identificar lo que se requiere cambiar, a fin de obtener una intervención efectiva en el cambio de comportamiento; esto se logra a través

de la identificación de tres factores que deben estar presentes: capacidad, oportunidad y motivación.⁵⁰ Este modelo al proporcionar un marco valioso para identificar las determinantes del comportamiento relacionadas con la salud, permite diseñar intervenciones que logren el cambio del comportamiento.⁵¹ En función de lo expresado, su uso sería altamente beneficioso para la atención de los pacientes que asisten al Postgrado de Odontopediatría de la Universidad de Carabobo.

El total de encuestados concuerda que es necesario la incorporación de un segmento destinado a evaluación de las conductas del paciente en la historia clínica del postgrado de Odontopediatría de la Universidad de Carabobo, como una herramienta que ayudará al residente a idear un plan de tratamiento y acción individualizado a cada paciente.

CAPITULO V

LA PROPUESTA

La propuesta de esta investigación radica en el diseño de un instrumento que categorice los patrones de comportamiento de los pacientes pediátricos menores de 5 años, que acuden a la consulta Odontopediátrica en el área de Postgrado de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, que permita predecir la aparición y progresión de la enfermedad caries dental.

Justificación de la Propuesta

A pesar de planes de prevención, tratamientos restauradores y rehabilitadores, la enfermedad caries dental sigue posicionándose como una de las enfermedades más prevalentes en todas las poblaciones. Una de las principales razones radica en que el clínico no centra su tratamiento en el cambio ambiental, interviniendo en las conductas, mucho menos considera el comportamiento del paciente durante el tratamiento, solo se enfoca en la restauración. Por esta razón se logra poco al tratar de mantener una condición bucal saludable de larga data, en el paciente pediátrico, y menos aún se logra obtener el bienestar psicosocial del paciente.

El área de Postgrado de Odontopediatría de la Universidad de Carabobo recibe anualmente una cifra considerable de pacientes pediátricos que acuden esperando mejorar su salud bucal, y son los Odontopediatras y futuros odontopediatras los que deben informar y brindar las estrategias pertinentes para obtener los cambios adecuados en casa.

De esta manera se propone incorporar a la historia clínica del Postgrado de Odontopediatría de la Universidad de Carabobo un anexo que categorice los

patrones de comportamiento de los pacientes pediátricos menores de 5 años, que acuden a la consulta Odontopediátrica, que permita predecir la aparición y progresión de la enfermedad caries dental.

Factibilidad de la propuesta

La factibilidad e importancia de la realización de esta propuesta radica en la necesidad diagnosticada en los docentes y residentes, sobre la incorporación de un segmento dedicado a la categorización de los patrones de comportamiento de los pacientes pediátricos menores de 5 años, en la historia clínica del Postgrado de Odontopediatria de la Universidad de Carabobo, que permita predecir la aparición y progresión de la enfermedad caries dental. Esta factibilidad está dada desde lo institucional, lo social y lo económico.

Objetivos de la propuesta

Diseñar un instrumento que identifique las conductas condicionantes que intervienen en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental, dirigido a los pacientes que acuden al Postgrado de Odontopediatria de la Universidad de Carabobo.

Objetivos específicos

- Incorporar este instrumento como un anexo a la historia clínica del Postgrado de Odontopediatria de la Universidad de Carabobo.
- Garantizar el cumplimiento de la propuesta en los pacientes que acuden al Postgrado de Odontopediatria de la Universidad de Carabobo.

Recomendaciones

Se recomienda lo siguiente:

- Ejecutar la propuesta diseñada en todos los pacientes que asisten al Postgrado de Odontopediatría de la Universidad de Carabobo.
- Realizar controles y evaluación de la propuesta de manera consecutiva, a fin de garantizar su efectividad.

Categorización de las conductas condicionantes en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental en pacientes pediátricos

Fecha:	Paciente:
	Edad: _____

Instrucciones: durante el llenado de la historia clínica rectifique con este instrumento las secciones marcadas para recopilar mayor información sobre el paciente, las secciones marcadas estarán en negrita. (**secciones 4B, 4L**)

Registro de la enfermedad de acuerdo a la lesión de caries dental.

1. A partir de la evaluación clínica, evalúe el estado de actividad de las lesiones presentes e indique estado de actividad de las lesiones presentes en cada UD.	Lesiones activas: SI () NO ()
	Activa: _____
	Inactiva: _____

2. Según el estado de actividad de las lesiones, plantee el plan de tratamiento del paciente.

Epigenética.

3. Posterior al llenado de la sección **4B** de la historia clínica, indague más sobre la gestación.

3.1 Primer contacto del paciente pediátrico con su madre: _____ _____	3.2 Pregunte sobre la dieta del recién nacido, repase sección 4C: _____ _____	3.3 Pregunte sobre la dieta de la madre durante el embarazo: _____ _____	3.4 Pregunte sobre la atención odontológica de la madre durante el embarazo: _____ _____
-----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

Prácticas de alimentación.

4. Sección **4L** Evalúe cantidad y frecuencia en la ingesta de carbohidratos y azúcares, indague en meriendas y comidas entre comidas principales, uso de biberón nocturno, etc.

Factores sociales/ Dinámica familiar.

5. Trabajo de los padres y/o representantes

5.1 Trabajo del padre:	5.2 Horas de trabajo del padre:	5.3 Trabajo de la madre:	5.4 Horas de trabajo de la madre:
5.5 Trabajo otro representante:	Dinámica familiar: _____ _____		

5.6 Graffar: Estrato I () Estrato II () Estrato III () Estrato IV () Estrato V ()

Limitaciones funcionales

- 6.1 ¿ su representado ha tenido dolor de origen dental? SI ____ NO ____
 6.2 ¿ su representado ha tenido ausencias escolares debido a dolor dental? SI ____ NO ____
 6.3 ¿ su representado ha dejado de dormir debido a dolor dental? SI ____ NO ____

Comunicación efectiva

Esta sección será respondida por el residente.

7.1 ¿ Durante el llenado de la historia clínica y anexo, describe la receptividad del representante?
 Excelente () Buena () Regular () Reservado ()

7.2 ¿ Durante el llenado de la historia clínica y anexo, describe la receptividad del paciente?
 Excelente () Buena () Regular () Reservado ()

7.3 Describa brevemente las herramientas para lograr una mejor comunicación con el representante y paciente:

Conductas del paciente y entorno familiar.

8.1 De acuerdo con lo recopilado durante el llenado de historia clínica y anexo, indique las conductas a cambiar del paciente pediátrico y familiares, aplicando el modelo COM-B.
 Recuerda no solo motivar al paciente logrará un cambio de conducta, debe ser algo posible de hacer para el y su entorno, con los 3 el cambio es mas fácil.

CONDUCTA	Capacidad	Oportunidad	Motivación

Conducta esperada:

Según el modelo, uno o más de sus componentes deben cambiarse para facilitar un cambio de comportamiento efectivo y duradero. Al cambiar tanto las capacidades como las oportunidades percibidas, podemos influir en la motivación de una persona para ejecutar un comportamiento particular y, por lo tanto, fomentar el cambio de comportamiento.

Capacidad: Abarca tanto la capacidad física como psicológica de la persona. Las preguntas en las que pensar al considerar la capacidad de un paciente incluirían: ¿Es físicamente capaz de realizar un comportamiento deseado (habilidades, destreza, fuerza)? ¿Tienen los conocimientos necesarios?

Oportunidad: Se centra en el entorno de la persona, tanto física como socialmente. Esto incluiría pensar en la familia del paciente y la comunidad circundante, así como en su acceso físico a los recursos necesarios para el cambio de comportamiento.

Motivación: Describe el deseo de la persona de tener un comportamiento particular. ¿Quieren cambiar? ¿Cuál es el motivo del cambio? ¿Cuál es su autoeficacia, es decir, la confianza que tienen en lograr el resultado deseado?

9. Evalúe el cambio de conducta en proxima sesiones, si se observan cambios positivos continuar con la estrategia, de lo contrario cambie a otra alternativa y/o conducta deseada de menor complejidad.

CONDUCTA	CAPACIDAD	OPORTUNIDAD	MOTIVACIÓN

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En función de los objetivos planteados sobre el diagnóstico y diseño de la categorización de las conductas condicionantes en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental en pacientes pediátricos menores de 5 años, se tienen las siguientes conclusiones sobre la población encuestada, compuesta por docentes y residentes del postgrado de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo:

- Se reconoció por parte de los encuestados la inexistencia de una sección destinada a la evaluación de las conductas del paciente considerándolo como necesario.
- Se determinó la factibilidad de la propuesta de proyectar una categorización de los patrones de comportamiento de los pacientes pediátricos menores de 5 años que acuden a la consulta de odontopediatria, desde lo institucional, lo social y lo económico.
- Se diseñó un instrumento que permite categorizar los patrones de comportamiento de los pacientes pediátricos menores de 5 años, que acuden a la consulta Odontopediátrica, a fin de predecir la aparición y progresión de la enfermedad caries dental, considerando las siguientes necesidades a captar como : el registro de la enfermedad de acuerdo a la lesión de caries dental, la epigenética, las prácticas de alimentación, los

factores sociales y la dinámica familiar, las limitaciones funcionales, la comunicación efectiva, las conductas del paciente y entorno familiar y finalmente la conducta esperada.

- Se aceptó la incorporación de dicho instrumento a la historia clínica del Postgrado de Odontopediatría de la Universidad de Carabobo

Dicho instrumento está diseñado para la identificación de la enfermedad desde su inicio hasta su progresión, puede y debe ser aplicado a cualquier paciente menor de 5 años que acude al área de Postgrado de Odontopediatría de la Universidad de Carabobo, puede ser aplicado en pacientes aparentemente sanos para evaluar si existe riesgo de la instauración de la enfermedad o a pacientes que ya presenten lesiones visibles en cavidad bucal para evaluar la progresión de la enfermedad.

Los pacientes pediátricos imitan el comportamiento de sus padres en cuanto a sus hábitos de salud bucal y en general, conocer los niveles socioeconómicos y educativos, los hábitos de alimentación y las prácticas de higiene de padres e hijos es esencial para que los profesionales de la salud pediátrica identifiquen factores de riesgo e implementen planes de tratamientos y estrategias individualizadas y efectivas de promoción y prevención para controlar la enfermedad caries dental.

Recomendaciones

A continuación, y tomando en cuenta las conclusiones, se realiza sugerencias en cuanto a la propuesta:

- Dar cumplimiento a la incorporación del instrumento que permite categorizar los patrones de comportamiento de los pacientes pediátricos menores de 5 años, que acuden a la consulta Odontopediátrica, que permita predecir la

aparición y progresión de la enfermedad caries dental a la historia clínica del Postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

- Proporcionar herramientas necesarias para hacer seguimientos y evaluaciones de las estrategias que genere el instrumento.
- Capacitar a los residentes del Postgrado de Odontopediatría de la Universidad de Carabobo en el llenado de dicho instrumento.
- Continuar con las actualizaciones constantes a residentes y docentes en el área dinámica que es la cariología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Machiulskiene V, Campus G, Carvalho JC, Dige I, Ekstrand KR, Jablonski-Momeni, et al. Terminology of Dental Caries and Dental Caries Management: Consensus Report of a Workshop Organized by ORCA and Cariology Research Group of IADR. *Caries res.* 2020; 54(1): 7-14.
2. Acevedo AM, Garcia-Quintana A, Frattaroli-Pericchi A, Feldman S. An Extended Concept of Dental Caries and Update of Cariology Terminology. *Glob J Med Res J Dent Otolaryngol.* 2022; 22(2): 1-5
3. Kahharova D, Pappalardo VY, Buijs MJ, de Menezes RX, Peters M, Jackson R, et al. Microbial Indicators of Dental Health, Dysbiosis, and Early Childhood Caries. *J Dent Res.* 2023; 102(7): 759-66
4. Castañeda-Guillot C, Pacheco Y, Cuesta RE. Implicaciones de la microbiota oral en la salud del sistema digestivo. *Dilemas contemp. educ. política valores.* 2021; 8.
5. Acevedo AM, Garcia-Quintana A, Frattaroli-Pericchi A, Felman S. A Dental Caries Integrated Ecological Hypothesis. In: International Association for Dental Research 100th General Session. 2022.
6. Garcia-Quintana A. Behaviors: Actions with purpose at the forefront of Dental Caries Management. *Journal of oral Health and dentistry.* 2022; 2(3): 1-3.
7. Rai NK, Tiwari T. Parental Factors Influencing the Development of Early Childhood Caries in Developing Nations: A Systematic Review. *Front*

- Public Health. 2018 Mar; 16(6): 64.
8. Amin M, et al. Application of the theory of planned behavior to predict dental attendance and caries experience among children of newcomers. International journal of environmental research and public health. 2019; 16(19): 3661.
 9. Elyasi M, et al. Modeling the Theory of Planned Behaviour to predict adherence to preventive dental visits in preschool children. PLoS One. 2020; 15(1).
 10. Nembhwani HV, Winnier J. Impact of problematic eating behaviour and parental feeding styles on early childhood caries. International journal of paediatric dentistry. 2020; 30(5): 619-25.
 11. Kabiri B, Hidarnia AR, Alavijeh MM, Motlagh ME, Montazeri A. Family-Centered Social Cognitive Factors Preventing Primary Tooth Caries in Children Based on Intervention Mapping Approach. BioMed Res Int 2021:2021:1-6.
 12. Kimhasawad W, Punyanirun K, Somkotra T, Detsomboonrat P, Trairatvorakul C, Songsiripradubboon S. Comparing protection-motivation theory-based intervention with routine public dental health care. Int J of Dent Hyg. 2021; 19(3): 279-86.
 13. García-Quintana A, Diaz S, Cova O, Fernandes S, Aguirre MA, Acevedo AM. Caries experience and associated risk factors in Venezuelan 6-12-year-old schoolchildren. Braz Oral Res. 2022; 36: e026

14. Giacaman RA, Fernandez CE, Muñoz-Sandoval C, Leon S, García-Maríquez N, Echeverría C, et al. Understanding dental caries as a non-communicable and behavioral disease: Management implications. *Front Oral Health*. 2022; 3: 764479
15. Pitts NB, Twetman S, Fisher J, Marsh PD. Understanding dental caries as a non-communicable disease. *British Dental Journal*. 2021; 231(12): 749-53.
16. Noncommunicable diseases [Internet]. Who.int. [consultado el 15 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
17. Martignon S, Pitts NB, Goffin G, Mazevet M, Douglas GVA, Newton JT, et al. CariesCare practice guide: consensus on evidence into practice. *Br dent j*. 2019; 227(5):353-62
18. Pitts NB, Banerjee A, Mazevet ME, Goffin G, Martignon S. From “ICDAS” to “CariesCare International”: the 20-year journey building international consensus to take caries evidence into clinical practice. *Br Dent J*. 2021; 231(12):769-74.
19. Zheng H, Xie T, Li S, Qiao X, Lu Y, Feng Y. Analysis of oral microbial dysbiosis associated with early childhood caries. *BMC oral health*. 2021; 21(1):181
20. Lozano CP, Diaz-Garrido N, Kreth J, Giancamaran RA. Streptococcus mutans and Streptococcus sanguinis expression of competition-related genes, under sucrose. *Caries Res*. 2019; 53(2) 194-203.

21. Moreno del Castillo MC, Valladares-García J, Halabe-Cherem J. Microbioma humano. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2018; 61(6): 7-19.
22. García-Quintana A, Frattaroli-Pericchi A, Feldman S, Luengo J, Acevedo AM. Initial oral microbiota and the impact of delivery mode and feeding practices in 0 to 2 month-old infants. Braz Oral Res. 2023; 37:e078.
23. Tanner ACR, Kreissirer CA, Rothmiller S, Johansson I, Chalmers NI. The caries microbiome: implications for reversing dysbiosis. Adv dent res. 2018; 29(1): 78-85.
24. Dzidic M, Collado MC, Abrahamsson T, Artacho A, Stensson M, Jenmalm MC, et al. Oral microbiome development during childhood: an ecological succession influenced by postnatal factors and associated with tooth decay. The ISME journal. 2018; 12(9): 2292-2306.
25. Devaux CA, Raoult D. The microbiological memory, an epigenetic regulator governing the balance between good health and metabolic disorders. Front Microbiol. 2018;9:1379
26. Luna-Palencia G, Vásquez-Moctezuma I. Epigenética: la clave de la regulación genética. Mexicana de Mastología. 2020 ; 10(2):48-53.
27. Indrio F, Martini S, Francailla R, Corvaglia L, Cristofori F, Mastrolia SA, et al. Epigenetic matters: the link between early nutrition, microbiome, and long-term health development. Frontiers in pediatrics. 2017; 5:178.
28. Yang I, Corwin EJ, Brennan PA, Jordan S, Murphy JR, Dunlop A. The infant microbiome: implications for infant health and neurocognitive

- development. *Nurs Res.* 2016; 65(1):76-88.
29. Mason MR, Chambers S, Dabdoub SM, Thikkurissy S, Jumar PS. Characterizing oral microbial communities across dentition states and colonization niches. *Microbiome.* 2018; 6:1-10
30. Keklikian R, Alicia BD, Coronel V. Microbioma y Epigenética en Perinatología: 1000 días que pueden cambiar destinos.
31. Craig S, Blankenberg D, Parodi ACL, Paul IM, Birch LL, Savage JS, Makova K. Child weight gain trajectories linked to oral microbiota composition. *Sci Rep.* 2018; 8(1):14030.
32. Coker MO, Laue HE, Hoen AG, Hilliard M, Dade E, Li Z, et al. Infant feeding alters the longitudinal impact of birth mode on the development of the gut microbiota in the first year of life. *Frontiers in microbiology.* 2021;12:642197
33. Petrauskienė S, Narbutaitė J, Petrauskienė A, Virtanen JI. Oral health behaviour, attitude towards, and knowledge of dental caries among mothers of 0- to 3-year-old children living in Kaunas, Lithuania. *Clin Exp Dent Res.* 2020;6:215–24.
34. Abanto, J, Diaz-Cárdenas S, Veloso-Duran A, Garza M, Reis-Brigato V, Guinot F. Association between socioeconomic factors, attitudes and beliefs regarding the primary dentition and caries in children aged 1-5 years of Brazilian and Colombian parents. *Eur J paediatr dent.* 2024;1.

35. Sun HB, Zhang W, Zhou XB. Risk Factors associated with Early Childhood Caries. *Chin J Dent Res.* 2017;20(2):97-104.
36. Twetman S. Caries risk assessment in children: how accurate are we? *Eur Arch Paediatr Dent.* 2016;17(1):27-32.
37. Moscoso-Loaiza, LF, Díaz-Heredia LP. Adopción de comportamientos saludables en la niñez: análisis del concepto." *Aquichan* 2018;18(2): 171-85.
38. Jakobovich R, Berry EM, Levita A, Levin-Zamir D. Developing Healthy Lifestyle Behaviors in Early Age-An Intervention Study in Kindergartens. *Nutrients.* 2023;15(11):2615. doi: 10.3390/nu15112615. PMID: 37299578; PMCID: PMC10255677.
39. Paiva SM, Abreu-Placeres N, Camacho MEI, Frías AC, Tello G, Perazzo MF, et al. Experiencia de caries dental y su impacto en la calidad de vida en los países de América Latina y el Caribe. *Braz. Oral Res.* 2021; 35(52).
40. Vélez-Vásquez VA, Villavicencia-Caparó E, Cevallos-Romero S, Castillo-López D. Impacto de la experiencia de caries en la calidad de vida relacionada a la salud bucal; Machángara, Ecuador. *Revista Estomatológica Herediana.* 2019; 29(3): 203-12.
41. Munayco-Pantoja ER, Pereyra-Zaldívar H, Cadillo-Ibarra MM. Consecuencias clínicas de las lesiones cariosas no tratadas y su impacto en la calidad de

- vida de preescolares peruanos. *International journal of odontostomatology*. 2021; 15(1):256-62.
42. Inchiglema AAP, Acuña JEC, Ordoñez MCRB, Rengifo KJC. Importancia de la educación y el factor socioeconómico de los padres en la prevalencia de caries dental en niños en edades escolares, una revisión de la literatura. *Sinergia Académica*. 2022; 5(1): 22-36.
43. Knorst JK, Sfredo CS, de F Meira G, Zanatta FB, Vettore MV, Ardenghi TM. Socioeconomic status and oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2021; 49(2):95-102.
44. Peres MA, Macpherson LM, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Marthur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*. 2019; 394(10194): 249-60.
45. Mendez-Castellanos H. *Sociedad y Estratificación. Método Graffar-Méndez Castellano*. Caracas: Fundacredesa; 1994.
46. Bauce GJ, Córdova MA. Cuestionario socioeconómico aplicado a grupos familiares del Distrito Capital para investigaciones relacionadas con la salud pública. *Revista del Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel*. 2010; 41(1): 14-24.
47. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española 23ªed [versión 23.7 en línea]. Disponible en: <https://dle.rae.es/conducta?m=form>

48. Abreu-Placeres N, Newton JT, Pitts N, Garrido LE, Ekstrand KR, Avila V, et al. Understanding dentists' caries management: The COM-B ICCMS™ questionnaire. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2018; 46(6): 545-54. DOI: 10.1111/cdoe.12388
49. Newton T. Behavioural sciences and dentistry. *Evid Based Dent*. 2022; 23(2):46-7.
50. West R, Michie S. A brief introduction to the COM-B Model of behaviour and the PRIME Theory of motivation. *Qeios*. 2020;1.
51. Abreu-Placeres N, Newton JT, Avila V, Garrido LE, Jácome-Liévano, SPitts NB, et al. How do dental practitioners, educators and students diagnose and manage caries risk and caries lesions? A COM-B analysis. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2023; 51(2): 265-73.
52. de Souza FN, Pimentel TO, Canabarro A, Faustino-Silva DD, Tannure PN. ¿La Entrevista Motivacional puede ser utilizada en la prevención de las caries en preescolares? Una revisión integradora." *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*. 2023;13(1).
53. Rollnick, S., Miller, W. R., Butler, C. C., & Aloia, M. S. Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior. *COPD*. 2008;5(3):203. <https://doi.org/10.1080/15412550802093108>
54. Horta-Maya AM, Gutiérrez-Gutiérrez LF, Martínez-Delgado CM, Faustino - Silva DD, Villanuevas-Vilchis MDC, et al. Entrevista motivacional como estrategia de mejoramiento de la salud bucal de niños y

- cuidadores.Revisión en sombrilla. Rev Pediatr Aten Primaria. 2024; 26(101): 1-12
- 55.American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior guidance for the pediatric dental patient. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry. 2023:359-7.
- 56.Arrow P, Raheb J, McInnes R. Motivational Interviewing and Childhood Caries: A Randomised Controlled Trial. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023; 20(5):4239
- 57.Enhancing Motivation for Change in Substance Use Disorder Treatment: Updated 2019. 35th ed. Rockville.2019. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34106565/>
- 58.Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N 37 865. [Extraordinaria], Caracas: 1999.
- 59.Código de Deontología Odontológica. Aprobado en la XXXIX Convención Nacional del Colegio de Odontólogos de Venezuela, San Felipe: 1992, agosto, 15.
- 60.A Fifth Amendment for the Declaration of Helsinki.The Lancet 2000;356 (9236):1123.PMID: 11030284.
- 61.REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española 23ªed [versión 23.7 en línea]. Disponible en: <https://dle.rae.es/ambivalencia?m=form>
- 62.SBal R, Dubey S.Oral biofilm: development mechanism, multidrug

- resistance, and their effective management with novel techniques. Rambam Maimonides Medical Journal. 2021; 12(1).
63. Tiffany CR, Bäumlér AJ. Dysbiosis: from fiction to function. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol. 2019;317(5): G602–8.
64. del Campo-Moreno R, Alarcón-Cavero T, D'Auria G, Delgado-Palacio S, Ferrer-Martínez M. Microbiota en la salud humana: técnicas de caracterización y transferencia. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. 2018; 36(4): 241-5.
65. Hardin AP, Hackell JM, Simon GR, Boudreau A, Baker CN. Barden and a Committee Of Practice and Ambulatory Medicine. Age limit of pediatrics. Pediatrics. Committee on Practice and Ambulatory Medicine. 2017; 140(3).
66. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española 23ªed [versión 23.7 en línea]. Disponible en: <https://dle.rae.es/progresión?m=form>
67. Torres AA, Lopez MFP. Autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual como objetivo educativo y derecho básico: estado de la cuestión. Revista Española de Discapacidad. 2013; 1(1): 97-117.
68. Ramos, C. A. Los paradigmas de la investigación científica. Avances En Psicología. 2015; 23(1): 9–17.
69. Herrera-Rodríguez, JI. Las prácticas investigativas contemporáneas. Los retos de sus nuevos planteamientos epistemológicos. Rev Scientific. 2018; 3(7): 6–15.

70. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la investigación. 5ta edición. México: Mc Graw Hill; 2014
71. Ramírez T, Como hacer un proyecto de investigación. Caracas: Panapo.1999.
72. Martínez M, Vivas A. Guía de Modalidad de Proyecto Factible: etapas, propuesta, ejecución y evaluación. Santiago de Chile:Universidad Miguel de Cervantes Programa de Licenciatura en Educación. 2022.
73. Coelho-Leal S, Prócida-Raggio D ,Borba-De Araújo F,Severo-Alves L, Maltz M, Petrossi-Imparato JC. Recomendaciones referentes a la toma de decisión en cuanto al manejo de la lesión de caries Colaboraciones Interinstitucionales ALOP. 2022. DOI: 10.47990/alop.v12i1.2022.
74. Maltz M, Leal F, Wagner MB, Zenkner JEA, Brusius CD, Severo-Alves L. Can we diagnose a patient's caries activity based on lesion activity assessment? Findings from a cohort study. Caries Res 2020;54(3):218-25 DOI:10.1159/000509871.
75. American Academy of Pediatric Dentistry. Recordkeeping. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2023:564-71.
76. American Academy of Pediatric Dentistry. Perinatal and infant oral health care. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2021:262-6.
77. Ge, X, Lyu X,Zhou Z, Mi Y.et al. Caesarean-section delivery and caries risk

- of 3-year-old Chinese children: a retrospective cohort study. *BMC Oral Health*, 2023;23(1): 373
78. Antão, C., Teixeira, C., & Gomes, M. J. Effect of mode of delivery on early oral colonization and childhood dental caries: a systematic review. *Port J Publ Health*.2019;36(3):164-73.
79. Boustedt K, Dahlgren J, Roswall J, Twetman S. Is the mode of childbirth delivery linked to the prevalence of early childhood caries? A systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Paediatr Dent*.2021;22(5): 765-72.
80. Khodke S, Naik S, Agarwal N. Infant Dietary Pattern and its Association with Early Childhood Caries in Preschool Children: A Cross-sectional Study. *Int J Clin Pediatr Dent* 2023;16(3):421–25
81. Costa-Romero M, Lalaguna-Mallada P, Díaz-Gómez NM . Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. *Rev Esp Salud Pública*.2019;93:e1-e10
82. Anwar DS, Mohd-Yusof MYP, Ahmad MS. Family influences on the dental caries status of children with special health care needs: a systematic review. *Children*, 2022;9(12):1855.
83. Burgette, J. M. Family resilience and connection is associated with dental caries in US children. *JDR Clin Trans Res*.2022;7(1);61-70.
84. Morales-Miranda, L; Gómez-González, W. Caries dental y sus consecuencias clínicas relacionadas al impacto en la calidad de vida de preescolares de una escuela estatal. *Revista Estomatológica Herediana*,

2019;29(1):17-29.

85. Kozlowski D, Hutchinson M, Hurley J, Rowley J, Sutherland J. The role of emotion in clinical decision making: an integrative literature review. *BMC Med Educ.* 2017;17:1-13.

ANEXOS

ANEXO N 1



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESTUDIOS PARA GRADUADOS
ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA**

INSTRUMENTO DE DIAGNOSTICO

Entrevistado:		Fecha
Responsable:	Residente	Profesional
Título: Conductas condicionantes en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental en pacientes pediátricos menores de 5 años.		

Instrucciones:

Lea cuidadosamente y responda una sola alternativa. Responda con la mayor sinceridad.

N	Enunciado	SI	NO
1	¿Conoce usted los conceptos actuales de la enfermedad caries dental?		
2	¿Considera usted que la lesión de caries dental es la consecuencia de la enfermedad caries dental?		
3	¿Según su ubicación la lesión de caries se puede clasificar en coronal o radicular?		
4	¿Según su severidad la lesión de caries se puede clasificar en cavitada y no cavitada?		
5	¿Según la profundidad la lesión de caries puede afectar: esmalte, dentina y pulpa?		
6	¿Según su estado de actividad la lesión de caries puede ser activa o inactiva?		
7	¿Considera usted relevante el estado de actividad de la lesión para la elección del tratamiento del paciente pediátrico?		
8	¿Considera usted importante el primer momento del llenado de la historia clínica del paciente pediátrico?		
9	¿Es el modo de parto del paciente pediátrico un factor importante de conocer al momento del llenado de historia clínica?		
10	¿Es el modo de parto del paciente pediátrico un factor condicionante en la aparición de la enfermedad caries dental?		
11	¿Le parece relevante conocer la dieta del paciente desde el período neonatal hasta la actualidad?		
12	¿Es en tipo dieta del paciente pediátrico desde su nacimiento un factor condicionante en la aparición de la enfermedad caries dental?		

13	¿Le parece importante conocer cuando fue el primer contacto del paciente pediátrico con su madre?		
14	¿Considera importante conocer la condición socio-económica de su paciente pediátrico?		
15	¿Considera usted que la condición socio-económica del paciente pediátrico influye en presentar o no Enfermedad caries dental ?		
N	Enunciado	SI	NO
16	¿Considera usted que la condición socio-económica del paciente pediátrico influye en la progresión de la Enfermedad caries dental?		
17	¿Considera usted que la dieta del paciente pediátrico influye en la progresión de la enfermedad caries dental ?		
18	¿Solo se considera la cantidad de carbohidratos y azúcares para considerar una dieta como cariogénica?		
19	¿Considera usted que la frecuencia en el consumo de azúcares y carbohidratos influyen en la progresión de la enfermedad caries dental ?		
20	¿Solo se considera para el diagnóstico de la enfermedad caries dental la calidad de la dieta de la última semana antes de la evaluación del paciente?		
21	¿Solo una buena comunicación con el paciente pediátrico es una herramienta para mejorar su higiene bucal?		
22	¿Considera que las horas de trabajo de los padres influyen en la progresión de la enfermedad Caries dental?		
23	¿Considera que conociendo la dinámica familiar podemos brindar mejores herramientas para cada paciente?		
24	¿Considera que síntomas orales de dolor producto de lesiones de caries dental influyen en día a día del paciente pediátrico?		
25	¿Considera usted la pérdida de estructura dental producto de lesiones de caries afecta de manera funcional al paciente pediátrico?		
26	¿Considera usted que es importante establecer una comunicación efectiva con el representante del paciente pediátrico?		
27	¿Considera usted que cuenta con todas las herramientas necesarias para establecer una comunicación efectiva con el representante del paciente pediátrico?		
28	¿Considera usted que el tratamiento de la enfermedad caries dental se puede lograr con odontología restauradora?		
29	¿Le parece necesario en el tratamiento de la enfermedad caries dental conocer las conductas del paciente ?		
30	¿Conoce usted el modelo COM-B (modelo de Comportamiento de Capacidad, Oportunidad y Motivación)?		
31	¿Considera usted que la historia clínica del postgrado de odontopediatria cuenta con una sección destinada a la evaluación		

	de las conductas del paciente?		
32	¿Cree usted necesaria la incorporación en la historia clínica del postgrado de odontopediatría un segmento dedicado a la evaluación de las conductas del paciente?		

Observaciones:

ANEXO N 2



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESTUDIOS PARA GRADUADOS
ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Doy mi consentimiento para ser encuestado por la Residente Od. Andrea María Scovino Stankovic, quien está cursando el programa Especialización en Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, para constituir parte de la muestra en el estudio denominado **“CONDUCTAS CONDICIONANTES EN LA APARICIÓN Y PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD CARIES DENTAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS MENORES DE 5 AÑOS.** “Declaro que estoy debidamente informado(a) acerca de la contribución que aportaré al conocimiento científico para uso actual y futuras aplicaciones. La investigadora responsable del estudio, Od. Andrea María Scovino Stankovic, se compromete a preservar el carácter confidencial de la información obtenida y a respetar mi derecho de conservar la integridad de mi persona, además que se adoptará toda clase de precauciones para resguardar mi intimidad y reducir al mínimo cualquier efecto adverso que pueda generar la investigación sobre mi condición física, mental, psicológica y moral, así como que no recibiré un beneficio alguno como resultado de mi participación. Comprendo que se me entregará una encuesta tipo cuestionario, con el fin de determinar la necesidad del diseño de una propuesta que permita categorizar patrones condicionantes de comportamiento en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental en pacientes pediátricos menores de 5 años, que acuden a la consulta Odontopediátrica en el área de Postgrado de la Universidad de Carabobo. Su llenado durará aproximadamente 10 minutos, así como que fui elegido(a) al igual que otros(as) sujetos para la aplicación de esta encuesta. Se me ha notificado que es del todo voluntaria, por tanto, he concedido participar libremente en esta investigación, sin embargo, tengo abierta la posibilidad de no

Intervenir ejerciendo mi plena libertad y autonomía, si así lo quisiera.

Fecha _____ Encuestado N° _____

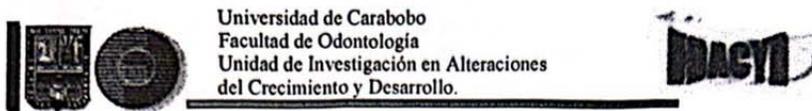
Yo _____ C.I. _____ de _____ años de edad y sexo _____

Doy mi autorización para participar en la investigación de la Od. Andrea María Scovino Stankovic, Telf: 0414-4075705 titulada : **CONDUCTAS CONDICIONANTES EN LA APARICIÓN Y PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD CARIES DENTAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS MENORES DE 5 AÑOS”**

Firma

ANEXO N 3

Aval de adscripción a la estructura de investigación.

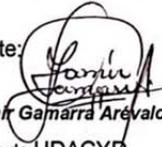


CONSTANCIA

Quien suscribe Prof. Yamir Gamarra Arévalo, Coordinadora de la Unidad de Investigación en Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (UDACYD), adscrita a la Dirección de Investigación y Producción Intelectual de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, hago constar que el proyecto de investigación titulado: **CONDUCTAS CONDICIONANTES EN LA APARICIÓN Y PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD CARIES DENTAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS MENORES DE 5 AÑOS** se encuentra adscrito a UDACYD. enmarcado dentro de la Línea de investigación: Biología y Salud. Temática: Patología General y Bucal. Subtemática: Caries dental diagnóstico y tratamiento , el cuál se desarrollará por la autora: OD. Andrea. M. Scovino .S. CI:24 .553.114

Tutor de contenido: Dra. Elena Zavarce. CI:7.023.690.

Atentamente:


Prof. Yamir Gamarra Arévalo

Coordinadora de UDACYD
C.I.:4392246

Unidad de Investigación en Alteraciones
Crecimiento y Desarrollo
UDACYD

Constancia que se emite, a petición de la parte interesada a los 27 días del mes de Mayo del año 2024.

ANEXO N 4

Dictamen de la Comision de Bioética

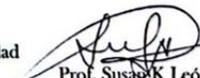


DICTAMEN BIOÉTICA

FECHA: 28/06/2024	Proyecto N°: Cobb-06-2024	N° de control COBB:/Teg: 006-2024	
TIPO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	Trabajo de Ascenso	Trabajo Especial de Grado	X
	Trabajo de Grado (Odontólogo)	Trabajo de Grado para Maestría	
	Trabajo de Investigación Libre	Tesis Doctoral	
Responsables de la Investigación			
1)Andrea M. Scovino S.		C.I.: V- 24.553.114	
2)Elena Zavarce		C.I.: V-7.023.690	
Título:			
CONDUCTAS CONDICIONANTES EN LA APARICION Y PROGRESION DE LA ENFERMEDAD CARIES DENTAL EN PACIENTES PEDIATRICOS MENORES DE 5 AÑOS.			
Las condiciones de aprobación, han sido previamente establecidas para la aplicación de esta investigación.			
La aprobación incluye:			
SE CERTIFICA QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA ES VERDADERA, COMO CONSTA EN LOS REGISTROS DE LA COMISIÓN OPERATIVA DE BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA (COBB/FOUC).			
SE CERTIFICA QUE LA INVESTIGACION ESTA EN TOTAL ACUERDO CON LAS PAUTAS PROPUESTAS Y REGULACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES ESTABLECIDAS A TAL EFECTO.			
EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE APROBACION INICIAL, LA ETAPA DE SEGUIMIENTO, COMO EL RESGUARDO DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS APLICADOS, SON RESPONSABILIDAD DEL INVESTIGADOR (ES).			
DICTAMEN BIOÉTICO			
EMITIDO POR LA COMISIÓN OPERATIVA DE BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD DE LAFOUC, REQUISITO PREVIO A LA PRESENTACIÓN PÚBLICA DE LA INVESTIGACION.			


Prof. Nubia T Brito M
 C.I.: 7.102.756
 Miembro


Prof. Hazel J Pérez C
 C.I.: 1.190.281
 Coordinador
 Comisión Operativa de Bioética y Bioseguridad


Prof. Susana K León P
 C.I.: 14.049.987
 Secretaria

ANEXO N 5

Resultado de la prueba de confiabilidad del Instrumento

Cálculo del Coeficiente de Confiabilidad Kuder Richardson correspondiente al cuestionario piloto para diagnosticar la necesidad de proyectar una categorización de las conductas condicionantes en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental en pacientes pediátricos menores de 5 años que acuden a la consulta de odontopediatría, periodo 2024.

Sujeto	Ítem																																Total	
1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	24
2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	25
3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	24
4	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	26
5	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	24	
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	26
7	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	22	
8	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	15	
9	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	21	
10	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	23
TRA	10	10	1	9	7	10	9	10	9	3	10	7	9	10	8	9	10	2	10	0	0	10	9	10	9	10	8	1	10	1	1	8		
p	1	1	0,1	0,9	0,7	1	0,9	1	0,9	0,3	1	0,7	0,9	1	0,8	0,9	1	0,2	1	0	0	1	0,9	1	0,9	1	0,8	0,1	1	0,1	0,1	0,8		
q	0	0	0,9	0,1	0,3	0	0,1	0	0,1	0,7	0	0,3	0,1	0	0,2	0,1	0	0,8	0	1	1	0	0,1	0	0,1	0	0,2	0,9	0	0,9	0,9	0,2		
p*q	0	0	0,1	0,1	0,2	0	0,1	0	0,1	0,2	0	0,2	0,1	0	0,2	0,1	0	0,2	0	0	0	0	0,1	0	0,1	0	0,2	0,1	0	0,1	0,1	0,2		
Sp*q	2,3																																	
St	10,4																																	
KR-20	0,81																																	

Análisis:

El coeficiente de confiabilidad del instrumento que contiene 32 preguntas sobre la necesidad de proyectar una categorización de las conductas condicionantes en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental en pacientes pediátricos menores de 5 años que acuden a la consulta de odontopediatría, periodo 2024, de acuerdo a la opinión de 10 odontopediatras que constituyen una población equivalente al personal docente y residentes que forman parte de la Especialización en Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, en el periodo 2024, que fue determinado a través de la ecuación Kuder Richardson y con la ayuda de la hoja de cálculo Microsoft Office Excel 2016 dio como resultado el valor 0,81; lo que indica que el instrumento presenta una confiabilidad aceptable y una alta consistencia interna.

ANEXO N 6

Cuadro de operacionalización de variable

Objetivo General	Planear una categorización de las conductas condicionantes en la aparición y progresión de la enfermedad caries dental en pacientes pediátricos menores de 5 años.					
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Ítems	instrumento
Enfermedad de caries dental (variable dependiente)	Enfermedad dinámica, no transmisible, multifactorial, mediada por la biopelícula y modulada por la dieta, que produce una pérdida neta de minerales de los tejidos duros del diente, determinada por factores biológicos, conductuales, psicosociales y ambientales.	Enfermedad no infecciosa que presentan los pacientes pediátricos menores de 5 años de edad que acuden a la clínica de odontopediatría de la FOUC.	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de la enfermedad de acuerdo a la lesión caries dental - Epigenética - Factores sociales - Factores socioeconómicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Ubicación - Gravedad - Penetración - Actividad - Tratamiento - Modo de parto - Dieta neonatal - Practica de alimentación. - Contacto inicial - Conducta - Contexto - Síntomas orales. - Limitaciones funcionales - Conducta - Estrato social 	a, c b, d, e	Cuestionario Dicotómico
Conducta Condicionante (Variable independiente)	Constructo adquirido por la persona a lo largo de su vida y en interacción con su entorno, facilitado por un proceso de enseñanza-aprendizaje estructurado, y condicionado por elementos internos a la persona y los propios del contexto.	Conjunto de procedimientos que permitan determinar los aspectos conductuales que predicen la aparición y progreso de la enfermedad de caries dental	Modelo COM-B	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad. - Oportunidad. - motivación. 	e	