

ULACIT
Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología

Licenciatura en Odontología.

**EVALUACIÓN DE PARÁMETROS QUE JUSTIFIQUEN LA
IMPLEMENTACIÓN DE PACO EN LA ZONA DE LOS CUADROS DE
GUADALUPE, 2006.**

Sustentantes: Natalia Rodríguez, Marlyn Pineda, Luis Rivera, Amalita Guzmán,
Herman Rivera, Sandra Mora, Lauri La Touche, Hugo Ramírez, Elidio Delgado.

Tutora: Dra. Milagro Barquero Arce

**PROYECTO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIATURA EN ODONTOLOGÍA**

San José - Costa Rica.

Declaración jurada

Nosotros, Natalia Rodríguez, Marilyn Pineda, Luis Rivera, Amalita Guzmán, Herman Rivera, Sandra Mora, Lauri La Touche, Hugo Ramírez, Elidio Delgado, alumnos de la Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología (ULACIT), declaramos bajo la fe de juramento y consciente de la responsabilidad penal de este acto, que somos los autores intelectuales de la tesis de grado titulada:

“Evaluación de parámetros que justifiquen la implementación de Paco en la zona de los cuadros de Guadalupe, 2006”.

Por lo tanto, liberamos a la ULACIT de cualquier responsabilidad, en caso de que nuestra declaración sea falsa.

Brindada en San José - Costa Rica el día.

Natalia Rodríguez
Cédula: 1-1161-848

Sandra Mora
Cédula: 1-1029-569

Marilyn Pineda
Cédula: 2-575-557

Lauri La Touche
Cédula: 1-830-465

Luis Rivera
Cédula: 7-161-502

Hugo Ramírez
Cédula: 1-1124-888

Amalita Guzmán
Cédula: 5-327-379

Elidio Delgado
Cédula: 1-1211-673

Herman Rivera
Cédula: 3-401-216

Tribunal examinador

Reunido para los efectos respectivos, el Tribunal Examinador compuesto por:

Gabriel Leandro Oviedo, MSc

Director del CIDE

Dra. Mariela Padilla Guevara
Decana de la Facultad de Odontología

Dra. Milagro Barquero Arce
Tutora

Dedicatoria

Dedico la tesis a las tres personas más importantes en mi vida, que me han brindado el apoyo y la oportunidad de llegar a este momento, que para mí representa un gran significado y por ello, le agradezco de todo corazón primeramente a Dios y a mis padres por lo mejor que me han dado. *Natalia Rodríguez Lobo.*

Agradezco a mis padres: el derecho a la vida, y con ello la oportunidad de crecer y realizarme. Gracias por inculcarme valores, regalarme su tiempo y paciencia, amor y cariño en tiempos difíciles. Les agradezco la oportunidad de estudiar y el apoyo económico. Gracias porque sin ellos no tendría nada y no hubiera llegado a este punto tan importante de mi vida. *Marilyn Pineda*

A Dios por darme acompañarme y darme la oportunidad de superarme día a día.

A mi madre que ha sido mi gran ejemplo y apoyo en cada momento de mi vida.

A la Familia Tiedemann Torres por su respaldo y cariño.

A la Doctora Milagro Barquero por ser nuestra guía en este proyecto.

A los Doctores que con su esfuerzo y orientación participaron en la continua educación de todos y cada uno de nosotros. *Luis Rivera*

A Dios, que me guía y acompaña en cada paso de mi vida.

A mis padres que con su amor y esfuerzo me enseñaron a luchar por mis ideales.

A una persona muy especial que en el largo camino ha sido un apoyo incondicional.

A mis hermanos quienes han sido protagonistas de mis buenos y malos momentos.

A la doctora Milagro Barquero por su valioso aporte. *Amalita Guzmán*

A mi padre y mi madre por su apoyo incondicional por darme tanto en esta vida, a ellos y mis familiares por su muestra de respaldo y cariño.

A Dios por supuesto por que sin él no podría ser lo que soy. A Todos gracias y miles bendiciones. *Herman Rivera*

A Dios, que es el ser más importante en mi vida, gracias por estar conmigo en todo momento y por tu inmenso amor. A mi madre por sus consejos, oraciones, su amistad, amor, comprensión y su apoyo incondicional. Gracias mami te amo mucho. A mi padre por su inmensa paciencia, amor, comprensión y apoyo incondicional, gracias por brindarme un futuro mejor y a la vez el de mis hijos. Te amo mucho.

A mis hijos Fernando y Ximena que son la razón por la cual lucho día a día y lo más importante en mi vida. Gracias porque cada día me hacen más feliz. Mis amores los amo!

A Via, Nela, Cura, Ana Yency, Hazel, Oscar y todos aquellos que me demostraron la verdadera amistad. Gracias porque sé que puedo contar con ustedes en todo momento y por el apoyo incondicional. Los quiero mucho y gracias por todo!!!

A todos los profesores y doctores que compartieron su conocimiento conmigo para llegar a ser una buena profesional. *Sandra Mora*

Dedico este trabajo a Dios porque sus bendiciones han sido incontables. A mi padre, ejemplo de honestidad y tesón.

A mi madre, por su guía y su oración constante, a mi esposo por su amor, paciencia y apoyo incondicional y a mi hijo Emmanuel que ilumina y alegra mi vida y me impulsa a ser mejor cada día. *Lauri Latouche*

Dedico esta investigación a mis padres pilares de mi vida, a mis hermanos, a Dios que es la razón de mis esfuerzos, que gracias a estos elementos estoy donde estoy. *Hugo Ramírez*

Agradezco a mis padres y hermanos que me brindaron su hombro de apoyo en todo momento, y sobre todo a Dios que me dio la fortaleza en todo momento para no caer. *Elidio Delgado*

Agradecimientos

El éxito no es para quien cree poder hacerlo, sino para aquellos que con empeño y esfuerzo logran cumplir sus sueños...

Agradecemos a Dios que nos guía en este camino interminable de luchas y esfuerzos, a nuestros padres, hermanos, compañeros y profesores que con su apoyo nos han permitido compartir, aprender y conocer el horizonte de nuestros sueños.

Índice de Contenidos

Declaración jurada	ii
Tribunal examinador	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	vi
Índice de Contenidos	vii
Índice de Tablas	xi
Índice de Gráficos	xii
Índice de Anexos	xiii
Resumen ejecutivo	xiv
Capítulo I	15
1.1 Introducción	15
1.2 Antecedentes	19
1.3 Justificación	24
1.4 Planteamiento del problema	25
1.4.1 Formulación del problema	26
1.4.2 Sistematización: subproblemas de la investigación	26
1.5 Objetivos	27
1.5.1 Objetivo general	27
1.5.2 Objetivos específicos	27
1.6 Matriz básica de diseño de investigación	29
1.7 Alcances y limitaciones de la investigación	31
Capítulo II	34
Marco teórico	34
2.1 Teoría de la evaluación de instituciones	34
2.1.1 Evaluación en el campo de la salud	34
2.1.2 Observación participante	37
2.1.3 La entrevista	39
2.1.4 El Cuestionario	40
2.1.5 Grupos de Discusión	40
2.1.6 Análisis de Documentos	40
2.1.7 Teorías de instrumentos	41
2.1.8 Niveles de medición:	44
2.1.9 Instrumentos de medición o recolección de datos que disponemos en la investigación social	45
2.1.10 Análisis de contenido	49
2.1.11 Observación	50
2.1.12 Otras formas de recolección de datos	52
2.1.13 Codificación de las respuestas a un instrumento de medición	52
2.1.14 Instrumentos de evaluación	53
2.1.15 Maneras de aplicar la escala	56
2.1.16 Dirección de las afirmaciones	65
2.1.17 Forma de obtener las puntuaciones y construir la escala	65
2.1.18 Escala de evaluación de un proyecto comunitario de salud	66
2.1.19 Evaluación Comparativa de los Sistemas de Salud	68

2.1.20 Accesibilidad	68
2.1.21 Cobertura y Equidad.....	70
2.1.22 Efectividad.....	71
2.1.23 Eficiencia.....	72
2.1.24 Sostenibilidad	76
2.1.25 Anticipación.....	77
2.1.26 Sustentabilidad	77
2.1.27 Grado de satisfacción del paciente	80
2.1.28 Odontología preventiva primaria.....	81
2.1.29 Definición del alcance del módulo de educación y motivación en salud como medio de promoción para la salud oral dentro del proyecto P.A.C.O.....	83
2.1.30 Educación sobre temas de salud dental	83
2.1.31 Motivación para un cambio de actitud	84
2.1.32 Prevención	85
2.1.33 Características individuales del personal técnico y de apoyo de un servicio odontológico comunitario.....	85
2.1.34 Placa Bacteriana	91
2.1.35 Características socio- demográficas de la comunidad Los Cuadros de Guadalupe en Purrul.....	98
2.1.36 Atención odontológica al paciente	99
2.1.37 Resultados:.....	102
2.1.38 Servicios de salud comunitario y odontológico.....	106
2.1.39 Recursos Humanos en odontología	109
2.1.40 Calidad del servicio clínico en odontología	112
2.1.41 Factores que controlan la calidad	116
2.1.42 La calidad en los servicios odontológicos:	118
2.1.43 Tiempos operatorios clínicos del Programa de Atención Comunitaria en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios.....	121
2.1.44 Palabras claves:.....	121
2.1.45 Tiempos Operatorios :	122
2.1.46 Factores externos :	122
2.1.47 De las relaciones del odontólogo con el paciente.....	128
El deber objetivo de cuidado interno.....	129
2.1.48 Problemas de agresión en niños y niñas del Colegio Cristiano Asambleas de Dios en Los Cuadros de Guadalupe, Purrul	132
2.1.49 Abuso físico.....	134
2.1.50 Indicadores Físicos:	134
2.1.51 De comportamiento:	135
2.1.52 Abuso emocional o psicológico.....	136
2.1.53 Indicadores físicos:	136
2.1.54 Indicadores de comportamiento:	137
2.1.55 Negligencia o abandono	138
2.1.56 Indicadores físicos:	138
2.1.57 Indicadores de comportamiento:	139
2.1.58 Abuso sexual infantil.....	139
2.1.59 Indicadores físicos:	140
2.1.60 Indicadores de comportamiento:	142

2.1.61 Historia de la Discapacidad.....	144
2.1.62 Conceptos básicos de deficiencia discapacidad y minusvalía.....	147
2.1.63 Deficiencia.....	147
2.1.64 Discapacidad.....	147
2.1.65 Minusvalía.....	148
2.1.66 Clasificación de las discapacidades.....	148
2.1.67 Atendiendo a los orígenes.....	149
2.1.68 Atendiendo Al Tipo De Discapacidad Física/Psíquica/Sensorial.....	150
2.1.69 Trastornos en la percepción.....	155
2.1.70 Tratamiento odontológico del niño con necesidades especiales.....	158
2.1.71 Historia de la ética.....	158
2.1.72 Conceptos.....	168
2.1.73 Mejoramiento en los servicios en la salud oral.....	168
Capítulo III.....	173
Marco metodológico.....	173
3.1 Tipo de investigación.....	173
3.2 Sujetos y fuentes de información.....	174
3.2.1 Población en estudio:.....	174
3.2.2 Descripción de la población por cuadros.....	175
3.2.3 Fuentes de información.....	176
3.2.4 Ubicación espacial y temporal:.....	177
3.3 Muestreo.....	179
3.3.1 Descripción del instrumento:.....	182
3.3.2 Entrevista:.....	182
3.4 Matriz de operacionalización de variables.....	183
3.5 Instrumentos de recolección de datos.....	188
3.5.1 Descripción del instrumento.....	189
3.6 Procesamiento de la información.....	190
Capítulo IV.....	191
4.1 Análisis e interpretación de resultados.....	191
4.1.1 Entrevista.....	226
4.1.2 Transcripción de los datos.....	226
4.1.3 Preparación del informe.....	233
Capítulo V.....	264
Conclusiones y recomendaciones.....	264
5.1 Conclusiones.....	264
5.2 Recomendaciones.....	274
Capítulo VI.....	281
6.1 Propuesta de la investigación:.....	281
6.1.1 Objetivo central:.....	281
6.1.2 Alcances:.....	281
6.1.3 Limitaciones:.....	281
6.1.4 Fuentes de información primarias:.....	281

6.1.5 Validación de los expertos:.....	282
6.1.6 Validación de los resultados:.....	282
6.1.7 Discusión	283
Bibliografía.....	285

Índice de Tablas

Tabla # 1	191
Tabla # 2	193
Tabla # 3	194
Tabla # 4	196
Tabla # 5	197
Tabla # 6	198
Tabla # 7	199
Tabla # 8	200
Tabla # 9	201
Tabla # 10	202
Tabla # 11	203
Tabla # 12	204
Tabla # 13	206
Tabla # 14	211
Tabla # 15	212
Tabla # 16	214
Tabla # 17	215
Tabla # 18	217
Tabla # 19	218
Tabla # 20	219
Tabla # 21	220
Tabla # 22	221
Tabla # 23	222
Tabla # 24	223
Tabla # 25	224
Tabla # 26	243
Tabla # 27	244
Tabla # 28	245
Tabla # 29	249
Tabla # 30	249
Tabla # 31	251
Tabla # 32	252

Índice de Gráficos

Gráfico # 1	192
Gráfico # 2	193
Gráfico # 3	195
Gráfico # 4	196
Gráfico # 5	197
Gráfico # 6	198
Gráfico # 7	199
Gráfico # 8	201
Gráfico # 9	202
Gráfico # 10	203
Gráfico # 11	204
Gráfico # 12	205
Gráfico # 13	207
Gráfico # 14	208
Gráfico # 15	209
Gráfico # 16	210
Gráfico # 17	211
Gráfico # 18	213
Gráfico # 19	214
Gráfico # 20	216
Gráfico # 21	222
Gráfico # 22	224
Gráfico # 23	225
Gráfico # 24	243
Gráfico # 25	244
Gráfico # 26	246
Gráfico # 27	247
Gráfico # 28	248
Gráfico # 29	250
Gráfico # 30	251
Gráfico # 31	253

Índice de Anexos

Anexo No1.....	290
Encuesta para niños de primaria	
Anexo No2.....	291
Encuesta para odontólogos a cargo	
Anexo No3.....	292
Encuesta para los educadores	
Anexo No4.....	293
Hoja de observación	
Anexo No5.....	294
Entrevista al odontólogo	
Anexo No6.....	298
Entrevista a los pacientes	
Anexo No7.....	301
Entrevista a la asistente dental	
Anexo No8.....	306
Evaluación para niños y adolescentes	
Anexo No9.....	309
Hoja de Recolección de Datos	
Anexo No10.....	311
Hoja de observación	
Anexo No11.....	313
Entrevista	
Anexo No12.....	314
Glosario	
Anexo No13.....	316
Descripción General de cada uno de los casos	

Resumen ejecutivo

Los programas de salud comunitaria tienen como objetivo mejorar la salud oral de la población con escasos recursos. Para ello se crean programas de educación sobre enfermedades y técnicas de higiene bucal para promocionar la salud.

Mediante el desarrollo de la siguiente investigación se evaluará el desempeño de PACO (Programa de Atención Comunitaria Odontológica) en la comunidad de los Cuadros de Guadalupe en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios, donde se identificará cuales serán los parámetros utilizados y los resultados de las funciones que se realizan.

Este trabajo pretende no solo identificar y definir los principales parámetros de calidad que debe cumplir el Programa de Atención Comunitaria, sino también capacitar al personal odontológico para satisfacer las necesidades que genera esta población, sin dejar de lado factores como, trato amable, atención personalizada, comunicación Odontólogo-paciente y demás.

El establecimiento de los tiempos operatorios clínicos en forma científica es fundamental para garantizar un mayor éxito y aprovechamiento de los recursos humanos y materiales. Lo anterior permite cuantificar los tratamientos por realizar en ese lapso, para satisfacer las necesidades específicas de los pacientes que recurren y utilizan este servicio.

Debido a que la violencia es un factor importante a tomar en cuenta en estas comunidades, es necesario determinar los indicadores de los diferentes tipos de agresión para así detectar estos casos y denunciarlos a las instituciones correspondientes.

Por estas razones es que el establecer una propuesta en valores éticos y morales para el desarrollo del profesional en odontología es importante para poder atender las necesidades de las personas en estas comunidades.

Capítulo I

1.1 Introducción

Los programas de salud comunitaria se crean para mejorar la salud oral de la población con dificultades reales de acceso a servicios odontológicos públicos o privados. El objetivo central de estos programas es educar y motivar a la población sobre enfermedades y técnicas de higiene oral para promocionar la salud, si el paciente inicia estos programas preventivos en una etapa temprana obtiene una buena inversión costo – beneficio. El propósito es que los profesionales se conviertan en educadores y al mismo tiempo consejero de salud, para eliminar el gran vacío entre la capacitación que tiene el odontólogo y la carencia de ella de parte de la población en general.

Ante esta problemática la ULACIT con la colaboración de otras instituciones ha decidido crear una clínica para atender a la población en riesgo social para promover la atención de niños, adolescentes de escasos recursos, de esta manera se tratará de mejorar la salud oral de estas personas sin que el poder adquisitivo intervenga en el trato igualitario de estas comunidades.

Parte del éxito de este programa es que se establezca perfiles adecuados para cada profesional destinado a desarrollarlo dentro de una comunidad específica conociendo el diagnóstico sociocultural de la misma.

Diseñando estrategias para educar y motivar a la población en estudio se obtiene un diagnóstico temprano de signos o cambios en su salud oral, se disminuirá el porcentaje de extracciones tempranas en la población escolar para un tratamiento más conservador.

La crisis que Costa Rica enfrenta hoy en día en lo que respecta a salud se puede atribuir a dos aspectos de la población: aumento vertiginoso y distribución irregular de la riqueza.

Las concentraciones de la población en las ciudades, se han desarrollado sin control ni planificación, ejerciendo una gran presión en el aspecto socioeconómico y cultural.

Una mala alimentación reduce la calidad y esperanza de vida la desnutrición, aumenta la presencia de enfermedades. Es por ello que debemos esforzarnos a concienciar a estas comunidades, para que a pesar de su condición ante el ambiente en que se desarrollan, colaboren, para que su salud mejore en todos sus sentidos.

Se pretende identificar y definir los principales parámetros de calidad que debe cumplir el Programa de Atención Comunitaria en el Colegio Cristiano Asamblea de Dios ubicado en Los Cuadros de Guadalupe, con el fin de evaluarlos y si es el caso corregirlos para promover su buen funcionamiento.

El establecimiento de los tiempos operatorios clínicos en forma científica es fundamental para garantizar un mayor éxito y aprovechamiento de los recursos humanos y materiales. Lo anterior permite cuantificar los tratamientos por realizar en ese lapso, para satisfacer las necesidades específicas de los pacientes que recurren y utilizan este servicio.

La finalidad de realizar una evaluación exhaustiva de los tiempos operatorios clínicos utilizados es proponer los ajustes requeridos, indicar nuevas pautas e implementar en aras de obtener el mayor éxito en su funcionamiento.

De acuerdo al acceso al conocimiento, a una vivienda digna, a los bienes y servicios y al acceso a los servicios de salud, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), ha clasificado a la comunidad de los Cuadros de de Guadalupe, como una de las zonas en riesgo social, es decir, a mayor riesgo mayores carencias de la población y esto ha sido asociado a la prevalencia de la violencia expresada en diversas formas a nivel familiar, escolar y comunitario (INEC).

La violencia es definida como “un comportamiento deliberado de unas personas contra otras personas, que probablemente causa daños físicos, emocionales o

psicológicos... pudiendo ampliar para incluir las distintas formas de violencia social: los efectos de pobreza, la explotación laboral infantil, la falta de asistencia sanitaria y de educación adecuadas, así como otros comportamientos negligentes no deliberados cometidos por parte de los estados, las familias y otras personas” (UNICEF).

De acuerdo con el Informe sobre la salud en el mundo, 2002, la violencia contribuye al aumento de la morbilidad mundial, pues entre 2 a 8 % de las víctimas sufren autolesión, depresión unipolar, trastornos por consumo de alcohol o drogas y el 0.1% de las defunciones mundiales registradas se atribuyen a abusos sexuales sufridos en la infancia.

Debido a las secuelas de la violencia es importante reconocer los indicadores de los diferentes tipos de agresión para reconocer sus necesidades en el campo de la salud y en particular en el área de la salud bucodental a que corresponde el Programa de Atención Comunitaria del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

Así como el derecho a la vida es un derecho inalienable para todo ser humano, el derecho a la salud debe serlo también para toda persona sin distinción de raza, credo, condición social, física, psicológica, emocional o mental. Sin embargo, las personas con discapacidad han sido discriminadas en todos los ámbitos, desde el núcleo familiar y les han sido negados o restringidos sus derechos y el acceso a los servicios.

Para todo profesional de la salud, un paciente especial es aquel que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, sean de orden físico, mental o sensorial, así como de comportamiento y que, para su atención exige maniobras, conceptos, equipamiento y personal de ayuda especiales, con capacidad de atender las necesidades que estos generan, escapando de los programas.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, dos tercios de la población portadora de deficiencias no recibe atención buco-dental alguna y aunque los porcentajes estimados de población con discapacidad varían de una localidad a otra, los

aspectos de salud integral para este grupo poblacional no incluyen su rehabilitación buco-dental.

El desconocimiento de los problemas orales de los pacientes especiales, asociados a sus propias reacciones emocionales, las de sus familiares, así como las del profesional, crean e incrementan las barreras en el acceso a los servicios de atención y por supuesto contribuyen al deterioro de la salud buco-dental y como resultado a una disminución de la calidad de vida.

Establecer una propuesta en valores éticos y morales para el desarrollo del profesional en odontología se define en este grupo de investigadores como el mejor aporte que debe ser incluido en programas de atención comunitaria en odontología que tenga como objetivo brindar un servicio.

Cabe mencionar que existen diferentes valores éticos, los cuales, llevarán al profesional a tener una mejor atención al paciente.

Mediante el desarrollo de la siguiente investigación se evaluará el desempeño de PACO en la comunidad de los Cuadros de Guadalupe en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios, donde se identificará cuales serán los parámetros utilizados y los resultados de las funciones que se realizan. Se pretende evaluar el desarrollo de PACO para lograr su optimización y así alcanzar los objetivos ya establecidos en los niños.

1.2 Antecedentes

Los registros históricos más primitivos sobre temas médicos revelan una conciencia de la enfermedad periodontal y la necesidad de atenderla. Casi todos los escritos antiguos conservados incluyen secciones o capítulos, acerca de las afecciones bucales. Los problemas periodontales abarcan una cantidad relevante de espacio en dichos textos. A menudo se consideró la existencia de un nexo entre el cálculo y la enfermedad periodontal, y por lo general se postuló que algún padecimiento sistemático subyacente causaba los trastornos periodontales.

Alrededor del año 3000AC, los sumerios practicaban la higiene bucal. La enfermedad periodontal fue la más frecuente de todas las afecciones reconocidas en los cuerpos embalsamados de los antiguos egipcios.

A partir del siglo XVIII se mejoraron notablemente los instrumentos y las habilidades técnicas requeridas para efectuar un tratamiento odontológico, no solo transformo el ejercicio de odontología sino que educaron a la generación de odontólogos.

Balint J. Orban llevó a cabo estudios histológicos extensos sobre los tejidos periodontales, que sirvieron como fundamento, para buena parte de la terapéutica moderna.

Como podemos observar los problemas buco dentales han existido desde hace muchos años y el hombre ha tratado de resolverlos por diferentes medios, para evitar males mayores en las personas sin importar la clase social cultura o raza. Para todos es válido el esfuerzo que se pueda hacer para mantener una dentición saludable. Es por eso que conociendo los antecedentes que ha tenido la población en general, los odontólogos en la actualidad se apoyan en estudios epidemiológicos para solucionar la enfermedad periodontal y tratar de solucionarlos.

La atención escolar tuvo origen en los albores del siglo XX como ayuda para enfrentar el contagio, las necesidades de detección de las incapacidades físicas, las insuficiencias de la nutrición y los primeros auxilios.

En los decenios de 1930 y 1940, los niños recibían complementos nutricionales, exámenes oculares, educación para la salud, vacunación contra la viruela y en algunos casos, servicios de salud oral.

En 1950, se introdujeron los regímenes de fluoración escolar (Norman O. Harris, Franklin Garcia Godoy, 2001).

Según en un Programa internacional de Salud Bucodental (PSB) realizado en Canarias tenía como finalidad mejorar el estado de salud oral de la población escolar de esa comunidad. El programa se desarrollo desde 1988 y progresivamente se ha ido ampliando tanto la cobertura como los servicios que proporciona. Se pretendió fomentar la educación de la salud oral en escolares con el fin de conseguir que adquirieran el hábito del cepillado diario de sus dientes y sigan una alimentación sana que colabore al mantenimiento de su salud.

El programa tuvo como meta mejorar la salud bucodental de niños previniendo la aparición de las patologías orales más frecuentes como caries, gingivitis y fluorosis, así como accidentes bucales y hábitos nocivos.

De acuerdo con la tesis “Relación de las prácticas en prevención oral, higiene y hábitos alimentarios con las condiciones bucodentales de los estudiantes del colegio Tabarcia de Mora” en el informe de labores 1994-1998 del Departamento de Odontología del Ministerio de Salud, han de tomarse en cuenta *lineamientos políticos* para el mejoramiento de índices de salud oral de la población costarricense, principalmente la población escolar y de áreas vulnerables, a través de una atención integral del individuo involucrando labores educativas, preventivas, curativas y de rehabilitación con una

participación comunitaria de alto grado que nos permita un elevado porcentaje de personas sanas (Molina, Grettel Dra., 1998).

En el 1954 el Doctor Joseph. M Jurán fue invitado por la Unión Japonesa de científicos Ingenieros (JUSE) a exponer un seminario de control de calidad para ejecutivos y jefes de departamento, se cree que el cambio al control Total de calidad fue un resultado de las exposiciones realizadas por los doctores Deming y Jurán.

Mediante el desarrollo del proyecto PACO se pretende llevar a cabo la elaboración de parámetros de calidad que nos permitan evaluar la calidad en cuanto al recurso humano, personal especializado y servicio que brinda éste a la comunidad de Los Cuadros de Guadalupe; el cual cubre la atención de niños y adolescentes con necesidades de atención primaria.

Según normativas institucionales de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) definido en documento de información sobre tiempos operatorios (ASSDH462006), en el servicio odontológico de atención primaria el odontólogo debe estar en la capacidad de atender cuatro pacientes por hora, con la ayuda de personal asistente, en el caso de no contar con personal de apoyo (a cuatro manos) debe atender dos pacientes por hora.

En el caso de atención a niños, según la CCSS, debe atenderse tres pacientes por cada hora, sin establecer si se realiza a cuatro manos o no.

Según lo investigado en el caso de la ULACIT, no se establecen parámetros que indican el tiempo operatorio para brindar atención primaria a los diferentes pacientes que asisten a la clínica de especialidades odontológicas ULACIT, debido a que se emplea un sistema docente, en que se requiere de la guía y revisión permanente del instructor encargado, para garantizar el proceso de enseñanza-aprendizaje del futuro profesional.

En el caso del Ministerio de Salud no se encuentran parámetros establecidos sobre atención primaria odontológica, según esta institución esto corresponde a la Caja Costarricense del Seguro Social.

Como reconocimiento a las necesidades educativas especiales se funda en Costa Rica en 1940 el Centro Nacional Fernando Centeno Güell.

La Universidad de Costa Rica inicia en 1974 la apertura del bachillerato de Educación Especial.

En 1975, la Asamblea General adoptó la "Declaración de los Derechos de los Impedidos", que proclama la igualdad de derechos civiles y políticos de las personas con discapacidad. Esta declaración establece los principios relativos a la igualdad de trato y acceso a los servicios que ayudan a desarrollar las capacidades de las personas con discapacidad y aceleran su integración social.

En 1987 se formulan políticas inclusivas en instituciones del Estado costarricense donde se encuentra inmerso la obligatoriedad de crear condiciones que no permitan la exclusión y discriminación en la prestación de servicios públicos.

En 1996 se promulga la Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.

A partir del 20 de abril de 1998 rige el reglamento de la Ley 7600 orientado a la satisfacción de demandas de la población discapacitada.

En 1999 la Organización panamericana de la Salud (OPS), en la declaración de Lima, indica que la sociedad debe ser mas inclusiva y proactiva en la prestación de servicios públicos de calidad, adecuados y de buena cobertura para personas discapacitadas.

En el año 2000 el Instituto Nacional de Estadística y Censos revela que para ese año, el 5.35% de la población costarricense sufre alguna discapacidad.

Según lo planteado por McGraw Hill: 1998, fue en 1870 en que se tuvo conciencia por primera vez de este problema, los médicos participaron en el diagnóstico y tratamiento del abuso y el descuido a los niños/as., aunque poco tiempo después plantearon que la situación se salía de su ámbito de acción.

En Costa Rica, desde la apertura del Hospital Nacional de Niños en 1962, las situaciones de maltrato a los niños y niñas atendidos en ese Centro fueron denunciados principalmente por las Trabajadoras Sociales, el problema se atendía de manera unidisciplinaria.

En el año 1979 se celebró el Año Internacional del Niño, surgieron una serie de movimientos sociales de protección hacia los niños y las niñas, coyuntura que favoreció para en 1980 se creara el Comité de Estudio al Niño Agredido del Hospital Nacional de Niños.

En 1990 Costa Rica asumió el compromiso internacional para la adecuación de las leyes relacionadas con niñez y adolescencia; se ratificó la Convención Internacional Sobre los Derechos del Niño y la Niña.

Desde 1996 un grupo de instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales acordaron unir esfuerzos con miras a la acción, prevención y eliminación de la Explotación Sexual Comercial de Personas Menores de Edad.

Con la Ley Contra la Violencia Doméstica No. 7586 aprobada desde 1996 se sentó un precedente en cuanto a la protección de los derechos de las personas menores de edad. En 1998, se amplió el ámbito para la protección de esta población desde una perspectiva integral, con la aprobación del Código de la Niñez y la Adolescencia mediante Ley 7739.

1.3 Justificación

El programa de atención comunitaria es un servicio que se brinda a la comunidad, con el objetivo de suplir las necesidades bucodentales que ésta demanda.

Mediante esta investigación se desarrollaron los diferentes parámetros que deben tomarse en cuenta para evaluar el servicio que se brinda a esta población. Analizaremos ciertos déficits en la atención brindada para lograr una retroalimentación al servicio. El análisis de esta investigación permitirá dar a conocer las deficiencias con las que cuenta este servicio que debe ser eficaz con los recursos que se cuentan, a pesar de sus limitantes se debe optimizar y aprovechar al máximo el tiempo que se dispone para realizar los diferentes tratamientos.

La prevención es el tratamiento más barato y con el que la población cuenta en todo momento, con esta investigación se pretende responder de una manera integral a las necesidades que presenta la comunidad dado que ha disminuido la promoción de la salud oral.

Este proyecto tiene la finalidad de presentar una propuesta para mejorar el servicio que hoy día se brinda tratando de identificar las necesidades que presenta la población. Con los alcances y limitaciones que presenta esta investigación se tratan de crear estrategias para que la población en estudio conozca las diferentes opciones con las que cuenta para mejorar la salud oral. Con esta investigación se propone lograr mediante la educación la promoción de la salud oral, ya que este programa cuenta con el análisis e información sobre las medidas de higiene oral para disminuir las enfermedades bucodentales de la población en estudio.

Con esta investigación se pretende que además de los sujetos de estudio, se vean comprometidos los líderes comunales así como los maestros y profesores de la comunidad de los cuadros de Guadalupe; esto con el fin de que se vea respaldada por las personas que

cuentan con más educación y con más acceso a la población, así como su facilidad para el convencimiento hacia esta comunidad.

1.4 Planteamiento del problema

Todo programa, en cualquier área, debe poseer un sistema evaluativo permanente que permita detectar errores, pronosticar cambios, reconocer necesidades nuevas y permiten la constante retroalimentación del programa. Los programas comunitarios en salud enfocados a la extensión de los servicios en atención primaria, cuyo objetivo primordial es la prevención, que en programas de este tipo, donde los recursos son limitados, es fundamental para garantizar una mejora en la calidad de vida.

La selección de parámetros para establecer la evaluación como lo son calidad, tiempos operativos, infraestructura, atención, perfiles de contratación del personal especializado, personal de apoyo y personal administrativo, así como el establecimiento de los valores éticos de que debe manifestar el odontólogo son importantes para la evaluación del programa.

Por otro lado, por las condiciones psicológicas, culturales, sociales y económicas en las que se encuentra la población de Los Cuadros de Purrál de Guadalupe, coloca a esta población en situación de riesgo, es decir, se encuentra con una mayor susceptibilidad de sufrir mayor probabilidad de enfermedades. Además, por las condiciones antes mencionadas y por la prevalencia de situaciones de violencia y el abuso del alcohol y otras drogas, debe de evaluarse la necesidad de ofrecer un tratamiento especializado de acuerdo a las necesidades especiales que puedan derivar de ésta.

1.4.1 Formulación del problema

¿Cuáles son los parámetros y sus funciones que permitan evaluar en forma integral el desempeño de PACO?

1.4.2 Sistematización: subproblemas de la investigación

- Evaluar el módulo de educación y motivación en salud como medio de promoción para la salud oral dentro del proyecto de atención comunitario odontológico.
- Definición de los perfiles de contratación para personal de un proyecto de atención comunitario odontológico.
- Determinar la aceptación del proyecto de atención comunitario odontológico entre los beneficiarios de la comunidad de Los Cuadros de Guadalupe.
- Parámetros de calidad que debe cumplir un programa de participación comunitaria.
- Tiempos operatorios clínicos en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios.
- Sistema de indicadores que faciliten el manejo clínico odontológico de los niños en riesgo social del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.
- Protocolo de atención especial para pacientes con necesidades especiales.
- Determinar los valores éticos del odontólogo como parámetros evaluables dentro de un servicio de atención odontológica comunitaria.
- Impacto en los indicadores de salud oral, que traerá PACO en la comunidad de Los Cuadros de Guadalupe.

▪La discriminación en la prestación de servicios odontológicos en los sistemas de salud estatales y privados en Costa Rica.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Utilizar parámetros como eficiencia, calidad de servicio, protocolos de atención, grado de aceptación del servicio y marcadores de promoción en salud para definir la viabilidad de implementar PACO, en la zona de Los Cuadros de Guadalupe.

1.5.2 Objetivos específicos

- Establecer una evaluación para los módulos de educación y motivación en salud oral para la promoción de salud en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

- Determinar las características individuales del personal técnico y de apoyo de un servicio odontológico comunitario donde se establezca su grado profesional.

- Determinar la aceptación de los servicios entre los beneficiarios del programa de atención comunitaria odontológica en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

- Identificar los principales parámetros de calidad que requiere el Programa de Atención Comunitaria ubicado en el sector de Villa Esperanza de Pavas, que permitan el buen desempeño en la prestación del servicio buco dental.

- Proponer los tiempos operatorios clínicos para el programa de atención comunitaria odontológica a realizarse en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

- Conocer los indicadores sociodemográficos, psicológicos y de higiene oral que facilitan el manejo clínico odontológico de niños en riesgo social del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

- Determinar cuál es el protocolo de atención odontológica adecuado para satisfacer las necesidades especiales del programa de atención comunitaria odontológica del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

- Determinar los valores éticos del odontólogo adquiridos durante su carrera universitaria que tenga concordancia con un desarrollo integral de su profesión para cumplir con las premisas de servicio y promoción de salud.

- Conocer el impacto en los indicadores de salud oral que traerá PACO a la comunidad de Los Cuadros de Guadalupe para que determinando los indicadores se defina el estado de salud oral de los pobladores de dicha comunidad.

- Analizar la discriminación a nivel de la atención odontológica en los sistemas de salud estatales y privados en Costa Rica.

1.6 Matriz básica de diseño de investigación

Tema	Problema	Objetivo general	Objetivos específicos
<p>Evaluación de parámetros que justifiquen la implementación de PACO en la zona de Los Cuadros de Guadalupe.</p>	<p>¿Cuáles son los parámetros y sus funciones que permitan evaluar en forma integral el desempeño de PACO?</p>	<p>Utilizar parámetros como eficiencia, calidad de servicio, protocolos de atención, grado de aceptación del servicio y marcadores de promoción en salud para definir la viabilidad de implementar PACO, en la zona de Los Cuadros de Guadalupe.</p>	<p>Establecer una evaluación para los módulos de educación y motivación en salud oral para la promoción de salud en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios.</p> <p>Determinar las características individuales del personal técnico y de apoyo de un servicio odontológico comunitario donde se establezca su grado profesional.</p> <p>Determinar la aceptación de los servicios entre los beneficiarios del programa de atención comunitaria odontológica en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios.</p> <p>Identificar los principales parámetros de calidad que requiere el Programa de Atención Comunitaria ubicado</p>

		<p>en el sector de Los cuadros, Purrál de Guadalupe, que permitan el buen desempeño en la prestación del servicio buco dental.</p> <p>Proponer los tiempos operatorios clínicos para el programa de atención comunitaria odontológica a realizarse en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios.</p> <p>Conocer los indicadores sociodemográficos y psicológicos que facilitan el manejo clínico odontológico de niños en riesgo social del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.</p> <p>Determinar cuál es el protocolo de atención odontológica adecuado para satisfacer las necesidades especiales del programa de atención comunitaria odontológica del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.</p> <p>Determinar los valores éticos del odontólogo adquiridos durante su carrera</p>
--	--	--

			<p>universitaria que tenga concordancia con un desarrollo integral de su profesión para cumplir con las premisas de servicio y promoción de salud.</p> <p>Conocer el impacto en los indicadores de salud oral que traerá PACO a la comunidad de Los Cuadros de Guadalupe para que determinando los indicadores se defina el estado de salud oral de los pobladores de dicha comunidad.</p> <p>Analizar la discriminación a nivel de la atención odontológica en los sistemas de salud estatales y privados en Costa Rica.</p>
--	--	--	---

1.7 Alcances y limitaciones de la investigación

Alcances:

- Evaluar adecuadamente las técnicas utilizadas en la educación y motivación para mejorar la calidad de salud buco dental y así con esto lograr un impacto para la población, si esto llega a ser un éxito cabe la posibilidad de que este programa de educación y motivación como medio de promoción para la salud, pueda ser llevado

a otras poblaciones con el fin de inculcarlo y que con el tiempo se pueda disminuir el número de enfermedades y problemas bucodentales que están afectando con mayor frecuencia a la población.

- Como alcance me propongo ofrecer a los profesionales de la salud odontológica, la elaboración de un formato de atención odontológica comunitaria para el mejoramiento del servicio de atención a nivel de consulta privada y publica en Costa Rica.
- Establecer una propuesta de modificación para el manejo de citas para los pacientes.
- Ofrecer al odontólogo un documento escrito con indicaciones claras y precisas sobre aspectos sociales intrafamiliares que deben considerarse en la atención de un niño en riesgo social para ser utilizado en cualquier zona urbano-marginal.
- Se establece en el total de niños de la Fundación Asambleas de Dios quienes tienen una adecuación curricular para realizar un tratamiento odontológico según sus necesidades.
- Determinar los diferentes valores éticos que debe conocer y aplicar el profesional odontológico durante sus estudios académicos para dar un buen servicio odontológico.

Limitaciones:

- Deficiencia por parte del personal para impartir la educación y motivación en la salud oral. El no aplicar adecuadamente el sistema para la promoción de la salud, los resultados pueden verse alterados. Además de las necesidades no cubiertas como las maloclusiones, terapias pulpares, rehabilitación protésica o extracciones con complejidad, por motivo de la falta de especialistas, materiales, instrumental y equipo radiológico.

- Al ser este un proyecto en el que se evalúa el grado de aceptación y satisfacción de los beneficiarios, las respuestas de estos van a ser siempre subjetivas, por lo que la cuantificación va a depender exclusivamente del investigador.
- Depender de informes de entidades estatales como PANI, INEC, Fundación Ser y Crecer, ILANUD, para crear una base teórica de objeto de estudio.
- La estrategia que usaremos es definiendo por grado de importancia las instituciones que analizan esta problemática.
- No incluye a los estudiantes de secundaria de esta institución, a los niños que no han sido diagnosticados como niños que requieran adecuaciones curriculares para responder a sus necesidades educativas especiales.
- Esta investigación pretende dar a conocer cuáles serán los factores que causarán un impacto en los indicadores de salud oral en la población de Los Cuadros de Guadalupe y se pretende establecer la condición oral a través de dos índices de placa (CPOD y CEO).
- Como limitaciones se presenta la ausencia de expedientes clínicos en parte de la población de estudio, además, de la deserción escolar de parte de la población de estudio.

Capítulo II

Marco teórico

2.1 Teoría de la evaluación de instituciones

El propósito de evaluar una institución es obtener información precisa y pertinente para ayudar a tomar decisiones efectivas.

- Las medidas son la clave, si no se puede medir, no se puede controlar, si no se puede controlar, no se puede administrar, si no puede mejorar.

James Harrington.

2.1.1 Evaluación en el campo de la salud

La evaluación constituye un instrumento poderoso para fortalecer la toma de decisiones informadas en todo el ciclo gerencial: define necesidades, contribuye a la supervisión de actividades, identifica desviaciones de los procesos y mejora las actividades de planeación, entre otras cosas. Asimismo, permite identificar y consolidar las mejores prácticas institucionales, y es también un instrumento de aprendizaje en la medida que los resultados de la evaluación se comparten y se utilizan para mejorar el desempeño de los servicios, los programas y los sistemas. Finalmente, la evaluación es uno de los instrumentos esenciales de la rendición de cuentas.

En ausencia de evaluaciones sistemáticas y rigurosas, las instituciones de salud caen en la deriva: reproducen inercias y vicios administrativos, desperdician recursos, logran resultados magros y deterioran su relación con los usuarios.

La evaluación debe distinguirse de la supervisión o vigilancia. Esta implica la observación periódica y dinámica de una o varias actividades orientadas a conseguir un objetivo específico. La supervisión permite corregir y ajustar, en el momento, los insumos y recursos necesarios para la consecución de las metas previstas. La evaluación, por su parte,

cuantifica *ex-post* el nivel de logro obtenido poniendo en perspectiva todos aquellos elementos relevantes que se desplegaron en su consecución.

Las herramientas fundamentales de las evaluaciones son los criterios y los indicadores. Los *criterios* son parámetros de la estructura, procesos y resultados de los servicios, programas, políticas o sistemas que nos permiten hacer un juicio sobre la bondad de estos últimos. Como ejemplos podemos mencionar la suficiencia de recursos humanos en una unidad de cuidados intensivos (estructura), la realización de ciertos procedimientos esenciales en una consulta externa (proceso) o los daños a la salud en una programa de salud reproductiva (resultados). Los *indicadores*, por su parte, son variables que permiten especificar la magnitud o frecuencia de esos parámetros de estructura, proceso o resultado: número de enfermeras por cama en una unidad de cuidados intensivos, toma de la presión arterial en una consulta externa para adultos o número de muertes maternas por unidad de población blanco.

Tradicionalmente las evaluaciones en el sector salud se han ubicado en el ámbito de las funciones, en particular en la esfera de la prestación, y se han centrado en medir el logro de los servicios y programas. A través de indicadores simples, se ha medido el grado en que se alcanzan los llamados objetivos de estructura y proceso de los servicios y programas (disponibilidad de infraestructura y equipo, disponibilidad de personal de salud, cumplimiento de metas en la prestación de servicios) y el impacto de dichos servicios y programas sobre ciertas condiciones de salud (tasa de fecundidad, incidencia de sarampión, incidencia de diarreas, prevalencia de hipertensión, prevalencia de diabetes mellitus).

El cumplimiento de las metas de los servicios o los programas, sin embargo, no garantiza el mejoramiento de las condiciones de salud. Asimismo, el impacto positivo sobre ciertas condiciones de salud (tasa de fecundidad, morbilidad del sarampión), debido al fenómeno de los riesgos en competencia, no garantiza tampoco un impacto positivo sobre las condiciones agregadas de salud (mortalidad infantil, esperanza de vida).

El reto ahora, por lo tanto, es sumar a las evaluaciones de los servicios, programas y políticas, las evaluaciones dirigidas a medir el grado en que se están alcanzando los objetivos intermedios y los objetivos últimos del sistema de salud.

Pasos en la evaluación

- Comparar
- Analizar
- Interpretar
- Poner en palabras comprensibles

Indicadores para la evaluación de los sistemas de salud

Existen una serie de indicadores de resultado con los que se busca evaluar los servicios de salud, las actividades de regulación y fomento sanitario, y los programas de salud desarrollados. Posteriormente, esta lista de indicadores está lista esta agrupada según los *atributos deseables* del sistema de salud: anticipación, efectividad, disponibilidad y accesibilidad, calidad, eficiencia y sustentabilidad.

En el atributo de *anticipación* están incluidos los indicadores que miden los determinantes de las condiciones de salud, como estilos de vida y condiciones de vida y del ambiente. En este rubro es necesario realizar un esfuerzo adicional para proveer de datos al sistema de salud respecto del consumo de drogas, desnutrición, obesidad y características del ambiente laboral, entre otros.

En el apartado de condiciones de salud, que responden al atributo de *efectividad*, miden de manera agrupada o simple las condiciones de salud más por sexo y grupos de edad.

Los indicadores de *disponibilidad y accesibilidad*, los cuales, como su nombre lo indica, dan seguimiento a la disponibilidad de recursos para la atención en primer y segundo nivel, así como a las coberturas de diversos servicios otorgados por las

instituciones del sector salud. En este apartado se incluyen indicadores como enfermedades congénitas, enfermedades adquiridas, tratamientos médicos.

En el rubro de *calidad* que valora la calidad técnica e interpersonal.

Técnicas e instrumentos de evaluación

A continuación se describen algunos procedimientos de evaluación que se pueden utilizar al obtener información. La realización concreta de los instrumentos va a depender de cada situación particular.

2.1.2 Observación participante

La observación, como procedimiento de evaluación, constituye una herramienta cotidiana de trabajo que se adapta a la práctica totalidad de circunstancias y situaciones. Es medio válido para el estudio de un sinfín de situaciones y con diversidad de objetivos.

La observación participante supone la presencia activa docente en el centro y en el aula. Es quizás el mejor método para la inmersión en el campo, dejarse empapar por la situación, sistematizar la recogida de datos e incluso profundizar en el conocimiento de la situación.

El docente pasa todo el tiempo posible con las personas que estudia. Toma parte en su trabajo diario y refleja sus interacciones y actividades en notas de campo que recoge en el momento o inmediatamente después de producirse los acontecimientos. En estas notas de campo el docente incluye comentarios interpretativos basados en sus percepciones.

La observación como método de recogida e indagación de la realidad posee una serie de ventajas, de entre las que podemos señalar las siguientes:

- Permite la recogida directa de información, sin intermediarios, y por tanto sin interpretaciones previas ni mediatizadas por otras personas.
- Se realiza directamente sobre los individuos y grupos incluidos en la evaluación.
- Se elimina el problema de seleccionar a los informantes, pues, en principio, todos lo son.
- Facilita la selección de informantes y el desarrollo de las entrevistas ya que se cuenta con valiosos datos para decidir a quién, cómo y sobre qué entrevistar.
- Se desarrolla en el escenario de los hechos, tal y como se presentan en la práctica.
- Esto permite forjar una visión global, holística y realista de la situación que no ofrece ningún otro método ni técnica de recolección de datos.
- Permite desvelar la coincidencia o contradicciones entre el discurso y la práctica, entre opinión y acción. O sea, evita, o pone en evidencia, el que las personas implicadas en un programa puedan expresar opiniones que no se correspondan con los hechos. No es lo mismo lo que uno dice que lo que uno piensa o lo que uno hace.

A veces el evaluador no es participante. En este caso sólo se comporta como tal y observa situaciones de su interés sin inmiscuirse. Es ajeno a los procesos y observa las cosas tal y como suceden, con la menor interferencia posible.

Las formas como se registran los datos de una observación son muy variadas y normalmente se distinguen entre registros narrativos y categoriales.

- Registros narrativos.
- Registros categoriales.
- Los cuadernos de campo.

- Los diarios.
- Los registros anecdóticos.
- Escalas valorativas.
- Listas de control.
- Registros de categorías.

a) Los cuadernos o notas de campo. Constituyen un material básico en la evaluación, ya que en ellos quedan reflejadas todas las observaciones realizadas, las entrevistas que no han sido grabadas, el proceso de preparación, las opiniones e interpretaciones personales del evaluador, el material accesorio y todo aquello que los observadores consideren interesante para completar su impresión sobre los acontecimientos. Los cuadernos de campo permiten tomar nota durante el día acerca de lo que se ha visto y se desea registrar para ampliarlas posteriormente cuando se dispone de tiempo.

b) Los registros anecdóticos. Suponen una descripción de algún suceso o comportamiento puntual que se considera importante registrar. Como su propio nombre indica, se trata de registrar anécdotas o incidentes críticos de interés para los objetivos de la observación. Para registrar se utiliza una ficha donde se pueden distinguir al menos tres componentes básicos: datos de identificación, descripción del incidente y valoración o interpretación. En los registros anecdóticos se debe separar claramente la descripción de los hechos tal como sucedieron de la interpretación personal que el observador puede hacer de ellos.

2.1.3 La entrevista

Es el medio más adecuado para realizar un análisis de la situación, es más democrática que otros métodos pues permite participar a los sujetos de una forma activa. Existen varias modalidades y cada una de ellas tiene peculiaridades, ventajas e inconvenientes: un evaluador o varios, un entrevistado o varios entrevistados.

Ha de ser preparada previamente por los propios docentes, adecuadas y adaptadas a la evaluación que están realizando y efectuada en torno a las principales actitudes personales que se requieren en las entrevistas: Confianza, naturalidad y curiosidad. Hay pues necesidad de establecer un buen sentimiento de confianza y de relación.

Podemos clasificar las entrevistas en varias categorías:

- Entrevistas informales o espontáneas y entrevistas formales o preparadas.
- Entrevistas individuales o colectivas.
- Entrevistas según estatus: directivos, maestros, padres, alumnos, otro tipo de personal educador (educadores, especialistas y demás).

2.1.4 El Cuestionario

Consta de una serie de preguntas escritas, elaboradas por un evaluador, intentando conocer la opinión de los sujetos a los que se les aplica.

Contiene varios tipos de respuestas. Seleccionar una respuesta entre varias, opción múltiple, doble entrada, respuesta abierta.

2.1.5 Grupos de Discusión

Se trata de un grupo de personas que dialogan juntas sobre algún tema de interés aportando sus particulares percepciones y puntos de vista.

El análisis, de las discusiones permite tener información sobre cómo se percibe una situación, que expectativas genera.

2.1.6 Análisis de Documentos

La utilización ponderada de materiales escritos constituye un apoyo útil a la evaluación, los que más se utilizan son los documentos oficiales y personales: planes, registros, horarios, actas.

2.1.7 Teorías de instrumentos

Etapa de recolección de datos

Consiste en recolectar los datos pertinentes sobre las bases variables involucradas en la investigación, lo cual implica 3 actividades:

- a) Seleccionar un instrumento de medición: debe ser válido y confiable, de lo contrario no podemos basarnos en sus resultados.
- b) Aplicar ese instrumento de medición: medir las variables.
- c) Preparar las mediciones obtenidas: para la codificación de datos.

Qué significa medir?

De acuerdo con la definición clásica del término, medir significa:

“Asignar números a objetos y eventos de acuerdo con reglas” (Stevens, 1951)

“El proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos, mediante clasificación y/o cuantificación” (Carmines y Zeller, 1979, p.10)

Un instrumento de medición adecuado es aquel q registra datos observables q representan verdaderamente los conceptos o variables que el investigador tiene en mente.

Requisitos del instrumento de medición

Todo instrumento de recolección de datos debe unir 2 requisitos esenciales: confiabilidad y validez.

La confiabilidad, se refiere al grado en que la aplicación repetida de un instrumento de medición al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados.

La validez es el grado en que un instrumento de medición mide realmente la(s) variable(s) que pretende medir. Se puede aportar tres tipos de evidencia según Wiersma, 1986; Gronlund, 1985:

1. Evidencia relacionada con el contenido
2. Evidencia relacionada con el criterio
3. Evidencia relacionada con el constructor

Existen factores que pueden afectar la confiabilidad y validez de los instrumentos de medición:

1) Improvisación: para lo cual para poder construir un instrumento de medición se requiere conocer muy bien la variable que se pretende medir y la teoría que la sustenta.

2) Utilizar instrumentos desarrollados en el extranjero que no han sido validados a nuestro contexto: cultura y tiempo.

3) Poca o nula empatía: cuando el instrumento resulta inadecuado para las personas a las que se les aplica.

4) Factores de aplicación: constituido por las condiciones en las que se aplica el instrumento de medición como el ruido, frío, un instrumento demasiado largo o tedioso.

En la práctica es casi imposible que una medición sea perfecta generalmente se tiene un grado de error, por lo cual se trata de reducir este error a límites tolerables.

Procedimientos para construir un instrumento de medición

Existen diversos tipos de medición, cada uno con características diferentes, pero el procedimiento para construirlos es semejante.

Es necesario aclarar que en una investigación hay dos opciones respecto al instrumento de medición:

1. Elegir un instrumento ya desarrollado y disponible, el cual se adapta a los requerimientos del estudio en particular.

2. Construir un nuevo instrumento de medición de acuerdo con la técnica apropiada para ello.

Pasos:

1. Listar las variables para medir.
2. Revisar su definición conceptual y comprender su significado.
3. Revisar cómo han sido definidas operacionalmente las variables (como han sido medidas cada variable y comparar).

4. Elegir el/los instrumento(s) (ya desarrollados) que hayan sido favorecidos por la comparación y adaptarlos al contexto de la investigación: elegir un instrumento y reportar su confiabilidad de acuerdo con el coeficiente desarrollado por J.L. Cronbach, que oscilan de 0 (nula confiabilidad) y 1 (máxima confiabilidad); mencionar su validación y su interpretación. Para un instrumento desarrollado en otro país deben usarse pruebas piloto más extensas. Traducir no es validar un instrumento. Si no se elige un instrumento ya

desarrollado, sino se prefiere construir uno propio se debe pensar en cada variable, dimensiones, indicadores e ítems para cada dimensión.

5. Indicar el nivel de medición de cada ítem y, por ende, el de las variables.

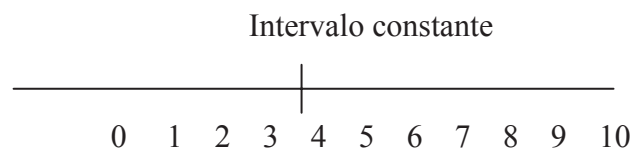
2.1.8 Niveles de medición:

1. Nominal: se tienen dos o más categorías de la variable. Las categorías no tienen orden, indica solamente diferencias respecto a una o más características. Ej.

Sexo: Masculino
Femenino

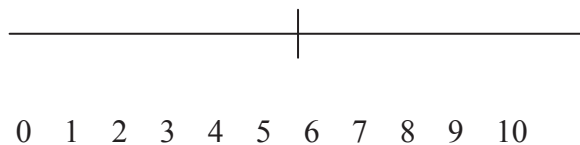
2. Ordinal: Presenta varias categorías y mantienen un orden de mayor a menor. Ej.: 90 – 80- 60- 50 – 02 / 10- 9 – 8- 7- 6- 5- 4- 3- 2- 1- 0

3. Por intervalos: Además de tener un orden entre categorías, se establecen intervalos iguales de medición a lo largo de toda la escala. Hay intervalo constante, una unidad de medida. Ej.



El cero es arbitrario, no es real, a partir del cual se construye la escala.

4. Razón: Tiene las mismas características del nivel de intervalos, pero el cero es real, absoluto (no arbitrario)



Ej.: número de hijos, productividad, ventas de un producto.

5. Indicar cómo se habrán de codificar los datos en cada ítem y variable.

Codificar significa: asignar un valor numérico que los represente.

Ej.

Sexo

<i>Categoría</i>	<i>Codificación</i>
Masculino	1
Femenino	2

La codificación es necesaria para analizar cuantitativamente los datos (aplicar análisis estadísticos). A veces se utilizan letras o símbolos en lugar de números (*, A,Z).

6. Una vez que se indica el nivel de medición de cada variable e ítem y que se determina su codificación, se procede a aplicar una “prueba piloto” del instrumento de medición.

7. Sobre la base de la prueba piloto, el instrumento de medición preliminar se modifica, ajusta y se mejora, los indicadores de confiabilidad y validez son una buena ayuda, y estaremos en condiciones de aplicarlo.

2.1.9 Instrumentos de medición o recolección de datos que disponemos en la investigación social.

Escalas para medir las actitudes

Una actitud es una predisposición aprendida para responder consistente mente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto de sus símbolos (Fishbein y Ajzen,1975; Oskamp, 1977).

Las actitudes tienen diversas propiedades entre las que destacan: dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja), estas propiedades forman parte de la medición.

Los métodos más conocidos para medir por escalas las variables que constituyen actitudes son:

1. Escalamiento tipo Likert
2. Diferencial semántico
3. Escala de Guttman

Escalamiento tipo Likert

Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante las cuales se pide la reacción de los sujetos. Se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que exprese su reacción eligiendo uno de los 5 puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así se obtiene una puntuación respecto a las afirmaciones obtenidas.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar sólo una relación lógica, es recomendable que no exceda de 20 palabras. Se considera un dato inválido a quien marque 2 o más opciones. Pueden hacerse distintas combinaciones como “totalmente verdadero” o “completamente no”. El número de categorías de respuesta debe ser el mismo para todas las afirmaciones.

Diferencial Semántica

Consiste en una serie de adjetivos extremos que califican al objeto de actitud, ante los cuales se presentan varias opciones el sujeto selecciona aquella que refleje su actitud en mayor medida.

Escalograma de Guttman

Se basa en el principio de que algunos ítems indican en mayor medida la fuerza o intensidad de la actitud. La escala esta constituida por afirmaciones, las cuales poseen las mismas características que en el caso de Likert; pero esta garantiza que la escala mide una dimensión única.

Técnica de Cornell (Guttman, 1976)

Es la manera las conocidas de analizar los ítems o afirmaciones y desarrollar el escalograma. En ella se procede a:

1. Obtener el puntaje total de cada sujeto en la escala.
2. Ordenar a los sujetos de acuerdo con su puntaje total.
3. Ordenar a las afirmaciones de acuerdo con su intensidad.
4. Construir una tabla donde se crucen los puntajes de los sujetos ordenados con los ítems y sus categorías jerarquizados.
5. Analizar el número de errores o rupturas en el patrón ideal de intensidad de la escala.

Cuestionarios

Instrumento mas utilizado para la recolección de datos

Consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir. Esta formado por preguntas, categorías de respuesta y por instrucciones que nos indican cómo contestar. Las preguntas pueden ser cerradas o abiertas. Las *cerradas* contienen categorías o alternativas de respuestas que han sido delimitadas. Las *abiertas* no delimitan de antemano las alternativas de respuesta, lo cual son de número elevado, infinito.

	<i>Ventajas</i>	<i>Desventajas</i>
Preguntas cerradas	<ul style="list-style-type: none"> - Fáciles de codificar y analizar. - Menor esfuerzo por parte del respondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Limitan las respuestas de la muestra - Antes de prepararlas se deben anticipar las alternativas de respuesta.
Preguntas abiertas	<ul style="list-style-type: none"> - Útiles cuando la información es insuficiente, cuando se desea profundizar 	<ul style="list-style-type: none"> - Difíciles de codificar, clasificar, y preparar su análisis

Siempre que se pretenda efectuar análisis estadísticos es necesario codificar las respuestas de los sujetos a las preguntas del cuestionario, esto significa asignarles símbolos o valores numéricos.

Características de las preguntas:

1. Deben ser claras y comprensibles.
2. No deben incomodar al respondiente.
3. Referirse a un solo aspecto.
4. No inducir las respuestas.

5. No pueden apoyarse en instituciones, ideas respaldadas socialmente ni en evidencia comprobada.

6. Las preguntas con varias alternativas de respuesta y donde el respondiente debe elegir una, puede ocurrir que el orden que se presenten dichas alternativas afecte las respuestas de los sujetos.

7. Adaptar el lenguaje de acuerdo con las características del respondiente.

No se recomienda comenzar el cuestionario con preguntas difíciles o directas; se pueden comenzar con preguntas demográficas sobre el estado civil, sexo, ocupación, nivel de ingresos, nivel educativo. Pero en muchas ocasiones es mucho mejor hacer este tipo de preguntas al final del cuestionario, cuando los sujetos puedan sentir que se comprometen al responder.

Los cuestionarios pueden ser aplicados de diversas maneras, esto dependerá mucho de la población a la que va dirigida:

- Autoadministrado: se proporciona directo a los respondientes.
- Por entrevista personal: con la ayuda de entrevistadores.
- Por vía telefónica.
- Autoadministrado y enviado por correo postal, electrónico o mensajería.

2.1.10 Análisis de contenido

El análisis de contenido es una técnica para estudiar y analizar la comunicación de una manera objetiva, sistémica y cuantitativa. Berelson (1952).

Puede ser aplicado a cualquier forma de comunicación (programas, libros, poemas, pinturas, reglamentos, periódicos y demás.). Se efectúa por medio de la codificación, el proceso en virtud del cual las características relevantes del contenido de un mensaje son transformadas a unidades que permiten su descripción y análisis preciso. Para poder codificar es necesario definir:

- Universo, lo que se va a estudiar.

- Unidades de análisis, segmentos del contenido de los mensajes. Unidades: la palabra, el tema, el ítem, el personaje, medidas de espacio-tiempo.

- Categorías de análisis, son los niveles de donde serán caracterizadas las unidades de análisis. Tipos: de asunto o tópico, de dirección, de valores, de receptores, físicas.

2.1.11 Observación

Consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamiento o conducta manifiesta. Puede utilizarse como instrumento de medición en muy diversas circunstancias. Puede servir para analizar conflictos familiares, eventos masivos, aceptación de un producto y otros. Como método para recolectar datos es muy similar al análisis de contenido.

Pasos para construir un sistema de observación:

1. Definir con precisión el universo de aspectos, eventos o conductas a observar.

2. Extraer una muestra representativa de los aspectos, eventos o conductas a observar.

3. Establecer y definir las unidades de observación.

4. Establecer y definir las categorías y subcategorías de observación.

Ventajas

Tanto para la observación como para el análisis de contenido.

- Son técnicas de medición no obstructivas.
- Aceptan material no estructurado.
- Pueden trabajar con grandes volúmenes de datos.

Pruebas e inventarios estandarizados

Las utilizan para medir un gran número de variables. Estas pruebas tienen su propio procedimiento de aplicación, codificación e interpretación, y se encuentran disponibles en fuentes secundarias, terciarias, centros de investigación y difusión del conocimiento. Hay pruebas para medir habilidades y aptitudes, intereses, personalidad, valores, desempeño, motivación, labores; pruebas clínicas para determinar la conducta, seleccionar personal, para conocer percepciones y/o opiniones, de autoestima.

Cuando se utiliza como instrumento de medición es conveniente que se seleccione una prueba desarrollada o adaptada por algún investigador para el mismo contexto de nuestro estudio y que sea válida y confiable, si no fuera el caso debe de adaptarse a pruebas piloto para calcular la validez y confiabilidad.

Sesiones en profundidad

Método de recolección de datos. Consiste en reunir a un grupo de personas y se trabaja con éste en relación a las variables de la investigación. Puede realizarse una o varias reuniones.

Pasos para las sesiones

1. Se define el tipo de personas que participan.
2. Se detectan personas del tipo elegido.
3. Se invita a estas personas a la sesión o sesiones.
4. Se lleva a cabo cada sesión.
5. Elaborar el reporte de sesión.
6. Llevar a cabo la codificación y análisis correspondiente.

2.1.12 Otras formas de recolección de datos

- Archivos (hospitales y procuradurías, instituciones).
- Análisis secundarios (datos recolectados por otros investigadores).
- Análisis de redes para evaluar como se manifiesta la comunicación en un Sistema social.
- Sistemas de medición fisiológica.
- Escalas multidimensionales.

En muchas circunstancias se combinan dos o más instrumentos de recolección de los datos con el fin de obtener diferentes enfoques sobre las variables.

2.1.13 Codificación de las respuestas a un instrumento de medición

Es necesario transformar las respuestas en símbolos o valores numéricos, de lo contrario no puede efectuarse ningún análisis o solo se puede contar el número de respuesta en cada categoría. Los datos deben resumirse, codificarse y prepararse para el análisis.

Pasos para la codificación:

1. Codificar las categorías de ítems, preguntas y categorías de contenido u observación no precodificadas. Si las categorías fueron precodificadas y no hay preguntas abiertas, este paso no es necesario, de lo contrario debe asignarse los códigos o la codificación a todas las categorías de los ítems, preguntas o de contenido u observación.

2. Elaborar el libro de códigos. Es un documento que describe la localización de las variables y los códigos asignados a los ítems que las componen.

3. Efectuar físicamente la codificación. La codificación la efectúan los codificadores, a quienes se les proporciona el libro de códigos. Así, el codificador va vaciando las respuestas en la matriz de datos, de acuerdo con el libro de códigos.

4. Grabar y guardar los datos en un archivo permanente.

2.1.14 Instrumentos de evaluación

Escala

Se le conoce con el nombre de escala a la precisión con la que se mide una característica; también determina el método estadístico escogido para analizar los datos.

Las tres escalas de medición más usadas en la medicina son:

- *Nominal*
- *Ordinal*
- *Numérica*

Nominal

Se utiliza en el nivel más simple de medición, cuando los valores de los datos caen en categorías.

Muchas clasificaciones de la investigación médica se evalúan en escala nominal. Por lo general, el resultado de un tratamiento médico, o un procedimiento quirúrgico, el resultado de un tratamiento, se describen como ocurrentes o no ocurrentes.

Los resultados se realizan con más de dos categorías. (Como las anemias; están las microcíticas, macrocíticas y normocítica).

Los datos evaluados en escalas nominales en ocasiones suelen llamarse **observaciones cualitativas**, por que describen una calidad de una persona o cosa estudiada y **observaciones categóricas**, si los valores caen en categorías.

En general se describen en términos de porcentajes o proporciones.

Ordinales

Cuando ocurre un orden inherente dentro de las categorías, se dice que las observaciones se miden en una escala ordinal.

A menudo los médicos utilizan estas escalas para determinar la cantidad de riesgo de un paciente o tipo apropiado de tx.

Un ejemplo muy claro es la clasificación de los tumores, carcinoma del cuello uterino en una escala ordinal de 0 a 4.

Otra manera de utilización de esta es el de realizar un cuestionario, donde se responda con 4 posibles respuestas, 0,1,2,3 donde cada una tiene un valor.

Una característica importante de las escalas ordinales es que, aunque existe cierto orden entre las categorías, la diferencia entre dos categorías adyacentes no es la misma en toda la escala; cabe mencionar, que existe una escala ordinal especial llamada escala de orden por rango, en ellas las observaciones se clasifican por rango, desde el más alto al más bajo.

Es común el uso de porcentajes y proporciones en las escalas ordinales, a veces, el grupo de datos medidos en una escala ordinal se resume en un valor medio.

Los mismos tipos de cuadros y graficas empleados en los datos nominales también pueden usarse para los ordinales.

Numérica

Se habla de las observaciones cuantitativas (miden la cantidad de algo), las cuales, son las observaciones por las cuales las diferencias entre números tienen significado.

Existen dos tipos:

1. De intervalo o Continuas: tienen valor en una fase continua, las discretas poseen valores iguales en los números enteros, si es necesario, los números se pueden redondear al número entero más cercano.

Una medida continua en las investigaciones es la edad, peso, talla, tiempo de sobrevivencia y demás.

2. Discretas: cuando se hace una observación numérica en valores enteros, la escala de medición es discreta, ejemplo: conteo de cosas, números de embarazos, factores de riesgo u otros.

Con frecuencia las características medidas en una escala numérica se muestran con cuadros y gráficos. Por lo general se usan medias y desviaciones estándar para resumir los valores de los valores de las mediaciones numéricas.

Rangos:

0	1	2	3	4

Actitud muy desfavorable			Actitud muy favorable	

-2	-1	0	+1	+2

➤ Las categorías no cambian, siguen siendo 5

2.1.15 Maneras de aplicar la escala

Autoadministrada

- Se entrega la escala al respondiente este marca respecto a cada afirmación.

Entrevista

- Un entrevistador le las afirmaciones y alternativas de respuesta al sujeto y anota la respuesta.
- Es necesario entregar una tarjeta donde se muestra las alternativas.

Grupos focales

Los grupos focales, también conocidos como sesiones de profundidad, es una técnica de recolección de información, que se ha convertido en una técnica muy popular y que consiste en reunir a grupos de personas, de acuerdo al tema a investigar, para conocer sus, que con la ayuda de un moderador, investigador o facilitador discutirán una temática previamente planificada con el fin de conocer y recopilar los conocimientos, actitudes y sentimientos que tiene el grupo ante el tema.

Un grupo focal de discusión está constituido por una estructura metodológica artificial; no es un grupo natural de conversación, ni de aprendizaje o de terapia psicológica, ni tampoco es un foro público, aunque tenga un poco de todas esas modalidades. El grupo focal va cambiando a medida que progresa en su actividad. Algunos expertos en la técnica aconsejan que sus miembros no pertenezcan a un grupo previo (familiar, vecinal, laboral); otros aconsejan lo contrario. Ambos tienen su parte de razón, según se vea el conocimiento recíproco previo de los miembros en su parte de ventaja y utilidad, en ciertos momentos de la discusión, o según se aprecie ese conocimiento recíproco previo en su componente inhibitoria en otros momentos. Ambas cosas se pueden dar de acuerdo al tema a estudiar y habrá que tenerlas en cuenta.

La muestra de estudio no responde a criterios estadísticos, sino estructurales, es decir, a su representatividad de determinadas relaciones sociales en la vida real. Las variables más significativas son las de edad, sexo, clase social, población y otros, que buscan obtener producciones de cada clase o conjunto. La homogeneidad y la heterogeneidad habrán de combinarse después de ponderar bien las ventajas o desventajas, las conveniencias y los inconvenientes de cada caso particular.

En cuanto al número y tamaño de los grupos, las experiencias con esta técnica demuestran que el número de grupos puede ir de 2 a 10 (predominando los estudios con 4 ó 5 grupos), según la naturaleza del tópico a investigar; y el tamaño de cada grupo que se ha demostrado más eficaz es el que se forma con 4 ó 6 personas. Salirse de estos límites trae, generalmente, inconvenientes de diversa naturaleza.

<http://prof.usb.ve/miguelm/gruposfocales.html>

El principal propósito de la técnica de grupos focales en la investigación social es lograr una información asociada a conocimientos, actitudes, sentimientos, creencias y experiencias que no serían posibles de obtener, con suficiente profundidad, mediante otras técnicas tradicionales tales como por ejemplo la observación, la entrevista personal o la encuesta social. Estas actitudes sentimientos y creencias pueden ser parcialmente independientes de un grupo o su contexto social, sin embargo son factibles de ser reveladas por medio de una interacción colectiva que puede ser lograda a través de un grupo focal. Comparada con la entrevista personal, la cual tiene como objetivo obtener información individualizada acerca de actitudes, creencias y sentimientos; los grupos focales permiten obtener múltiples opiniones y procesos emocionales dentro de un contexto social.

Comparado con la técnica tradicional de la observación científica, un grupo focal permite al investigador obtener una información específica y colectiva en un corto período de tiempo. Sabemos que la metodología de la observación tiende a depender mas del desarrollo de los acontecimientos, en cambio en el grupo focal el investigador recrea, genera o precipita una dinámica al desarrollar un guión de discusión a partir de las temáticas - preguntas. En este sentido los grupos focales no son naturales sino organizados.
<http://prof.usb.ve/miguelm/gruposfocales.html>

Ventajas de los grupos focales

Permite la interacción social de los participantes rescatando la concepción de su realidad, vivencias, lenguaje cotidiano, valores y creencias acerca del tópico por investigar.

La principal ventaja de la investigación a través de los grupos focales es la de obtener una descripción global de los conocimientos, actitudes y comportamientos sociales de un colectivo social y la forma en que cada individuo es influenciado por otro en una situación de grupo y esto se capta de excelente forma mediante los grupos focales.

Otra ventaja es que permiten analizar y seleccionar la información de una manera tal que ayuda a los investigadores a Los participación en grupos focales puede también ser una ventaja desde el punto de vista cognitivo como desde lo psicológico. La oportunidad de ser parte de un proceso participativo, decisorio, de ser considerados como "conocedores" y la principal, ser parte del trabajo investigativo puede ser un elemento que favorece la autoestima y el desarrollo de un grupo. Si un grupo logra conformarse tanto en su parte funcional como social, podrá explorar interpretaciones y soluciones a problemas particulares que no podrían ser ni analizados ni solucionados por sujetos aislados, ya que individualmente puede ser muy intimatorio, así que ser parte del grupo hace que sientan el apoyo para hacerlo.

Encontrar cual es el asunto importante y cuál no lo es, cuál es el discurso real y cuál el ideal, es decir qué es lo que se dice y qué es lo que se entiende.

Los grupos focales son particularmente útiles para dirimir diferencias cuando existen fuertes discrepancias, por ejemplo, entre los participantes o beneficiarios y los planificadores o coordinadores de un programa; también lo son cuando es imposible prescindir del lenguaje cotidiano y la cultura de un grupo particular de interés para un estudio, e igualmente cuando se necesita explorar el nivel de consenso o de disenso del tema por investigar en el contexto a nivel de una comunidad o cualquier grupo humano.

Tradicionalmente, la técnica de grupos focales, ha sido utilizada en estudios asociados con la medición de los niveles de satisfacción de usuarios, consumidores o clientes de servicios. En esta situación, los usuarios pueden convertirse en un medio institucionalizado para mejorar, renovar o cambiar los servicios, gracias al consenso.

Esta técnica es de gran ayuda en la fase exploratoria de generación de hipótesis en un estudio de mayor envergadura. La técnica de grupos focales es sin embargo, limitada en términos de su capacidad para generar resultados representativos principalmente porque el número de participantes es relativamente pequeño y no representativo.

Pasos para la realización de los grupos focales:

1. Definir tipo de personas participantes en los grupos.
2. Detectar las personas de acuerdo al tipo definido.
3. Invitar a las personas a la sesión.
4. Organización de las sesiones.
5. Llevar a cabo las sesiones.
6. Elaborar un reporte de las sesiones : que incluye edad, sexo, nivel educativo, fecha, duración de la sesión y todo aquello que sea significativo y relevante sobre la actitud y comportamiento de los participantes, observaciones del moderador, resultados de la sesión y bitácora de la misma.
7. Llevar a cabo la codificación.

Escalograma de guttman

Modelo para el escalamiento conjunto de sujetos y estímulos: Asigna valores escalares a ambos.

El modelo se basa en la idea de que si un sujeto responde favorablemente a un estímulo determinado lo hará también a todos aquellos que estén por debajo de él en la escala resultante.

Para la obtención de la escala utiliza el *método del escalograma*.

Se obtiene una escala de entrelazamiento. Nivel ordinal

Para averiguar el grado de ajuste de unos datos al modelo se suele utilizar el *Coficiente de Reproductividad o el de Escalabilidad*.

A veces el análisis del escalograma se utiliza como técnica para el análisis de elementos.

Se puede emplear para comprobar la unidimensionalidad de los datos.

Pasos para llevar a cabo el análisis del escalograma

- Establecer una forma para medir la cuantía del error en las distintas ordenaciones de filas y columnas.
- Ordenar los datos de manera que se ajusten lo más posible a una escala perfecta.
- Ante dos posibles ordenaciones se elige la que proporcione menos errores.
- Evaluar el grado de aproximación de los datos empíricos al modelo.
- Si el coeficiente de reproductividad es menor que 0,90, se considera que no hay un buen ajuste.
- Asignación de puntuaciones a los sujetos y a los estímulos.
- Elaborar la escala definitiva.

Coefficiente de reproductividad:

$$C.R = 1 - \frac{ES}{TR}$$

Donde:

TR = total de respuestas dadas, que es igual al producto del número de sujetos por el número de elementos

ES = número de errores detectados

Coefficiente de reproductividad marginal mínima:

$$\text{MMR} = \frac{\text{TR} - \text{EM}}{\text{TR}} = 1 - \frac{\text{EM}}{\text{TR}} = \frac{\sum P_{\text{modal}}}{N}$$

Donde:

EM = es el número de errores marginales, que equivalen a la suma de todas las frecuencias no modales.

P_{modal} = proporción correspondiente a la respuesta modal.

N= número de estímulos.

Coefficiente de escalabilidad:

$$\text{C.S.} = 1 - \frac{\text{ES}}{\text{EM}}$$

Donde:

ES = número de errores detectados en la escala.

EM = número de errores marginales, que equivalen a la suma de todas las frecuencias no modales.

El escalograma de Guttman y el análisis de elementos:

Formar una tabla de contingencia como la siguiente:

Item i			
	-	+	
	+	a	b
Item j	-	c	d

Donde:

a = número de sujetos que responde positivamente al elemento j y negativamente al i

b = número de sujetos que responde positivamente a los dos elementos

c = número de sujetos que responde negativamente a los dos elementos

d = número de sujetos que responde positivamente al elemento i y negativamente al j .

. Hallar la correlación entre los resultados obtenidos en el ítem i y el j , para todo i y j

Extensiones probabilísticas de la escala de guttman: método de máxima verosimilitud:

$$P(U/Escala) = \prod_{i=1}^{TR} P(u_i/Escala)$$

Donde:

U = matriz de respuestas

TR = total de respuestas

u_i = respuesta individual a un ítem que puede ser correcta o incorrecta. La probabilidad de las mismas es:

$P(c/n) = 1/a$ es la probabilidad de responder correctamente a una pregunta cuando no se conoce la respuesta.

$P(i/n) = (1 - 1/a)$ es la probabilidad de responder incorrectamente a la pregunta cuando no se conoce la respuesta

Siendo:

a = el número de alternativas del elemento

Escalamiento de Likert

Definición

Conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones ante los cuales se pide la reacciono respuesta de los sujetos.

Consideraciones de la escala...

Las afirmaciones:

- Califican al objeto
- Expresar una relación lógica.
- No excederse de 20 palabras.

Ej:

Objeto de actitud medido

Voto

Afirmación

“votar es una obligación de todo ciudadano responsable”.

- Dato inválido al marcar más de 2 opciones.
- Combinaciones como “totalmente verdadero” o “completamente no”.

- El número de categorías debe ser el mismo para todas las afirmaciones.

2.1.16 Dirección de las afirmaciones

Favorables /positivas

- Califican favorablemente al objeto de actitud.
- Se califican:
 - (5) Muy de acuerdo.
 - (4) De acuerdo.
 - (3) Ni acuerdo, ni desacuerdo.
 - (2) En desacuerdo.
 - (1) Muy de desacuerdo.

Desfavorables / negativas

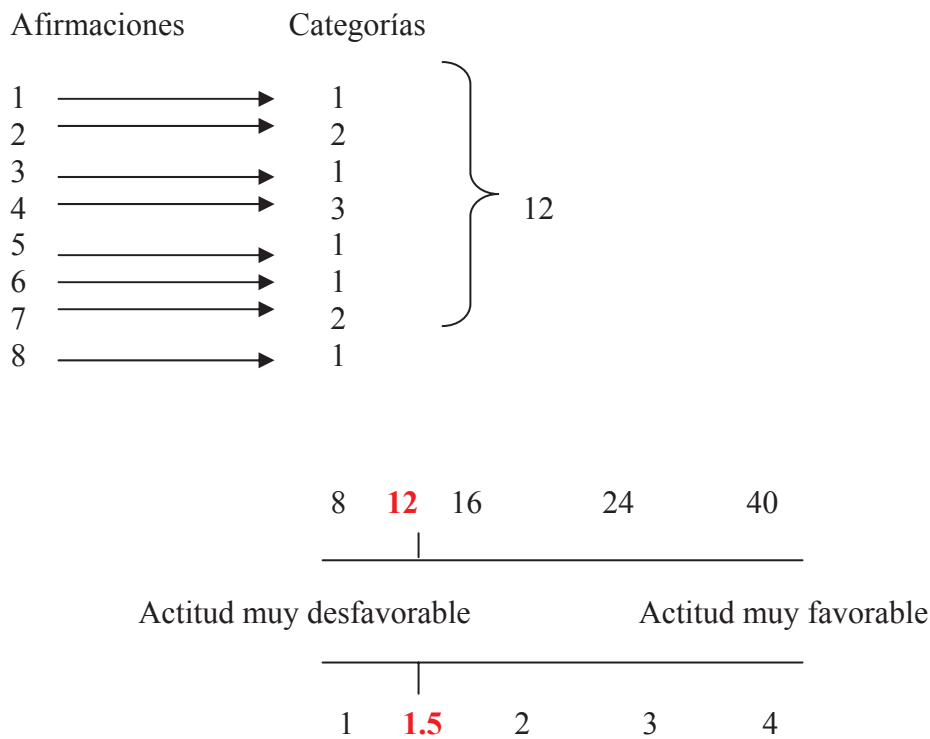
- Califican desfavorablemente al objeto de actitud.
- Se califican al contrario de las positivas.
 - (1) Totalmente de acuerdo.
 - (2) De acuerdo.
 - (3) Ni de acuerdo, ni desacuerdo.
 - (4) En desacuerdo.
 - (5) Totalmente en desacuerdo.

2.1.17 Forma de obtener las puntuaciones y construir la escala

- Se obtiene sumando los valores obtenidos respecto a cada frase.
- Una puntuación se considera alta baja según el número de afirmaciones.

Se presenta cada afirmación y el sujeto elije uno de los 5 puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así se obtiene una puntuación respecto a las afirmaciones obtenidas (ej.12).

El número de categorías de respuesta debe ser el mismo para todas las afirmaciones. En el ejemplo tenemos 8 afirmaciones por lo tanto la puntuación mínima es 8 y la máxima 40 si fueran 5 categorías



En la escala de Likert a veces se califica el promedio obtenido en la escala mediante la fórmula:

$$PT / NT \quad 12 / 8 = 1.5 \quad \text{tomando los ej. Anteriores}$$

LIKERT: es una medición ordinal, es normal que se trabaje como si fuera un intervalo.

2.1.18 Escalas de evaluación de un proyecto comunitario de salud

La finalidad de cumplir y realizar la evaluación de instituciones de salud

Lograr los objetivos de los Sistemas de Salud:

Los *objetivos finales, básicos*, de los sistemas de salud son tres: mejorar la salud de la población; ii) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud y iii) garantizar seguridad financiera en materia de salud.

La razón de ser de todo sistema de salud es mejorar la salud. Esto implica alcanzar el mejor nivel posible de salud para toda la población durante todo el ciclo de vida, lo que a su vez supone contar con un sistema de salud *efectivo*. Sin embargo, en ocasiones se puede proteger o mejorar la salud promedio de la población atendiendo de manera desproporcionada las necesidades de ciertos grupos privilegiados. Esto no es deseable. El sistema de salud, por lo tanto, tiene también la responsabilidad de reducir las desigualdades, mejorando preferentemente la salud de aquellos que están en peores condiciones. En este sentido el sistema de salud debe ser también *equitativo*.

Garantizar un trato adecuado significa ofrecer servicios de salud en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. Esto es válido tanto para los servicios curativos como para los servicios ofrecidos a través de campañas preventivas o de promoción de la salud. El trato digno también supone la posibilidad de elegir al médico tratante o la clínica de primer contacto en la que se desea recibir la atención, disponer de servicios generales presentables en las unidades de salud, esperar tiempos de espera razonables por una consulta o una intervención, y tener acceso a redes de apoyo social, sobre todo durante las estancias hospitalarias.

Finalmente, la seguridad financiera implica la existencia de esquemas de financiamiento de los servicios de salud que sean justos –es decir, que el que menos tenga menos pague y que protejan a la población contra gastos desproporcionados por motivos de salud. La seguridad en el financiamiento se mide evaluando el grado de progresividad del gasto en salud y calculando el porcentaje de hogares que cada año incurre en gastos catastróficos por atender la salud de sus miembros (II).

Hay otros importantes objetivos de los sistemas de salud, como la disponibilidad de insumos, el acceso y la utilización de los servicios y el uso eficiente de recursos, entre otros.

2.1.19 Evaluación Comparativa de los Sistemas de Salud

Es recomendable que la evaluación de los objetivos intermedios y finales de los sistemas de salud tanto estatales como privados tengan un carácter comparativo para así estimular el buen desempeño y promover el aprendizaje compartido.

Sin embargo, para evitar comparaciones desventajosas se deben medir tanto los logros como el desempeño. El *logro* se refiere exclusivamente a la magnitud del cambio observado en el valor de los indicadores durante un periodo determinado; por ejemplo, como porcentaje de cambio o como diferencia entre las cifras iniciales y finales. El *desempeño*, por otra parte, es una medida relativa de eficiencia que compara el nivel de logro alcanzado en relación con los recursos empleados.

2.1.20 Accesibilidad

Definición

Según un artículo publicado en Internet, la accesibilidad corresponde a la posibilidad de acceder a un servicio de salud en términos geográficos y económicos, de acuerdo a las posibilidades del usuario.

Esta investigación se basa en la evaluación de un proyecto para la salud oral, P.A.C.O., en donde se debe medir si la población que debe ser atendida realmente está recibiendo el servicio odontológico, cumpliendo así el objetivo planteado a la hora de poner en marcha el proyecto. La accesibilidad se refiere entonces a la oportunidad que tiene la población ya delimitada de ser atendida, de la cercanía que tenga el centro de atención, de el transporte público que exista para poder acceder el lugar.

Para ejemplificar mejor la importancia de la accesibilidad a la hora de establecer un proyecto de atención comunitaria utilizaremos como referencia un estudio donde se identificó la accesibilidad a los servicios odontológicos y la epidemiología bucal de 271 adolescentes, de segunda enseñanza, de la provincia de Alajuela, Costa Rica. En este estudio se pudo observar que un 95% de la población estudiada si ha recibido algún tratamiento odontológico en alguna etapa de su vida, y que de las instituciones o entidades que han brindado este servicio, la práctica privada es a la que más ha acudido la población estudiada, mientras que las instituciones públicas y autónomas han brindado servicios a un abajo porcentaje de esta población. En el siguiente cuadro se visualiza lo que se comentaba anteriormente.

**Distribución de los estudiantes investigados por colegio,
según si han recibido tratamiento y entidad que le dio el servicio**

Recibió tratamiento y entidad	Total	Colegio		
		Instituto de Alajuela	Liceo León Cortés Castro	Colegio de Palmares
(N)	(271)	(110)	(94)	(77)
Han recibido tratamiento	100,0	100,0	100,0	100,0
Sí	94,7	88,9	97,5	100,0
No	5,3	11,1	2,5	0,0
Entidad de la que han recibido tratamiento	100,0	100,0	100,0	100,0
Ministerio de Salud	20,4	9,4	27,2	28,9
CCSS	14,0	15,1	24,7	1,3
Práctica privada	43,0	51,9	42,0	32,9
Otro	12,5	9,4	1,2	28,9
Práctica privada,				
Ministerio de Salud y/o CCSS	2,3	3,7	1,2	1,3
Otro, práctica privada y/o CCSS	2,3	1,9	0,0	1,3
Resto*	2,3	8,6	3,7	5,4

*Resto de combinaciones de instituciones no anotadas.

Tomando este estudio como referencia nos damos cuenta de que los servicios odontológicos resultan inaccesibles a la mayoría del grupo poblacional de adolescentes. Las instituciones públicas cubren un mínimo porcentaje y la práctica privada tiene la mayor cobertura, pero presenta el problema del alto costo.

Si este es el caso en esta zona, una excelente alternativa sería el poder crear un centro de atención comunitario para odontología, que es, lo que se está planteando con P.A.C.O. Al tener un lugar al cual acudir para recibir atención odontológica en la comunidad, se puede resolver un problema de accesibilidad.

2.1.21 Cobertura y Equidad

Otros puntos muy importantes que contempla este indicador de evaluación son la cobertura y la equidad.

1. Cobertura: en el caso del proyecto P.A.C.O. se pretende dar una cobertura del 100% a niños y adolescentes (hasta los 15 años) y mujeres embarazadas. Tiene que haber igualdad al atender a la población delimitada, ya que el servicio se brindará dentro de la Escuela Daniel Oduber, localizada en Villa Esperanza de Pavas, y se dará el servicio a niños y adolescentes que estudien en esta institución. Ellos recibirán una atención de Sistema formal, pero también se debe cubrir a todos los niños y adolescentes que sean de la comunidad pero que no estudien en esta institución, estos serán entendidos en el Sistema no formal.

2. Equidad: cuando nos referimos al término equidad buscamos una igualdad, en el caso de este proyecto, sería igualdad de atención en cuanto al sexo, edad y si existe discapacidad de algún tipo. Significa que en todos estos aspectos no habrá discriminación alguna, y que va a existir un trato igual para todos.

Tomando en cuenta estos factores se puede medir la accesibilidad de la población a la atención odontológica. Para lograr medir si se está cumpliendo con este objetivo se realiza

un estudio para evaluar la equidad, donde se de un control de la cantidad de personas que están siendo atendidas tanto en el sistema formal como en el no formal. Para esto debe tomarse la totalidad de los estudiantes del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

2.1.22 Efectividad

■ Efectividad (ejecutar, llevar a cabo, efectuar, producir, obtener como resultado): es el criterio político que refleja la capacidad administrativa de satisfacer las demandas planteadas por la comunidad externa reflejando la capacidad de respuesta a las exigencias de la sociedad.

■ Grado en el cual un proyecto logró los resultados previstos y, por tanto, alcanzó su propósito y contribuyó a su fin.

Disminución de índices de salud

	CPOD	CPOE	CPOS	IP
Fecha inicial				
6 meses después				
1 año después				

Medidas preventivas

	# población escolar	Población tratada	% cobertura	Calificación
Sellantes				
Fisioterapia				
Resinas prev.				

Capacitación en Promoción de Salud

	Talleres	Charlas	Obras de teatro
Fase inicial			
Fase intermedia			
Fase final			

2.1.23 Eficiencia

Virtud y facultad para lograr un efecto determinado (Real Academia).

Indicadores de eficiencia:

Actitud y la capacidad para llevar a cabo un trabajo o una tarea con el mínimo gasto de tiempo.

Los IE están relacionados con los ratios... tiempo invertido en la consecución de tareas y/o trabajos.

Ejemplo: Tiempo fabricación de un producto.

Periodo de maduración de un producto
ratio de piezas / hora.

Rotación del material y demás.

Escala de evaluación

En la herramienta utilizada, al encuestado se le ofrece una escala de calificación consistente de cinco opciones (escala de Likert), que permiten expresar el grado de percepción con la afirmación propuesta.

Las opciones son: totalmente de acuerdo (TA), en acuerdo (A), ni en acuerdo ni en desacuerdo (AD), en desacuerdo (D) y totalmente en desacuerdo (TD).

En términos de cuantificación, los cinco valores posibles se traducen en solo dos estados: Percepción Positiva o en Acuerdo y Percepción Negativa o en Desacuerdo.

Se considera percepción positiva o acuerdo cuando se responde con la opción que tiene calificación 5 ó 4, según la escala de la oración. Y como percepción negativa o en desacuerdo cuando se obtiene una calificación 3, 2 ó 1, en donde se queda en un término intermedio o definitivamente negativo.

1. Servicios

Servicios Generales

<i>a) Considera que la o/ las personas que les brinda información al paciente son aptas para ese puesto</i>
<i>b) Tiene un tiempo suficiente de servicio para cada paciente.</i>
<i>c) Hay buena comunicación paciente-recepcionista</i>

Manejo de documentos

a) En la primera cita se le realiza un expediente al paciente.
b) Los expedientes se archivan en un lugar seguro.
c) Mantiene en orden y de forma clara la información de los expedientes.

Control y seguridad

a) Se puede sentir seguro el paciente con el Tx realizado.
b) Utiliza barreras de protección con todos los pacientes.
c) Se utiliza autoclave para la esterilización de instrumentos
d) Utiliza un documento que respalde las decisiones de algunos tratamientos por parte del paciente.

Almacenamiento

a) Se verifica la caducidad de los materiales dentales.
b) Se almacenan correctamente los materiales dentales.
c) Trabaja con las dosis adecuadas los materiales.

Servicios Específicos

Odontología

a) Tiene un tiempo determinado para la atención de cada paciente.
b) Se realizan más de 2 procedimientos por cita.
c) El tiempo disponible para cada paciente, es únicamente para la atención dental.
d) Se fija altos objetivos que siempre cumple, autoerigiéndose plazos y mejorando la calidad del trabajo o proyecto asignado.
e) Brinda apoyo y da el ejemplo en términos de preocuparse por mejorar la calidad y la eficiencia de los procesos y servicios brindados.

Prevención

a) Conocen sus pacientes la importancia de una buena higiene bucal.
b) Les da Instrucciones de fisioterapia a los pacientes.
c) Genera información para enriquecer el conocimiento de la higiene oral.
d) Informa a los pares de familia la importancia de la dentición temporal.
e) Le da en diferentes citas Instrucciones de Fisioterapia al mismo paciente, si este lo amerita.

Promoción

a) Considera que el tiempo disponible para la atención sea el suficiente para que los pacientes tengan buenas bases sobre la Salud Oral.
b) Tienen los pacientes una técnica de cepillado correcta.
c) Tienen carteles educativos en el consultorio.
d) Considera que el paciente queda satisfecho de la atención brindada.
e) Tienen todos los pacientes las bases suficientes para una higiene bucal satisfactoria.

2. Infraestructura

Infraestructura

a) Tiene acceso para personas discapacitadas.
b) Los servicios sanitarios son accesibles para toda clase de pacientes.
c) Las salidas de emergencia son visibles.
d) La ventilación es la adecuada en todas las consultas dentales.

2.1.24 Sostenibilidad

Financiamiento

a) Tienen algún tipo de ingreso que ayude con los gastos de la clínica.
b) Colaboran las personas con el ingreso de la clínica.
c) Realizan algún tipo de actividad para mejora de la clínica.

Manejo Ambiental

a) Coloca usted los restos de amalgama en un frasco con agua.
b) Utiliza un recipiente resistente para materiales punzo cortantes.
c) Se da un adecuado manejo de los desechos.

Manejo comunal

a) Colabora y coopera con sus compañeros de trabajo para ofrecer un mejor servicio.
b) Se muestra abierto y bien dispuesto a ayudar y recibir ayuda de sus pares, jefes y subordinados.
c) Resuelve adecuadamente situaciones complejas que requieren una modificación en los procesos o los servicios, a fin de contemplar necesidades o requerimientos fuera de lo planeado.
d) El servicio se proyecta a la comunidad donde se desarrolla.

2.1.25 Anticipación

Acción y efecto de anticipar o anticiparse. Figura que consiste en proponer a alguien la objeción que otro pudiera hacerle, para refutarla de antemano. Hacer que algo suceda antes del tiempo señalado o esperable, o antes que otra cosa. Anunciar algo antes de un momento dado, o antes del tiempo oportuno o esperable. Anteponer, preferir. Dicho de una persona: Adelantarse a otra en la ejecución de algo. Dicho de una cosa: Ocurrir antes del tiempo regular o señalado.

Anticipación:

Es la acción que una persona previene, antes de que suceda un acontecimiento por darse. Para evitar posibles daños a corto o largo plazo.

2.1.26 Sustentabilidad

Sustentabilidad va a ser un servicio en nuestra área de evaluación que se aplicará a un servicio que tenga permanencia, viabilidad e impacto en una comunidad estudiada. En la misma se evaluarán las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que presenta el servicio. En este servicio se evaluará si el tratamiento es adecuado, si existe permanencia todos los días, el profesional y el edificio entre otros para saber si cumplen un buen funcionamiento.

La sustentabilidad va a ser evaluada en cuatro áreas que son: Seguridad, Financiamiento, Personal y el área Comunal.

Seguridad

Usuario

- Cobertura (INS, Emergencias Médicas).
- Establecimiento de Horarios.
- Control de Infecciones.
- Planta física esta debidamente habilitada.
- Presencia de Seguridad.

Planta Física (Centro)

- Servicios Básicos (aulas, baños, comedor).
- Servicios Privados.
- Plan de Evacuación.
- Zona Operatoria.

Tratamiento

- Profesional Incorporado.
- Asistente titulada.

Materiales Dentales

- Fecha de Vencimiento.
- Los materiales están debidamente sellados por la A.D.A

Financiamiento

- Apoyo económico por parte del estado.
- Apoyo económico por parte de los padres.
- Realizan actividades Extracurriculares para recaudar fondos.
- Participan las empresas privadas en el proyecto (Colgate).
- Dispone el centro educativo del algún fondo para el proyecto.

Personal

- Está involucrado el personal del centro educativo en el proyecto.
- Existe un ambiente adecuado para realizar el proyecto.
- Existen descontentos por parte del personal de trabajo.
- Está enterado todo el personal sobre el proyecto a realizar.
- Hay oportunidades de sustitución de puestos de trabajo entre el personal.
- Existe respeto y acatamiento de órdenes por parte de cada trabajador.

Comunal

- Participan los maestros en el proyecto de su centro educativo.
- La Iglesia aporta su participación en el proyecto.
- Participa el patronato escolar en el proyecto de la escuela.
- Hay organizaciones de padres de familia en el proyecto.
- Existen Organizaciones sociales aportando al proyecto.
- Las organizaciones de la vivienda participan en el proyecto.

2.1.27 Grado de satisfacción del paciente

El grado de satisfacción hacia el servicio nos permitirá inculcar la motivación necesaria para mejorar la salud oral de los pacientes. Un grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de los mismos mejorara a fondo la disponibilidad y continuidad de la persona al tratamiento recibido. Se debe incluir una muy buena organización, agrado a la asistencia recibida, el equipo profesional y un ambiente agradable.

Hay que valorar al paciente como un todo en un sistema de atención integrado, los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de tratamiento progrese sin interrupciones.

Es por medio de una escala evaluativo que podremos analizar las fortalezas, amenazas y oportunidades que nos puede brindar este tipo de atención, enfocándonos en el grado de satisfacción del paciente, divididas en 3 áreas:

- Continuidad del tratamiento.
- Control de asistencia.
- Cobertura.

2.1.28 Odontología preventiva primaria

Profesionales en salud reconocen que se ha dejado mucho de lado el área de la salud oral, esta falta de prevención ha ocasionado un mayor número de restauraciones, extracciones, tratamientos periodontales y prótesis. Este cambio hacia la prevención requerirá de promoción de la salud y de un liderazgo activo por parte de los profesionales en odontología. En la actualidad se disponen de estrategias eficaces capaces de disminuir de manera notable la caries dental y la enfermedad periodontal. Solo se necesita utilizarlas.

La prevención produce en todos los sentidos ganancias positivas. Si el paciente inicia los programas preventivos en una etapa temprana, es posible alcanzar el período de vida libre de enfermedades por placa; una buena inversión de costo-beneficio. Los dientes se necesitan durante toda la vida para comer, hablar y sonreír (una grata sonrisa mejora mucho la expresión de la personalidad).

Es posible que el primer beneficio para el Odontólogo que ejerce la Odontología Preventiva, sea el cumplimiento del compromiso de otorgar ayuda a quienes lo necesiten y no dañar.

Según Norman O. Harris en su libro Odontología Preventiva Primaria la odontología preventiva se divide en tres diferentes niveles:

Prevención primaria:

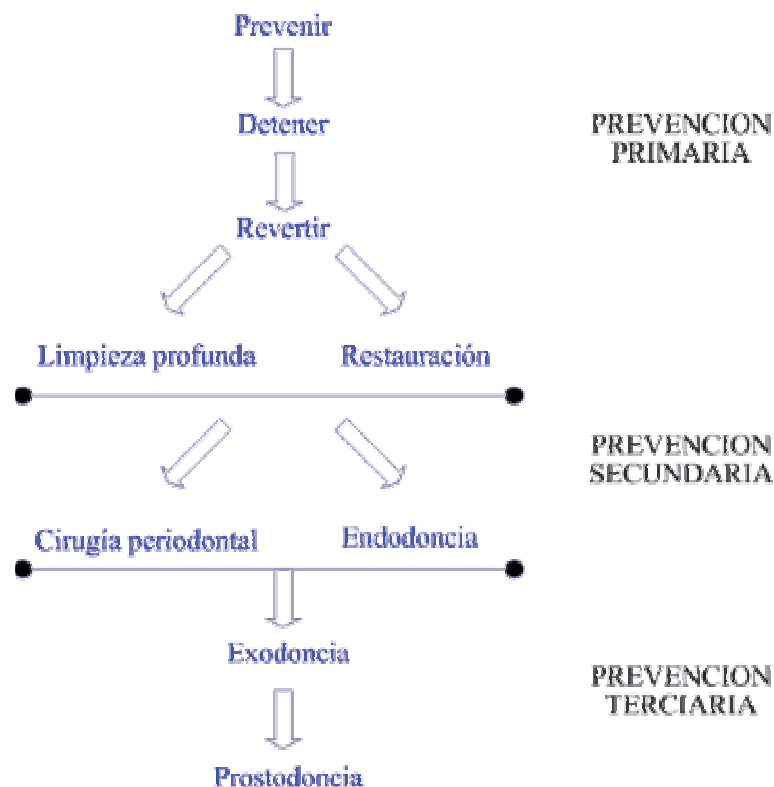
Utiliza técnicas y agentes para impedir el inicio de la enfermedad, cambiar en sentido opuesto el progreso de ésta, o para detenerla antes de que se requiera tratamiento.

Prevención secundaria:

Emplea métodos de tratamientos estandarizados para acabar con un proceso patológico y para restaurar los tejidos en lo más cercano a la normalidad.

Prevención terciaria:

Utiliza las medidas necesarias para sustituir los tejidos perdidos y rehabilitar a los pacientes hasta el punto en que las capacidades físicas o actitudes mentales, o ambas, estén lo más cerca posible de la normalidad, después de la falla de la prevención secundaria.



Tomado del libro Odontología Preventiva Primaria. Norman O. Harris

2.1.29 Definición del alcance del módulo de educación y motivación en salud como medio de promoción para la salud oral dentro del proyecto P.A.C.O.

La salud es importante para el buen funcionamiento del cuerpo en general. La salud se define como “estado de óptimo bienestar físico, mental y social que no incluye solamente la ausencia de enfermedad y/o discapacidad”. (Diccionario Ilustrado de Odontología. Edición panamericana. Stanley Jablonski.1992, pag.1032).

La promoción de la salud proporciona a la comunidad educación, motivación, acceso y disponibilidad de métodos preventivos. Además esto proporciona una gran ayuda para aquellas familias que carecen de capacidad para satisfacer sus necesidades en cuanto a salud oral. Los niños con un nivel socioeconómico bajo, tienen menos posibilidad de acceso a los servicios preventivos privados y son más susceptibles a mayores grados de caries. Por lo que, establecer un programa educativo y preventivo en escuelas, beneficiará enormemente a la comunidad y sobre todo aquellos niños donde en sus hogares no pueden, o no desean llevarlos.

2.1.30 Educación sobre temas de salud dental

La educación se utiliza para informar, educar y reforzar mensajes sanitarios previos. (Norman O. Harris, Franklin García Godoy, 2001). La educación comienza desde nuestro hogar, cuando muy pequeños nos inculcan ética, valores, creencias, conocimientos. Posteriormente, las instituciones escolares forman parte importante en el desarrollo integral de nuestra educación.

Se ha tratado de enfocar mucho la educación en salud oral como parte de la salud general. El odontólogo es el encargado de promover la educación en salud oral tanto a los estudiantes como el refuerzo de conocimientos a los mismos profesores, los cuales constituye un eslabón entre los estudiantes y el dentista.

La salud oral es más que un esquema tradicional de detener el deterioro de los dientes y prevenir la enfermedad periodontal; la fluoración de las aguas y los planes educativos de higiene oral individual constituirán las bases fundadas de prevención. (Ralph E., McDonald, David R. Avery, 1998).

La higiene oral es una responsabilidad individual. El punto de interés de la higiene oral es el control de las dos enfermedades de la cavidad oral con mayor prevalencia: caries, enfermedad periodontal (Ralph E., McDonald, David R. Avery, 1998).

2.1.31 Motivación para un cambio de actitud

Según Godoy, menciona que cada persona está motivada para la acción o inactividad. No estar motivado es estar muerto. Este concepto es difícil de aceptar debido a la naturaleza variada del comportamiento humano. Otros autores consideran que el comportamiento se aprende y que el ambiente determina las acciones. A pesar de la variabilidad del comportamiento humano y de su carácter imprevisible, una cosa es cierta: las actuaciones o exteriorizaciones de las personas se basan en su grado de motivación, esto último hace la diferencia.

Los seres humanos siempre estamos orientados a lograr alcanzar metas, propósitos que nos impulsan a estar motivados. Para lograr una motivación exitosa se requiere de una buena comunicación odontólogo-paciente. Se siente motivación cuando los pacientes acuden a sus citas periódicamente, cuando hay interés en aprender, cuando realizan su higiene oral por iniciativa, y sobre todo cuando se observan avances de mejoría en el transcurso del tratamiento.

Podemos lograr una adecuada educación y posteriormente una buena motivación. Implementando técnicas prácticas, sencillas, dinámicas y eficaces, al utilizar un vocabulario adecuado de acuerdo al grado de educación, se puede llegar a lograr con gran éxito un cambio de actitud en la mayoría de la población, siempre y cuando se continúen los refuerzos y conocimientos teóricos y prácticos acerca de la salud oral.

2.1.32 Prevención

La Odontología Preventiva se puede definir como la suma total de esfuerzos por promover, mantener y restaurar la salud del individuo a través de la promoción, el mantenimiento y restitución de la salud bucal. (Higashida, Odontología Preventiva, 2000).

Para llegar a valorar la prevención oral se requiere de educación y sobre todo motivación para realmente lograrla y mantenerla. Los problemas de salud oral, son en su mayoría condiciones que se pueden prevenir. Las personas deben de asegurarse que su dentista no sólo les evalué la condición de sus dientes, sino que también se les evalúen sus encías, lengua, garganta y demás estructuras de la cavidad oral.

2.1.33 Características individuales del personal técnico y de apoyo de un servicio odontológico comunitario

Este trabajo nace a partir de la necesidad que tiene la comunidad de Los Cuadros de Guadalupe. Los estudiantes de odontología nos hemos dado a la tarea de conocer aspectos relacionados con problemas existentes en dicha comunidad, con el fin de rescatar a la población para prevenirle consecuencias a mediano y largo plazo en salud buco dental, el profesional odontológico, ha querido involucrarse en este proyecto que requieren de una evaluación acerca del ambiente en que el se desarrolla.

La importancia de este trabajo está dirigida hacia la relación y función odontólogo paciente y asistente dental en el proceso buco dental entre otros, como ente colaborador interactuará, con esta comunidad para brindarle apoyo educativo, técnico y social en el campo odontológico.

La finalidad de este proyecto es brindar calidad humana en los diferentes campos, tratándose en este caso de prevenir, antes que tratar los problemas buco-dentales, con el fin de dar al ser humano calidad favorable en este sentido, para que se desarrolle en un ambiente de bienestar y equilibrio entre las partes.

Para poder llevar a cabo este proyecto es necesario en primera instancia organización por parte del profesional en odontología ya que es conveniente que desarrolle habilidades personales, profesionales, flexibilidad para adaptarse al entorno que le rodea aumentando así la productividad y trabajo en equipo, de esta manera lograra efectividad en el desarrollo de sus objetivos.

Ordoñez, 2002 hace referencia a la autoafirmación diciendo: “la organización tiene que dedicar sus esfuerzos y sus presupuestos, a la ampliación de la oferta formadora a sus empleados. Pero esto no basta es necesario el esfuerzo personal e intransferible del propio trabajador. Así la formación se va convirtiendo en cosa de dos, empresa y trabajador.”

El nuevo enfoque que se debe dar para la creación de este proyecto debe ser de formación de personal en equipo, comprometido y responsable, además tener un nivel de comprensión en las implicaciones psicosociales de la comunidad.

Es importante que la empresa odontológica se destaque como un centro donde se brinde a las personas confianza, amabilidad, respeto, responsabilidad y se le dé calidad técnica y funcional en el servicio que se le presta.

En el desarrollo de este trabajo es importante la colaboración que puedan dar los asistentes dentales en el consultorio odontológico, ya que éstos deben preocuparse por realizar las tareas en el momento preciso y ejecutar los procedimientos en forma eficiente, si estos se presentan colaboradores en su desempeño, el consultorio tendrá una buena imagen.

Otero M. se refirió en su libro gerencia en odontología con los siguientes términos “los mejores deseos de cambio o los esfuerzos bien intencionados; pero sin medidas planificadas, no producen buenos resultados, y si éstos se presentan, son producto de azar pero no de eficacia”.

Solo a través del control dinámico del grupo odontológico, se acortará la distancia entre lo real y lo esperado ya que depende del esfuerzo perseverancia y empeño que ponga en éste se logrará alcanzar la meta que nos hemos propuesto, por eso creemos que todo el personal involucrado en el mismo debe ser eficiente y eficaz en la labor que realiza.

Por lo tanto es conveniente que lo miembros del grupo dentro de la empresa odontológica, conozcan en forma clara cuales son los objetivos y metas que debe realizar, a su vez las tareas individuales y aspectos positivos y negativos en su conducta.

En el desarrollo de este trabajo he involucrado a pacientes, asistentes y odontólogos a través de entrevistas para conocer lo perfiles de cada uno de ellos. En el transcurso del proyecto pensamos que debe de ser controlado en todo momento ya que los resultados y el éxito de él, dependerá de la evaluación de nuestro rendimiento, esfuerzo permanente que prestemos al mismo.

Los estudios de Odontología tienen como finalidad formar a profesionales capacitados para diagnosticar, prevenir y curar todas las anomalías y enfermedades de los dientes y de la boca. La odontología es una especialidad con campos de actuación muy amplios: Un odontólogo no realiza únicamente funciones de dentista, es decir, no se limita a conocer el diente como estructura, sino que abarca muchas más facetas del área sanitaria. De hecho, cualquier alteración o dolencia de la cavidad bucal también puede afectar a otros órganos del cuerpo humano. Estos profesionales también se encargan de poner en práctica medidas de carácter público para mejorar la higiene bucal de la población.

El odontólogo centra sus actividades en la prevención, atención y rehabilitación en materia de salud dental. Existen especialidades dentro de la profesión, además del mero ejercicio en el área general.

Una faceta menos conocida del odontólogo es la que desarrolla en el campo de la Salud Pública, donde elabora y pone en prácticas medidas de carácter público para controlar las normas de higiene dental y el tratamiento de las afecciones bucales. En este

caso, los odontólogos colaboran con las distintas administraciones en campañas de divulgación sobre los cuidados de la boca, dirigidas a diferentes sectores de la población.

Entre las funciones del odontólogo se pueden destacar las siguientes: Prevención, atención y rehabilitación en materia de salud dental. Elaborar y poner en práctica medidas de carácter público para controlar las normas de higiene dental y el tratamiento de las afecciones bucales. Campañas de divulgación sobre cuidados de la boca dirigidas a diferentes sectores de la población. Dirección y gestión de una clínica dental.

Es por esta razón que las organizaciones en momentos de globalización necesitan cambiar la filosofía de forma que identifiquen las diferencias y puedan responder a las diversas formas de diversidad que presentan sus colaboradores, para que les puedan asegurar la estabilidad laboral tanto para la organización así como para el colaborador, obteniendo mayor productividad y bienestar.

La diversidad de la fuerza del trabajo está haciendo que se incorporen a las organizaciones personas con habilidades, experiencias y conocimientos que pueden ser útiles para el crecimiento organizacional.

El clima emocional en el que se ha desarrollado una persona, va a responder por medio de conductas que encaminan hacia diferentes profesiones y ocupaciones, influyendo también los ambientes en que se desarrollen esas profesiones a la hora de lograr la satisfacción personal. En la labor que desempeña un odontólogo debe preocuparse y tomar en cuenta el aspecto social, ya que las personas logran la satisfacción desempeñándose en áreas como la enseñanza, consultoría, asistencia y labores informativas. Las personas en esta categoría disfrutan de la compañía de otros, así como del trabajo, aspectos que favorecen para mantener una buena imagen. A su vez creemos necesario que para alcanzar éxitos en el trabajo debemos poner personal emprendedor ya que presentan las siguientes características: individuos a los que les gusta persuadir, supervisar y guiar a otras personas hacia las metas comunes, de la misma manera que disfrutan y sacan provecho de sus capacidades verbales para vender una idea o producto. A

los Emprendedores les es tentador ejercer roles de liderazgo y/o gerencia, así como protagonizar situaciones en donde perciben un sentido de poder, prestigio y estatus. Para ejecutar los trabajos y procedimientos en odontología el personal debe ser convencional entendiéndose éstos como personas que prefieren las actividades que les permiten organizar información, cuidar los detalles y probar resultados para verificar la exactitud. Estos individuos se sienten cómodos en situaciones estructuradas, pues les gusta mantener todo ordenado y limpio. Disfrutan trabajar con formularios, tablas e informes, tienen mucho autocontrol y se identifican con figuras de poder, estatus y autoridad.

Con el advenimiento de este proyecto traerá, nuevas ideas y también nuevas expectativas. Este desafío se centra en gran parte en satisfacer las necesidades de una población al cual no se ha atendido en su totalidad en lo que se refiere a salud buco dental, por eso la capacitación permanente al personal odontológico es hoy en día, más que un estilo de vida, una imperiosa necesidad ante los cambios continuos.

El escenario odontológico actual presenta la necesidad de una optimización tanto en la calidad, como en la eficiencia. El impacto de la alta tecnología como la aparición constante de nuevos equipos y materiales obliga a una revisión permanente de las distintas técnicas y procedimientos para el tratamiento de los pacientes.

Por lo tanto el odontólogo y el personal auxiliar debe poseer conocimientos y habilidades que le permita una tarea eficaz y libre de riesgos para el paciente y para el equipo actuante y sobre todo un alto compromiso personal indispensable para el ejercicio de la profesión.

Este personal auxiliar debe poseer lo conocimientos indispensables para su actividad; habilidad y destreza manual; agilidad mental, para la resolución de inconvenientes y sobre todo la capacidad de comprensión, lealtad y responsabilidad para lograr el vínculo positivo con los pacientes y con el equipo de salud.

Las diversas formas de enfermedades gingivales y periodontales aquejan al ser humano desde los comienzos de la historia. Estudios paleontológicos indican que la enfermedad periodontal destructiva, como lo demuestra la pérdida de hueso, afectó a los primeros seres humanos de culturas distintas (Mc Graw Hill 2002).

La odontología preventiva debe abarcar y practicar los tres niveles que a continuación mencionaré, con el fin de ayudar y mejorar la calidad de atención al paciente. En la prevención primaria se debe utilizar técnicas y agentes para impedir el inicio de la enfermedad para detenerla antes de que se requiera tratamiento. En segundo lugar debe emplearse métodos de tratamientos estandarizados para acabar un proceso patológico y para restaurar los tejidos lo más cercano a la normalidad. Posteriormente hay que utilizar las medidas necesarias, para sustituir los tejidos perdidos y rehabilitar a los pacientes.

Durante estos tratamientos es conveniente que el personal de equipo participe en la labor de prevención ya que el enfoque que se debe dar a la formación del personal es de compromiso ejecución basada en resultados e implicación en la toma de decisiones, plan de acción organizacional y actitud hacia el cambio.

Lo que se requiere en la sociedad actual es que los odontólogos y personal de apoyo en este campo, adquieran periódicamente los conocimientos tecnológicos ya que son un recurso fundamental para esta empresa puesto que estarán motivados por una nueva fidelidad a sus cometidos o proyectos, preocupándose por sus propias capacidades y competencias. Entiéndase por competencia “el conjunto de capacidades y conocimientos, que motivados por una intención, llevan a poner en práctica unas habilidades, y éstas conducen a unos resultados exitosos”. (Ordóñez 2000).

Hoy de forma general la tendencia es trabajar en equipos de proyectos, esto permitirá que las personas piensen en el interés del grupo por encima del interés propio, ya que de otra forma no podrían ser competentes en la consecución de sus objetivos dentro de un entorno complejo en el que se tendrá que desarrollar las funciones.

El odontólogo debe considerar al paciente como una unidad biopsicosocial, es decir, como un ser humano completo. Por ello en el consultorio debe contemplarse algunos aspectos que ayuden al paciente entre ellos:

1. Control de placa bacteriana.
2. Aplicación de flúor.
3. Instrucción al paciente acerca de dietas y alimentación.
4. Uso de Sellantes de Fosas y fisuras.
5. Educación y enseñanza odontológica.
6. Seguimiento y control de los tratamientos.

Uno de los objetivos primordiales de un programa de odontología preventiva consiste en ayudar al paciente a mejorar los hábitos que constituyen al mantenimiento de la salud bucal. La necesidad de prevención de las enfermedades bucales es universal. La caries dental y la enfermedad periodontal, son los estados bucales más comunes. Algunos pacientes que no conocen de fisioterapia oral, rápidamente producen placa bacteriana, afectando su salud buco dental.

2.1.34 Placa Bacteriana

Es una masa blanca, tenaz y adherente de colonias bacterianas rodeadas por material extra – celular de origen bacteriano y salival, que se coloca sobre la superficie de los dientes, la encía y otras superficies bucales, cuando no se practican métodos de higiene adecuados y no es arrastrada por el agua a presión. (Mc Graw Hill 2002).

La placa dental es un sistema bacteriano adherido a la superficie de los dientes responsable del desarrollo de ciertas enfermedades orales específicas como la caries y la enfermedad periodontal.

El control de la placa es la eliminación de la placa en forma regular y la prevención de su acumulación sobre los dientes y superficies gingivales adyacentes (Mc Graw Hill 2002).

Ante los problemas que presente un paciente con esta enfermedad, el odontólogo es quien debe tomar control sobre la atención periodontal y formar conciencia a éste, para que asista al consultorio odontológico para el tratamiento respectivo.

Un reto como profesional en odontología para poder dar respuestas con éxito a todas las exigencias del futuro, es conseguir un nivel de profesionalización integrado, es decir, además de tener amplios conocimientos de la ciencia organizacional y del negocio, debemos, tener con mayor urgencia un nivel de comprensión de las implicaciones de los hechos organizacionales.

Hoy las ciencias han adelantado tanto que los aparatos aparecen, se mejoran y se transforman, lo mismo se está generando en la sociedad, ya que está en constante cambio y ebullición.

El hecho de que se logre o no trabajar en equipo para mejorar el trabajo depende de algunas variables estructurales, tales como: cultura de la organización, organización interna, el sistema retributivo, la tecnología y el entorno físico.

Las variables dinámicas referentes al comportamiento del miembro del grupo, para llevar a cabo un proyecto con éxito son las siguientes:

- 1- Visión: es la medida en que los miembros del grupo comparten los objetivos; si todos están de acuerdo acerca de que tienen que hacer y como hacerlo.

2- Las competencias: que grado de competencias y habilidades necesarias poseen los miembros del grupo para alcanzar los objetivos y metas.

3- Compromiso: si están motivados los miembros del grupo hacia los objetivos y en que medida ponen su energía, ideas y esfuerzos para conseguirlos.

4- Cohesión: cómo es la comunicación entre los miembros del grupo, cuál es el nivel de confianza, en qué manera son capaces de ayudarse y apoyarse unos a otros, tanto en el plano de tareas como humano.

5- Los resultados: son el criterio final del funcionamiento del grupo.

Para que haya éxito en una empresa debe haber visión, sobre lo que vamos a hacer y realizar, ésta tiene que ser nítida y fuerte. Cuando ella se manifiesta, todos los integrantes participan en la discusión, elaboración, control de los objetivos y propósitos comunes que motivan a todos.

La calidad que logremos en todo y cada uno de nuestros trabajos, originará que las personas queden satisfechas, lo que las motivará para que hablen positivamente del personal (odontólogos, asistentes y demás que integran el grupo) ante sus familiares, amigos, recomendando ese consultorio odontológico.

Si no se trabaja con calidad hace que las personas hablen mal sobre el desempeño profesional, lo que es sumamente perjudicial.

La calidad debe brindarse en forma técnica, referida a las características y los beneficios de orden científico y técnico propiamente dicho, y funcional referida a la forma como se brinda el servicio, es decir como el paciente percibe el servicio ejecutado que es en primera instancia, el cuidado que hay que tener cuando tenemos un paciente bajo nuestro control, porque éste debe quedar satisfecho con la atención recibida.

La calidad funcional puede hallarse influenciada por las características de nuestra personalidad, del consultorio, nuestros honorarios el sistema de educación se sea ofrecido por el personal.

Es importante que la asistente del consultorio odontológico se preocupe de realizar cada una de sus tareas en el momento preciso, porque se no se puede echar a perder un trabajo.

El asistente dental deberá conocer con exactitud todo aquello que será necesario para ejecutar un procedimiento determinado o para prestar un servicio específico. Es conveniente que un asistente pregunte cuantas veces sea necesario, cuando no conoce con exactitud un procedimiento o técnica, para evitar errores, y si es posible busque soluciones o alternativas. Si este se desempeña bien en el consultorio, ayudará a que él tenga una buena imagen.

La atención integral a los pacientes por parte del odontólogo es importante por que abarca los aspectos educativos, preventivos y restaurativos, según las necesidades de las personas; además de que esta atención contribuye positivamente a la relación paciente odontólogo y al mejoramiento del estado de salud oral, al hablar de que la atención al paciente debe ser integral es necesario conceptualizar este término.

Atención integral: es el conjunto de medidas educativas, preventivas y curativas, dirigidas para el desarrollo pleno del individuo en si mismo y de su población; tomando en cuenta el medio en que vive y las diferentes características que lo identifican. (Otero Martines, 2001)

Para mantener la salud dental en una población es primordial que haya una acción coordinadora por todos los entes involucrados tales como: odontólogo, asistentes, autoridades locales sector salud entre otros. Para hacer frente a las enfermedades de salud oral se determina que el trabajo interdisciplinario integrado es esencial para la educación y

prevención de las personas, así como toda una población, por tal motivo es importante incentivar a la participación activa integral en el desarrollo de programas de educación y promoción de la salud del odontólogo, su equipo de trabajo el paciente y padres de familia.

El fin primordial de este proyecto odontológico es brindar a las personas de escasos recursos un servicio oportuno para tratamiento buco dental. Y satisfacer las necesidades de la población en general.

Este proyecto favorecerá en gran medida al diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades orales.

Tratándose de que el odontólogo en una empresa de salud odontológica es el empresario, deberá jugar un papel eficiente en ésta, en la cual a asumido una responsabilidad personal y económica con su la labor asistencial y dedicación.

Entiéndase como empresario: la persona que planea la empresa, fundándola con éxito y/o la dirige personalmente con iniciativa, asumiendo un riesgo persona o económico (Otero Martines, 2001).

Como líder dentro de su empresa debe tener presente la aplicación de convenientes norma administrativas, ya que cuanto mas se pueda dedicar a su labor medica, ofreciendo servicios de alta calidad mayores serán sus ingresos económicos, a su vez deberá simplificar y organizar su trabajo y mayor será la calidad de asistencia. Será mejor si reparte responsabilidades para obtener una optimización de los procesos y del rendimiento.

El odontólogo se incluye en el sector terciario; ya que lo que ofrece a sus pacientes es una prestación de sus servicios, buscando lograr la mayor cobertura social posible y gracias a ello obtiene ingresos los que invertirá en material y en personal. Un odontólogo debe anteponer en todo momento lo intereses del paciente y la conservación de su salud. Es tarea de éste disciplinar a su paciente haciéndole saber que debe abonar lo honorarios profesionales de acuerdo con el ritmo que hayan acordado las partes.

El odontólogo como líder debe saber tratar a su personal, cultivarlo permitiendo su permanencia y colaboración; contribuyendo en el desarrollo de sus capacidades, su evolución como persona y el enaltecimiento de sus valores.

Si se tiene una empresa de salud y cuenta con un equipo de trabajo debe comunicarse con él, estableciendo reuniones periódicas para intercambiar ideas, mejorar la integración como equipo lo que se vera reflejado en eficiencia y productividad, estas reuniones son útiles para:

- 1- Revisar los procedimientos de cada tratamiento.
- 2- Enseñar nuevos materiales; su uso, indicaciones y aplicación.
- 3- Evitara preguntas delante de los pacientes.
- 4- De presentarse algún problema aclararlo, es importante tener un reglamento interno del consultorio donde se establecan las reglas, los estímulos y las sanciones.
- 5- En caso de referir al paciente a un especialista, mantener comunicación con el odontólogo para darle seguimiento al tratamiento.

Casi todos los expertos están de acuerdo en que todos los gerentes cumplan con 5 funciones básicas:

- 1- **Planificar:** establecer metas y normas; elaborar reglas y procedimientos; elaborar planes y pronósticos, es decir predecir o proyectar una situación futura.

2- **Organizar:** asignar una tarea específica a cada subordinado; establecer departamentos; delegar funciones en los subordinados; establecer canales de autoridad y de comunicación, coordinar el trabajo de los subordinados.

3- **Dotar de personal:** decidir qué tipo de personal se habrá de contratar; reclutar a posibles empleados; seleccionar a los empleados; establecer normas para su desempeño; compensarles; evaluar su desempeño; brindarles asesoramiento; capacitación y desarrollo.

4- **Dirigir:** encargarse de que otros cumplan con su trabajo; conservar la moral y motivar a los subordinados.

5- **Controlar:** establecer estándares como cuotas de ventas, estándares de calidad o niveles de producción; comparar el desempeño real contra estos parámetros; tomar las medidas correctivas necesarias.

Estas funciones representan el proceso de administración y para poder llevarlas a cabo debe de tener una mente innovadora porque proporciona información actualizada acerca de las tendencias actuales y los métodos nuevos para resolver problemas. Estos profesionales se caracterizan por el inconformismo y la crítica del statu quo. Al mismo tiempo son los que mas pueden aportar pues su lema es: trabaja bien, disfruta con tu trabajo y supérate.

Una persona que trabaje en odontología debe poseer talento ya que requiere de tres ingredientes básicos: capacidad, comprensión y acción. Un profesional capaz tiene los conocimientos habilidades y competencias o actitudes para desempeñarse en su trabajo con compromiso, eso motivara al profesional para que lleve a cabo proyectos ambiciosos.

En el desarrollo de todo proyecto se debe poner un ingrediente al mismo, este es la “acción” que significa velocidad, un profesional con talento no puede dejarse arrastrar por el “síndrome de la almohada asesinato habito de consultar con la almohada que demora la toma de decisiones. En la actualidad la espera es la mejor arma de la competencia, como dice Jericó Pilar 2001 “si no puedes moverte a la velocidad web, estas fuera del negocio. Si empiezas a pensarlo todo..... es tarde”.

Si falta uno de los ingredientes, no se alcanzan los resultados superiores, por lo que conforme a nuestra premisa lo entendemos como talento.

Si el profesional tiene compromiso y actúa, pero no dispone de las capacidades necesarias, casi seguro que no alcanzara resultados, aunque haya tenido buenas intenciones. Si por el contrario dispone de capacidades y actúa en le momento, pero no se compromete con el proyecto, puede que alcance resultados. El único inconveniente es que su falta de motivación le impedirá innovar o proponer cosas mas allá de las impuestas por su jefe.

Hoy por hoy ni la evolución tecnológica, ni la competencia, ni los clientes, esperan. O eres rápido, o estás fuera del mercado.

2.1.35 Características socio- demográficas de la comunidad Los Cuadros de Guadalupe en Purral

Guadalupe es conocido como el distrito 108-01, de la provincia de San José, en esta se ubica el cantón de Goicoechea albergando a la comunidad de Los Cuadros, esta tiene una población de alrededor de 27588 personas según el censo realizado por el CCP (centro centroamericano de población, UCR, 1970 -2015). Esta zona se ubicada al este de la capital de Costa Rica, se conoce como un área de escasos recursos económicos, por ende se caracteriza como una zona marginal.

El Colegio Cristiano Asambleas de Dios es una fundación que inició sus funciones en el año de 1983 en el centro de Purral y es la encargada de albergar el proyecto de atención comunitaria odontológica. Este centro educativo tiene como responsabilidad alrededor de 4000 estudiantes de zonas cercanas Frank, Castores, Cuadros, Don Carlos, El Alto (parte), Flor de Lyz, Kurú, Lomas de Tepeyac, Lupita, Montesol, Nogales, Pueblo, Purral Abajo, Purral Arriba, Violetas.

Entre sus propósitos se encuentra alentar a los jóvenes al estudio para tener un mejor futuro como ciudadanos y lograr alejarlos de la gran cantidad de problemas sociales que nos vemos agobiados hoy en día.

En el desarrollo del componente educativo se ha hecho énfasis en incentivar a través de la educación la importancia de la salud oral, por medio de charlas a grupos de niños y adolescentes, enfocando áreas como prevención, motivación y el uso de medios auxiliares. A cada paciente que acude a la clínica se le ha motivado a la preservación de sus dientes usando técnicas alternativas conservadoras de alta calidad a bajos costos.

Esto tiene como objetivo fundamental transformar la valoración de la salud oral por parte de los beneficiarios de la comunidad de Purral, como un componente importante en la mejora de sus condiciones de vida. El Proyecto de Atención Comunitaria Odontológica desde sus inicios ha venido desarrollando una línea de investigación dirigida a construir el perfil de necesidades bucales de los pacientes que asisten al servicio, tanto de los escolares de la escuela Asambleas de Dios como la población de Los Cuadros, con el fin de programar un plan de salud bucal que abarquen los aspectos educativos, preventivos y de recuperación buco-dental.

2.1.36 Atención odontológica al paciente

En la actualidad nuestro país ha vivido una serie de transformaciones a nivel sociales y económicas que han influido de manera directa en el entorno en que se desarrolla la oferta

y la demanda de los servicios de salud, no siendo la excepción el servicio de odontología. Avances Tecnológicos han contribuido también a la mejora de la calidad en la atención Odontológica, refiriéndonos al equipo, instrumental y materiales de uso común en esta área de trabajo.

La evaluación de la atención al beneficiario es una herramienta vital en el análisis de calidad de los servicios brindados. Evaluar el grado de aceptación y satisfacción del beneficiario al servicio se ha hecho un método cada vez más común en las empresas actuales. La entrevista nos permite analizar una variedad de datos y conceptos asociados a la atención que brinda cada servicio odontológico, obteniendo información que beneficia en retroalimentación a la organización que otorga los servicios de salud y a los beneficiarios como clientes.

Por lo anteriormente expuesto es importante conocer los avances y el alcance que en ésta materia se han dado, por lo cual se pretende en esta investigación, medir el grado de aceptación del usuario para determinar la calidad de la atención percibida por el paciente que demanda el servicio, o si existen otras variables por considerar que influyan en la decisión de acudir nuevamente a la consulta odontológica.

Según el diccionario enciclopédico ilustrado Océano Uno (ed. 1995) nos da a entender que aceptación se define como: aprobación, aplauso, acepción de personas. Según el diccionario de la lengua española Espasa Calpe ,(22ª edición) también nos define por aceptación: el recibimiento de forma voluntaria, aprobación, admisión, conformidad.

El grado de aceptación y satisfacción del beneficiario está ligada a factores como, trato amable, atención personalizada, comunicación Odontólogo-paciente y muchas variables que nos ayudan a tener una idea del servicio pero no es suficiente para analizar a fondo puntos débiles de este.

“La evaluación de la calidad es la comparación de la realidad actual con la visión compartida de nuestro centro sanitario. Logrando metas, alcanzando objetivos vamos

recorriendo el camino que existe entre la realidad y la visión. En el transcurso de este recorrido es decir, en el desarrollo de nuestra misión tendremos que ir comprobando si nuestros esfuerzos progresan en el sentido y al ritmo deseados y para ello deberemos realizar una evaluación de lo que hemos hecho. La evaluación de la calidad es una de las tres actividades fundamentales para la calidad, las otras dos son la definición de la calidad (elaboración de estándares) y el diseño/rediseño de procesos, y el análisis de sus resultados debe servir para llevar a cabo los reajustes necesarios en el sistema de la calidad.”Antonio Iñiguez (2005). Estructura, proceso y resultado, recuperado 26-10-06 fuente: http://www.webcalidad.org/articulos/es_pro_re.htm

El Doctor Avedis Donabedian diseño un triple enfoque sobre la evaluación de los servicios sanitarios. El se baso en tres objetivos, estructura, proceso y resultado.

Estructura: “Es el conjunto de condiciones en que se lleva a cabo la atención sanitaria. La estructura es el tablero, las piezas y las reglas del ajedrez. Algunos de sus componentes pueden verse en el esquema de abajo” .Antonio Iñiguez (2005).

Estructura, proceso y resultado, recuperado 26-10-06 fuente: http://www.webcalidad.org/articulos/es_pro_re.htm

Este es un agente vital a lo que desarrollo de los procedimientos se refiere tanto administrativos, técnicos y humanos, Por medio de la estructura podemos delimitar el comportamiento humano, y todos los aspectos que en ella incluyen. Proceso: “Si la estructura es determinante de los procesos también es cierto que éstos pueden influir y modificar con el tiempo a la estructura. De hecho hay procesos que acaban transformándose en estructura demostrando de este modo la unidad inseparable del binomio «estructura–proceso»”.Antonio Iñiguez (2005). Estructura, proceso y resultado, recuperado 26-10-06 fuente: http://www.webcalidad.org/articulos/es_pro_re.htm

2.1.37 Resultados:

Los resultados son la meta por llegar luego de una evaluación amplia del servicio odontológico, permitiendo analizar la calidad que este brinda. Los resultados son muy subjetivos por lo tanto va a depender mayormente de la cuantificación de resultados de parte del investigador, debemos analizar que las repuestas sean lo suficientemente amplias para tener una mayor claridad de resultados.

La calidad es un factor vital en el análisis de la atención brindada de los servicios sanitarios. Factores como el trato amable, atención personalizada y buena elección del personal, permiten dar una percepción al paciente de un servicio de calidad total. Las tres dimensiones ya vistas (Estructura, Proceso, y Resultado), nos pueden determinar momentos de la verdad o puntos críticos, sobre los cuales al trabajar en ellos mejorara la percepción de la calidad y con ello la satisfacción del usuario. Debemos tener claros que la calidad de atención al paciente puede originar una percepción muy buena por parte de los usuarios, llegando a ser publicidad por medio de recomendación del servicio.

Según los autores P. Kotler y G. Armstrong, nos dan a entender que la calidad tiene un impacto directo sobre el desempeño de los servicios y que se define como “una ausencia de defectos que durante el pasar de los años se ha ido modificando la calidad en términos de satisfacción al cliente”, P. Kotler , G. Armstrong. (2003). Fundamentos de Marketing. Satisfacción al cliente. UU., destituyendo esta definición tan limitada. Por parte del T.Q.M (total quality managment de U.S.A.), nos define la calidad como: “las características de un servicio que afectan su capacidad para satisfacer las necesidades expresas o implícitas de los clientes” P. Kotler , G. Armstrong (2003).

Fundamentos de Marketing. Satisfacción al cliente.EE. UU. Esto nos hace entender que una de las bases primordiales para la calidad total gira en torno a la percepción general de la atención recibida y a el grado de satisfacción y aceptación con el servicio.

El tema de la calidad constituye un aspecto imprescindible en cualquier actividad que el ser humano realice, y los servicios de salud no escapan a esta influencia, representando una exigencia cada vez más necesaria en las instituciones tanto públicas como privadas.

En la prestación de los servicios de salud se requiere la integración de este elemento con el fin de hacer frente a una serie de condicionamientos de carácter interno como es la evaluación de los servicios, productividad y demás. Bien, se concibe a la calidad, como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención con los menores riesgos para el paciente. Estos beneficios se definen en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención.

El evaluar este elemento en el área de la salud, representa una forma de conocer y analizar cómo se está proporcionando el servicio a la población que acude para resolver sus problemas de salud; del mismo modo, permite medir los efectos del programa de atención con base en los objetivos que se propone alcanzar, contribuir en la toma de decisiones, retroalimentar y reorientar la prestación de los servicios.

La evaluación de la calidad ha sido abordada por diferentes enfoques en el área odontológica, los mismos que han permitido perfeccionar los métodos y técnicas para conocer lo más objetivamente la forma de abordar este proceso. Se han realizado estudios tendientes a conocer la estructura para la atención, las opiniones de usuarios de los servicios en relación con la satisfacción de los mismos, el impacto de los programas y la calidad de la atención a grupos específicos de población.

Durante los últimos años la humanidad ha avanzado en la tecnología de una manera que ha ido modificando continuamente su medio laboral. La era odontológica ha ido adaptándose de manera rápida a los cambios, donde la atención al paciente no ha sido un factor que se encuentre absuelto a esta modificación. Hoy en día la atención al paciente ha tenido un cambio radical en comparación ha años atrás, las posibilidades tanto económicas como sociales no permitían tener mayor variedad de elección de los servicios de salud, permitiendo una debilidad en el trato y atención a todo beneficiario.

La percepción del ser humano a la posibilidad de mayores fuentes de servicios permitió tener percepciones más definidas sobre lo que a un buen servicio concierne, iniciando temas tan importantes a nivel empresarial como lo es: la satisfacción al cliente.

Según nos explica la Lic. Macela Injoqui “lentamente el cliente fue ascendiendo en la escala de importancia para una organización transformándose de “enemigo” en “socio” girando la rueda en sentido inverso y produciendo una serie de desbalances que se consiguen equilibrar gracias a las preferencias y objeciones de nuestro nuevo socio, que se fueron incorporando en la gestión empresarial. Mediante esta nueva visión, todos los agentes se vieron beneficiados en un baile armónico y acompasado y no por una lucha de poderes cuyo único resultado es el desgaste y el disgusto. El servicio ha sido definido como un bien inmaterial, sin precio, sin patentes y con una demanda fluctuante, por ello requiere de entidades con sólidos valores que aseguren la resolución de necesidades porque es el puente entre el cliente y la organización. El nivel de satisfacción marcará la lealtad de nuestro cliente, su permanencia y consecuentemente nuestra subsistencia. Los principios claves de los servicios están definidos desde la antigüedad y se han rescatado para la nueva gestión empresarial ya que son intemporales y porque sin importar su origen, credo o circunstancia, claramente pueden aplicarse a cualquiera de las organizaciones que hoy brindan productos o servicios a sus clientes”. Lic. Marcela Inioque. (2006). Calidad de atención al cliente.

Esta referencia nos permite analizar al cliente como un “todo”, ya no es solo un paciente más, sino un socio, una persona que hasta cierto punto tiene una autoridad mayor en lo que ha la elección de servicios se refiere. Aquí es donde se modifican ciertas actitudes del profesional al paciente, logrando una mayor flexibilidad en los servicios de atención, tomando la necesidad como algo rudimentario y dándole paso a la variedad como una realidad, este grado de satisfacción sellará la lealtad de nuestro paciente, su permanencia y por ende nuestra subsistencia en el mercado laboral.

Muchos profesionales se basan en convertir las necesidades del paciente en un posible negocio, para brindar mejores servicios.”El proceso de desarrollo estratégico convierte las necesidades de sus clientes en una estrategia del negocio, la cual identifica los posibles clientes, los productos y servicios que se ofrecen, el proceso de desarrollo de procedimientos, en donde se utilizan los record”. Paras, J. A. Estrada G. C. (1997). Administración y productividad en el consultorio dental. Satisfacción al cliente. Guadalajara, Jalisco, Méx.: editorial, Cuellar.

Hay que analizar también que la mejor publicidad es la que se comunica “de boca en boca”. Atender a un paciente con la mejor disposición, trato amable, personalizado, con respeto y siempre poniendo la ética profesional enfrente de nosotros, le dará a nuestro cliente una mayor confianza de lo que somos capaces, y su percepción puede ser transmitida a otras personas, y de ahí el fruto que podremos recoger. Hay que tener en cuenta que una mala atención permite hacer publicidad de igual manera y el ser humano naturalmente trasmite las cosas negativas de manera más rápido y en mayor cantidad.

En el área de la odontología, no se han realizado muchos estudios orientados hacia la búsqueda de la calidad de los servicios de salud bucal, sino que solamente se hace presente como una filosofía inherente de la atención.

De esta forma, se analiza que existe ausencia de una cultura de la calidad en los servicios odontológicos, por lo que se requiere la implementación de un programa permanente de garantía de calidad de la atención, entendida esta como al conjunto de acciones sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mayor beneficio o que incrementen los riesgos a los usuarios; todo esto realizado mediante cinco procedimientos indispensables: evaluación, monitoría, diseño, desarrollo y cambios organizacionales, lo anterior con el fin proporcionar una atención con calidad de manera permanente.

La mejora continua del servicio parece impostergable en el corto y en el mediano plazo, ya que esto requiere considerar la implementación de mecanismos que permitan incrementar la calidad en los servicios que se prestan. No obstante, hay que considerar las deficiencias organizacionales y la disponibilidad de recursos de la institución. Por ello, en la medida de lo posible, el Proyecto de Atención Comunitaria Odontológica tendrá que cubrir las necesidades básicas sobre todo en lo referente a la estructura para cumplir con las expectativas que esta unidad de atención tiene respecto a sus servicios, ya que sin una garantía de calidad quedará truncado cualquier esfuerzo para mejorar los servicios proporcionados.

El grado de satisfacción laboral va a estar involucrado con la atención a brindar. El factor condición laboral y satisfacción es un punto importante en el desempeño laboral. La

satisfacción de los profesionales de la salud bucal, forma parte de la definición de la calidad de la atención prestada. Aunque se cuestione su relación de manera inmediata sobre la calidad de la atención al beneficiario, se puede analizar que al medir la satisfacción laboral se puede llegar a comprobar la calidad de la organización y de sus servicios.

Existen causas muy claras por lo que la Odontología ha ido redefiniendo sus objetivos en relación con la formación de recursos humanos, los cuales deben ser capaces de desarrollar acciones necesarias para prevenir y promover la salud bucodental. La comunidad tiene necesidades de salud, y es función del profesional responder a esas demandas.

Según Maria Isabel Fernández, nos deja entender que “la satisfacción profesional en instituciones sanitarias es un elemento que forma parte de la definición de la calidad de la atención prestada. Aunque se cuestione su relación directa sobre la calidad de la atención al cliente externo, nadie discute que al medir la satisfacción laboral se está comprobando la calidad de la organización y de sus servicios internos .El análisis global de la satisfacción es un indicador de poca utilidad para la puesta en marcha de medidas correctoras y del seguimiento de dichas medidas. Los indicadores basados en cada una de las dimensiones que conforman la satisfacción laboral pueden ser más sensibles a los cambios introducidos en la organización de personal. Por tal motivo, es interesante utilizar cuestionarios que puedan analizar las dimensiones de la satisfacción laboral”. Maria Isabel Fernández.(2002). La satisfacción profesional en instituciones sanitarias. Recuperado 27-10-06 <http://www.odontomarketing.com/art71dic2002.htm>

2.1.38 Servicios de salud comunitario y odontológico

El Servicio Odontológico desde sus inicios ha venido desarrollando una línea de investigación proyectada a construir el perfil de necesidades bucales de los pacientes que asisten al servicio, con la finalidad de programar planes y políticas de salud bucal que abarquen los aspectos educativos, preventivos y de recuperación hacia la comunidad siendo este el caso de P.A.C.O (Proyecto de Atención Comunitaria Odontológica).

Según los autores E. Cuenca Sala y S. Guasch Serra “planificación y programación en odontología comunitaria” nos definen la programación en Odontología Comunitaria como “el conjunto de actividades organizadas que se pretenden realizar con la finalidad de obtener un resultado determinado sobre una población definida”. En una ciencia como Odontología comunitaria los programas de salud integral se van a proyectar hacia la identificación de patologías que afectan las estructuras de la salud buco-dental, con el fin disminuir al máximo los niveles de prevalencia de enfermedades por medio de promoción y prevención al beneficiario. Los elementos fundamentales de un programa de salud se dividirán en resultado y objetivos que se quiere lograr en términos de mejora del nivel de salud, las actividades y recursos necesarios para lograr los objetivos, y la población y el tiempo en que se lleve a cabo. Se debe diferenciar la planificación de los programas de salud de la organización de servicios sanitarios en vistas a satisfacer unas necesidades en servicios socio sanitarias de una población, logrando analizar el factor de satisfacción del servicio más a fondo. E. Cuenca, S. Guasch. (2000). Tratado de odontología. Planificación y programación en odontología comunitaria. Madrid, España. Editorial: Marco Gráfico.

En el ámbito de la salud buco dental, la planificación es un proceso de gestión que permite establecer decisiones sobre bases racionales. Se pueden distinguir dos niveles de planificación según E. Cuenca Sala- S. Guach Serra: la primera es la planificación de conjunto o general que se lleva a cabo cuando el planificador debe conocer la magnitud y prioridad de los problemas de salud buco dental de una población y la planificación de programas que se basan en el conocimiento de las premisas anteriores.

En Costa Rica se ha mantenido un modelo de atención integral de salud comunitaria por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social durante 27 años. Ha tenido como antecedentes la proyección de atención hacia las comunidades rurales dispersas a partir de 1979, donde estableció “el hogar como el primer contacto de la salud en la comunidad”, en el punto en que los servicios debían ir a la comunidad y no la comunidad buscara de él. Se realizaban servicios de manera ambulatoria, por medio de la consulta odontológica integral y especializada manejando la mayoría de tratamientos de urgencia siempre apoyados por servicios diagnósticos, terapéuticos y si fuese necesario de hospitalización. Este modelo se centraba en un enfoque biológico e individual orientado totalmente a la atención de la

enfermedad, llegando a ser destituido unos años mas adelante por el modelo de prevención buco-dental. El Modelo de Atención Tradicional en la C.C.S.S se manejó por medio de decisiones centralizadas, no se encuentra ninguna participación del usuario en la gestión de los servicios, sin coordinación con otras unidades del sector.

Uno de los grandes defectos de este sistema fue la poca o nula continuidad en la atención, manteniendo inadecuados sistemas de referencia y contrarreferencia, logrando por ende una gran insatisfacción del usuario con respecto a la atención recibida. Anónimo (2004). El modelo de atención tradicional en la C.C.S.S. Recuperado 26-10-06.Fuente: [Nhttp://geosalud.com/latina/curso06/Nuevo%20Modelo%20de%20Atenci%F3n.08.06.ppt](http://geosalud.com/latina/curso06/Nuevo%20Modelo%20de%20Atenci%F3n.08.06.ppt)

El Nuevo Modelo de Atención integral de salud por parte de la CCSS se basa en brindar una cobertura a toda la población, sin indiferencias ni limitaciones ya sean geográficas, sociales, económicas o culturales, se da un giro total al enfocarse en el problema desde la raíz, basándose en el hecho de que no se iba a disminuir la incidencia de las patologías solamente eliminando el problema mediatamente y no educando, lo cual se enfocó por brindar servicios de promoción, prevención, atención de la enfermedad y rehabilitación, dando una continuidad lógica y segura, evitando a futuro una mayor incidencia de patologías mediante la educación al paciente. Se implementó el seguro social obligatorio para toda la población. Todo ciudadano tico debe contribuir dependiendo su nivel económico, estableciendo sistemas de controles a la evasión y subcotización. Busca una reducción a las diferencias existentes en todos los niveles de salud, asegurando la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención integral odontológica para todos. Se busca una equidad dando un enfoque biopsicosocial del proceso salud- enfermedad, atención de la salud integral y de manera continua, proyectándose a la familia, comunidad y ambiente. La promoción de la participación social se basa en las necesidades y prioridades locales de salud, promocionando el mejoramiento continuo de la calidad. Anónimo (2004). El modelo de atención tradicional en la CCSS. Recuperado 26-10-06.Fuente:

[Nhttp://geosalud.com/latina/curso06/Nuevo%20Modelo%20de%20Atenci%F3n.08.06.ppt](http://geosalud.com/latina/curso06/Nuevo%20Modelo%20de%20Atenci%F3n.08.06.ppt)

En el desarrollo del componente educativo la planificación y programación comunitaria odontológica ha hecho énfasis en incentivar a través de la educación para la salud, la importancia de la salud oral, por medio de charlas, enseñanzas de técnicas de cepillado y el uso de medios auxiliares. El proyecto de atención comunitaria odontológica de Los Cuadros de Guadalupe mantiene una labor enfocada a la atención comunitaria, atendiendo a cada paciente que acude a consulta y motivándolo a la preservación de sus dientes mediante la educación al paciente.

Este proyecto tiene como objetivo fundamental transformar la valoración de la salud oral por parte de los pacientes como un componente importante en la salud integral de cada uno. El Servicio Odontológico desde sus inicios ha venido desarrollando una línea de investigación dirigida a construir el perfil de necesidades bucales de los pacientes que asisten al servicio, y de los escolares de la escuela Asambleas de Dios, con la finalidad de programar planes de la salud bucal que abarquen los aspectos educativos, preventivos y de recuperación para la población.

2.1.39 Recursos Humanos en odontología

La administración de recursos humanos tiene como una de sus tareas proporcionar las capacidades humanas requeridas por una organización y desarrollar habilidades y aptitudes del individuo para ser lo más satisfactorio así mismo y a la colectividad en que se desenvuelve.

No se debe olvidar que las organizaciones dependen, para su funcionamiento y su evolución, primordialmente del elemento humano con que cuenta. Puede decirse, sin exageración, que una organización es el retrato de sus miembros.

A nivel educativo no se ha fomentado a fondo lo que a recursos humanos se refiere, los estudiantes se especializan en destrezas técnico-científicas propias de la profesión, no obstante, factores como la selección del personal, son conocimientos que se dejan al lado, nunca nos preparan para tener bases sobre elección del personal adecuado.

El Dr. Juan B. Sanmartín Jr. nos explica que: “La selección de personal es el paso más importante en todas las empresas grandes o pequeñas, sin embargo, es una experiencia que puede ser traumática y resultar en grandes pérdidas para cualquier organización. Para los Odontólogos el proceso de selección del “Staff” es aún más confuso, frustrante y cargado de tensión emocional, pues el cómo hacerlo, qué preguntas hacer que conduzca a la elección de la persona correcta para el puesto de secretaria, asistente dental y demás es una dimensión desconocida para ellos. Las escuelas de Odontología no enseñan las técnicas y destrezas de entrevistas de candidatos a puestos de trabajo. El propósito de este trabajo es presentar algunas técnicas y estrategias de seleccionar el personal más indicado, basado en las actitudes de los prospectos”.

Dr. Juan B. Sanmartín Jr. (2002) Recursos humanos en Odontología, Seleccione por actitud y entrene las destrezas, recuperado 23-10-06. fuente:
http://www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/ART_51_JUNIO_2002.htm

Según el Dr. Juan B. Sanmartín Jr varios factores son los asociados con la falla en la selección de empleados, entre los más importantes se encuentran:

1. No considerar el “tipo de personalidad” que mejor se ajusta al puesto.
2. Desconocimiento de las técnicas de entrevista.
3. Las referencias del aplicante no son verificadas.
4. Las destrezas técnicas del candidato (a) no son comprobadas.
5. Falta de descripción de funciones o falta de descripción de las expectativas de desempeño.
6. Descripción exagerada de la clínica.

7. Contratar basado solamente en las destrezas clínicas, en vez de basado en las actitudes y valores.

Dr. Juan B. Sanmartin Jr. (2002) Recursos humanos en Odontología, Seleccione por actitud y entrene las destrezas, recuperado 23-10-06. Fuente:

http://www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/ART_51_JUNIO_2002.htm

Según el autor Juan Carlos Maggi Cárdenas nos da como referencia que el empresario Dee Hock explica que: “el personal debe ser contratado y promovido primero con base en su integridad; segundo, en su motivación; tercero, en su capacidad de trabajo; cuarto, en su comprensión; quinto, en su conocimiento; y por último y lo más importante, en su experiencia. Sin integridad, la motivación es peligrosa; sin motivación, la capacidad es impotente; sin capacidad, la comprensión es limitada; sin comprensión, el conocimiento carece de sentido; sin conocimiento, la experiencia es ciega. La experiencia se puede ofrecer fácilmente para que la use bien la persona que tiene las otras cualidades”.

Juan Carlos Maggi Cárdenas (Diciembre 2002). Odontología Ejercicio Profesional. Marketing dental y Gerencia en Odontología.

Hay que tener en claro que una clínica excelente no puede o debe ser operada con personal mediocre o conformista. El conformismo lleva a la mediocridad. Nos debemos enfocar en ir mas allá de las expectativas del paciente, y para eso debemos trabajar con personas con una misma motivación por la excelencia.

“Para poder descubrir personal bien calificado se debe invertir tiempo entrevistando y haciendo las preguntas correctas. Después de todo, los ganadores se rodean de otros ganadores. Le conviene rodearse de personas que complementen sus talentos”. Juan Carlos Maggi Cárdenas (Diciembre 2002). Odontología Ejercicio Profesional. Marketing dental y Gerencia en Odontología.

Pero hasta que punto esto es válido cuando los estudiantes de una universidad lo único que les interesa es poder pasar el curso en la mayoría de los casos. No se les incentiva ni fomenta una sensibilidad social que pueda permitir ejercer su trabajo con pasión y con humanidad hacia los demás.

2.1.40 Calidad del servicio clínico en odontología

Según Armard V Fergienbaum, el control total de calidad puede definirse como “Un sistema eficaz para integrar los refuerzos realizados por los diversos grupos en una organización, de modo que sea posible producir bienes y servicios a los niveles más económicos y que sean compatibles con la plena satisfacción de los clientes.”

Hoyos, I.M(1996). La calidad a través de la gerencia en salud. Facultad de Ciencias para la salud: Universidad de Caldas.

Los cambios en la evolución de calidad, se han ido notando alrededor de cada veinte años, algunos de los impedimentos para el crecimiento del control de calidad fueron la voluntad a la habilidad de las organizaciones para tomar medidas adecuadas referentes a estos temas. La evolución del control de calidad se dice que ha sido en cuatro etapas:

- **Operador de calidad:** al inicio era el artesano quien fabricaba y controlaba la calidad de sus productos.
- **Consumidor y productor cara a cara:** el intercambio de los productos era mucho más sencillo, lo que permitía al consumidor incidir directamente en el establecimiento de las características de calidad que este deseaba.

- **Conforme el desarrollo de la sociedad mercantilista:** el lazo productor-consumidor se separó disminuyendo la posibilidad de que ésta relación directa que existía, agregara valor a lo producido.

Llega la revolución industrial y con ella el desarrollo tecnológico moderno, las líneas de ensamblaje, la especialización del trabajo, la transformación de organizaciones; aumentó el número de actores en la cadena productor-consumidor, donde el responsable del control de calidad pasaba a manos del capataz.

- **Supervisor de calidad:** en la década de 1900 surge el supervisor de calidad. En este periodo se crea el concepto de fábrica moderna, donde muchos hombres desempeñaban agrupadas actividades similares, quienes podían ser guiados por un supervisor, quien era responsable de la calidad del trabajo.
- **Control de calidad por inspección:** estas funciones pasaron a ser responsabilidad del inspector, quien clasificaba producto bueno y producto defectuoso, se caracterizó la inspección del producto final con el fin de satisfacer la demanda, mejorando la productividad y calidad del producto.
- **Control estadístico de la calidad:** el concepto de calidad ha ido evolucionando, ligado a las tendencias en gestión empresarial. En los años 30 del siglo XX, surge la aplicación del control de calidad moderno o estadístico ideado por el Dr. Shewart, quien en el año 1931, presenta su trabajo sobre los laboratorios Bell, en el cual manifestaba, que el mejoramiento de la calidad provoca un aumento de la productividad.

Kattia.(2002).Propuesta de un Modelo Integral para la Evolución de la calidad de los Servicios Odontológicos de la C.C.S.S, en los Tres niveles de atención.Tesis de grado no publicada, universidad de Costa Rica, San José, C.R.

Entre los pioneros del control total de calidad y mejoramiento continuo de ésta área están: Armand V Fergenzaum, W Edwards Deming, Joseph M Juran, Philip B Crosby, Kaoru Ishikawa, Genichi Taguchi.

Deming, el principal responsable del milagro japonés post guerra, advierte que “ la gente que espera resultados rápido está condenada al fracaso y asegura que el 94% de los problemas en la calidad son responsabilidad de la administración en una organización donde la gerencia tiene como tarea ayudar al empleado a trabajar más inteligentemente y no más duramente. Calidad, es un grado predecible de uniformidad y confiabilidad a un costo bajo y adecuado al mercado.

“Calidad: es lo que el cliente desea y necesita”; debe darse una constante investigación del mercado para definir la calidad en función del cliente, ya que los requisitos y los gustos de los consumidores permanecen estáticos.

Hoyos, I.M(1996). La calidad a través de la gerencia en salud. Facultad de Ciencias para la salud: Universidad de Caldas. (p.398)

Demming dice que “la productividad mejora cuando la variabilidad disminuye”, dado que todas las cosas varían. Se necesita un método estadístico para controlar el resultado final y cada uno de los pasos del proceso, llevado a cabo.

Establece que los problemas de variación en cualquier proceso son de dos tipos:

- Aquellos ocasionados por fallas del sistema.
- Aquellos generados por acciones locales sobre el sistema.

Para Demming es fundamental brindarle al trabajador las herramientas adecuadas para realizar las actividades de la mejor manera.

Hoyos, I.M(1996). La calidad a través de la gerencia en salud. Facultad de Ciencias para la salud: Universidad de Caldas. (p.400)

De acuerdo con Joseph M Juran: si la gerencia comprende las situaciones humanas asociadas al trabajo, los problemas técnicos se resolverán fácil; requisito indispensable para dar solución a cualquier problema.

Juran define tres pasos básicos para obtener progreso en calidad:

- Mejoras anuales estructuradas.
- Programas de entrenamiento masivo.
- Liderazgo de la alta administración: se define como proceso de motivación de la gente para lograr los objetivos previamente establecidos y consiste en una secuencia universal de acontecimientos.

Los dos principios generales que guiarán la acción son la misión y las políticas.

Hoyos, I.M(1996). La calidad a través de la gerencia en salud. Facultad de Ciencias para la salud: Universidad de Caldas. (p400)

La importancia del control de calidad, es que garantiza que las actividades de un programa ocurran según fueron planeadas, debido a que las actividades para el control de calidad también pueden identificar fallas en el diseño y por ende, señalar cambios que podrían mejorar la calidad.

Kattia.(2002).Propuesta de un Modelo Integral para la Evolución de la calidad de los Servicios Odontológicos de la C.C.S.S, en los Tres niveles de atención. Tesis de grado no publicada, universidad de Costa Rica, San José, C.R.(p.39)

2.1.41 Factores que controlan la calidad

Son el resultado directo de las políticas de calidad que gobiernen la empresa.

Los factores de la calidad, conocidos como las siete emes de la calidad (debido a sus iniciales en inglés), son:

1. Mercado (Marketing)

El mercado juega un papel muy importante en la calidad de un producto.

Las necesidades del consumidor surgen de la vida cotidiana y especialmente de los recursos para agilizar las actividades de las persona. (Jorge A., 1996, p.32).

2. Hombre (Man)

El hombre constituye el principal factor de calidad, de su grado de motivación y conciencia dependen los demás factores. Por más eficientes y eficaces que sean los medios técnicos propuestos, si el ser humano no colabora no se obtendrán buenos resultados para eso se requiere buscar medios que logren una adecuada capacitación de los diferentes niveles de la empresa, de manera que las políticas de calidad se cumplan. (Jorge A., 1996, p.33)

3. Capital de trabajo (Money)

Como en toda labor de tipo comercial o industrial, el capital de trabajo es absolutamente necesario. Para llevar a cabo las actividades planeadas, es necesario invertir, cualquier recurso económico, utilizado en el sistema de control de calidad; debe verse como una inversión y no como un gasto (Jorge A., 1996, p.34)

4. Material (Material)

Los materiales y materias primas juegan un papel primordial en la calidad final de un producto. No es posible obtener alta calidad con materiales mediocres, pues el proceso de producción no es capaz de generar calidad (Jorge A., 1996, p.34).

5. Máquina (Machina)

Las máquinas constituyen el medio de transformación de materiales en productos terminados. Cualquier desperfecto o desajuste que éstas sufran, se visualizarán en defectos en los productos que se fabriquen. De ahí la importancia de tener adecuados programas de mantenimiento preventivo que garantice baja probabilidad de desajustes y defectos (Jorge A., 1996, p.34).

6. Método (Method)

Los métodos de trabajo, que se utilicen en operaciones de producción y en operaciones de carga, descarga y manejo de materiales, si no son adecuadamente diseñados, son fuente de fallas de calidad.

El analista de métodos debe contemplar en sus diseños los requerimientos de calidad de la operación. Es labor del analista lograr, mediante una adecuada motivación, que el operario desarrolle su trabajo siguiendo el método establecido, de manera que la ejecución de su operación se produzca en el nivel más alto de calidad (Jorge A., 1996, p.35).

7. Administración (Management)

La administración de la empresa es la primera que debe estar convencida de los beneficios de un sistema de control de calidad. Ellos son los encargados de dictar las políticas, de aprobar los planes y de asignar los recursos. Sin este convencimiento es muy poco lo que pueden hacer los departamentos y secciones de la organización.

La forma de medir el desempeño del sistema es a través de un diagnóstico de estos factores. Es así como nos daremos cuenta de las fallas de la organización en la consecución del objetivo de calidad (Jorge A., 1996, p.35).

2.1.42 La calidad en los servicios odontológicos:

Existe actualmente una corriente universal en pos de la calidad, y ha llegado a las organizaciones del sector salud de todas las latitudes. Las razones de esto pueden ser muchas, algunas provienen de lo interno de la organización y otras de lo externo a la organización. Las razones a lo externo de la organización, puede ser la escasez de recursos, las tendencias de privatización de los servicios básicos, la descentralización y la apertura de mayores espacios de participación ciudadana en las decisiones que les afectan directamente, el crecimiento incontrolado del número de profesionales en salud, aumento de la competencia, los altos costos de la tecnología y de los insumos para la producción de los servicios entre otros. Esto exige a las organizaciones prestadoras de servicios en salud, buscar formas más adecuadas de hacer las cosas y superar su ineficiencia.

Kattia.(2002).Propuesta de un Modelo Integral para la Evolución de la calidad de los Servicios Odontológicos de la C.C.S.S, en los Tres niveles de atención.Tesis de grado no publicada, universidad de Costa Rica, San José, C.R (p.41).

En tanto que las razones internas para la búsqueda de la calidad, están relacionadas con el conflicto de que a la administración de los hospitales tuvieron acceso personas con una formación profesional equivalente a la de los médicos y demás profesionales de la salud. Otras razones son los altos costos de la atención intrahospitalaria, generados por la inadecuada utilización de los servicios por parte de los usuarios, por el abuso de los profesionales en el uso de medios de diagnóstico y terapéuticos, las altas tasas de infección intrahospitalaria, las reintervenciones y reingresos. Otras razones internas derivan de la deshumanización en la atención recibida por los usuarios por parte de los miembros de las

organizaciones de salud, además de las razones provenientes de la idiosincrasia individual hasta la cultura organizacional tan particular, principalmente en la seguridad social.

La calidad en el sector salud no puede convertirse en un enfoque gerencial más, requiere ser interiorizada y asumida por todos los miembros de la organización, como un compromiso real y efectivo de todos y en forma fundamental del entendimiento cabal de la cultura organizacional para su posterior moldeamiento y administración. Kattia. (2002). Propuesta de un Modelo Integral para la Evolución de la calidad de los Servicios Odontológicos de la C.C.S.S, en los Tres niveles de atención. Tesis de grado no publicada, universidad de Costa Rica, San José, C.R (p.41).

La clásica definición de la calidad en los servicios de salud, es dada por la máxima autoridad mundial en el estudio de la calidad de la atención médica, el Dr. Donabedian, él la define “una propiedad o conjunto de propiedades que la atención médica puede poseer en grados variables y aclara que en la medida en que cambie el concepto de lo que es la atención médica, varía el concepto mismo de calidad, porque variarán sus contenidos y por tanto sus propiedades”.

Señalando que estas “propiedades se refieren a los aspectos técnicos y las condiciones físicas del ambiente donde se presta la atención. En lo humano considera que la calidad será buena en la que medida en que la relación interpersonal se dé dentro de un esquema de valores y normas socialmente aceptadas y contribuya a que el proceso técnico alcance su máximo efecto”. Kattia.(2002). Propuesta de un Modelo Integral para la Evolución de la calidad de los Servicios Odontológicos de la C.C.S.S, en los Tres niveles de atención. Tesis de grado no publicada, universidad de Costa Rica, San José, C.R (p.42).

Para los servicios de salud, la esencia de la calidad es el paciente, él es la razón de ser de la organización, él inicia la dinámica y es a él hacia quien van dirigido los esfuerzos. Consistente con lo anterior, lo que significa calidad en los servicios de salud, se puede resumir en los siguientes elementos:

- Calidad es altos conocimientos científicos y técnicos, excelentes relaciones sociales e interpersonales, altos estándares de instrumentos entre otros; pero equilibradamente integrados y entrelazados a través de tres elementos: oportunidad del servicio, recursos y tecnología adecuados, y, costos y tarifas razonables, que deben apoyarse entre sí, porque tener dos elementos y no tener uno, no es calidad total.
- Calidad es evitar hacer lo que siempre se ha hecho, por costumbre o porque está escrito; es necesario irradiar una fuente innovadora de perfeccionamiento y progreso a todo nivel en que se intervenga el personal auxiliar, administrativo, y técnico, que mejore día a día lo que hace por su creatividad personal, sin esperar cambios basados solamente en la dotación de nuevos recursos, es potencializar los medios existentes retrasado la inversión hasta cuando sea estrictamente necesario.
- Sólo las acciones que generen valor agregado desarrollan la calidad total, es decir, reuniones, cita, consultas, etc, que no generen valor agregado a la oportunidad de servicio, a la calidad del recurso y tecnologías, y a la racionalización de costos y tarifas, deben desaparecer.
- Calidad total, es cerrar la llave del despilfarro de conocimientos, técnicas, recursos, insumos, existencias, tiempo, inversiones, salarios y gastos.

Despilfarro es echar por el desagüe lo que se hubiera podido utilizar en el bienestar y salud de una persona.

- En servicios de salud la calidad total debe estar fundamentada sobre el proceso y no únicamente sobre el resultado. El resultado evalúa la calidad al final de la acción, pero cuando se aplica por procesos se mide la calidad en cada uno de los pasos del procedimiento y se asegura su excelente ejecución para desarrollar el siguiente, de manera que cuando se llegue al final, todo se ha maximizado por el control de las partes constituidas.

La calidad total en los servicios de salud requiere, de una filosofía nueva que desarrolle hambres que piensen, reflexionen y analicen para mejorar, sugerir, corregir y perfeccionar el trabajo diario. Kattia.(2002).Propuesta de un Modelo Integral para la Evolución de la calidad de los Servicios Odontológicos de la C.C.S.S, en los Tres niveles de atención. Tesis de grado no publicada, Universidad de Costa Rica, San José, C.R (p.43).

2.1.43 Tiempos operatorios clínicos del Programa de Atención Comunitaria en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

2.1.44 Palabras claves:

Tiempos operatorios clínicos: metodología consistente en el ordenamiento de las maniobras necesarias para las preparaciones necesarias dentarias que cumple con los requisitos biológicos, mecánicos, estéticos y preventivos indispensables.

Implementación: acción o efecto de implementar, realizar, ejecutar o hacer algo. (Barrancos, 2002)

Clínicas comunitarias odontológicas integrales: centro de promoción de salud oral donde se desarrolla un programa de motivación y educación para capacitar a líderes comunales y se da atención primaria de las necesidades odontológicas acumuladas.

Salud publica dental: la ciencia y el arte de prevenir y controlar enfermedades dentales y fomentar la salud dental a través de esfuerzos organizados en la comunidad.

Efectividad: concepto que involucra la eficiencia y la eficacia, consistente en alcanzar los resultados programados a través de un uso óptimo de los recursos involucrados.

Estrategia: es la definición en el tiempo y en el espacio del proceso de orientación general, principios y organización en cuyo marco deben operar las acciones e instrumentos a fin de conseguir objetivos previamente formulados.

Evaluación: señalamiento, estimativo, apreciación, cálculo del valor de una acción o cosa. Medición dentro de términos previstos del desarrollo o resultado de una operación.

Eficacia: grado de optimización en que una persona, organización, programa, proyecto, actividad o función logra los objetivos previstos en sus políticas, las metas operativas establecidas y otros logros esperados.

Deficiencia: falta; defecto

2.1.45 Tiempos Operatorios :

2.1.46 Factores externos :

1. Dique de Hule:

Aislamiento total para restauraciones adhesivas e invasiones a pulpa.

Ventajas de la utilización del dique de goma en restauraciones odontopediátricas.

- Mejor visibilidad y acceso al retraer los tejidos blandos y creación de un fondo oscuro de contraste para los dientes.
- El control de la humedad es superior al de cualquier otra forma de aislamiento.
- Mejora la seguridad del niño, porque evita la aspiración o deglución de cuerpos y protege los tejidos blandos.

- Su colocación disminuye el tiempo operatorio.
- Muchos niños tienden a tranquilizarse y relajarse cuando se usa el dique, ya que este parece hacer las veces de una barrera que les hace percibir que los movimientos hacia adentro y hacia fuera son menos bruscos.
- Con el dique colocado, el paciente respira sobre todo por la nariz, lo cual mejora la administración de oxido de nitroso cuando esta se necesita para el control de la conducta (Pinkham 2001).

2-Técnica operatoria:

Tiempos de la restauración:

1. Tiempo del registro oclusal.
2. Tiempo de la anestesia.
3. Tiempo del aislamiento.
4. Tiempo de la preparación cavitaria.
5. tiempo de la protección dentino-pulpar.
6. Tiempo de preparación del material.
7. Tiempo del llenado de la preparación cavitaria.
8. Tiempo del tallado de la obturación.

9. Tiempo del pulido.

10. Tiempo del retiro del aislamiento.

11. Tiempo del control oclusal.

(Barrancos, 2002)

3-Procedimientos clínicos

Sellantes

1. Se debe aislar la pieza con dique de hule.
2. Se realiza limpieza con piedra pómez y se lava y seca bien.
3. Se coloca el ácido por 15 segundos, se lava y se seca con torunda de algodón.
4. Se coloca el sellante en fosas y surcos retentivos y se fotocura por 40 segundos.
5. Se chequea la oclusión.

(Pinkham, 2001)

Resina

1. Anestesiarse al paciente en la zona donde se le hará la resina.
2. Aislar con dique de hule la pieza afectada y ponerle un hilo al clamp para sujetarlo.
3. Con broca redonda empezar a eliminar el tejido carioso hasta que ya no se desprenda tejido afectado.

4. Colocar banda y portamatriz con cuña (si fuese necesario).
 5. Colocar el acido por 1 minutos y lavar y secar bien.
 6. Colocar el adhesivo y fotocurar por 20 segundos, luego escoger la resina que más se parezca al color del diente y fotocurarla por 40 segundos, se le da la anatomía de la pieza.
 7. Se chequea la oclusión y se da el pulido de la resina.
- (Pinkham, 2001)

Amalgama

1. Anestésiar al paciente en la zona donde se hará la amalgama.
 2. Aislar la pieza, eliminar caries y darle retención a la cavidad.
 3. Colocar banda y portamatriz con cuña (si fuese necesario).
 4. Colocar amalgama y darle anatomía.
 5. Pulir 24 horas después.
- (Barrancos, 2002)

Exodoncia

1. Anestésiar al paciente en la zona donde se le realiza la exodoncia.
2. Realizar sindesmotomía.

3. Realizar luxación.
4. Realizar presión con fórceps.
5. Compresionar las tablas.
6. Dar indicaciones postoperatorias.

(Raspall,1994)

Profilaxis

1. Realizar índice de placa.
2. Con pieza de baja y copa llena pasta de profiláctica realizar la profilaxis.

(Pinkham, 2001)

4-Grado de dificultad de los tratamientos

Clasificación de la caries por tejido afectado.

Tipo I (Caries de esmalte)

Esta es la caries que se encuentra únicamente en el esmalte.

Tipo II (Caries de dentina)

Esta es la caries que se encuentra en la primera porción de la dentina.

Tipo III (Caries de pulpa)

Esta es la caries que llega a la pulpa y la inflama, pero esta conserva su vitalidad.

Tipo IV (Necrosis pulpar)

Destrucción total de la pulpa.
(Higashida, 2000)

5-Clasificación de los niños como pacientes

Niño cooperador y no cooperador.

Niño cooperador: este es el niño que reacciona de modo conveniente a los momentos críticos de la cita dental; es decir reacciona lo mejor que le es posible.

Niño no cooperador: estos son los niños que no pueden superar o, más importante aún, no desean afrontar los estímulos y conductuales de la experiencia dental.

Se va subdividir en grupos.

El primer grupo lo conforman los pacientes especiales que tienen afecciones emocionales. El tratamiento odontológico es muy difícil para ellos, así como muchas situaciones de su vida. Es importante destacar que en la mayoría de estos casos no se ha identificado el problema emocional que posee.

El segundo grupo es el de los tímidos, y es el más grande. Estos niños son introvertidos, con socialización precaria, que temen a los retos sociales que implican la visita dental. La mejor manera de tratarlos es romper la barrera de la timidez mediante una relación de amistad.

El tercer grupo comprende a los niños que tienen fobia al tratamiento odontológico.

El último grupo es el que se niega a cooperar porque les disgusta la autoridad. Este tipo de paciente detesta las consultas dentales y su desagrado representa una aversión a obedecer las órdenes de los adultos. (Pinkham, 2001)

La responsabilidad ética odontológica según la Asociación Colombiana de Facultades de odontología (ACFO).

2.1.47 De las relaciones del odontólogo con el paciente

Uno de los aspectos más importantes que debe tener en cuenta el odontólogo, es el referente al de una adecuada relación con su paciente. La experiencia en la defensa de los mismos nos ha enseñado como al igual que ocurre con los médicos, que en un porcentaje alto, los odontólogos se ven sometidos a investigaciones de naturaleza ética, por cometer errores en este aspecto.

Al respecto vale la pena que señalemos cuales son los principales aspectos a los que se debe estar atento.

1. Se debe garantizar al paciente que escoja libremente a su odontólogo, aún en aquellos casos en que el trabajo sea de carácter institucional. En ese mismo sentido se deberá respetar la libertad del paciente para prescindir de los servicios del profesional.

2- En ejercicio de su actividad el odontólogo, deberá dedicar su paciente el tiempo necesario para hacer una adecuada evaluación de su salud bucal. Igualmente indicara los exámenes indispensables para establece el diagnóstico y prescribir el tratamiento correspondiente.

Se debe señalar que este profesional, tiene un deber objetivo de cuidado frente a su paciente. Respecto de él, se encuentra en una posición de garante, que lo obliga a desplegar toda su actividad en aras de mejorar la salud bucal de este.

Pero para dar cumplimiento a esta obligación el odontólogo, dentro del marco del deber objetivo de cuidado, debe tener en cuenta dos aspectos.

El deber objetivo de cuidado interno.

Este el exige al odontólogo valorar las condiciones en las cuales va a desarrollar su actividad. Desde este punto de vista son dos los aspectos que se deben tener en cuenta:

- a. La evaluación adecuada del paciente.

Esta obligación esta consagrada en el Código de Ética Odontológica, en su artículo 8° al señalar:

"El odontólogo dedicara a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud bucal. Igualmente indicara los exámenes indispensables para establecer el diagnostico y prescribir el tratamiento correspondiente"

Deber de cuidado externo.

Bajo este concepto, el odontólogo, tiene la obligación de atender a su paciente de manera adecuada, con todos los medios y tecnología que se requiera, en aras de garantizar que no se produzca un resultado dañoso para la salud de este.

Así mientras el deber objetivo de cuidado interno le exige que valore sus condiciones profesionales y la salud de su paciente, el deber de cuidado externo le exige que al atenderlo actué de manera adecuada.

Este deber como lo señala el profesor Montealegre Lynett, se concreta en dos aspectos: El deber de omitir acciones peligrosas y el deber de mantenerse dentro del riesgo permitido.

- a. El deber de omitir acciones peligrosas.

Si el odontólogo ha advertido un riesgo para la salud de su paciente surge para este la

obligación de omitir la realización de cualquier acción que conduzca a la realización del peligro.

Uno de los casos más comunes en este sentido es la realización de procedimiento cuando no se tiene la preparación para ello. El odontólogo que no este preparado para realizar un tratamiento de conducto, y decida hacerlo ha generado un riesgo no permitido para la salud de este. Y que decir de un profesión que siendo conciente que tiene problemas de visión y ha pesar de ello, y lesiona al paciente con la fresa, o lo quema, naturalmente en este caso ha realizado una acción peligrosa que implicara como en el caso anterior responsabilidad no solo ética sino también penal.

Técnicamente aquí, lo que se produce es una asunción del riesgo. Es decir el odontólogo asumió un riesgo innecesario que conllevo un daño a la salud de su paciente y en consecuencia debe entrar a responder.

Los casos más comunes de culpa por asunción del riesgo son:

- a. No solicitar la colaboración de un especialista cuando así se requiera.

Recordemos el artículo 22 del código que establece la obligación de solicitar la ínter consulta de otros odontólogos o médicos cuando el paciente lo necesita.

Igualmente el artículo 15 del mismo estatuto establece:

"El odontólogo no debe comprometerse a efectuar tratamientos para los cuales no está plenamente capacitado"

Sobre este punto existiría una clara violación a las normas de ética odontológica, cuando el ortodoncista, decide actuar frente a un paciente que presenta un apiñamiento de sus piezas dentales, pero además como presenta un prognatismo decide igualmente

intervenirlo para solucionar esta situación sin estar capacitado para ello. Si como consecuencia de esta intervención la operación no produce los efectos deseados y por el contrario estos son defectuosos, el ortodoncista deberá responder por asumir un riesgo al realizar un procedimiento para el cual no estaba capacitado.

b. Realizar un procedimiento sin los elementos o condiciones necesarios para que este pueda ser exitoso. Como cuando el odontólogo ha sabiendo de que debe tomar una radiografía para determinar la lesión decide actuar sin realizarla.

c. Continuar con un tratamiento que no corresponde a la patología del paciente a pesar de que el odontólogo sea conciente de ello.

d. Actuar aún a sabiendo de que sus condiciones de salud o físicas se lo impiden. Como en el caso ya señalado que el odontólogo tiene problemas de visión, o se encuentra embriagado, y a pesar de ello atiende a su paciente.

Al respecto el Código de Ética Odontológica, consagra expresamente esa prohibición de asumir y someter al paciente a riesgos innecesarios.

El deber de mantenerse dentro del riesgo permitido.

En la actividad odontológica, resulta normal que el profesional, someta al paciente a ciertos riesgos y acciones peligrosas, en aras de poder atender de manera adecuada al mismo. El solo hecho de que se utilice anestésicos genera riesgos en la salud del paciente, no obstante ello, sin el empleo de estas sustancias difícilmente se podrían realizar algunos procedimientos.

El mantenerse dentro del riesgo permitido, implica que el odontólogo puede si se quiere exponer al paciente a ciertos riesgos que se hacen necesarios para poder atender de manera adecuada la patología que el mismo presenta.

Principio de confianza y relación del odontólogo con el personal subalterno.

El odontólogo tiene la obligación como ya lo señalábamos de no someter al paciente a riesgos innecesarios, en consecuencia no podrá delegar en personas menos calificadas cualquier tratamiento que requiera de su competencia profesional.

Igualmente deberá tener cuidado en la escogencia de su personal auxiliar, porque si escoge a una persona que no este capacitada para colaborarle y como consecuencia de ello, se produce un resultado dañoso para la salud de su paciente, en virtud el principio de confianza, quien deberá responder es el odontólogo y no su auxiliar al haber asumido y exponer al paciente a un riesgo, que desafortunadamente se concretó en un resultado lesivo para su salud.

2.1.48 Problemas de agresión en niños y niñas del Colegio Cristiano Asambleas de Dios en Los Cuadros de Guadalupe, Purrál

Desde que nace, el niño o niña se encuentra expuesto (a), sin defensa alguna, a toda una serie de agresiones que pueden atentar tanto a su integridad física como al desarrollo armónico de su personalidad.

La mayoría de las agresiones tienen su origen fundamentalmente en la inserción del niño o niña en el contexto familiar y social en el cual nace, y le corresponda vivir.

El maltrato es cualquier conducta hostil, rechazante, amenazante o destructiva que perjudica el bienestar físico, mental, emocional y sexual de una persona, y, en el caso que nos ocupa, de un menor de edad.

Para dar un diagnóstico y tratamiento adecuados se clasifica el maltrato en tres categorías, de acuerdo a la magnitud, complejidad y efectos del mismo: maltrato leve, maltrato moderado y maltrato severo.

El maltrato leve se puede considerar como la acción o manifestación agresiva que es temporal, circunstancial, que obedece a aspectos culturales y educativos, y que no dejan evidencia física ni consecuencias emocionales permanentes.

El maltrato moderado es aquel en el cual se presentan evidencias físicas de fácil recuperación y que requieren de atención por parte del adulto. Incluye exigencias de cumplir tareas difíciles e inapropiadas para la edad del menor, peleas y agresiones constantes entre padres o familiares en presencia del menor, insultos y abusos deshonestos.

Podría asociarse a familias donde existen problemas socio-económicos, alcoholismo, desintegración familiar, y otros.

El maltrato severo es aquel que se caracteriza por una descarga emocional irracional del adulto sobre un menor, dejando señales que requieren atención médica que dejan secuelas en cualquier aspecto físico o emocional, pudiendo existir descontrol del agresor e intencionalidad.

Puede estar asociado a personas con características de personalidad deterioradas o con patología social acentuada: prostitución, drogadicción, alcoholismo, entre otros. (Buscar bibliografía en PANI, hospital nacional de niños ccss.(s.f.), 1980 Situación del niño agredido en CR. Recuperado el 1 de noviembre, 2006.)

Los maltratos se pueden clasificar en:

- Maltrato físico.
- Maltrato psicológico o emocional.
- Negligencia o abandono
- Abuso sexual.

2.1.49 Abuso físico

Según A. Martínez Roig y J. Paúl en su libro “maltrato y abandono en la infancia” el maltrato físico es el más conocido y suele recibir el nombre de “síndrome del niño agredido”. Se define como cualquier acto intencional producido por los responsables del niño que impliquen o pudieran llevar consigo lesiones físicas producidas con o sin instrumentos, enfermedades o intoxicaciones.

Para la Fundación Paniamor el abuso físico ocurre cuando “una persona que está en una relación de poder con un niño, niña o adolescente, le inflige daño no accidental provocando lesiones internas, externas o ambas a este menor de edad”.

2.1.50 Indicadores Físicos:

- Golpes, heridas, quemaduras, laceraciones o abrasiones que no concuerdan con la causa alegada.

- Mordiscos, desgarros.

- Fracturas sin explicación coherente.

- Hematomas, en varios estadios de evolución.

- Golpes, puñetazos, sacudos, patadas, palizas.

- Quemaduras que asemejan artefactos eléctricos o cigarrillos.

- Marcas de patrones regulares como: dientes, mano, cinturón, cordón eléctrico.

2.1.51 De comportamiento:

- Cambios repentinos de conducta.
- Comportamiento extremo (muy agresivo, retraído, sumiso, pasivo, extremadamente hiperactivo, depresivo).
- Fácilmente asustable y temeroso.
- Tendencias destructivas.
- Alega temor a los padres o encargados.
- Da razones poco creíbles para sus lesiones.
- Uso de vestimenta inadecuada para el clima (ocultando las lesiones).
- Baja autoestima.
- Problemas de aprendizaje.
- Problemas de lenguaje.
- Bajo rendimiento académico.
- Fugas crónicas del hogar.
- Conflictos con la ley.
- Relaciones interpersonales deficientes.

- Temor a una persona en particular.
- Ausentismo escolar frecuente, relacionado con la aparición de la lesión.

2.1.52 Abuso emocional o psicológico

Según A. Martínez Roig y J. Paúl en 1993 definen al abuso emocional como “cualquier acto que rebaje la autoestima del niño o niña o que bloquee las iniciativas infantiles de interacción por parte de los miembros adultos del grupo familiar”.

La Fundación Paniamor define abuso emocional a “toda acción u omisión que dañe la autoestima o el sano desarrollo de un niño o niña. Incluye los insultos constantes, el no reconocer aciertos, ridiculizar, rechazar, manipular, explotar y comparar”.

La agresión psicológica son frases o expresiones del adulto que agreden al niño o niña provocando una desvalorización y limitación de sus potenciales de acción, sentimientos y pensamientos. Las cicatrices del abuso emocional son invisibles, pero pueden causar incapacidades de comportamiento, emocionales e intelectuales, así como problemas psicológicos serios.

Todas aquellas conductas y mensajes subyacentes, expresados por el adulto y que conllevan conceptos y actuaciones de lástima, sobreprotección, desvalorización, culpabilización, desconfianza, rechazo y desprotección, corresponden a agresiones psicológicas evidentes, las cuales deben ser valoradas en cuanto a su importancia al impedir que el niño o niña se desarrolle como un ser autónomo y auténtico.

2.1.53 Indicadores físicos:

- Problemas de salud (afecciones de la piel, acné, problemas del habla: tartamudeo; asma, alergias, úlceras).

- Trastornos en la alimentación (bulimia, anorexia)
- Comportamiento infantil (se orina en la cama o la ropa, se chupa el dedo)
- Retraso en el desarrollo (falta de rendimiento esperado para la edad)
- Enfermedades psicosomáticas (vómitos, dolores de cabeza)

2.1.54 Indicadores de comportamiento:

- Problemas de aprendizaje.
- Se muestra destructivo.
- Movimientos rítmicos repetidos.
- Extremadamente agresivo (a), retraído (a).
- Extremadamente obediente a instrucciones de los maestros, doctores y otros adultos.
- Problemas con el sueño (insomnio, pesadillas)
- Se mantiene en estado de aislamiento.
- Demuestra baja autoestima.
- Hace comentarios negativos sobre su persona.
- Tendencia suicida.

- Fuga del hogar.

2.1.55 Negligencia o abandono

A. Martínez Roig y J. Paul (1993, p.27) definen negligencia como “aquellas actuaciones inconvenientes por parte de los y las responsables del cuidado y educación del niño o de la niña, ante sus necesidades físicas, sociales, psicológicas e intelectuales, así como a una falta de previsión del futuro.

Según la Delegación del Sur, PANI en la antología: Taller abuso infantil definen negligencia como “acciones u omisiones de los padres o guardadores del menor de edad no satisfacen sus necesidades básicas, como lo es la alimentación, cuidados higiénicos, protección, vestimenta, educación, atención médica, supervisión o lo deja en total estado de abandono”.

Esta desatención puede provocar en los niños y las niñas cuadros de desnutrición importantes, descuido frente a situaciones peligrosas y accidentes frecuentes, vacunaciones incompletas, deserciones escolares, desconocimiento de actividades extrafamiliares, desinterés, entre otros.

2.1.56 Indicadores físicos:

- Patrón de crecimiento deficiente.
- Famélico o desnutrido.
- Constante falta de atención y supervisión por parte de los encargados (caídas frecuentes, se quedan solos en la casa, ingestión continua de tóxicos, niños cuidando a otros niños).
- Constante fatiga, sueño y hambre.

- Higiene personal deficiente.
- Carece de vestimenta adecuada o necesaria.

2.1.57 Indicadores de comportamiento:

- Asume responsabilidades propias de un adulto.
- Pide o roba comida.
- Busca afecto o atención.
- Falta en el rendimiento esperado para la edad.
- Agresivo, retraído.
- Sumiso, extremadamente complaciente.
- Conducta regresiva, inmadura.
- Depresivo, apático.

2.1.58 Abuso sexual infantil

Según la Delegación del Sur, PANI en la antología: Taller abuso infantil define el abuso sexual como “todo acto en el que una persona adulta en una relación de poder, involucra a un niño o niña en una actividad de contenido sexual, que propicia su victimización y de la que el ofensor obtiene gratificación en el ejercicio de su poder.

El abuso sexual es uno de los abusos que causan más problemas a nivel psicológico, físico y emocional y tienen consecuencias sumamente destructivas en la personalidad de quien lo padece.

2.1.59 Indicadores físicos:

- Infecciones recurrentes en el tracto urinario.

- Enfermedades de transmisión sexual.

- Ropa interior inexplicablemente manchada o rota.

- Sangrados alrededor o en las fisuras de la boca, el ano o la vagina.

- Aumento general de trastornos somáticos tales como: dolores de estómago, dolor de cabeza, etc.

- Regurgitación o vómito de alimentos (especialmente si el ofensor ha introducido su pene en la boca de niño, niña o del o la adolescente: fellatio).

- Tono de voz o lenguaje propio de un niño o niña más pequeño.

- Dolor en el área de la vagina, el pene o el ano.

- Orinarse en la cama (enuresis).

- Ensuciarse en la ropa (encopresis).

- Brotes o rasguños inexplicables.

- Privarse voluntariamente de alimentos.

- Comer y luego provocarse el vómito.
- Picazón anormal en el pene o la vagina.
- Olor extraño en el área genital.
- Hallazgo de objetos pequeños en el ano o en la vagina del menor.
- Embarazo temprano de 9 a 14 años particularmente.
- Dificultad para caminar o sentarse.
- Vergüenza de su propio cuerpo y resistencia a cambiarse en frente de otros.
- Los jóvenes varones pueden sentirse atraídos por el fuego y podrían iniciar incendios.
- Comerse las uñas, los dedos, los labios, hasta romperlos, infectarlos o hacerlos sangrar.
- Fugarse de los hogares.
- Adolescentes mujeres involucradas en pornografía o prostitución.
- Promiscuidad.
- Adolescentes mujeres que desean casarse jóvenes para salir de sus hogares o situaciones abusivas.

- Comportamiento muy seductor u obsesivo con relación al sexo, en conversaciones, dibujos, televisión, bromas, películas.

- Masturbación excesiva.

- Tendencia a abusar sexualmente de parientes o amigos menores en edad.

- Depresión, pensamientos o tentativas de suicidio.

- Sentimientos de disociación, es decir, el o la adolescente tiene la sensación de que se está viendo a sí mismo (a) como en un sueño.

- Temor a la homofobia en los adolescentes varones (miedo a ser considerados homosexuales, temor y odio hacia los homosexuales).

2.1.60 Indicadores de comportamiento:

- Dejar de comer o comer demasiado.

- Problemas al dormir.

- Pesadillas muy frecuentes.

- Llanto o lamentos sin razón aparente.

- Temor hacia los adultos en general.

- Comportamiento mucho más tímido de lo normal.

- Comportamiento más dependiente de los padres de lo usual.

- Hiperactividad.
- Incapacidad de concentrar la atención en algo por mucho tiempo.
- Comportamiento regresivo, propio de un niño o niña de menos edad.
- Comportamiento sexual inadecuado para la edad, en su relación con otros niños o niñas o en sus juegos.
- Conversación sobre temas sexuales en términos poco adecuados para su edad.
- Rendimiento académico peor de lo usual.
- Incapaz de relacionarse bien con otros niños o niñas y compañeros o compañeras de clase de su edad.
- Comportarse en forma muy agresiva generalmente, llega a pelear con otros (as).
- Temeroso (a) de alguien en particular, o por el contrario quiere pasar demasiado tiempo con esa persona en especial.
- Comportamiento como si nada en el mundo le interesara.
- Temor a la oscuridad.
- Muy somnoliento (a) en la escuela.
- Ticks nerviosos en la cara.

2.1.61 Historia de la Discapacidad

Los egipcios (a.c), creían que las personas con discapacidad eran seres divinos, superiores, iluminatorios o enviados por dioses. En los primeros siglos d.c., esta concepción varió pues fueron considerados como seres malignos que debían ser eliminados pues producían vergüenza y deshonra.

Sin embargo, para el período del Renacimiento, los valores del cristianismo relacionados con el orden social fueron ganando fuerza y se produce un modelo de atención asistencial, de manera que las personas con discapacidad son recibidos en asilos y hospitales adoptando medidas de protección institucional o la expulsión o prisión para los discapacitados que eran de otra religión.

En los siglos XVI y XVII se originó un avance significativo dentro de este modelo para las personas con discapacidad gracias a la sistematización de los primeros métodos educativos para los niños sordos.

Para el siglo XIX, Edouard Séguin, contribuyó al modelo asistencial creando una pedagogía para la enseñanza de las personas con discapacidad intelectual. Durante este siglo se consideraba necesaria la hospitalización, se admitía que los niños con discapacidad, incluso la intelectual eran capaces de aprender, pero debían permanecer en internados, separados de sus familias y de su comunidad.

Desde principios del siglo XX hasta la década de los setentas dominó una concepción organicista y psicométrica de las discapacidades sustentada en el modelo médico-terapéutico. Se consideraba que todas las discapacidades tenían origen en una disfunción orgánica producida al comienzo del desarrollo.

Se desarrollaron pruebas e instrumentos de evaluación y una atención especializada que implicaba un tratamiento distinto y separado para cada paciente; como fueron, las

pruebas psicométricas que permitieron la clasificación de la inteligencia y con ello la posibilidad de ofrecer una respuesta educativa diferenciada por el grado de deficiencia.

En el modelo médico-terapéutico el concepto de “normalidad” en el aprendizaje estaba relacionado con la capacidad intelectual, que sólo podía medirse con instrumentos para evaluar la inteligencia, como los test psicométricos de Alfred Binet y Théodore Simon. Las escuelas comunes buscaron su homogeneidad en los grupos y las escuelas especiales también se organizaron de acuerdo con el tipo de discapacidad, se elaboraron materiales didácticos especiales y se conformaron equipos de docentes especialistas según el trastorno.

La concepción de discapacidad y el modelo médico que sirvió de sustento a la creación de escuelas de educación especial fueron cuestionados porque el diagnóstico identificaba a la discapacidad como enfermedad a veces incurable, y porque una escolarización separada de la escuela regular era un hecho segregador.

A partir de la década de los setentas surge una manera diferente de concebir la discapacidad, la corriente normalizadora. Este nuevo enfoque aboga el derecho de las personas con discapacidad a llevar una vida tan común como el resto de la población en los ámbitos familiar, escolar y social. La estrategia para el desarrollo de esta filosofía se denominó integración.

Para la corriente normalizadora el lugar de estudio de los alumnos con discapacidad debería ser, en medida de lo posible, la escuela regular; además señaló que el mayor índice del fracaso escolar en las escuelas regulares estaba relacionado con aspectos de tipo social, cultural y pedagógico, lo que implicó reconocer que los responsables de los problemas no eran sólo los alumnos. Se gestó un cambio hacia un modelo educativo, que modificó el trabajo que el personal de educación especial realizaba; fue menos dirigido al diagnóstico y a la categorización de los alumnos y más orientado hacia el diseño y estrategias de atención en la escuela.

El modelo educativo finalmente asume que las personas con discapacidad intelectual son sujetos con necesidades educativas especiales. Bajo esta concepción, se deja de ver a la persona por su déficit y que sus dificultades no dependen sólo de él, sino que tienen un origen interactivo con el medio. (Heward, 1997. Cap. 1)

En 1996, durante las Para-Olimpiadas de Atlanta, se dijo la población mundial de discapacitados rondaba los 500 millones de personas, en donde un 80% de estas personas se encuentran en los países en vías de desarrollo y sólo un 2% de esta población recibe atención especializada.

En Costa Rica se presenta en 1996, la ley 7600 llamada la ley de igualdad de oportunidades para personas con discapacidad y que es puesta en vigencia a partir de mayo de 1998. El objetivo de esta ley promover el acceso igualitario para todas la personas con cualquier tipo de discapacidad a la educación, la salud, el trabajo, el transporte, la recreación, deporte y cultura, al espacio físico, a la información y comunicación.

De acuerdo con los derechos humanos, y uno de sus más importantes principio que es la igualdad, el cual implica que por el simple hecho de existir y pertenecer a un grupo social, se tienen derechos y obligaciones, una persona con discapacidad, al igual que el resto de los ciudadanos, tiene derechos fundamentales y debe ofrecerle igualdad de oportunidades en todos los ámbitos entre ellos el derecho a una educación. La integración educativa no es un acto de caridad, es un derecho de cada alumno con el que se busca la igualdad de oportunidades para ingresar a la escuela.

<http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled/disun.htm#FirstSteps>

Es importante tomar en cuenta que la Ley debe ser cumplida no pensando en el trabajo extra que esto implica como docentes, sino en el derecho que tienen las personas con alguna discapacidad o necesidad educativa a que se les adecúe para estar al nivel de los demás y poder salir adelante con sus limitaciones.

Es por ello que los educadores así como los funcionario públicos pueden ser sancionados si no aplican las adecuaciones curriculares o se hace caso omiso de las

necesidades que tienen los estudiantes, los cuales han sido referidos por otro docente que ha trabajado con el joven. Si un docente que no ha querido aplicar la adecuación curricular por el motivo que sea puede sufrir desde una amonestación hasta una suspensión o traslado provisional según sea el caso.

Pearson Palmer, Kathy. Adecuaciones curriculares educación formal. División de control de calidad y macroevaluación del Sistema Educativo Costarricense, MEP <http://www.dcc.mep.go.cr/formal%20adecuaciones%20curriculares.html>

2.1.62 Conceptos básicos de deficiencia discapacidad y minusvalía

Es importante hacer una diferenciación entre los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía, conceptos que en el lenguaje ordinario se emplean como sinónimos pero que reflejan realidades diferentes.

2.1.63 Deficiencia

Dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es "toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica".

La deficiencia se caracteriza por pérdidas o anormalidades que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico, y, en principio, refleja perturbaciones a nivel de órgano.

2.1.64 Discapacidad

Una discapacidad es "toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma y dentro del margen que se considera normal para un ser humano".

La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una normal actividad rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Las discapacidades pueden surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo. La discapacidad representa la objetivación de una deficiencia y, en cuanto tal, refleja alteraciones a nivel de la persona.

2.1.65 Minusvalía

Una minusvalía es "una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, el sexo y factores sociales y culturales)".

La minusvalía está relacionada con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento y el status del individuo y las expectativas del individuo mismo o del grupo concreto al que pertenece. La minusvalía representa, pues, la socialización de una deficiencia o discapacidad, y en cuanto tal refleja consecuencias culturales, sociales, económicas y ambientales que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia y la discapacidad.

Resumiendo los conceptos anteriores, la deficiencia es un trastorno intrínseco a nivel de órgano, discapacidad es un trastorno a nivel de la persona y minusvalía un trastorno a nivel social (Paula Pérez, 2003).

2.1.66 Clasificación de las discapacidades

Las discapacidades se pueden clasificar de acuerdo a sus orígenes, de acuerdo tipo.

2.1.67 Atendiendo a los orígenes

Neonatalidad

- Transmisión congénita.
- Sufrimiento fetal.
- Problemas en el parto.

Enfermedad

- Naturaleza endógena (Producida por causas internas).
- Naturaleza exógena (Producida por causas externas).

Accidente

- Doméstico.
- Vial.
- Laboral.
- Otras Causas.

Geriatría

- Envejecimiento natural.
- Agravamiento del envejecimiento.

2.1.68 Atendiendo Al Tipo De Discapacidad Física/Psíquica/Sensorial

Discapacidad Física

- Tronco/ Columna Vertebral.
- Miembros Superiores (M.S.).
- Miembros Inferiores (M.I.).
- Trastornos Orgánicos.
- Lesiones Endocrino-Metabólicas (Diabetes, Hipotiroidismo...).
- Enanismo- Acondroplasia.
- Lesiones Digestivas (Hepatitis, Enfermedad De Crohn...).
- Lesiones del Aparato Respiratorio (asma, alergias respiratorias...).
- Lesiones Dermatológicas (psoriasis, secuelas de quemaduras...).
- Lesiones del aparato genital (Mastectomías...).
- Lesiones renales o del aparato urinario.
- Lesiones del Aparato Circulatorio (Enfermedades Cardiovasculares, Varices...).
- Lesiones del Sistema Inmunológico.
- Hemofilia.

Problemas Neurológicos/ Sistema Nervioso Central

- Epilepsia.
- Esclerosis Múltiple.
- Secuelas de Traumatismo Craneoencefálico/ De Estado De Coma.
- Trastornos de Coordinación y Equilibrio (Ataxias, Secuelas De Tumor Cerebeloso...).
- Parkinson.
- Vértigos (Enfermedad Meniere, Síndrome Vertiginoso...).

Discapacidad Psíquica

- Retraso Mental (Leve, Moderado, Severo, Profundo).
- Enfermedad Mental.

Discapacidad Sensorial

- Ceguera.
- Deficiencia Visual.
- Sordera.
- Hipoacusia.

- Sordoceguera.

Otras Discapacidades

- Tartamudez.
- Laringectomía.
- Disartria.
- Problemas de Expresión.
- Discapacidades Mixtas.

(Campabadal, 2001)

Las personas con discapacidad, son principalmente y ante todo personas, de aquí que lo normal sea tratarles con la mayor normalidad posible. Es por ello que para atender sus necesidades especiales dentro ambiente normal, integrador e igualitario, se han desarrollado los siguientes conceptos.

Necesidad educativa especial: concepto generado en países anglosajones en especial en Inglaterra en 1978. Definido como “una deficiencia ya sea física, sensorial, intelectual social, o cualquiera de estas, que afecta al aprendizaje de manera que hace necesarios algunos o todos los accesos especiales al currículo, especial o modificado, o a unas condiciones de aprendizaje especialmente adaptadas para que el alumnado sea educado eficazmente.”

Estudiante con necesidades educativas especiales: persona que presenta condiciones de aprendizaje deficientes por dificultades en el aprendizaje mayores que el promedio de los otros estudiantes, lo que le dificulta o impide acceder a la educación, de forma que requiere -para compensar estas deficiencias- adecuaciones en una o más áreas del currículo.

Servicios de apoyo: son las ayudas técnicas, equipo, recursos auxiliares, asistencia personal y servicios especializados requeridos por las personas con necesidades educativas especiales para que el derecho a la educación sea efectivo y garantice el desarrollo pleno de sus capacidades.

Currículo: conjunto de oportunidades de aprendizaje preparadas por el centro de formación en función de los fines de la educación, para facilitar experiencias de aprendizaje de participantes, dentro y fuera del ambiente educativo (Paula Perez, 2003).

Adecuación Curricular: es el ajuste del currículo a las características y necesidades de cada participante, que presente alguna discapacidad, con el fin de atender sus diferencias individuales.

Adecuaciones de acceso: son las modificaciones o provisión de recursos especiales, materiales o de comunicación dirigidas a participantes (especialmente a para quienes presenten deficiencias motoras, visuales y auditivas) para facilitarles el acceso al currículo regular o, en su caso, al currículo adaptado.

Dificultades de aprendizaje: se refiere a las dificultades que en mayor grado, presentan algunas personas para acceder al aprendizaje.

Adecuaciones no significativas: constituyen las acciones que se realizan para ofrecer condiciones de aprendizaje adecuadas, con el fin de atender las necesidades educativas de los participantes, y que no modifican sustancialmente los objetivos y contenidos incluidos en la programación del currículo institucional.

Estas acciones incluyen la priorización de objetivos y contenidos, así como ajustes metodológicos y evaluativos de acuerdo con las necesidades, características e intereses del participante.

Adecuaciones Significativas: Consisten principalmente en la eliminación de contenidos esenciales y objetivos generales que se consideran básicos en los diferentes módulos y la consiguiente modificación de los criterios de evaluación.

La aplicación de este tipo de adecuaciones requiere de un análisis exhaustivo ya que no se trata de simples adaptaciones en la metodología o en la evaluación, sino que representan modificaciones sustanciales del currículo institucional (Heward, 1997).

A nivel educativo no solo las discapacidades pueden interferir en el proceso de aprendizaje común para los estudiantes promedio, pues existen una serie de trastornos que pueden dificultar esta labor.

Los trastornos del aprendizaje se consideran como una categoría aparte de la educación especial, sin embargo no ha sido fácil llegar a un consenso en su definición. Una definición es la siguiente: los trastornos del aprendizaje se consideran dificultades para la adquisición habilidades para escuchar, hablar, leer, escribir, razonar o calcular. Estos trastornos se consideran intrínsecos, pues se supone que se deben a anomalías del sistema nervioso central o desequilibrios bioquímicos y pueden aparecer durante toda la vida. Paralelamente a estos trastornos pueden aparecer problemas de conductuales en el autocontrol, la percepción y en la interacción social. También pueden estar asociados a otras discapacidades o como consecuencia externa de diferencias culturales, instrucción insuficiente o falta de motivación.

De acuerdo con un estudio realizado en los Estados Unidos en 1992, en Iowa e Indiana y se presentaron a nivel escolar 2775 casos diagnosticados con trastornos del aprendizaje de los cuales los hombres sufren mas estos trastornos que las mujeres, el coeficiente intelectual fue de 94 a 95 puntos, el rendimiento escolar de los niños iba disminuyendo a medida que pasaban a cursos posteriores y un 15 % de los alumnos presentaban problemas de conducta (Heward, 1997. cap 5).

Los trastornos del aprendizaje pueden agruparse de acuerdo a sus características en:

Trastornos en la actividad motora

- Hiperactividad.
- Hipoactividad.

- Carencias en la coordinación

Trastornos de la personalidad y emocionales

- Tensión nerviosa.
- Ansiedad.
- Inestabilidad emocional
- Dificultades para mantener la atención.
- Reacciones comportamentales bruscas y desconcertantes.
- Poco control de sí mismo
- Inquietud y desobediencia.
- Bajo autoconcepto y autoestima.

2.1.69 Trastornos en la percepción

- Percepción de las formas
- Percepción del espacio.
- Trastornos en la simbolización

Trastornos en el lenguaje

- Disartrias.

Tartamudeo.

Disfonías.

Trastornos en la atención

- Déficit atencional.
- Atención excesiva.

Trastornos en la memoria

Deficiencias de la memoria auditiva.

Deficiencias de la memoria visual (Paula, 2003 cap.2).

Dos de los trastornos del aprendizaje más comunes a nivel escolar son el déficit atencional y la hiperactividad, que se pueden presentar solos o en combinación.

El déficit atencional (DA) se define como la dificultad o incapacidad para poner atención o concentrarse en las tareas y la hiperactividad se define como un alto grado de movimientos motores sin objetivo alguno o impulsividad. El diagnóstico de estos trastornos es subjetivo y puede ser medido no en menos de 6 meses de observación.

Es muy importante destacar que el DA e hiperactividad no se considera una discapacidad y que algunas personas con estos trastornos pueden tener un nivel de rendimiento escolar aceptable ni requerir de adecuaciones curriculares.

Es muy común el tratamiento farmacológico de la niños con DA e hiperactividad con la utilización de la Ritalina o Ritalin, cuyo nombre genérico es metilfenidato, fármaco perteneciente a la familia de las anfetaminas clasificado como un estimulante que incrementa el nivel de actividad y se justifica en niños con hiperactividad ya que dicho fármaco puede producir un efecto paradójico en niños, es decir disminuye la actividad.

En 1993, Swanson realizó estudios sobre 341 investigaciones sobre la medicación con ritalina en niños y concluyó lo siguiente:

- Produce control pasajero de la hiperactividad, la falta de atención y la impulsividad.

Mejora de forma temporal la conducta y la agresividad así como aumenta el rendimiento escolar.

- No se observa mejora a largo plazo.
- Produce efectos colaterales como aumento de los tics, perturbaciones del sueño y de los hábitos alimenticios.

Produce efectos negativos en las funciones cognitivas

- Disminución del apetito.
- Cefaleas.

Trastorno del ritmo normal del desarrollo:

- Atenuación de las emociones.
- Aumento de la presión arterial.

Por todos los efectos colaterales y no producir efectos positivos a largo plazo, muchos médicos se oponen a la terapia farmacológica y algunos solo la recomiendan a muy corto plazo mientras se trabaja la mejora de la conducta (Heward, 1997).

2.1.70 Tratamiento odontológico del niño con necesidades especiales

De acuerdo con la ley 7600, capítulo III, artículo 31, toda persona con discapacidad tiene el derecho a recibir los servicios de salud en igualdad de condiciones y serán considerados como actos discriminatorios, en razón de la discapacidad, al negarse a prestarlos, proporcionarlos de inferior calidad o no prestarlos en el centro de salud que le corresponda.

Para ello el odontólogo debe solucionar el problema de las barreras que dificulten el acceso a las instalaciones y realizar adecuaciones de espacio ajustables a personas con discapacidad física. En cuanto a los otros tipos de discapacidades es imprescindible que el odontólogo sepa cuáles son las características clínicas de cada paciente según su discapacidad, realizar una buena anamnesis recopilando información general del paciente, antecedentes patológicos, hábitos, antecedentes farmacológicos, quirúrgicos y alérgicos, así como sus propias características sociales y familiares.

Se recomienda que la familia realice una breve visita al consultorio con el paciente para aumentar la confianza y disminuir la ansiedad, que se familiarice con el personal y las instalaciones,. Se debe hablar de forma lenta, pero normal, y con claridad y sencillez, asegurándose siempre que el paciente entiende lo que se le explica. (Mc. Donald,1998).

2.1.71 Historia de la ética

Para conocer un poco de historia podemos mencionar que en la antigüedad los pueblos se limitaron a vivir sus vidas con los códigos morales tradicionales.

Nombres como Platón, Aristóteles, Sócrates, los sofistas, Alejandro magno, Emmanuel Kant y hasta de San Agustín él cual determino o dio valor a la ética de acuerdo al actuar del hombre según las leyes de Dios.

El valor de la ética se desarrollo en la Grecia Clásica segunda mitad del siglo V y en casi todo el siglo IV a.C.

En el caso de los Sofistas estos fueron unos de los primeros pensadores en estudiar las costumbres, problemas culturales y las leyes morales, en sus consideraciones tomaron una postura antropocéntrica, relativista y escéptica, donde ellos pensaban que el hombre es la medida de todas las cosas, para ellos el tachar algo como bueno o malo dependía de cómo lo viera cada individuo.

En el caso de Sócrates él piensa que todos los individuos son buenos y que si actúa de mala manera es seducido por un mal que parece bien. Fue el que implemento el intelectualismo moral que se basa en identificar saber y virtud e ignorancias y vicio.

En el caso de Platón él piensa que el ser humano no es cuerpo y alma, sino, simplemente alma, busca la armonía del ser humano para conseguir la elevación del alma desde el mundo material al mundo espiritual.

Para Aristóteles la ética se maneja más en los ámbitos de este mundo, donde los seres humanos tienden por naturaleza a ser felices. Los valores y la ética se consiguen mediante el uso de la racionalidad.

En el caso de Kant, él rechazaba las teorías anteriores debido a que pensaba que las teorías derivan las normas y los deberes desde campos ajenos a la propia dimensión moral y racional de las personas. Kant defendió una ética autónoma donde explica que nuestros deberes no se nos pueden imponer desde ningún fin real ni ideal y tampoco es posible derivados desde los usos o desde las prácticas cotidianas.

Para mencionar el ambiente religioso está, San Agustín quien basó su teoría ética en la religión católica, donde explica que los actos humanos realizados desde una orientación divina, son actos de virtud y bondad y los que no se realizan con el poder divino son viciosos y negativos.

Cabe mencionar que la Ética está íntimamente relacionada con los valores morales, donde la ética es una disciplina y los valores es el medio para hacer lo correcto.

La conducta humana está delimitada por el mundo socio-cultural, indefectiblemente, la vida humana se desarrolla en un determinado momento y se encuentra influida por las ideas y las carencias de su sociedad. Así, las personas reciben todo un conjunto de pautas, de descripciones, de prohibiciones, de valores y desvalores en perpetuo flujo y movimiento, desde los cuales van interpretando la realidad y elaborando su conducta.

Por otra parte es importante mencionar que el ser humano tiene la gran capacidad de ser libre, eso quiere decir que tiene el derecho de saber escoger las opciones adecuadas a las diversas alternativas que se le presenten en su vida cotidiana.

Así pues, los hombres y las mujeres, por ser conscientes, inteligentes y libres, son dueños y responsables de sus actos y de su propio destino, más aún el de buscar su propio destino, es ahí donde el ser humano se encuentra constantemente en la coyuntura moral de tener que decidir lo que *debe hacer* y no es suficiente tomar cualquier decisión, sino, que esta debe ser justificada con racionalidad. El filósofo Ortega y Gasset afirman que “*debemos hacer lo que debemos hacer y debemos evitar hacer cualquier cosa*” en otras palabras lo que trata de decir este filósofo es que, debemos hacer las cosas con una razón y principios y no hacer las cosas por hacerlas o por que todo el mundo las hace. (La vida moral y la reflexión ética, Juan J.Pascual)

Desde pequeños en nuestras vidas se nos imponen o plantean diversos valores éticos y morales, que conforme los vamos absorbiendo y poniendo en práctica, vamos soldando

nuestro carácter mediante nuestros actos, el cual, tiene dos dimensiones, en primer lugar; tenemos que con cada acto elegimos una opción entre varias y segundo con cada acto configuramos nuestra conducta cotidiana, esto es que si nos dedicamos a robar todos los días nos vamos hacer ladrones, esto es, si en nuestra vida cotidiana aplicamos actos de bien nos hacemos personas buenas de provecho para la sociedad, pero, si al contrario nos dedicamos a actuar de una manera incorrecta seremos personas viciosas y malas.

De este modo, nuestras realidades morales como los actos, los hábitos y el carácter configuran una estructura circular, nuestros actos engendran nuestros hábitos, el conjunto de los cuales, a su vez, contribuye a formar nuestra manera de ser o carácter.

Es decir, nuestro carácter, por una parte, es fruto de nuestra manera de obrar, actuar, pero, por otra, nuestros actos y nuestros hábitos no son otra cosa que manifestaciones de nuestro carácter, esto es, casi siempre actuamos de acuerdo con lo que somos. La conducta humana tienen una significativa particularidad, que es la siguiente: Lo malo se nos hace fácil de aprender, pero lo bueno se necesita de varias reiteraciones para que se nos grabe en nuestras mentes, esto es que se necesita aplicar esfuerzos intelectuales y volitivos los cuales los aplicamos cuando en nuestra vida cotidiana existe el ambiente adecuado, nuestro entusiasmo, alegría y hasta la afectividad están al tope.

En la actualidad se nombra o se utiliza el concepto de ética y valores casi que en todas las profesiones del mundo, estos conceptos se introducen en los diferentes ambientes, laborales, educativos, religiosos y hasta económicos, para mejorarlos, por eso es de suma importancia conocer su significado, aplicación y utilidad para nuestra vida cotidiana.

La ética es un concepto algo poco entendible y hasta confundible, muchas veces confundimos ética con valores morales, pero debemos de saber que los valores morales son el medio por el cual el ser humano hace lo correcto y la ética es la disciplina de escoger lo correcto o lo malo.

La palabra ética viene o tiene origen en la griega antigua donde ética se deriva de la palabra ETHOS que significa costumbre.

La definición de la ética tiene varios sentidos, debido a su diversa aplicación en las diferentes profesiones y para buscar un concepto más acorde con esta investigación mencionare un significado ético-médico: *La ética es la ciencia que busca razones últimas y universales para adecuar la conducta humana al bien del universo.* (Ética médica, Luis Alfonso Velez Correa)

En el significado dado anteriormente cabe destacar tres elementos importantes: ser humano, conducta y universo.

La ética lo que busca es adecuar la conducta del ser humano en lo correcto del universo. Es importante mencionar que el ser humano es capaz de pensar, razonar y de ser libre por eso difiere de los otros seres vivos existentes en el universo, por eso solo se puede hablar de ética humana y no animal. Para que exista ética debe existir el hombre y viceversa. En el caso de la conducta se puede mencionar algo similar, el ser humano debe actuar para que se dé una acción y esta pueda ser clasificada entre los parámetros de lo bueno y lo malo (Entra en juego la ética como tal) en el caso del universo, se debe entender por universo todo *lo habido y por haber*, lo conocido y desconocido, al igual no podemos irnos a los extremos la ética existe para los seres humanos y no para los animales pero es de suma importancia mencionar que cualquier acto que se realice en contra de cualquier ser vivo que sea de origen vicioso es un acto anti-ético, no solo por que los seres vivos(excluyendo al ser humano) no ponga en practica los actos morales no quiere decir que a ellos no se le debe defender de los actos inmorales.

Podemos introducir en este contexto dos vertientes éticas morales:

- Vertiente Práctica: toma como referencia los valores y normas vigentes en una sociedad.

- Vertiente Teórica: conjunto de reflexiones científicas sobre el sentido y el fundamentalismo de dichos valores y normas.

De estas vertientes surgen diferentes conceptos importantes que llegaron a fortalecer la moral del ser humano, las cuales tienen como fin primordial evaluar las actitudes cotidianas y estas son:

- Moral Normativa: es el conjunto de códigos morales que regulan el comportamiento de las personas. (La vida moral y la reflexión ética, Juan J.Pascual)
- Ciencia ética: son el conjunto de investigaciones, teorías, leyes y explicaciones relacionadas con el comportamiento moral. (La vida moral y la reflexión ética, Juan J.Pascual)

La ciencia ética tiene como propósito los siguientes apartados:

- Determinar la especificidad de la conducta moral frente a otros tipos de conducta.
- Discernir definir la bondad y la maldad de los actos humanos.
- Precisar el lenguaje moral, analizando su alcance significativo y su valor científico.

A la hora de entender el ambiente ético debemos de conocer que no solo existe una teoría ética, existen varias, debido a que no todos los pensadores de la antigüedad pensaban de la misma manera, los cuales interpretaron a la ética y los valores de diferentes ideologías, por esta razón dichas teorías pueden ser distintas atendiendo a los siguientes aspectos:

- a) El origen y el fundamento que se atribuye a las normas morales:** para algunos pensadores las normas poseen un origen y un

fundamento religioso para otros social, algunos las fundamentan en la propia conciencia personal y otros en la naturaleza.

b) El modo de determinar la bondad o la malicia de los actos humanos: según unos, la bondad o malicia de los actos humanos se determinan por el objeto, el fin y las circunstancias, según otros, exclusivamente por la intencionalidad que se persigue; para unos terceros por las circunstancias.

c) Los distintos fines que se proponen como meta del comportamiento moral: algunas teorías propugnan que el fin fundamental del comportamiento moral consiste en la consecución del bien, otras, que la felicidad, ciertos pensadores afirman que el fin debe consistir en la búsqueda del placer y otros sostienen que en la utilidad.

d) Por la relevancia que dan a las cuestiones lingüísticas-éticas: algunos autores reducen los problemas éticos a determinar el uso correcto e incorrecto del lenguaje moral.

Para desarrollar las diferentes teorías y aplicarlas a nuestra vida cotidiana y manejarnos en un ámbito de bondad, rectitud, servicio y respeto al prójimo, debemos de tener fuentes de información y personas que nos estén educando los diferentes valores morales y éticos, aquí entra en juego los diferentes centros educativos, que van desde la educación primaria, seguida de la superior, además de los centros educativos, tenemos a la familia la cual es el centro de los valores morales y éticos de la sociedad, tenemos a los amigos, personas mayores y demás.

En el caso del Odontólogo sus valores se inician desde sus padres, profesores de primaria y secundaria, pero en la universidad lo que se busca es el de fortalecer y enfatizar estos diferentes valores, en los estudiantes de las diversas carreras.

Muchas de las universidades donde se imparte la carrera de Odontología brindan el curso de Ética profesional, la cual, busca recordarnos y que apliquemos los diferentes valores éticos y morales a nuestra vida diaria y profesional.

El odontólogo es un profesional que trata con seres humanos, los cuales tienen sentimientos y sensaciones, he aquí la importancia de aplicar los diferentes valores ético-morales, ya que, no solo debemos tener la capacidad académica para manejarnos, sino, debemos de concientizarnos en buscar el bienestar general de las personas y no solo la salud bucal, somos responsables de brindar un servicio de calidad, donde el respeto, la tolerancia, sensibilidad entre otros sean los valores que nos lleven a tener una mejor actitud para con el paciente, estos cursos nos ayudan a llevar la vida de un modo diferente al ordinario, como lo cita en el libro de Ética fundamentos y aplicaciones del curso de Ética profesional de la Universidad Latinoamericana de Ciencia y tecnología:

Este curso de ética que iniciamos quiere ser una vía que sea capaz de ofrecer a cada estudiante de nuestra Universidad-futuro-profesional- un instrumento básico que le permita asumir la vida de modo diferente al ordinario.(ÉTICA- fundamentos y aplicaciones, Mauricio Víquez)

Cada día es más y más claro que el tema ético ya no es un aspecto marginal en la formación universitaria. Ya no basta con limitarse a formar más o menos bien mujeres y hombres de ciencias, letras o técnica. Hoy resulta también urgente suscitar mujeres y hombres que, movidos por una razón ética, sean capaces de ser agentes de humanización. (ÉTICA- fundamentos y aplicaciones, Mauricio Víquez)

El curso de ética de la ULACIT se desarrolla que la importancia de o justificación de la ética en la universidad se basa en cuatro tesis las cuales mencionan lo siguiente:

- Tesis 1: la función de la universidad es y debe ser la de un agente humanizador. Por ello, el compromiso y la responsabilidad universitaria exige un talante ético.

- Tesis 2: aunque limitada, la función de la universidad enriquecida por la razón ética, es esencial en la consolidación de la nueva manera en que hoy se comprende la ciudadanía y la responsabilidad de todos en la consolidación de la democracia.

- Tesis 3: el rigor científico debe considerarse una exigente no solo metodológico sino también ético, se trata de una exigencia de cara a aportar algo en la comprensión crítica de la sociedad de hoy.

- Tesis 4: la Universidad-agente humanizador-debe ser movida, para ser consecuente con sus mismo orígenes, por unos principios humanistas que la lancen a ser protagonistas en la construcción del proyecto ético global que ha de seguir.
(ÉTICA- fundamentos y aplicaciones, Mauricio Víquez)

Con esto nos queda claro la gran importancia que tiene el fomento de los diferentes valore éticos y morales de las universidades a los diferentes estudiantes de Odontología de Costa Rica.

En el caso de los valores podemos mencionar que los valores son aquellos parámetros que nos sirven para conocer lo que es malo y lo que es bueno. Debemos saber que un valor no puede cuantificarse ni se puede conocer por experimentación.

La importancia de los valores para las personas es que ellos contribuyen a que las personas alcancen sus fines, metas y demás. Algunos sociólogos consideran que los elementos básicos determinantes de una cultura son: *las creencias, los conocimientos y los valores.* Aquí resalta la gran necesidad de fomentar los valores en las diferentes

instituciones públicas, privadas, organizaciones comunales, ya que, los disvalores perjudican el accionar adecuado de cualquier sistema operativo.

En el libro Fruto de la perseverancia se cita:

El valor propicia la calidad de la vida personal de tal manera que se contribuya a la realización de la persona y fomenta el bien de la comunidad. (Fruto de la perseverancia, Marco Abarca Díaz, Olga Ovares Araya, Hernán Vega Miranda, pag D-I)

Los valores son guías generales de la conducta humana que se derivan de las experiencias personales y son los que nos van a determinar como seres humanos.

Se puede decir que los valores humanos son una autodefinición de nosotros mismos.

En el caso del odontólogo que es un profesional que en su vida diaria esta en relación directa con las diferentes personas que asisten tanto en un centro odontológico público, privado, comunitario, debe de ser ejemplo de buenos valores, para que para poder pedir a las diferentes personas que asistan a la consultan que se comporten con el mismo respeto y actitud a la de él, no es decir yo se de valores éticos, y morales, es el de saber conocer, aplicar, brindar, estos diferentes valores a la comunidad y sociedad.

Con todo lo anteriormente expuesto podemos decir que cada vez que pasa el tiempo los diferentes valores se van perdiendo, está en cada uno de nosotros el de volver a fomentar en nuestra sociedad el valor de estos, muchas de las organizaciones velan por el mejoramiento de sus empresas, creo que es hora que se tome este tema como parte fundamental para este mejoramiento, el de brindar la aceptación agradable y no impuesta, debido a que el ser humano no gusta de cosas que se nos imponen y menos si se trata del lugar de trabajo, todas estas diferentes ideas y fortalecimientos caben dentro de un programa de atención comunal, ya que, debemos de tomarlo como una organización, donde

existen funcionarios, trabajadores y beneficiarios, del cual son muchas personas las beneficiadas y donde el principio de la calidad se basa en servir bien, el cual, está delimitado por la actitud del lugar de trabajo.

2.1.72 Conceptos

Ética: es la parte de la filosofía que se encarga de lo moral.

Parámetro: variable que toma valor constante durante toda la ejecución del mismo.

Valores: El valor es, entonces, una propiedad de las cosas o de las personas. Todo lo que es, por el simple hecho de existir, vale. Un mismo objeto (persona o cosa) puede poseer varios tipos de valores, por ejemplo, un coche puede ser útil además de bello.

El valor es pues captado como un bien, ya que se le identifica con lo bueno, con lo perfecto o con lo valioso.

Comportamiento: modo de actuar de un grupo humano.

Desempeño: acción y efecto de desempeñar o desempeñarse.

Morea, Lucas (1997) Los Valores

Océano Uno, diccionario.

2.1.73 Mejoramiento en los servicios en la salud oral

En Costa Rica se ha dado una evolución a nivel de salud, todo ello por el mejoramiento de los sistemas de prestación de servicios, de nutrición, acciones preventivas, educación y otros, como se puede establecer en las comparaciones hechas en investigaciones anteriores donde se determina una reducción de más del 50% en los índices de CPOD y los beneficios de técnicas de control de placa por ejemplo la técnica de Bass, se ilustra lo anterior en la tesis de grado. Esto lo coloca en un lugar de privilegio, comparado con muchos países latinoamericanos.

Se ha tratado de orientar a nuevas estrategias en salud a partir de la década de los 80, como fue la fluoración de la sal a toda la población costarricense además se han tratado de introducir dentro de este concepto de salud la urgente necesidad de proporcionar atención a la población niños- adolescentes, que hasta la actualidad ha sido parcialmente postergada en medidas preventivas con equidad, este importante sub-grupo poblacional no ha sido considerado un problema de salud pública, puesto que sólo se ha tomado en cuenta su morbilidad y mortalidad, que son muy bajas. Sin embargo, debe enfocarse su situación desde otros puntos de vista tales como: situación de riesgo prevenible, educación en salud, mejoramiento nutricional y otros.

El objeto principal es conocer el impacto en los indicadores de salud oral tanto índice de placa, como el cuantificar y comparar la caries dental de dicha población.

La evolución del nivel de salud en Costa Rica, como consecuencia del mejoramiento de los sistemas de prestación de servicios, de nutrición, la importación de técnicas de saneamiento ambiental, acciones preventivas, educación y otros, lo colocan en un lugar de privilegio, particularmente si se le compara con la mayoría de los países de América Latina.

El establecimiento de un programa, como la fluoración de la sal, nos convirtió en el primer país en América y tercer en el mundo, en la utilización de esta medida preventiva masiva de carácter nacional. La encuesta nacional de salud oral de 1999, fruto del esfuerzo en conjunto del Inciensa, Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Servicio Social y la Organización Panamericana de la Salud, se realiza con la intención de evaluar en su conjunto los efectos generados por las medidas de prevención implantadas, especialmente la fluoración de la sal establecida a partir de 1987.

La caries es una enfermedad que se causa la destrucción de los tejidos duros del diente y la misma es provocada por los ácidos producidos por las bacterias de la placa bacteriana a partir de los desechos de la dieta. Si la caries dental no es tratada seguida de la destrucción del esmalte ataca a la dentina que tiene menos dureza que el esmalte, si todavía no se trata la caries esta alcanza la pulpa dental produciendo su inflamación, pulpitis, y posterior necrosis pulpar o muerte pulpar que significa lo mismo. El resultado final es la inflamación del área que rodea la punta o extremo de la raíz, luego una periodontitis apical,

pudiendo llegar a ocasionar una celulitis o inflamación intra y extraoral del diente afectado en el paciente.

Los factores causantes de la caries son cuatro: huésped, tiempo, dieta y bacterias, si no se encuentran todos estos factores no se producirá caries. El huésped es la composición externa del diente, donde esté localizado. Los dientes posteriores, molares y premolares, son más susceptibles a las caries que los dientes anteriores debido a que la lengua no limpia tan fácilmente su superficie, así como por su anatomía, ya que poseen más fisuras y surcos que facilitan la acumulación de placa. El tiempo es un factor determinante ya que si la placa bacteriana se elimina antes de que se calcifique o endurezca no se producirán caries. Otro factor es la Dieta la presencia de carbohidratos fermentables en la dieta condiciona la aparición de caries, sin embargo el almidón contenido en almendras, cacahuetes, no producen la caries. Y por último las Bacterias que son aquellas capaces de formar polisacáridos extracelulares y ácidos orgánicos entre las que tenemos: “*Streptococos mutans*, *Streptococos sanguis*, *Lactobacillus acidophilus*, *Actinomyces naeshlundii*, *Actinomyces viscosus*, etc.” (dentales)

Según su evolución las caries se clasifican en caries activa que son de evolución rápida, puede afectar a varios dientes, tiene una coloración amarillenta de aspecto blando y húmedo. Seguidamente la caries crónica que son de evolución lenta, suelen ser pequeñas caries, tienen una coloración oscura y de consistencia dura.

El otro tipo son la caries Rampante que es de evolución muy rápida, son caries que afectan a muchos dientes, en poco tiempo destruyen mucho tejido dental. Se suele dar en bebés a los que se les da el chupete mojado en miel o azúcar.

Para esta investigación se utilizaron mediciones de uso frecuente odontológico (CPOD y CEOD) para cuantificar y comparar la prevalencia de caries dentales de diferentes poblaciones. El Índice CPO (Cariados-Perdidos- Obturados) fue desarrollado por Klein, Plamer y Knutson durante un estudio del estado dental en Maryland, USA en 1935, y se ha convertido en el índice fundamental para los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la incidencia y prevalencia de caries dentales. Este índice CPO señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con

lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Cuando se quiere aplicar el CPO a los dientes Primarios Gruebbel ideó el sistema CEO (Cariados-Extraídos por caries-Obturados) para medir la “prevalencia de caries dentales observables” en los dientes primarios la “c” representa el número de dientes primarios cariados en los que está indicada la Obturación; la “e” el número de dientes cariados en los que está indicada la extracción, y la “o” el número de dientes primarios obturados de cada niño que se examina. En este índice tanto la “c” como la “e” representan dientes con caries, aunque con diferentes grados de severidad, no se representa los dientes extraídos por caries. De esta manera, la cantidad total de caries se estima en defecto.

En Costa Rica la caries dental ha afectado a la mayoría de la población, como se ha evidenciado en varios estudios realizados en el país. El primer estudio en la provincia de San José en 1957, reveló que la prevalencia y la severidad eran muy alta en la población escolar, con un índice CPOD de 8,9 a la edad de 12 años (Pauly 1957). En 1966, esta situación se confirma en todo el territorio nacional a través de los resultados de la encuesta nacional de nutrición, realizada por INCAP. En esta encuesta los escolares de 12 años presentaron un CPOD promedio de 9,2, siendo de 11,0 en el área rural y 7,4 en el área urbana (INCAP, 1966). Estos valores situaban a Costa Rica entre los países en América con más alta severidad de caries dental.

En respuesta a la magnitud del problema de caries dental, en la década de los 70 el Ministerio de Salud implementó en el ámbito nacional programas preventivos a base de fluoruros tópicos y acciones educativas y de promoción de la salud, especialmente en la población de escolar. Además, se aplicó una estrategia de tipo asistencial mediante el programa de unidades móviles que llevó los servicios dentales a las áreas rurales (Bianchini, 1983) además, la caja costarricense de servicio social amplió los servicios asistenciales en clínicas y hospitales (Medina, 1991).

Estas estrategias no fueron suficientes para disminuir la alta prevalencia de caries dental, en 1987 Costa Rica inició, como política de prevención masiva de la caries dental y por recomendaciones de la OPS y la OMS un programa nacional de adición de flúor a la sal de consumo humano (Ministerio de Salud, 1991) como consecuencia de esta

intervención y sumado a las labores preventivas y curativas de las instituciones estatales, así como a las actividades preventivas de las empresas privadas del país, en 1994, se reportó una reducción de alrededor del 50% del índice CPOD a los 12 años de edad, al pasar este de 9,1 en 1984 a 4,8 en 1996 (Salas, 1994, Ministerio de Salud, 1985; Ministerio de Salud, Inciensa, 1997)

Con el objetivo de conocer el impacto de la fluoración de la sal y de las actividades educativas, preventivas y curativas implementadas en la población, así como parte de las acciones de vigilancia de la caries dental, se realizó en 1999 la encuesta nacional de salud oral en los niños escolares de 6 a 8 años, 12 años y colegiales de 15 años.

Además de los dientes cariados existen enfermedades buco dentales que afectan a los niños de este estudio por lo que también se realizó una evaluación para medir la cantidad de placa bacteriana que presenta cada niño antes de los talleres de motivación y después de los mismos con el fin que exista una disminución del índice de placa inicial al índice de placa final. La placa está formada por masas invisibles de gérmenes dañinos que se encuentran en la boca y se pegan a los dientes. (National Institute of Dental Health, 2001)

Algunos tipos de placa causan las caries dentales, otros tipos de placa causan enfermedades de las encías. Las encías rojas, hinchadas o sangrantes pueden ser las primeras señales de una enfermedad de las encías. Si la enfermedad de las encías es ignorada, los tejidos que mantienen a los dientes en su lugar se destruyen y eventualmente se pierden los dientes.

La placa dental difícilmente puede ser vista, por lo que es este estudio se utilizó revelador de placa bacteriana. El color rojo o verde (eritrosina) que mancha y se impregna en los dientes, muestra donde queda todavía placa y dónde se debe seguir cepillando para removerla.

Además de las evaluaciones escritas para comparar el CPOD y CEO y el índice de placa bacteriana inicial y final se realizaron unas encuestas con el fin de saber si los talleres impartidos sobre motivación y cuidado oral fueron bien aprendidos por los niños del primer y tercer grado.

Capítulo III

Marco metodológico

3.1 Tipo de investigación

Esta investigación por su profundidad es descriptiva, porque tiene como objeto central medir en forma precisa las variables que permitan determinar en forma concreta indicadores sociodemográficos, psicológicos y de hábitos de higiene que faciliten el manejo clínico odontológico de los niños en riesgo social. Por su alcance temporal es transversal porque permite estudiar la evolución de este fenómeno en un periodo dado ya que de acuerdo con el desarrollo político y social las condiciones de la comunidad en estudio pueden variar significativamente. Por su carácter es cuantitativa dado que el fin es transformar las características en indicadores que permitan visualizar en forma rápida y precisa las condiciones del paciente que va a ser atendido. Por el estudio a que da lugar es un informe social que muestra ampliamente los aspectos sociales de la comunidad y el contexto en que está inserto.

En la investigación se establece el interés de determinar los valores deseables en el odontólogo comunitario mediante el paradigma naturalista cualitativa.

El interés de la investigación naturalista es: Comprender e interpretar la realidad, los significados de las personas, percepciones, interacciones y acciones, bajo una construcción holística donde el sujeto-objeto se interrelacione, se comprometa, afectándose mutuamente e inseparable.

No se puede generalizar los resultados dado que el fenómeno tiene factores asociados únicos para cada caso. Además es de carácter cualitativo debido que se usó el estudio en grupos pequeños, busca comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa, es subjetiva e descriptivo, inductivo.

3.2 Sujetos y fuentes de información

Para la investigación se recopiló información de fuentes de carácter primario, datos obtenidos directamente de los sujetos en estudio.

3.2.1 Población en estudio:

- Niños de primero a tercer grado de primaria del Colegio Cristiano Asamblea de Dios, ambos sexos, los cuales fueron escogidos de forma al azar con edades que oscilan entre los 6 a 12 años. Se enumeran el total de expedientes clínicos y se escogen al azar los números pares hasta completar 35 niños, cinco niños por cada sección.

- Dra. Eva Cortés, Licenciada en Odontología, graduada de ULACIT, 1999.

- Dra. Ana Lilia Dobles, Licenciada en Odontología, Especialista en Ortodoncia y Ortopedia funcional.

- Dra. Katherine Molina, Licenciada en Odontología y Doctora en Cirugía Dental de Veritas.

- Dr. Pedro Hernández, Licenciado en Odontología, graduado en la Facultad de Estomatología de la universidad La Habana y en la Escuela de Odontología ULACIT. Con especialidad en Bioestadística Medica en el Instituto de Desarrollo de la Salud en la ciudad de La Habana Cuba.

- Educadoras, encargadas de los estudiantes de primero, segundo y tercer grado de primaria. Para un total de 4 educadores:

2 educadoras de primer grado.

1 educadora de segundo grado.

1 educadora de tercer grado.

- Master en psicología clínica, Adrián Sanabria Quirós, psicólogo del colegio.

3.2.2 Descripción de la población por cuadros

Población atendida según genero	
Masculino	33 varones
Femenino	25 mujeres
Total	58 menores

Cincuenta y ocho estudiantes del Colegio Cristiano Asambleas de Dios, ubicado en Purral de Goicoechea, en la provincia de San José, la población esta compuesta por menores de edad distribuidos entre los programas de primaria, la evaluación se lleva a cabo en el año 2006, por el Master. Adrián Sanabria Quirós.

La fuente humana de información se da por el master Adrián Sanabria Quirós quien elabora un informe de casuísticas que se adjunta en anexos.

- a) Dra. Xinia Salazar, licenciatura en Odontología en la Universidad de Ciencia Y Tecnología, una especialidad en Odontopediatría en la UCR, realiza una pasantía en la Universidad de Buenos Aires, Argentina, impartió los cursos de Odontopediatría, Criterio Clínico V y actualmente imparte el curso de Odontología de Empresa en la ULACIT en la carrera de odontología.
- b) Dr. Thomas Francheschi, Licenciatura en odontología, Master en educación con énfasis en Currículum, impartió cursos en la UCR en la década de los 90 Docente en Veritas, Docente de la Universidad Latina, En 2005- 2006 Docente en UIA.
- c) Olga Ovaes, MBA Universidad Interamericana de Costa Rica, 1999, profesora universitaria: Universidad de Costa Rica, Universidad interamericana de Costa Rica. Presidenta del tribunal de Relaciones Públicas y Miembro del Consejo

Académico de la Universidad Autónoma de Centroamérica. Directora Ejecutiva de la Comisión Nacional de Rescate de Valores. Consultora especializada en comunicación y mercadeo para organizaciones sin fines de lucro.

- d) Dr. Rodrigo Díaz, Licenciatura en Odontología en la Universidad de Costa Rica, Docente de la UCR, Director del departamento de Odontología Social, Master en Salud Pública.

Valida este perfil ético moral los puestos de desarrollo profesional de cada experto sobresaliendo en su currículo vital.

3.2.3 Fuentes de información

Referencias bibliográficas fueron las siguientes:

- Diccionario Ilustrado de Odontología. Edición panamericana. Stanley Jablonski.1992
- Norman O. Harris, Franklin Garcia Godoy, 2001
- Ralph E., McDonald, David R. Avery, 1998
- Higashida, Odontología Preventiva, 2000.
- T. Brown, Marvin (1992) La ética en la empresa. Editorial PAIDOS. D.F, México.
- Vélez C., Luís Alfonso (1987) Ética Medica. Editorial Carvajal. Medellín, Colombia.
- Viquez, Mauricio (2004) ETICA fundamentos y aplicaciones (5 edición). Editorial Mundo Mejor. Heredia, Costa Rica.

- Abarca D. Marco y otros.(2001). Fruto de la perseverancia. Editorial Litografía e imprenta LIL S.A. San José, Costa Rica.
- Diccionario Enciclopédico Océano Uno Color, Editorial Océano,1996.
- Abad Pascual, Juan J. (1995) La vida moral y la reflexión ética. Editorial McGraw-Hill, Madrid, España.

3.2.4 Ubicación espacial y temporal:

La investigación se realizó en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios tomando como sujetos a todos los niños y niñas de I y II ciclo de educación diversificada con expediente de adecuación curricular significativa o no significativa, durante los meses de agosto, setiembre, octubre, noviembre y diciembre del 2006, con los investigadores del Curso de Seminario de la carrera de odontología de la ULACIT bajo la coordinación de la Dra. Milagro barquero Arce.

Esta investigación considera dos sujetos de estudio, el primero de ellos definido como: El niño o niña que asiste regularmente al Colegio Cristiano Asambleas de Dios de Los Cuadros de Guadalupe y que es atendido en la clínica odontológica respectiva.

Un segundo sujeto de estudio es: el odontólogo que atiende a niños y niñas en riesgo social en clínicas y áreas similares a la que circunda al Colegio Cristiano Asambleas de Dios de Los Cuadros de Guadalupe.

La fuente de información es de carácter primario dado que los datos son obtenidos directamente de los sujetos de estudio, sin embargo en el caso de los niños se puede contar con fuentes secundarias como son los expedientes clínicos o bien expedientes que se dispongan para la atención psicológica de los mismos.

En esta investigación se utilizaron sujetos y fuentes de información. Se escogieron los niños del primer y tercer año del Colegio Cristiano Asambleas de Dios en Purral de Guadalupe. Los niños oscilan entre los 6 y los 10 años de edad con un expediente clínico previo. Las fuentes de información fueron las encuestas realizadas sobre motivación y prevención de la salud oral realizada en el PACO pasado con el nombre de “Análisis de Viabilidad y Pertinencia del Proyecto de Atención Comunitaria Odontológica del Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica.”

Dra. Eva Cortes, master en psicopedagogía.

Dra. Ana Lilia Dobles, especialista en ortodoncia y ortopedia funcional.

Dra. Catherine Molina, odontóloga general.

Dr. Pedro Hernández, especialista en salud pública.

El estudio se realizó por medio de entrevistas a los alumnos de primer y tercer grado del Colegio Cristiano Asambleas de Dios de Los Cuadros de Guadalupe. Se basaron en preguntas de análisis sencillo permitiendo obtener resultados claros y precisos, logrando formular un criterio sobre el grado de aceptación del servicio. Se realizaron visitas de campo utilizando guías de observación, al originar un mejor análisis de la realidad actual por medio de la percepción del entrevistador.

Se utilizaron como datos virtuales la página de odontomarketing de la Lic. Marcela Inioque, sobre el artículo de Calidad de atención al cliente. La Dra. Maria Isabel Fernández nos muestra información sobre satisfacción profesional en instituciones sanitaria.

El autor Antonio Iñiguez nos explica sobre los 3 paradigmas fundamentales en la evaluación de la atención sanitaria por parte del Dr. Avenid Donabedian: estructura, proceso y resultado.

E. Cuenca, S. Guasch. por medio del Tratado de odontología de Antonio Bascones, nos dan información vital en la Planificación y programación de la odontología comunitaria.

P. Kotler, G. Armstrong. Nos dan un análisis sobre los fundamentos básicos de Marketing en lo que ha satisfacción al cliente se refiere.

El diccionario enciclopédico ilustrado Océano Uno (ed. 1995) nos da a entender que aceptación se define como: aprobación, aplauso, acepción de personas. Según el diccionario de la lengua española Espasa Calpe, (22ª edición) también nos define por aceptación: el recibimiento de forma voluntaria, aprobación, admisión, conformidad.

3.3 Muestreo

La muestra fue realizada a los estudiantes de primero, segundo y tercer nivel de primaria del Colegio Cristiano Asamblea de Dios, se escogió cinco niños de cada sección de forma al azar.

Además se dirigió otra a los profesores a cargo de cada nivel escolar, según se detalla en la elección de los sujetos de estudio.

Para evaluar el rol que desempeña el personal especializado en promover la salud oral se evaluaron a los odontólogos / estudiantes que realizan visitas los lunes, miércoles, jueves y viernes durante el cuatrimestre, únicos responsables del servicio a evaluar.

De acuerdo con las variables tiempo, atención, infraestructura, índice de higiene oral simplificado inicial y final, variaciones entre CPOD y CEO inicial y final, efectividad clínica del servicio, grado de cumplimiento de los tiempos operatorios, rol del personal calificado para la promoción de la salud y factores negativos y positivos que influyen en la prevención primaria, se eligió una muestra de primero y tercer grado.

La población estudiantil del Colegio Cristiano Asambleas de Dios de los Cuadros de Guadalupe considerada en el estudio fueron 72 niños de primer y tercer año que contaban con expediente clínico previo. Con un CPOD y CEO e Índice de placa inicial. Se excluyen los niños de primer y tercer año que no cuentan con expediente clínico y aquellos que se ausentaron durante el proceso de recolección de datos.

La población estudiantil del Colegio Cristiano Asambleas de Dios de los Cuadros de Guadalupe considerada en el estudio fueron 66 niños de primer y tercer año con edades entre los 6 y los 10 años de edad que contaban con expediente clínico previo para el CPOD y CEO. Para los Índices de placa inicial y final se utilizaron 50 individuos los cuáles algunos presentaban expediente clínico previo de donde se tomó el índice de placa inicial, mientras que a otros se le realizó el índice de placa inicial y final. Se utilizaron 77 individuos para la realización de la encuesta sobre los talleres de Educación, Prevención y Motivación en capacitación de la salud oral. Se excluyen los niños de primer y tercer año que no cuentan con expediente clínico y aquellos que se ausentaron durante el proceso de recolección de datos. Además se excluyen 4 individuos para el índice de placa inicial en la población de 6 a 8 años de edad por presentar elevados índices de placa que afectaban al resto de la población estudiada.

Por ser este un proyecto de participación comunitaria que cuenta con poco personal especializado se decide realizar un censo.

Para el objetivo conocer los indicadores psicológicos de niños y niñas del Colegio Cristiano Asambleas de Dios se toma una muestra de aquellos niños y niñas que se encuentran cursando de primer a sexto grado los cuales poseen expediente por razones de algún tipo de agresión.

Mediante entrevistas estructuradas

Mediante entrevistas no estructuradas

Mediante entrevistas abiertas

Revisión de expedientes académicos

En proceso de psicoterapia clínica

Mediante la aplicación de Instrumentos cuantitativos y cualitativos de uso común en la psicología clínica, pruebas psicológicas tales como:

- TOI
- DUSCH
- MACHOVER
- KINETICO
- BENDER,
- Escala de Corner
- Pata Negra
- WISC-R
- Juego Diagnostico
- Observación conductual
- Examen Mental
- HTP
- MMPI – 82
- CSBI
- Perfil de conducta de Achenbach
- TAT

Todos los niños que sean sujeto de adecuación curricular que se encuentren dentro del primer y segundo ciclo de la enseñanza diversificada. Muestra elegida (47 adecuaciones curriculares): 41 no significativas y 6 significativas.

Población en estudio: niños y niñas que reciben el servicio durante las 6 observaciones realizadas en el total de 5 horas por observación, durante las cuáles se realizaron un total de 51 tratamientos en un total de 29 pacientes que sirvieron como muestra para las variables grado de cumplimiento de tiempos operatorios, efectividad clínica del servicio.

3.3.1 Descripción del instrumento:

3.3.2 Entrevista:

Se realiza entrevistas a tres sectores de población, niños, personal administrativo, estudiantes que asisten al servicio.

Variable tiempos operatorios: se realizan 5 enunciados con respuesta de si o no para determinar la efectividad clínica del servicio.

Hoja de observación: se realiza una hoja de observación diaria para establecer el grado de cumplimiento de los tiempos operatorios de la clínica.

Criterio de inclusión: Procedimientos clínicos realizados durante el mes de octubre e inicios de noviembre, en donde se realizaron seis visitas a la clínica del Colegio Cristiano Asamblea de Dios.

Criterios de exclusión: Procedimientos de ortodoncia, terapias pulpares, rehabilitación con coronas de acero cromado, mantenedores de espacio.

Escogencia: por conveniencia en las variables.

3.4 Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Instrumentos de recolección de datos
1. Rol del personal calificado en el programa de promoción en salud.	<p><i>Rol:</i> Papel, carácter o representación</p> <p><i>Promoción en salud:</i> combinación planteada de apoyos educativos, políticos, reguladores y organizaciones para las acciones y situaciones que conducen a la salud de personas, grupos y comunidades.</p>	<p>Promoción en salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivación - Educación - Técnicas de prevención <p>Números mensuales Charlas Feria Obras de teatro Técnicas preventivas</p>	Identificar el rol del personal involucrado en brindar la educación y motivación en salud oral en el sistema de prevención primaria.	<p>Entrevistas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Odontólogos a cargo. - Educadores - Estudiantes
2. Factores que influye en la prevención primaria.	<p><i>Prevención primaria:</i> utiliza técnicas y agentes para impedir el inicio de la enfermedad, cambiar en sentido opuesto el progreso de ésta, o para detenerla antes de que se requiera tratamiento.</p>	<p>Positivos: cooperación, Se da respuesta a necesidades odontológicas, se da seguimiento a tratamientos preventivos realizados, manejo de un protocolo ideal al realizar tratamientos de prevención, se diagnostica y se tratan las lesiones a tiempo, se mejora la higiene dental.</p> <p>Negativos: hábitos, edad, deserción escolar, dieta y nutrición, tratamiento no habilitado, manejo operacional del tratamiento.</p>	Evaluar los factores positivos y negativos que influyen en la prevención primaria del proyecto PACO, logrados por medio de la educación impartida.	<p>Hoja de observación.</p> <p>Visitas de campo</p>
3. Características profesionales	<p><i>Características:</i> dicho de una cualidad. Que da carácter o sirve para distinguir a alguien o algo de sus semejantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Técnico -Administrativo -Humano -Comunidad. 	Establecer características profesionales deseables en el	Entrevista al personal del servicio.

deseables. 4. Cualidades humanas para el trabajo en equipo.	<p><i>Profesional:</i> persona que ejerce su profesión con relevante capacidad y aplicación.</p> <p><i>Características profesionales deseables:</i> cualidad o carácter que distingue a un profesional de otros y realiza su actividad con relevante capacidad.</p>	<p>-Comunicativo -Tolerante -Capacitado -Ético</p>	personal técnico de un servicio comunal odontológico.	<p>Test individuales personal, ficha de vida.</p> <p>Referencias bibliográficas</p> <p>Entrevista (estudiante)</p>
5. Grado y Aceptación del servicio comunal odontológico	<p><i>Grado:</i> del lat. gradus). m. Grada, peldaño. Nivel de estudio al que se ha llegado.</p> <p><i>Aceptación:</i> aprobación, aplauso, acepción de personas</p>	<p>Beneficiarios, parámetros: -Horario (tiempo espera) -Servicio: -Instalaciones -Continuidad tratamientos.</p> <p>Comunidad, Parámetros: -Conocimiento de la existencia del centro odontológico -Información de los servicios. -Ferias educativas odontológicas</p>	Determinar el grado de aceptación de los beneficiarios del Proyecto de Atención Comunitaria Odontológica, de Los Cuadros de Guadalupe.	<p>Entrevista</p> <p>Hoja de observación.</p> <p>Visitas de campo</p>
6. Calidad clínica en odontología	<p><i>Calidad:</i> principio para darle a la comunidad lo que por derecho espera. La calidad es la solución a un problema, lo que hace que mejore el desempeño de un sistema de personas y máquinas, y al mejorarla, se disminuyen los desperdicios, costos y se incrementa la productividad, llegando a un producto final de calidad con gran competitividad</p>	<p>Personal Especializado</p> <p>-número de horas educación cont. -Años experiencia -Grado de escolaridad -Nivel de resp -Atención clínica</p> <p>Calidad en horarios Calidad atención paciente Calidad de materiales Control de infecciones Manejo de desechos Capacitación en salud</p>	<p>Evaluar la calidad del servicio en áreas como: personal especializado, servicio clínico, capacitación en salud, que ofrece PACO al Colegio Cristiano Asamblea de Dios por medio de los parámetros definidos.</p>	<p>Entrevista</p> <p>Hoja de observación (min. 30 preg)</p>

		Número de charlas por cuatrimestre Número de obras de teatro Material de soporte		
7. Fortalezas y limitaciones del plan piloto.	<i>Fortalezas:</i> conjunto de cualidades hacia el interior de una organización, representadas en la disponibilidad de recursos humanos, físicos y axiológicos, que pueden ser puestos al servicio del cumplimiento de la misión.	Crecimiento -Cobertura -Número horas laboradas -Número unidades operadoras - Acondicionamiento de infraestructura	Identificar las fortalezas y limitaciones del funcionamiento del plan piloto en cuanto a la atención clínica, compromiso de educación en salud oral, crecimiento del programa.	Entrevista Visita de campo
8. Efectividad clínica del servicio.	<i>Efectividad:</i> concepto que involucra la eficiencia y la eficacia, consistente en alcanzar los resultados programados a través de un uso óptimo de los recursos involucrados.	Tiempo operatorio Horario clínico Asistencia de pacientes Acciones clínicas	Relacionar el cumplimiento de los tiempos operatorios clínicos con la efectividad clínica del servicio.	Hoja de evaluación diaria Entrevista
9. Grado de cumplimiento de los tiempos operatorios.	<i>Tiempos operatorios clínicos:</i> metodología consistente en el ordenamiento de las maniobras necesarias para las preparaciones necesarias dentarias que cumple con los requisitos biológicos, mecánicos, estéticos y preventivos indispensables., según barrancos.	Tiempo operatorio Horario clínico Asistencia de pacientes Acciones clínicas	Identificar el grado de cumplimiento de los tiempos operatorios clínicos establecidos para el programa de atención comunitaria odontológico a realizarse en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios.	Hoja de evaluación diaria Entrevista
10. Características	<i>Característica:</i> cifra o cifras que indican la parte entera de un logaritmo. <i>Social:</i> perteneciente o relativo a la sociedad o a las contiendas entre	Ingreso familiar Tipo de vivienda	Identificar las características sociodemográficas de niños en riesgo social de la comunidad de	INEC

sociodemográficas.	<p>unas y otras clases.</p> <p><i>Demografía:</i> estudio estadístico de una colectividad humana según su composición y estado de un determinado momento, o según su evolución histórica.</p>	Escolaridad	Los Cuadros de Guadalupe, 2006.	
11. Violencia.	<p>Violencia: el uso de la fuerza con la intención de causar lesiones o muerte a sí mismo o a otro individuo o grupo(s) e incluye las amenazas de uso de la fuerza para controlar a otro individuo o grupo. Intención, acción u omisión mediante la cual intentamos imponer nuestra voluntad sobre otros, generando daños de tipo físico, psicológico, moral o de otros tipo. (Renny Yagosesky (Escritor))</p>	<p>Emocional</p> <p>Intrafamiliar</p> <p>Sexual</p> <p>En la comunidad</p> <p>En la escuela</p>	Identificar las características psicológicas de los niños en riesgo social de la comunidad de Los Cuadros de Guadalupe, 2006.	Entrevista al psicólogo
12. Discapacidad y necesidades educativas especiales.	<p><i>Discapacidad:</i> restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma y dentro del margen que se considera normal para un ser humano.</p> <p><i>Necesidad Educativa Especial:</i> una deficiencia ya sea física, sensorial, intelectual social, o cualquiera de estas, que afectan al aprendizaje de manera que hace necesarios algunos o todos los accesos especiales al currículo, especial o modificado, o a unas condiciones de aprendizaje especialmente adaptadas para que el alumnado sea educado eficazmente.</p>	<p>Físicos</p> <p>Emocionales</p> <p>Mentales</p> <p>Conducta</p> <p>sociales</p>		<p>Revisión bibliográfica</p> <p>Parámetros de adecuación curricular</p> <p>Entrevista al psicólogo</p>
13. Factores etiológicos de las discapacidades	<p>Son los factores que pueden producir una alteración física, mental, psicológica, emocional o social en el individuo durante el periodo prenatal, perinatal o posnatal, y que le produzca alguna alteración en su desarrollo de su vida normal.</p>	<p>Ambiente</p> <p>Accidente</p> <p>Hereditario</p> <p>Vejez</p> <p>Congénita</p> <p>Enfermedad</p> <p>Desconocidos</p>		<p>Entrevista al psicólogo</p> <p>Revisión bibliográfica</p>
	<p>Placa Bacteriana: es un sistema ecológico formado por una</p>	<p>Índice placa inicial y un final</p>	<p>Comparar el Índice de placa</p>	<p>Evaluación clínica de Índice</p>

<p>14. Índice de placa Inicial y Final.</p>	<p>comunidad bacteriana, rica en microorganismos anaerobios y aerobios, que se desarrolla sobre las superficies dentales con nula o escasa limpieza.</p>		<p>inicial y final de los niños de la comunidad Villa Esperanza de Pavas a través del indicador Índice de Higiene Oral Simplificado para placa bacteriana y así se identifique cuales son las necesidades bucodentales más urgentes que presenta dicha comunidad.</p>	<p>de placa inicial e Índice de placa final. Visita de campo</p>
<p>15. Variaciones CPOD y CEOD Inicial y Final.</p>	<p>CPOD: el índice señala la experiencia de caries tanto presente como pasada. Se puede utilizar en forma de recuento del número de dientes cariados, perdidos u obturados por diente. CEOD: la “c” representa el número de dientes primarios cariados en los que está indicada la obturación; la “e” el número de dientes cariados en los que está indicada la extracción, y la “o” el número de dientes primarios obturados de cada niño que se examina.</p>	<p>CPOD Inicial y CPOD Final. CEOD Inicial y CEOD Final.</p>	<p>Describir las variaciones CPOD y CEO inicial y final para realizar una evaluación en cuanto a los logros en caries dental en la comunidad de los cuadros de Guadalupe, para que se determine que tipo de población resulta más beneficiada con PACO.</p>	<p>Evaluación clínica del CPOD y CEO Visitas de Campo.</p>

3.5 Instrumentos de recolección de datos

- Entrevistas:

Niños Objetivo central: Conocer el nivel de educación y motivación que han recibido con el programa de promoción en salud, así como el uso / frecuencia de implementos para la higiene oral. La entrevista consta de 3 partes: Datos generales, uso y frecuencia de los coadyuvantes de higiene oral, evaluación de conocimientos en promoción de salud, cada área recibe una codificación para la posterior evaluación con la escala de Likert.

Educadores de la escuela: con el fin de conocer el grado de conocimiento que tiene en cuanto a salud oral y si imparten el tema de higiene, salud conforme lo sugiere el programa escolar del Ministerio de Educación.

Odontólogos/estudiantes: Conocer el rol del personal calificado en brindar educación, motivación y prevención como medio para la promoción en salud.

- Visitas de campo:

Se realizaron las visitas de acuerdo al horario que tiene el personal de odontología, de lunes a viernes, excepto martes. Con el fin de evaluar los módulos de educación y motivación como medio para la promoción de salud.

- Hoja de observación:

Se evaluarán los factores positivos y negativos que hay en el programa de prevención primaria, mediante las visitas periódicas al colegio.

Los instrumentos que se utilizaron para la obtención de datos fueron las entrevistas, la cual, es una conversación que tiene una estructura y un propósito. Busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado y desmenuzar los significados de sus

experiencias, Steinar Kvale (1996) define que el propósito de la entrevista en la investigación cualitativa es “obtener descripciones del mundo de vida del entrevistado respecto a la interpretación de los significados de los fenómenos descritos”. Debido a que se observó en la primera entrevista realizada déficit de información se realizaron preguntas para una mejor obtención de información.

3.5.1 Descripción del instrumento

Preguntas dirigidas a los odontólogos

- 1) ¿Cuáles son los valores éticos y morales del odontólogo?
- 2) ¿Considera usted que son fundamentales para ejercer la profesión?
- 3) ¿Durantes sus estudios universitarios las universidades le brindaron la educación ética-moral como principios básicos para ejercer su profesión?
- 4) ¿Cree usted que el odontólogo necesita valores diferentes en la práctica privada de la pública?
- 5) ¿Qué mecanismos utilizaría usted para reconocer la carencia de estos valores en los funcionarios de un centro de atención comunal?

Preguntas dirigidas a las personas no odontólogas

- 1) ¿Cuáles son los valores éticos y morales del odontólogo?
- 2) ¿Durantes sus estudios universitarios las universidades le brindaron la educación ética-moral como principios básicos para ejercer su profesión?
- 3) ¿Considera usted que son fundamentales para ejercer la profesión?

- 4) ¿Qué mecanismos utilizaría usted para reconocer la carencia de estos valores en los funcionarios de un centro de atención comunal?
- 5) ¿Cómo lograr que el estudiante mantenga esos principios durante su vida?

En esta investigación se utilizan dos evaluaciones clínicas escritas, una donde se resume los datos anteriores de CPOD e índice de placa y la otra donde se realiza por el investigador el nuevo CPOD e índice de placa. Se realiza la presente investigación con un operador para todos los pacientes en estudio, además se emplea la luz día para la misma investigación con espejo bucal, pinzas y exploradores # 5, se utiliza además revelador de placa.

La encuesta da conocer el estado de salud oral real en la población en estudio, además de una encuesta para evaluar el nivel de conocimiento que presentan los mismos sobre la prevención y cuidado de la salud oral.

Los instrumentos que se utilizaron para la obtención de datos fueron las entrevistas debido a que es una tesis de paradigma naturalista, se emplearon unas preguntas para la obtención de información.

3.6 Procesamiento de la información

Se utilizó el programa Excel para confeccionar los gráficos y visualizar la información de una mejor manera para su posterior análisis.

Capítulo IV

4.1 Análisis e interpretación de resultados

Tabla # 1

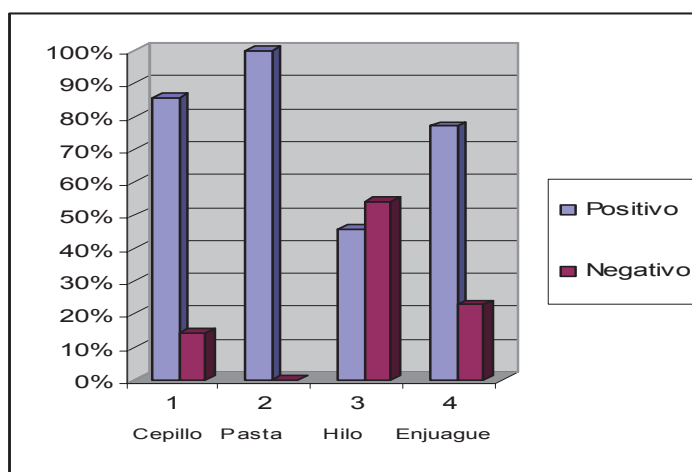
Uso adecuado de los implementos de higiene oral de acuerdo a encuesta a los niños de primero,segundo y tercer grado del Colegio Cristiano Asamblea de Dios, Los Cuadros de Guadalupe, Octubre 2006

Grado Parámetro	Primero		Segundo		Tercero		Valor relativo	
	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo
Cepillo	14	1	7	3	9	1	86%	14%
Pasta dental	15	0	10	0	10	0	100%	0%
Hilo Dental	7	8	2	8	7	3	46%	54%
Enjuague bucal	12	3	9	1	6	4	77%	23%
Total de encuestados	15		10		10		100%	

Fuente: Encuesta de niños primero, segundo y tercer grado del Colegio Cristiano Asamblea de Dios en Los Cuadros de Guadalupe, por medio de una evaluación realizada en Octubre, 2006.

Gráfico # 1

Uso adecuado de los implementos de higiene oral de acuerdo a encuesta de los niños de primero, segundo y tercer grado del Colegio Cristiano Asamblea de Dios, Los Cuadros de Guadalupe, Octubre 2006.



Fuente: Encuesta de niños primero, segundo y tercer grado del Colegio Cristiano Asamblea de Dios en Los Cuadros de Guadalupe, por medio de una evaluación realizada en Octubre, 2006.

Análisis de la encuesta realizada en niños:

Según el gráfico del uso adecuado de los implementos de higiene oral, el 86% de los niños de primero, segundo y tercer año utilizan cepillo dental igual/más de 3 veces al día, donde el 14% mencionaron que se lavan los dientes 1 a 2 veces al día. Todos utilizando pasta dental para su higiene bucal.

Un 46% de la muestra utiliza hilo dental y un 54% negaron haberlo utilizado, mencionando que una limitante es el factor económico del hogar.

Únicamente un 23% de la población no usan enjuague bucal, por lo que según se muestra el 77% de los niños lo utilizan, donde se registra que los primeros grados son los que mas lo aprovecha como coadyuvante de limpieza y los niños los grandes(3^o) son los que menos los utilizan.

Tabla # 2

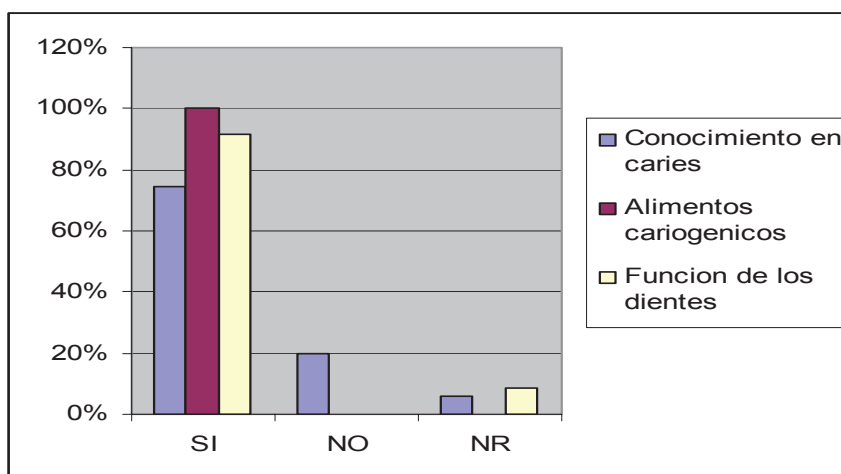
Grado de conocimiento en promoción de salud en niños de primero, segundo y tercer grado del Colegio Cristiano Asamblea de Dios en Los Cuadros de Guadalupe, 2006

Pregunta	Escala			Valor relativo		
	SI	NO	NR	SI	NO	NR
Conocimiento en caries	26	7	2	74%	20%	6%
Alimentos cariogénicos	35	0	0	100%	0%	0%
Funciones de los dientes	32	0	3	91%	0%	9%
Total de encuestados	35			100%		

Fuente: Encuesta de niños primero, segundo y tercer grado del Colegio Cristiano Asamblea de Dios en Los Cuadros de Guadalupe, Octubre 2006

Gráfico # 2

Grado de conocimiento en promoción de salud en niños de primero, segundo y tercer grado del Colegio Cristiano Asamblea de Dios en Los Cuadros de Guadalupe, 2006



Fuente: Encuesta de niños primero, segundo y tercer grado del Colegio Cristiano Asamblea de Dios en Los Cuadros de Guadalupe, Octubre 2006.

Análisis de la encuesta realizada en niños:

De acuerdo con la encuesta realizada para medir el grado de conocimiento en promoción de salud se determina que el 74% de los niños tomando en cuenta los tres niveles tienen un moderado conocimiento en cuanto a lo que se refiere de caries dental, un 20% no saben y el 6% restante no respondieron a la pregunta.

Según la pregunta 2 que media el grado de conocimiento de los alimentos criogénicos se determinó que todos los niños de la muestra tomada tienen la capacidad para los identificar los alimentos que producen caries.

El 91% de los niños conocen la importancia de los dientes y las funciones que cumplen, únicamente el 9% no respondieron.

Tabla # 3

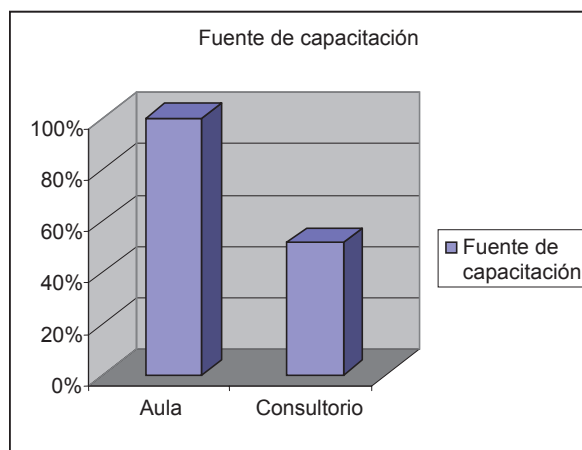
Fuente de capacitación en educación y motivación en salud como medio para la promoción de salud oral dirigida a niños de primero, segundo y tercer grado del Colegio Cristiano Asamblea de Dios, Los Cuadros de Guadalupe, Octubre 2006.

Pregunta \ Escala	Aula	Consultorio	Valor relativo	
			Aula	Consultorio
Fuente de capacitación	35	18	100%	51%
Total de entrevistados	35		100%	

Fuente: Encuesta de niños primero, segundo y tercer grado del Colegio Cristiano Asamblea de Dios en Los Cuadros de Guadalupe, Octubre 2006.

Gráfico # 3

Fuente de capacitación en educación y motivación en salud como medio para la promoción de salud oral dirigida a niños de primero, segundo y tercer grado del Colegio Cristiano Asamblea de Dios, Los Cuadros de Guadalupe, Octubre 2006



Fuente: Encuesta de niños primero, segundo y tercer grado del Colegio Cristiano Asamblea de Dios en Los Cuadros de Guadalupe, Octubre 2006.

Análisis de la encuesta realizada en niños:

De acuerdo con el lugar de capacitación de los niños en cuanto a educación y motivación en salud como medio para la promoción de salud oral, se demuestra que en el aula se ha logrado cubrir en su totalidad para informar a cerca de salud oral y se registra que un 51% de los niños ha recibido en el consultorio durante las visitas periódicas.

Tabla # 4

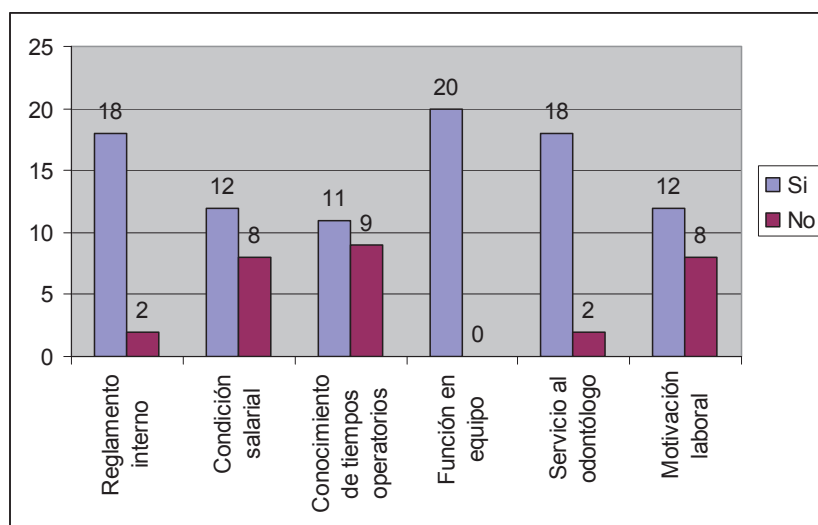
**Cualidades laborales del personal de la clínica
odontológica ULACIT. Agosto 2006**

Escala Cualidades	Si	No	Total
Reglamento interno	18	2	20
Condición salarial	12	8	20
Conocimiento de tiempos operatorios	11	9	20
Función en equipo	20	0	20
Servicio al odontólogo	18	2	20
Motivación laboral	12	8	20
Total absoluto relativo	76%	24%	120%

Fuente: entrevistas realizadas a asistentes dentales de la clínica odontológica ULACIT

Gráfico # 4

**Cualidades laborales del personal de la clínica
odontológica ULACIT. Agosto 2006**



Fuente: entrevistas realizadas a asistentes dentales de la clínica odontológica ULACIT.

Respecto a los datos obtenidos en la entrevista se considera que un 76% de personas que trabajan en esta clínica conocen bien las labores que deben desempeñar en el trabajo y un 24% no tienen bien definido cuales son sus trabajos en la clínica.

Tabla # 5

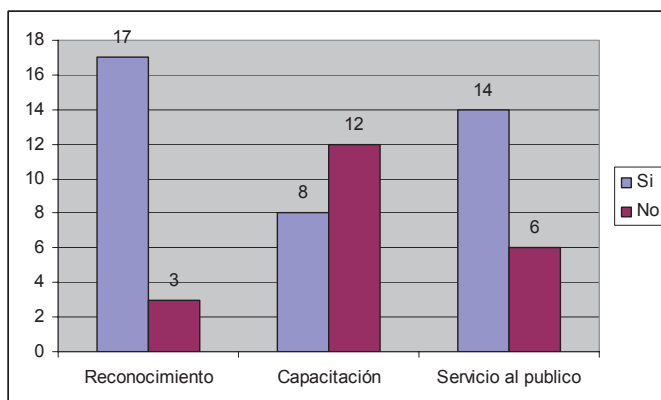
**Grado de satisfacción de las asistentes dentales en las labores que desempeña en la clínica Odontológica ULACIT
Agosto 2006.**

Escala Parámetro	Si	No	Total
Reconocimiento	17	3	20
Capacitación	8	12	20
Servicio al público	14	6	20
Total	39	21	60

Fuente: entrevistas realizadas a asistentes dentales de la clínica odontológica ULACIT

Gráfico # 5

**Grado de satisfacción de las asistentes dentales en las labores que desempeña en la clínica Odontológica ULACIT
Agosto 2006.**



Fuente: entrevistas realizadas a asistentes dentales de la clínica odontológica ULACIT.

En el trabajo que desempeñan los asistentes dentales en esta clínica un 65% se manifiesta contento con su trabajo y la atención que le brinda al público, mientras un 35% no. Se establece que el porcentaje no está de acuerdo con la capacitación recibida.

Tabla # 6

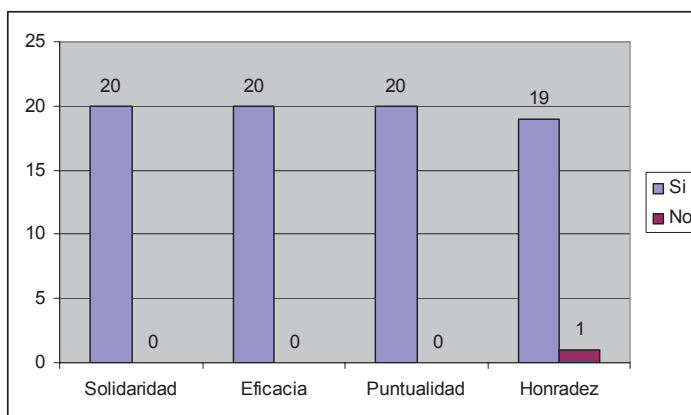
Cualidades humanas presentes en las asistentes dentales que dan atención en la clínica odontológica de ULACIT, Agosto 2006.

Parámetro	Si	No	Total
Solidaridad	20	0	20
Eficacia	20	0	20
Puntualidad	20	0	20
Honradez	19	1	20
Total	79	1	80

Fuente: entrevistas realizadas a asistentes dentales de la clínica odontológica ULACIT.

Gráfico # 6

Cualidades humanas presentes en las asistentes dentales que dan atención en la clínica odontológica de ULACIT, Agosto 2006



Fuente: entrevistas realizadas a asistentes dentales de la clínica odontológica ULACIT.

En el cuadro anterior las asistentes dentales manifiestas, en 99% respetar las cualidades de las personas en la labor que desempeñan en la clínica y un 1% no.

Tabla # 7

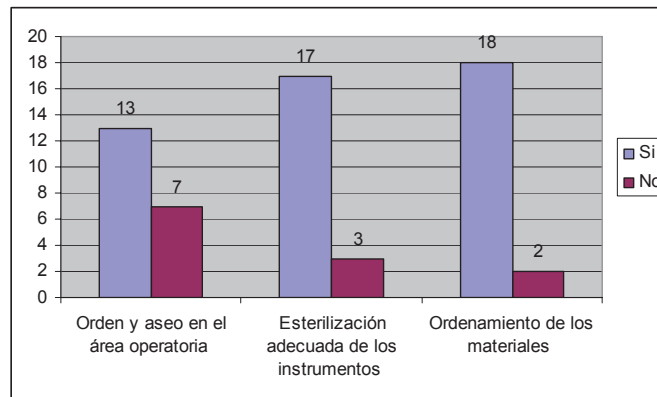
Opinión de las asistentes dentales en cuanto a orden y aseo de la clínica odontológica ULACIT , Agosto 2006

Escala Parámetro	Si	No	Total
Orden y aseo en el área operatoria	13	7	20
Esterilización adecuada de los instrumentos	17	3	20
Ordenamiento de los materiales	18	2	20
Total	48	12	60

Fuente: entrevistas realizadas a asistentes dentales de la clínica odontológica ULACIT.

Gráfico # 7

Opinión de las asistentes dentales en cuanto a orden y aseo de la clínica odontológica ULACIT , Agosto 2006



Fuente: entrevistas realizadas a asistentes dentales de la clínica odontológica ULACIT.

Según los asistentes dentales un 80%, las actividades que se realizan en el consultorio, ameritan orden, control, para que cuando se necesite materiales o cualquier otro implemento lo pueda localizar con facilidad, para que haya eficacia y prontitud a la hora de realizar los trabajos. Y un 20% considera que los instrumentos y demás materiales no demandan tanto control.

Tabla # 8

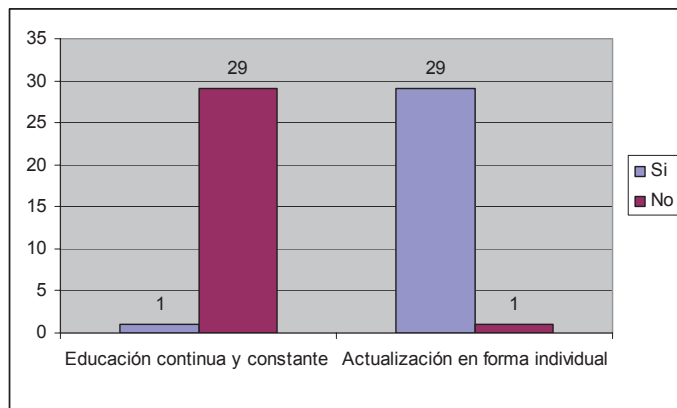
**Total de odontólogos que consideran importante la educación
continua en áreas técnicas, Agosto 2006**

Parámetro \ Escala	Si	No	Total
Educación continua y constante	29	1	30
Actualización en forma individual	29	1	30
Total	30	30	60

Fuente: entrevistas realizadas a odontólogos de la ULACIT

Gráfico # 8

Total de odontólogos que consideran importante la educación continua en áreas técnicas, Agosto 2006



Fuente: entrevistas realizadas a odontólogos de la ULACIT

Referente a datos manifestados en el cuadro anterior un 50% de los odontólogos consideran que no debe conformarse con la educación recibida durante sus años de estudio universitario y un 50% considera que los odontólogos deben de actualizarse con las nuevas tecnologías que se ofrecen para mejorar el servicio a sus pacientes.

Tabla # 9

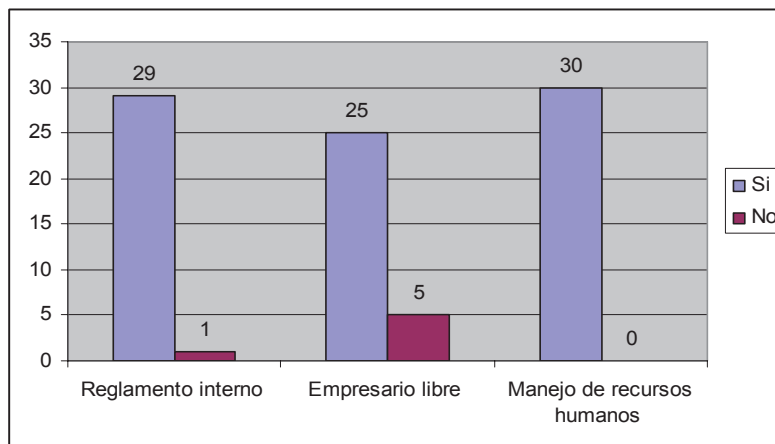
Áreas de la administración de consultorio que ejerce el odontólogo en su práctica profesional, Agosto 2006

Escala \ Parámetro	Si	No	Total
Reglamento interno	29	1	30
Empresario libre	25	5	30
Manejo de recursos humanos	30	0	30
Total	84	6	90

Fuente: entrevistas realizadas a odontólogos de la ULACIT

Gráfico # 9

Áreas de la administración de consultorio que ejerce el odontólogo en su práctica profesional, Agosto 2006.



Fuente: entrevistas realizadas a odontólogos de la ULACIT

En el aspecto administrativo un 93% el cuadro anterior manifiesta que el odontólogo lo aplica en el consultorio odontológico y un 7% emplea en su consultorio el control del mismo.

Tabla # 10

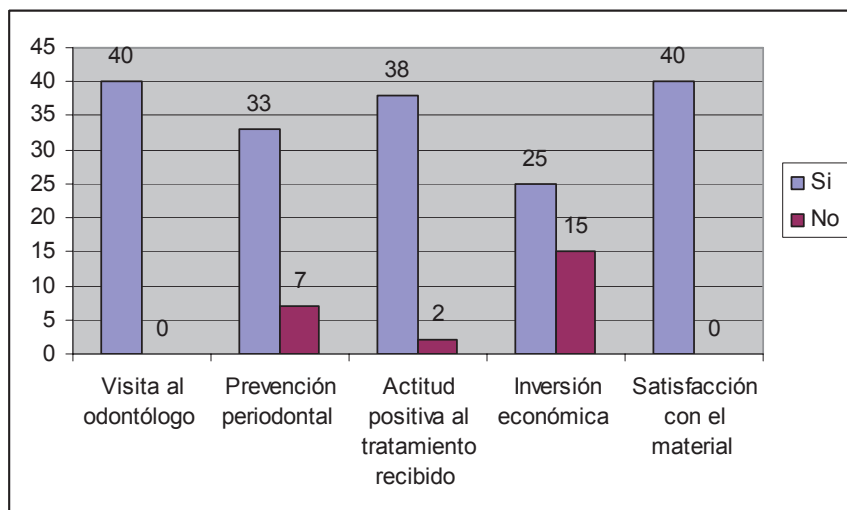
Identificación del paciente respecto al tratamiento buco-dental recibido por el odontólogo ULACIT, Agosto 2006.

Parámetro	Escala	Si	No	Total
Visita al odontólogo		40	0	40
Prevención periodontal		33	7	40
Actitud positiva al tratamiento recibido		38	2	40
Inversión económica		25	15	40
Satisfacción con el material		40	0	40
Total		176	24	200

Fuente: entrevistas realizadas a pacientes atendidos en la clínica odontológica ULACIT.

Gráfico # 10

Identificación del paciente respecto al tratamiento buco-dental recibido por el odontólogo de ULACIT, Agosto 2006



Fuente: entrevistas realizadas a pacientes atendidos en la clínica odontológica ULACIT.

Según los pacientes un 88%, de los trabajos orales que realiza el odontólogo en el consultorio, ha mejorado su salud oral. Y un 12% de ellos considera que es necesario seguir visitando al odontólogo para que revise su dentición, le de el tratamiento y seguimiento respectivo.

Tabla # 11

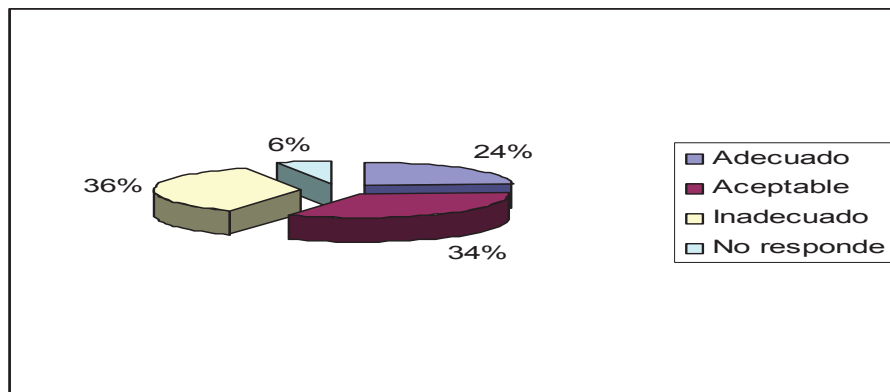
Aceptación de los tiempos de espera para la Atención odontológica en el Proyecto de Atención Comunitaria Odontológica de Los Cuadros, de Guadalupe.

Escala / Parámetro	Escala				Total entrevistados
	Adecuado	Aceptable	Inadecuado	N/R	Total Absoluto
Primer grado	7	8	15	0	30
Tercer grado	5	9	3	3	20
Total Absoluto	12	17	18	3	Total entrevistados 50 escolares
	50	50	50	50	

Fuente: niños de primer y tercer grado de la escuela Asambleas de Dios de Los Cuadros de Guadalupe, 6 y 7 de Noviembre 2006.

Gráfico # 11

Aceptación de los tiempos de espera en el Proyecto de Atención Comunitaria Odontológica de Los Cuadros de Guadalupe.



Fuente: niños estudiantes del primer y tercer grado de la escuela Asambleas de Dios de Los Cuadros de Guadalupe, 6 y 7 de noviembre de 2006.

Resultados: el 58 % de los individuos entrevistado aceptaron el tiempo de espera para la atención odontológica en P.A.C.O., mientras que el 36 % lo consideran inadecuado y el 6% no responde.

Tabla # 12

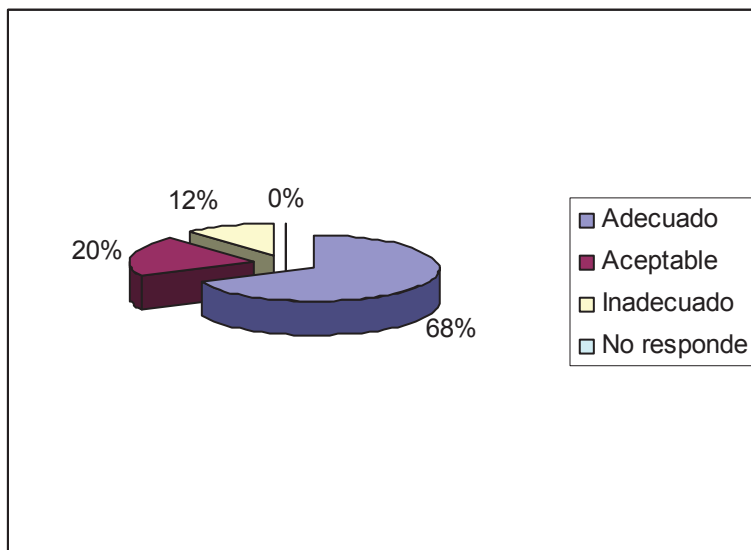
Aceptación de la infraestructura del proyecto de atención comunitaria odontológica de Los Cuadros de Guadalupe, Octubre 2006

Grupo de Estudio \ Escala	Adecuado	Aceptable	Inadecuado	N/R	Total entrevistados
	Total Absoluto				
Primer grado	22	6	2	0	30
Tercer grado	12	4	4	0	20
Total Absoluto	34	10	6	0	Total entrevistados 50 escolares
	50	50	50	50	

Fuente: niños estudiantes del primer y tercer grado de la escuela Asambleas de Dios de Los Cuadros de Guadalupe, 6 y 7 de noviembre de 2006.

Gráfico # 12

**Aceptación de la infraestructura del Proyecto de Atención Comunitaria Odontológica,
los Cuadros de Guadalupe.**



Fuente: niños estudiantes del primer y tercer grado de la escuela Asambleas de Dios de Los Cuadros de Guadalupe, 6 y 7 de noviembre de 2006.

Resultados: el 88% de los estudiantes entrevistados aceptaron la infraestructura que la clínica presenta, mientras el 12 % la valoró como inadecuada.

Tabla # 13

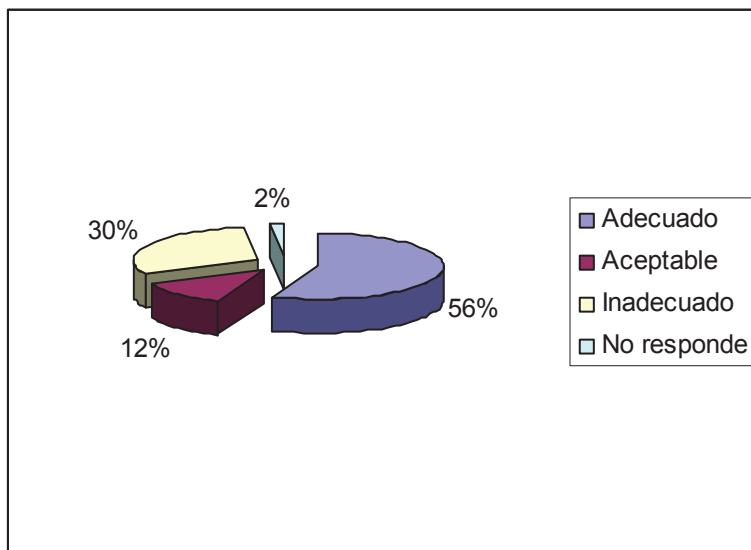
Aceptación del servicio de atención brindado en el proyecto de atención comunitaria odontológica, Los Cuadros de Guadalupe.

Escala Grupo de Estudio	Adecuado	Aceptable	Inadecuado	N/R	Total entrevistados
					Total Absoluto
Primer grado	17	5	8	0	30
Tercer grado	11	1	7	1	20
Total absoluto	28	6	15	1	Total entrevistados 50 escolares
	50	50	50	50	

Fuente: niños de primer y tercer grado de la escuela Asambleas de Dios de Los Cuadros de Guadalupe, 6 y 7 de noviembre, 2006.

Gráfico # 13

Aceptación del servicio de atención brindado en el Proyecto de Atención Comunitaria Odontológica, Los Cuadros de Guadalupe.

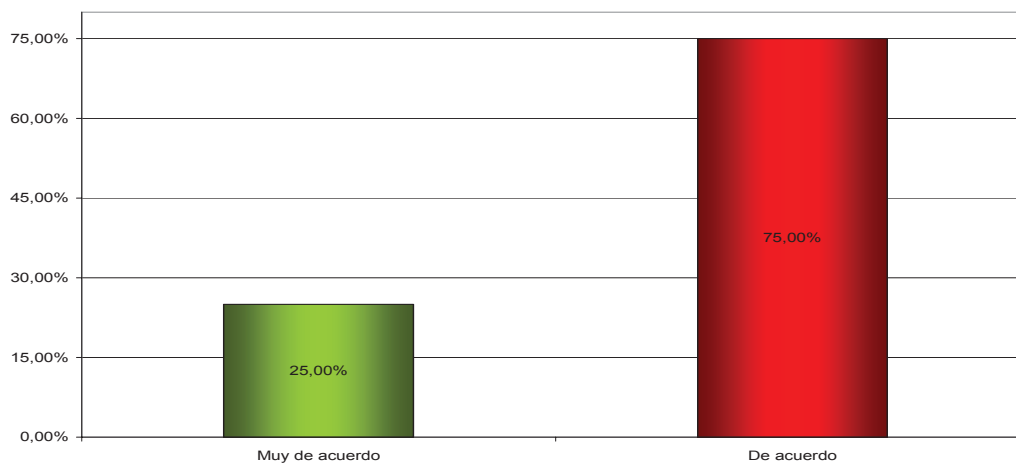


Fuente: niños de primer y tercer grado de la escuela Asambleas de Dios de Los Cuadros de Guadalupe, 6 y 7 de noviembre, 2006.

Resultados: el 68 % de los individuos entrevistados aceptaron el servicio de atención brindado en el P.A.C.O, mientras que el 30 % le parece inadecuado y el 2 % no responde.

Gráfico # 14

Porcentaje de odontólogos que participan en proyección Comunitaria del sector Los Cuadros, Guadalupe, octubre, 2006

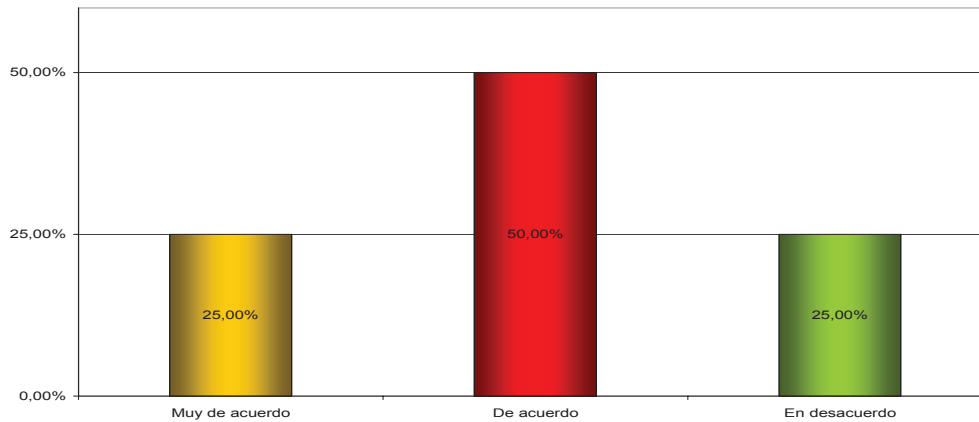


Fuente: resultado de censo realizado al personal especializado en la clínica odontológica del Colegio Asambleas de Dios, ubicado en los Cuadros de Guadalupe.

Según el gráfico anterior el 25% de odontólogos dicen encontrarse muy de acuerdo con respecto a la proyección continua de participación comunitaria y el 75% dicen estar de acuerdo.

Gráfico # 15

Grado de aceptación del personal especializado en la clínica dental del Colegio Asambleas de Dios, del horario del servicio odontológico en Los Cuadros de Guadalupe, octubre, 2006.

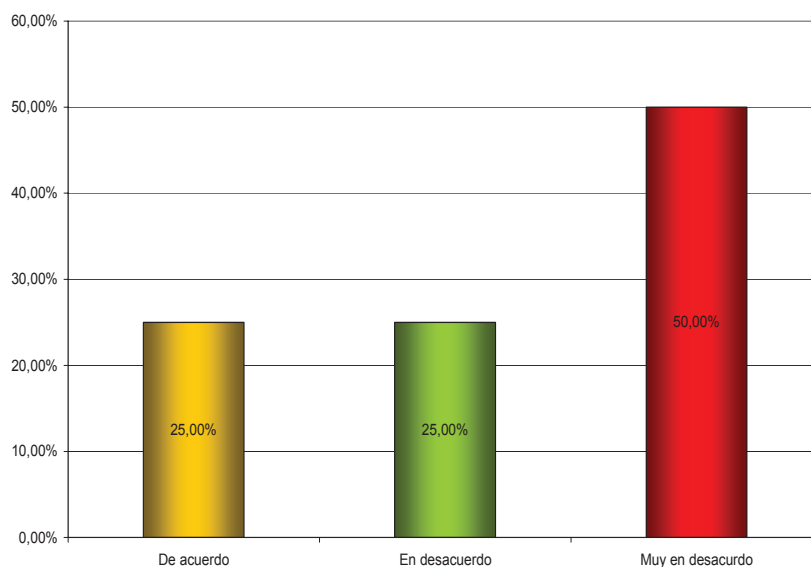


Fuente: resultado de censo realizado al personal especializado en la clínica dental del Colegio Asambleas de Dios, ubicado en los Cuadros de Guadalupe.

Basado en el gráfico anterior, solo el 25% del personal entrevistado dijo estar muy de acuerdo con la afirmación “El horario para la atención clínica se cumple a cabalidad”, un 50% está de acuerdo con la afirmación antes descrita, mientras que solo el 25% se mostró en desacuerdo con este ítem.

Gráfico # 16

Grado de aceptación de horas laboradas diarias por el personal especializado en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios, Octubre, 2006.



Fuente: resultado de censo realizado al personal especializado en la clínica dental del Colegio Asambleas de Dios, ubicado en los Cuadros de Guadalupe.

De acuerdo con el gráfico el 25% está de acuerdo, 25% en desacuerdo y el 50% muy en desacuerdo para un total de 75% en desacuerdo de las horas laboradas diarias.

Tabla # 14

Cuadro de distribución de frecuencias de tiempos operatorios en profilaxis realizadas durante los meses de octubre y noviembre en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

Categorías		Punto medio	Frecuencia acumulada	Frecuencia absoluta
Limites indicados	Limites reales			
4-6 minutos	3.5-6.5 minutos	5 minutos	2 minutos	2 minutos
7-9 minutos	6.5-9.5 minutos	8 minutos	0 minutos	2 minutos
10-12 minutos	9.5-12.5 minutos	11 minutos	1 minutos	3 minutos
13-15 minutos	12.5-15.5 minutos	14 minutos	2 minutos	5 minutos

Fuente: observaciones realizadas en 6 visitas a los estudiantes de la ULACIT, operadores de la clínica del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

Gráfico # 17

Tiempo operatorio de profilaxis realizadas en las 6 visitas observadas en la clínica del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.



Fuente: observaciones realizadas en 6 visitas a los estudiantes de la ULACIT, operadores de la clínica del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

Resultados: el tiempo operatorio clínico en que se realizó la profilaxis se dio en su mayoría entre los tiempos de 4 a 6 minutos y los que van de 13 a 15 minutos.

Tabla # 15

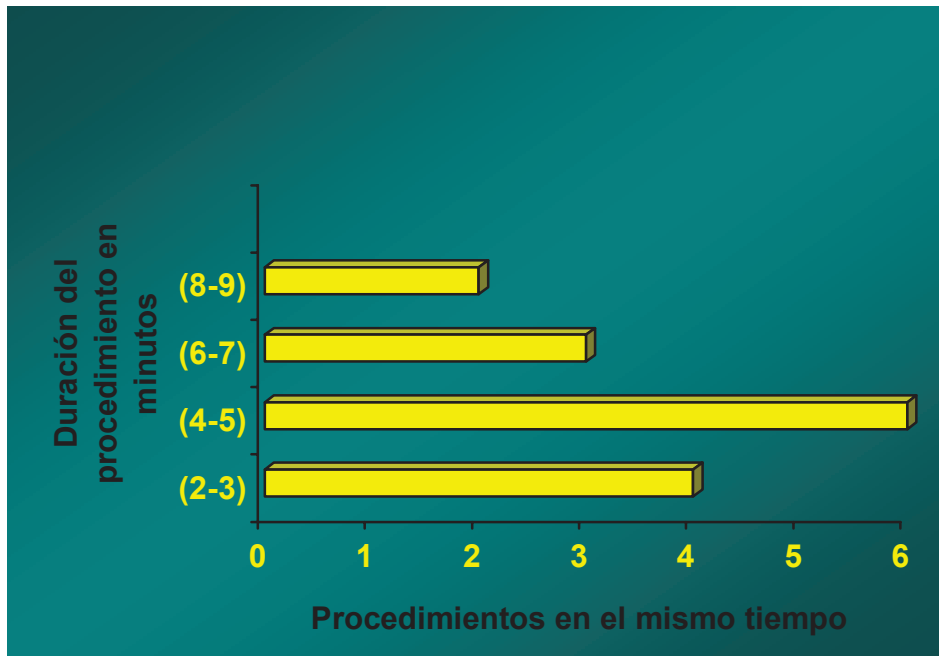
Cuadro de distribución de frecuencias de tiempos operatorios en sellantes realizadas durante los meses de octubre y noviembre en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios

Categorías		Punto medio	Frecuencia acumulada	Frecuencia absoluta
Limites indicados	Limites reales			
2-3 minutos	1.5-3.5 minutos	2.5 minutos	4 minutos	4 minutos
4-5 minutos	3.5-5.5 minutos	4.5 minutos	6 minutos	10 minutos
6-7 minutos	5.5-7.5 minutos	6.5 minutos	3 minutos	13 minutos
8-9 minutos	7.5-9.5 minutos	8.5 minutos	2 minutos	15 minutos

Fuente: observaciones realizadas en 6 visitas a los estudiantes de la ULACIT, operadores de la clínica del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

Gráfico # 18

Tiempo operatorio de sellantes realizados en las 6 visitas observadas en la clínica del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.



Fuente: observaciones realizadas en 6 visitas a los estudiantes de la ULACIT, operadores de la clínica del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

Resultados: los sellantes se realizaron en su mayoría en el tiempo que va de 4 a 5 minutos.

Tabla # 16

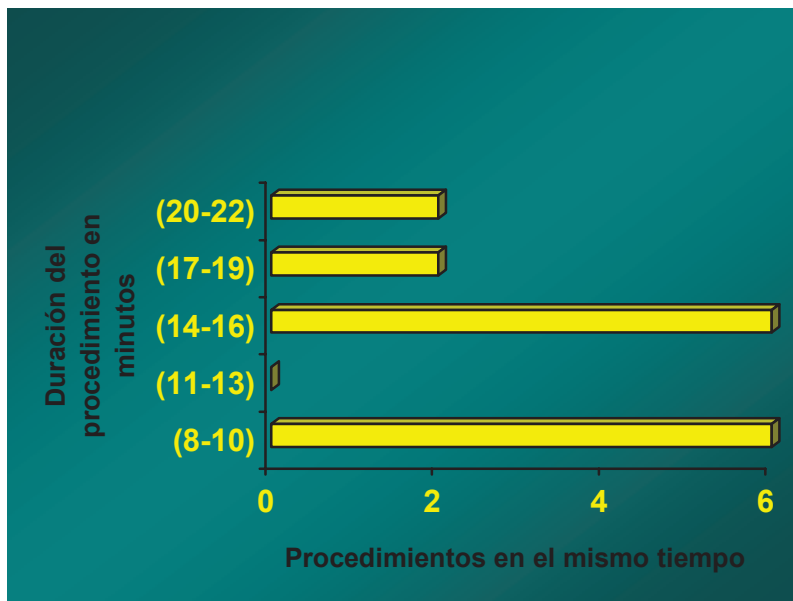
Cuadro de distribución de frecuencias de tiempos operatorios en resinas realizadas durante los meses de octubre y noviembre en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

Categorías		Punto medio	Frecuencia acumulada	Frecuencia absoluta
Limites indicados	Limites reales			
8-10 minutos	7.5-10.5 minutos	9 minutos	6 minutos	6 minutos
11-13 minutos	10.5-13.5 minutos	12 minutos	0 minutos	6 minutos
14-16 minutos	13.5-16.5 minutos	15 minutos	6 minutos	12 minutos
17-19 minutos	16.5-19.5 minutos	18 minutos	2 minutos	14 minutos
20-22 minutos	19.5-22.5 minutos	21 minutos	2 minutos	16 minutos

Fuente: observaciones realizadas en 6 visitas a los estudiantes de la ULACIT, operadores de la clínica del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

Gráfico # 19

Tiempo operatorio de resinas realizadas en las 6 visitas observadas en la clínica del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.



Fuente: observaciones realizadas en 6 visitas a los estudiantes de la ULACIT, operadores de la clínica del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

Resultados: las resinas se realizaron en su mayoría con una duración de 8 a 10 minutos y entre los 14 y los 16 minutos.

Tabla # 17

Cuadro de distribución de frecuencias de tiempos operatorios en exodoncias realizadas durante los meses de octubre y noviembre en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

Categorías		Punto medio	Frecuencia absoluta	Frecuencia acumulada
Limites indicados	Limites reales			
3-5 minutos	2.5-5.5 minutos	4 minutos	4 minutos	4 minutos
6-8 minutos	5.5-8.5 minutos	7 minutos	1 minutos	5 minutos
9-11 minutos	8.5-11.5 minutos	10 minutos	2 minutos	7 minutos
12-14 minutos	11.5-14.5 minutos	13 minutos	0 minutos	7 minutos
15-17 minutos	14.5-17.5 minutos	16 minutos	2 minutos	9 minutos

Fuente: observaciones realizadas en 6 visitas a los estudiantes de la ULACIT, operadores de la clínica del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

Gráfico # 20

Tiempo operatorio de exodoncias realizadas en las 6 visitas observadas en la clínica del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.



Fuente: observaciones realizadas en 6 visitas a los estudiantes de la ULACIT, operadores de la clínica del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

Resultados: la mayoría de exodoncias se realizaron con una duración de 3 a 5 minutos

Tabla # 18

Cantidad de visitas, pacientes atendidos, actividades clínicas y emergencias atendidas por la clínica del Colegio Cristiano Asambleas de Dios en los meses de octubre y noviembre.

Visitas	Pacientes atendidos	Total actividades		Emergencias	
		Niños	Adultos	Niños	Adultos
Primera	6	8	0	4	0
Segunda	4	7	0	0	0
Tercera	5	8	0	1	2
Cuarta	4	4	1	0	1
Quinta	6	13	0	1	1
Sexta	4	10	0	1	0
TOTAL	29	50	1	7	4

Fuente: observaciones realizadas en 6 visitas a los estudiantes de la ULACIT, operadores de la clínica del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

Resultados: durante las 6 visitas que se hicieron al Colegio Asambleas De Dios se atendieron un total de 29 pacientes de los cuales 50 fueron niños y 1 adulto, además se atendieron 11 emergencias de las cuáles 7 fueron niños y 4 adultos.

Tabla # 19

**Características de la población del distrito
de Purral según IX Censo Nacional
de población, 2005**

Total de la población	Valor absoluto	Valor relativo
Parámetros		
Población económicamente activa	9.980	51.6%
Ocupada	9.505	95.2%
Cesante	950	4.8%
Población sin empleo	9.374	48.4%
Población mayores de 12 años	19.354	72.4%
Población menores de 12 años	7.403	27.6%
Población total	26.767	100%
Hombres	13.087	48.9%
Mujeres	13.680	51.1%

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Oct 2006.

Total de población en el Distrito de Purral son 26.767 habitantes de los cuales 13.087 son hombres y 13.680 son mujeres.

Población económicamente activa son 9.980 habitantes que corresponde al 51.6% de la población mayores de 12 años.

Actualmente el 95.2% tiene empleo que representa en la población total un 35.5% de los pobladores empleados.

Tabla # 20

**Características de vivienda de la población del
distrito de Purral según V Censo Nacional
de vivienda, 2005**

Población Tipo de vivienda	Valor absoluto		Valor relativo	
	# de viviendas	# de ocupantes	# de viviendas	# de ocupantes
Total Individual	6.189	26.731	100%	100%
Casa individual	5.819	25.042	94.02%	93.7%
Edificios	41	138	0.66%	0.5%
Tugurios	317	1501	5.12%	5.6%
Otros	12	50	0.19%	0.1%
Colectivo	3	36	0.0000048%	0.1%
# de viviendas totales	6.192		100%	
# de ocupantes totales		26.767		100%

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Oct 2006.

Total de viviendas en el Distrito de Purral son 6.192 con 26.767 ocupantes de los cuales 93.7% tienen vivienda individual y el restante 2.93% viven en tugurios, edificios u otros que representa 784 individuos sin vivienda individual.

Tabla # 21

**Niños y niñas de primero a sexto grado del Colegio Cristiano
Asambleas de Dios con expediente por algún
tipo de violencia, diciembre 2006**

Grado escolar Parámetro	Total de niños escolares de primero a sexto grado Valor absoluto	Valor relativo
Emocional	15	23%
Sexual	12	18.46%
Negligencia	17	26.1%
Intrafamiliar	5	7.69%
Física	16	24.6%
Total	65	100
Población total	415	

Fuente: Informe brindado por el master en psicología Adrián Sanabria Quirós del Colegio Cristiano Asambleas de Dios en los Cuadros de Guadalupe.

415 niños y niñas de primero a sexto grado los cuales el 15.66% tiene un expediente abierto por algún tipo de violencia: el 23% representa la violencia emocional, el 18.46% representa el abuso sexual, el 26.1% representa la negligencia, el 7.69% representa la violencia intrafamiliar y el 24.6% representa la agresión física. De los cuales 25 son niñas y 33 son varones que están dentro de este cuadro.

Tabla # 22

**Descripción clínica por tipología en niños y niñas
del Colegio Cristiano Asambleas
de Dios, diciembre 2006**

Tipología
Abuso Sexual
Abuso psicológico y físico
Violencia Intrafamiliar
Depresión
Ideación Suicida
Sociopatías
Revocatoria
Déficit Atencional Pasivo
Déficit Atencional con Hiperactividad
Trastorno de Angustia por separación
Consumo de sustancias
Problemas de aprendizaje
Límites
Problemas asociados

Fuente: Reporte de casuísticas brindado por el master en psicología Adrián Sanabria Quirós del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

Tabla # 23

Total de estudiantes, primero a sexto grado, según tipo de Adecuación Curricular en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios en el año 2006.

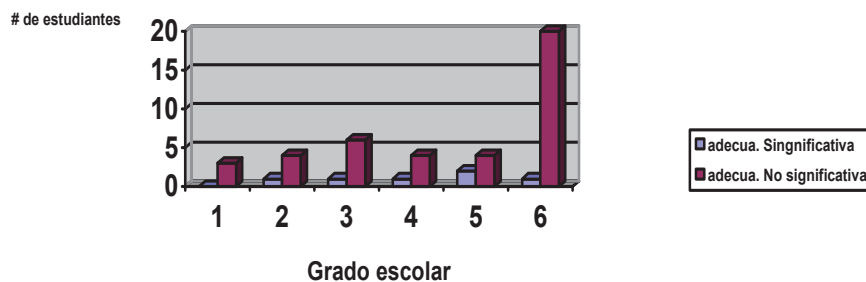
Grado Tipo de adecuación							Total
Adecuaciones	1ro	2do	3ro	4to	5to	6to	
Significativas	0	1	1	1	2	1	6
No significativas	3	4	6	4	4	20	41
Total	3	5	7	5	6	21	47

Fuente: Ms.P. Adrián Sanabria Quirós. Psicólogo, Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

El cuadro anterior muestra como el mayor número de adecuaciones que se presentan son las de tipo no significativas y presentándose más de la mitad de los casos en el sexto grado, y se aplican en la institución solo 6 casos de adecuaciones significativas presentándose el mayor número de los casos en quinto grado.

Gráfico # 21

Total de estudiantes de primero a sexto grado, según tipo de Adecuación Curricular



Fuente: Ms.P. Adrián Sanabria Quirós. Psicólogo, Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

Tabla # 24

Niños con adecuación curricular de acuerdo al grado escolar y a la necesidad educativa especial que presentan en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios en el año 2006.

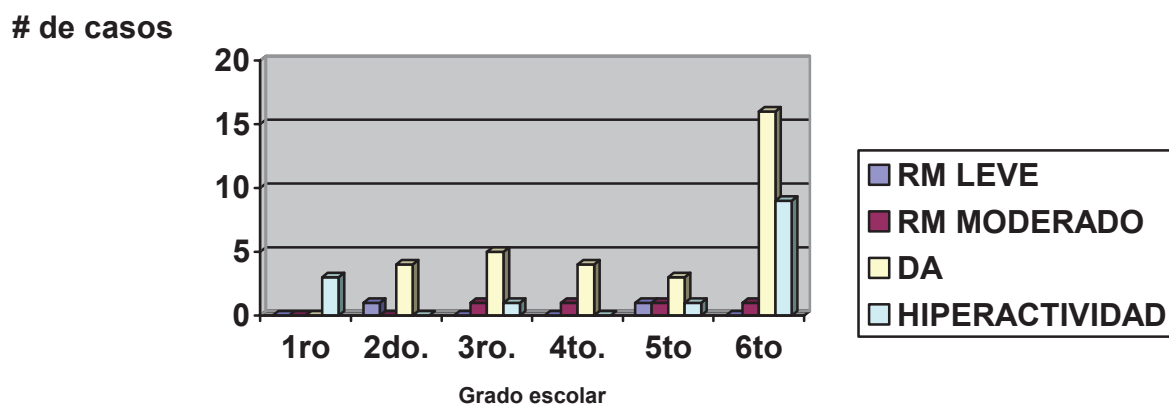
Grado	Retardo mental leve	Retardo mental moderado	Deficit atencional	Hiperactividad
1ro				3
2do	1		4	
3ro		1	5	1
4to		1	4	
5to	1	1	3	1
6to		1	16	4
Total	2	4	32	9

Fuente: Ms.P. Adrián Sanabria Quirós. Psicólogo, Colegio Cristiano Asambleas de Dios

El cuadro muestra como de los seis casos de adecuación curricular significativa 4 casos se presentan por retardo mental moderado y de los 41 casos de adecuaciones no significativas 32 de los casos se aplican por déficit atencional.

Gráfico # 22

Niños con adecuación curricular de acuerdo al grado escolar y a la necesidad educativa especial que presentan.



RM: Retardo Mental

DA: Déficit Atencional

Fuente: Ms.P. Adrián Sanabria Quirós. Psicólogo, Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

Tabla # 25

Número y porcentaje de estudiantes de primero a sexto grado con o sin algún tipo de adecuación curricular en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

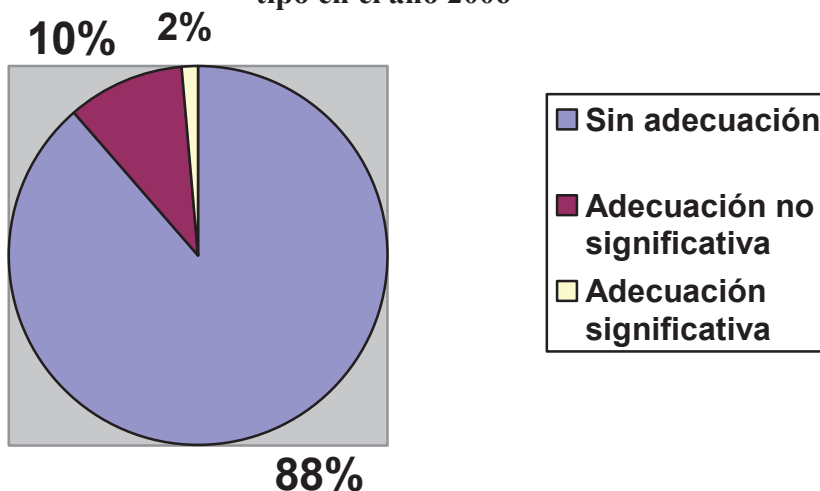
	Número de estudiantes	Porcentaje de estudiantes
Sin adecuación curricular	368	88%
Con adecuación curricular no significativa	41	10%
Con adecuación curricular significativa	6	2%
TOTAL	415	100%

Fuente: Ms.P. Adrián Sanabria Quirós. Psicólogo, Colegio Cristiano Asambleas de Dios

El cuadro muestra como de la población de 415 estudiantes que se encuentran entre primero y sexto grado en el 41 estudiantes reciben adecuación curricular no significativa y 6 estudiantes reciben adecuación curricular significativa.

Gráfico # 23

Total de estudiantes de primero a sexto grado del Colegio Cristiano Asambleas de Dios con o sin adecuación curricular de algún tipo en el año 2006



Fuente: Ms.P. Adrián Sanabria Quirós. Psicólogo, Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

El gráfico muestra como el 88% del total de la población de 415 estudiantes que cursan entre primero a sexto grado en el colegio Cristiano Asambleas de Dios en el 2006, no reciben adecuación curricular de ningún tipo, el 10% reciben adecuación curricular no significativa y solo el 2% reciben adecuación curricular significativa.

4.1.1 Entrevista

4.1.2 Transcripción de los datos

Preguntas abiertas con palabras claves que se repiten a cada uno de los expertos por conveniencia del investigador tratando de establecer los valores éticos que reflejen una práctica profesional destacada.

Transcripción de la información obtenida en la entrevista realizada a los especialistas:

- Dr. Francheschi

Pregunta 1

R/: Respeto, consideración y honradez

Pregunta 2

R/: Código de ética desconocido por muchos colegas.

Son fundamentales para el ejercicio de la profesión, el problema radica en el olvido de la ley orgánica, código de ética, ley del servicio social por parte del Odontólogo.

Se debe dar mayor información al odontólogo. Se imparte un curso de ética antes de la incorporación.

Además el código de ética del Colegio debe ser parte de los cursos universitarios de Odontología de Empresa de las diferentes universidades que imparten la carrera de Odontología.

Pregunta 3

R/: Comentó que sí llevó un curso de ética. Nos contó como opinión muy personal que la concepción de los valores éticos y morales antes eran diferentes, un ejemplo muy claro es el de que antes para el estudiante de odontología el profesor era una máxima autoridad pero ahora no es así lo ven al docente como del mismo nivel. Aquí es donde entra en juego el papel del respeto y la pérdida de éste.

También comentó que la ética se debe de enseñar en todos los cursos y no solo en el curso específico de Ética Profesional. Para el antes si brindaban una buena educación ética-moral.

Pregunta 4

R/: No, contestó, debido que los valores no pueden cambiar, los valores son los mismos. Ahí va a depender de las diferentes exigencias de los programas de atención y sus limitantes.

Pregunta 5

R/: Tal vez, con una entrevista, mediante referencias de personas o escogencia previa de un perfil ético-moral intachable previo a la contratación, es decir, conocimiento previo del personal.

- Dra. Xinia Salazar

Pregunta 1

R/: Respeto, honradez, sensibilidad y profesionalismo.

Pregunta 2

R/: Consideró como fundamentales estos valores para ejercer la profesión, donde son aprendidos desde pequeños, las familias, colegios y demás centros educativos fomentan el conocimiento y la aplicación de estos.

Pregunta 3

R/: En la ULACIT recibió un curso de ética, en sus pos-grado no tuvo ningún curso referente a este tema, ella consideró que la importancia de estos valores radica o están en la aplicación de estos mismos en nuestra vida cotidiana, es necesario concientizarnos que esta en nosotros mismos el absorber y practicar estos valores ético-morales en nuestra profesión para brindar un servicio de calidad en todo su sentido.

Pregunta 4

R/: Consideró que la odontóloga no debe diferenciar en la utilización de los diferentes valores ético-morales a la hora de desempeñarse como funcionario de un sistema odontológico privado o público.

Pregunta 5

R/: Se resume en base a un comportamiento ético-moral, donde se observe una actitud de responsabilidad, respeto y sensibilidad entre el paciente y odontólogo y viceversa.

Notas

Dice que los valores ayudan al crecimiento personal, mencionó que ellos como profesores deben de dar hincapié en los diferentes valores, su conocimiento y aplicación en la vida cotidiana del joven estudiante. Se puede decir que es como dar una reinformación a los estudiantes.

- Lic. Olga Ovares

Pregunta 1

R/: Integridad, respeto, tolerancia y entendimiento.

Describió el concepto de ética como la disciplina que estudia el comportamiento de los seres humanos. Valores es un instrumento que nos permiten tener ese comportamiento correcto o malo.

La ética y los valores son procesos educables que deben ser reformados en los diferentes niveles de educación.

La ética no debe ser obligada; debe ser voluntaria, donde el individuo busque por sí solo el interés por ésta.

Para ella las instituciones están actuando mal, las cuales, controlan al ser humano. Se deben de promover los valores pero, cada individuo es un ser pensante que tiene la capacidad suficiente para saber escoger entre lo bueno y lo malo. Debemos ser seres íntegros en todos los aspectos de la rutina.

Pregunta 2

R/: Tomó como referencia a la familia como centro de información e implementación de valores para cada individuo, después comento que los diferentes centros educativos ayudaron en parte, independientemente si fue pública o privada. Al llegar a la educación superior se supone que nosotros como adolescentes debemos de tener valores los cuales el sistema universitario nos brindan la oportunidad de escoger los diferentes actos diarios de nuestras vidas.

Sí existe una gran responsabilidad por parte de las universidades, ya que, son hacedores no solo de técnicos, sino, de seres humanos, los cuales, van a servir a una comunidad.

Las universidades tienen unos vacíos muy significativos, por que el vacío no se llena con un curso de Ética Profesional, ni tampoco en los colegios.

Se deben de hacer replantamientos; el CONARE realizó propuestas de cómo entender la educación de un sentido ético, como se visualiza, juntando esfuerzo por parte de todos los educadores de Costa Rica, para mejorar este ambiente.

Pregunta 3

R/: Claro que son fundamentales para ejercer la profesión, no quiere decir que usted va hacer correcto exclusivamente para el ejercicio de su profesión, aquí entra en juego la reflexión y toma de decisiones de cada individuo.

Pregunta 4 (ver las carencias)

R/: En la Comisión Nacional de Ética y Valores han desarrollado una matriz axiológica y una metodología de trabajo que se llama El Diagnóstico de oportunidades.

1 Instrumento

La matriz axiológico plantea concretamente que los seres humanos tenemos manifestaciones pasivas y activas, con respecto al valor, pasivo se habla cuando la acción no es interesante, no me importa, eso no es conmigo.

Las acciones pasivas o activas pueden estar de cara al valor o al anti-valor.

Se valora lo que se tiene.

Mecanismo:

Identificar comportamientos de las personas durante 3 años, a partir del momento de la investigación que es el primer año, agarramos, primero, segundo y tercer año, se observa como se comportan las personas, en la mayoría de las instituciones formales se tiene una serie de instrumentos que permiten evaluar esto, como son el ausente, llegadas tardías, irrespeto; son indicadores de comportamiento de las variables en la esfera laboral, estudiantil o de donde se requiera.

Al tener los indicadores identificamos los 3 problemas más importantes que obtuvimos de la información anterior y pasamos a un segundo plano que es el foro interno,

usted no puede saber nada más que lo que usted tenga para obtener. Somos muy falsos, no nos gusta que nos escarben por ningún lado.

Se aplica una encuesta de percepción para averiguar estos detalles. Con datos estadísticos (principales problemas).

Esta metodología se diseñó para organizaciones, instituciones y otras entidades.

Con los resultados usted puede ver los diferentes vacíos que hay en diversos campos, se observan carencias, fortalezas y recomendaciones.

2 Instrumento

El trabajo debe ser participativo, usted no puede imponer los valores, debido a que, tal vez, para otras personas no sean importantes. Tenemos otra matriz que se llama “Mateo Semántica”, se ubica al valor, lo define, lo desagregamos en conceptos y después estos conceptos se operativizan en acciones cotidianas.

Consenso de definiciones de concepto y después desagregarlas y aplicarlas a la vida laboral.

Está también el Código de Ética que es un listado de normativas.

Todo código es un manual de buenas prácticas.

Para el odontólogo se da el código deontológico que consiste en el “Deber ser de un profesional”.

En estos manuales de buenas prácticas, las personas se comprometen a tener una conducta determinada, pero en positivo, es una invitación a participar de manera

participativa y no obligada. Es aquí donde decimos que existe una diferencia entre una norma y un manual de buenas prácticas.

- Dr. Rodrigo Díaz

Pregunta 1

R/: Credibilidad, coherencia, sinceridad, transparencia y ética.

Lo debe cumplir cada persona, como lo debe cumplir todo profesional, que cree que sí lo cumple como persona es inevitable que no lo cumpla como profesional.

Práctica constante.

Pregunta 2

R/: Fundamentales para cumplir cualquier profesión.

Pregunta 3

R/: Sí recibió un curso, el cual, no fue de entera satisfacción, aboga en que la ética sea bajado de nivel en los planes de estudios de todas las facultades de odontología del país y que sea una práctica constante y continua.

La importancia de colocar el curso de ética a inicio de la carrera es el de poder aplicar estos valores durante todos sus estudios universitarios y en el ejercicio de su profesión.

Pregunta 4

R/: Los diferentes valores que pongo en práctica cotidianamente, los debo aplicar tanto en el sector privado como el público.

Pregunta 5

R/: Con las denuncias que se dan en la fiscalía.

Con los diferentes comentarios realizados por los diferentes odontólogos, como por ejemplo. Ahí viene mi puente, mi prótesis parcial, ven al paciente como un objeto y no como un ser humano. Esto quiere decir que fuimos formados deformadamente.

Por eso debe ser reforzada la ética en todos los planos de los estudios universitarios.

Se deben plantear reformas del Código de Ética del Colegio.

El colegio brinda charlas, a través de la Fiscalía, sobre ética y lo relacionado a ésta.

Existe dentro del mismo colegio sub-oficinas que se encargan por velar por el cumplimiento correcto de los diferentes aspectos ético-morales del profesional en odontología.

Por último comento que la ética debe ser inducida, si nos dan mucha ética aplicamos mucha ética.

Verificación

1. Se da una prueba piloto a un sujeto de estudio para definir si las respuestas cumplían con el propósito a investigar. Se corrigen las debilidades observadas antes de la siguiente entrevista.
2. Se establecen parámetros de respuesta para cada entrevista donde se debe de cumplir igual o mas 90% de ellos con cada entrevistador sino queda nula la pregunta.

4.1.3 Preparación del informe

Se describirá la respuesta de cada uno de los entrevistados con respecto a cada objetivo:

Los objetivos son:

1. Determinar los valores éticos y su importancia que debe tener un profesional en odontología según expertos en el tema, creando una línea de acción para el odontólogo comunitario.
2. Argumentar la deficiencia en las carreras universitarias en la enseñanza de los valores éticos.

Las preguntas 1, 2, 4 corresponden al objetivo #1

En el caso del objetivo # 1 las preguntas correspondientes son: 1, 2, 4 y en el caso de la licenciada Olga Ovaes son: 1, 3

Dra. Xinia Salazar

- ¿Cuáles son los valores éticos y morales del odontólogo?

R/: Respeto, honradez, sensibilidad y profesionalismo.

- ¿Considera usted que son fundamentales para ejercer la profesión?

R/: Considero como fundamentales estos valores para ejercer la profesión, donde son aprendidos desde pequeños, las familias, colegios y demás centros educativos fomentan el conocimiento y la aplicación de estos.

- ¿Cree usted que el odontólogo necesita valores diferentes en la práctica privada de la pública?

R/: Considero que el odontóloga no debe diferenciar en la utilización de los diferentes valores ético-morales a la hora de desempeñarse como funcionario de un sistema odontológico privado ó público.

Dr. Francheschi

- ¿Cuáles son los valores éticos y morales del odontólogo?

R/: Respeto, consideración y honradez

- ¿Considera usted que son fundamentales para ejercer la profesión?

R/: Código de ética desconocido por muchos colegas.

Son fundamentales para el ejercicio de la profesión, el problema radica en el olvido de la ley orgánica, código de ética, ley del servicio social por parte del Odontólogo.

Se debe dar mayor información al odontólogo. Se imparte un curso de ética antes de la incorporación.

Además el código de ética del Colegio debe ser parte de los cursos universitarios de Odontología de Empresa de las diferentes universidades que imparten la carrera de odontología.

- ¿Cree usted que el odontólogo necesita valores diferentes en la práctica privada de la pública?

R/: No, contestó, debido que los valores no pueden cambiar, los valores son los mismos. Ahí va a depender de las diferentes exigencias de los programas de atención y sus limitantes.

En el caso de la licenciada Olga Ovarés las preguntas correspondientes al objetivo # 1 son: 1, 3 correspondientes a las preguntas realizadas a ella.

Lic. Olga Ovarés

- ¿Cuáles son los valores éticos y morales del odontólogo?

R/: Integridad, respeto, tolerancia y entendimiento.

Describió el concepto de ética como la disciplina que estudia el comportamiento de los seres humanos. Valores es un instrumento que nos permiten tener ese comportamiento correcto o malo.

La ética y los valores son procesos educables que deben ser reformados en los diferentes niveles de educación.

La ética no debe ser obligada; debe ser voluntaria, donde el individuo busque por si solo el interés por ésta.

Para ella las instituciones están actuando mal, las cuales, controlan al ser humano. Se deben de promover los valores pero, cada individuo es un ser pensante que tiene la capacidad suficiente para saber escoger entre lo bueno y lo malo. Debemos ser seres íntegros en todos los aspectos de la rutina.

- ¿Considera usted que son fundamentales para ejercer la profesión?

R/: Tomó como referencia a la familia como centro de información e implementación de valores para cada individuo, después comento que los diferentes centros educativos ayudaron en parte, independientemente si fue pública o privada. Al llegar a la educación superior se supone que nosotros como adolescentes debemos de tener valores los cuales el sistema universitario nos brindan la oportunidad de escoger los diferentes actos diarios de nuestras vidas.

Sí existe una gran responsabilidad por parte de las universidades, ya que, son hacedores no solo de técnicos, sino de seres humanos, los cuales, van a servir a una comunidad.

Las universidades tienen unos vacíos muy significativos, porque el vacío no se llena con un curso de Ética Profesional, ni tampoco en los colegios.

Se deben de hacer reemplantamientos; el CONARE realizo propuestas de cómo entender la educación de un sentido ético, como se visualiza, juntando esfuerzo por parte de todos los educadores de Costa Rica, para mejorar este ambiente.

Dr. Rodrigo Díaz

- ¿Cuáles son los valores éticos y morales del odontólogo?

R/: Credibilidad, coherencia, sinceridad, transparencia y ética.

Lo debe cumplir cada persona, como lo debe cumplir todo profesional, que cree que sí lo cumple como persona es inevitable que no los cumpla como profesional.

Práctica constante.

- ¿Considera usted que son fundamentales para ejercer la profesión?

R/: Fundamentales para cumplir cualquier profesión.

- ¿Cree usted que el odontólogo necesita valores diferentes en la práctica privada de la pública?

R/: Los diferentes valores que pongo en práctica cotidianamente, los debo aplicar tanto en el sector privado como el público.

Con respecto al objetivo # 2 las preguntas correspondientes son: 3, 5, y en el caso de la licenciada Olga Ovaes son: 2, 4

Dra. Xinia Salazar

- ¿Durantes sus estudios universitarios las universidades le brindaron la educación ética-moral como principios básicos para ejercer su profesión?

R/: En la ULACIT recibió un curso de ética, en sus pos-grado no tuvo ningún curso referente a este tema, ella consideró que la importancia de estos valores radica o están en la aplicación de estos mismos en nuestra vida cotidiana, es necesario concientizarnos que está en nosotros mismos el absorber y practicar estos valores ético-morales en nuestra profesión para brindar un servicio de calidad en todo su sentido.

- ¿Qué mecanismos utilizaría usted para reconocer la carencia de estos valores en los funcionarios de un centro de atención comunal?

R/: Se resume con base en un comportamiento ético-moral, donde se observe una actitud de responsabilidad, respeto y sensibilidad entre el Paciente y odontólogo y viceversa.

Dr. Francheschi

- ¿Durante sus estudios universitarios las universidades le brindaron la educación ética-moral como principios básicos para ejercer su profesión?

R/: Comentó que sí llevó un curso de ética. Nos contó como opinión muy personal que la concepción de los valores éticos y morales antes eran diferentes, un ejemplo muy claro es el de que antes para el estudiante de odontología el profesor era una máxima autoridad pero ahora no es así lo ven al docente como del mismo nivel. Aquí es donde entra en juego el papel del respeto y la pérdida de éste.

También comentó que la ética se debe de enseñar en todos los cursos y no solo en el curso específico de Ética Profesional. Para el antes si brindaban una buena educación ética-moral.

- ¿Qué mecanismos utilizaría usted para reconocer la carencia de estos valores en los funcionarios de un centro de atención comunal?

R/: Tal vez, con una entrevista, mediante referencias de personas o escogencia previa de un perfil ético-moral intachable previo a la contratación, es decir, conocimiento previo del personal.

Lic. Olga Ovares

- ¿Durante sus estudios universitarios las universidades le brindaron la educación ética-moral como principios básicos para ejercer su profesión?

R/: Tomó como referencia a la familia como centro de información e implementación de valores para cada individuo, después comentó que los diferentes centros educativos ayudaron en parte, independientemente si fue pública o privada. Al llegar a la educación superior se supone que nosotros como adolescentes debemos de tener valores los cuales el sistema universitario nos brindan la oportunidad de escoger los diferentes actos diarios de nuestras vidas.

Sí existe una gran responsabilidad por parte de las universidades, ya que, son hacedores no solo de técnicos, sino de seres humanos, los cuales, van a servir a una comunidad.

Las universidades tienen unos vacíos muy significativos, porque el vacío no se llena con un curso de Ética Profesional, ni tampoco en los colegios.

Se deben de hacer reemplantamientos; el CONARE realizó propuestas de cómo entender la educación de un sentido ético, como se visualiza, juntando esfuerzo por parte de todos los educadores de Costa Rica., para mejorar este ambiente.

- ¿Qué mecanismos utilizaría usted para reconocer la carencia de estos valores en los funcionarios de un centro de atención comunal?

R/: En la Comisión Nacional de Ética y Valores han desarrollado una matriz axiológica y una metodología de trabajo que se llama El Diagnóstico de oportunidades.

1 Instrumento

La matriz axiológica plantea concretamente que los seres humanos tenemos manifestaciones pasivas y activas, con respecto al valor, pasivo se habla cuando la acción no es interesante, no me importa, eso no es conmigo.

Las acciones pasivas o activas pueden estar de cara al valor o al anti-valor.

Se valora lo que se tiene.

Mecanismo:

Identificar comportamientos de las personas durante 3 años, a partir del momento de la investigación que es el primer año, agarramos, primero, segundo y tercer año, se observa como se comportan las personas, en la mayoría de las instituciones formales se tiene una serie de instrumentos que permiten evaluar esto, como son el ausente, llegadas tardías, irrespeto; son indicadores de comportamiento de las variables en la esfera laboral, estudiantil o de donde se requiera.

Al tener los indicadores identificamos los 3 problemas más importantes que obtuvimos de la información anterior y pasamos a un segundo plano que es el foro interno, usted no puede saber nada más que lo que usted tenga para obtener. Somos muy falsos, no nos gusta que nos escarben por ningún lado.

Se aplica una encuesta de persecución para averiguar estos detalles. Con datos estadísticos (principales problemas).

Esta metodología se diseñó para organizaciones, instituciones, y demás.

Con los resultados usted puede ver los diferentes vacíos que hay en diversos campos, se observan carencias, fortalezas y recomendaciones.

2 Instrumento

El trabajo debe ser participativo, usted no puede imponer los valores, debido a que, talvez, para otra personas no sean importantes. Tenemos otra matriz que se llama “Mateo Semántica”, se ubica al valor, lo define, lo desagregamos en conceptos y después estos conceptos se operativizan en acciones cotidianas.

Concenso de definiciones de concepto y después desagregarlas y aplicarlas a la vida laboral.

Esta también el Código de Ética que es un listado de normativas.

Todo código es un manual de buenas prácticas.

Para el odontólogo se da el código deontológico que consiste en el “Deber ser de un profesional”.

En estos manuales de buenas prácticas, las personas se comprometen a tener una conducta determinada, pero en positivo, es una invitación a participar de manera participativa y no obligada. Es aquí donde decimos que existe una diferencia entre una norma y un manual de buenas prácticas.

Dr. Rodrigo Díaz

- ¿Durantes sus estudios universitarios las universidades le brindaron la educación ética-moral como principios básicos para ejercer su profesión?

R/: Sí recibió un curso, el cual, no fue de entera satisfacción, aboga en que la ética sea bajado de nivel en los planes de estudios de todas las facultades de odontología del país y que sea una práctica constante y continua.

La importancia de colocar el curso de ética a inicio de la carrera es el de poder aplicar estos valores durante todos sus estudios universitarios y en el ejercicio de su profesión.

- ¿Qué mecanismos utilizaría usted para reconocer la carencia de estos valores en los funcionarios de un centro de atención comunal?

R/: Con las denuncias que se dan en la fiscalía.

Con los diferentes comentarios realizados por los diferentes odontólogos, como por ejemplo. Ahí viene mi puente, mi prótesis parcial, ven al paciente como un objeto y no como un ser humano. Esto quiere decir que fuimos formados deformadamente.

Por eso debe ser reforzada la ética en todos los planos de los estudios universitarios.

Se deben plantear reformas del Código de Ética del Colegio.

El colegio brinda charlas, a través de la Fiscalía, sobre ética y lo relacionado a ésta.

Existe dentro del mismo colegio sub-oficinas que se encargan por velar por el cumplimiento correcto de los diferentes aspectos ético-morales del profesional en odontología.

Por último comento que la ética debe ser inducida, si nos dan mucha ética aplicamos mucha ética.

Tabla # 26

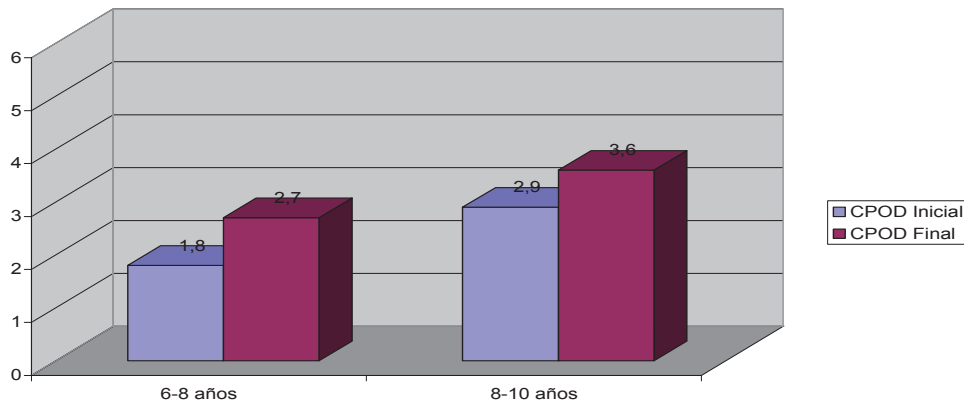
**Indicador CPOD en los niños de 6-8 años de edad del
Colegio Cristiano Asambleas de Dios, Los
Cuadros de Guadalupe, 2006.**

Edad \ Parámetro	CPOD	
	Inicial	Final
6-8 años	1.8	2.7
8- 10 años	2.9	3.6

Fuente: evaluación a los niños del Colegio Asambleas de Dios los Cuadros de Guadalupe, Noviembre de 2006.

Gráfico # 24

**Prevalencia de Caries (CPOD) en los niños de 6- 8 años y
de 8- 10 años de edad del colegio Asambleas de Dios,
Los Cuadros de Guadalupe, 2006.**



Fuente: evaluación clínica realizada a los niños del Colegio Asambleas de Dios los Cuadros de Guadalupe, Noviembre de 2006.

Según el gráfico anterior el CPOD Inicial de los niños de 6 a 8 años de edad es de 1.8 y el final es de 2.7, siendo índice de placa inicial menor que el final; el CPOD inicial de los niños de 8 a 10 años de edad es de 2.9 y el final es de 3.6, al ser el inicial menor que

el final. En ambos casos el índice de placa inicial es menor comparado con el índice de placa final.

Tabla # 27

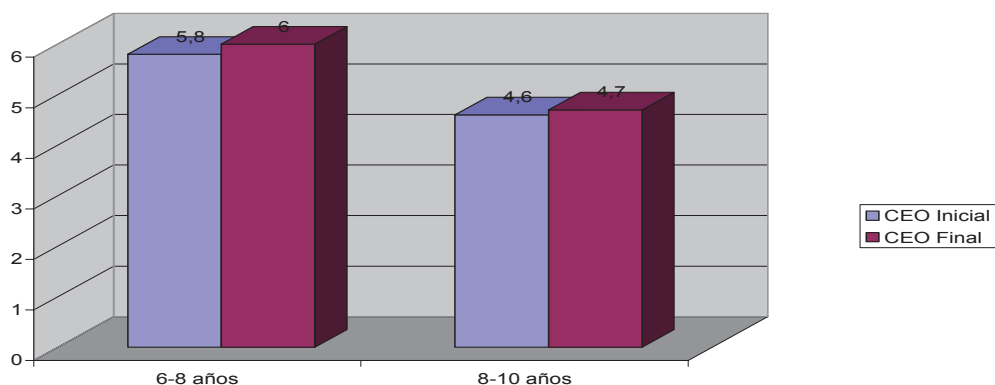
**Indicador CEOD en los niños de 8-10 años de edad
del colegio Asambleas de Dios, Los
Cuadros de Guadalupe, 2006.**

Parámetro Edad	CEO	
	Inicial	Final
6-8 años	5.8	6.0
8- 10 años	4.6	4.7

Fuente: evaluación a los niños del Colegio Asambleas de Dios los Cuadros de Guadalupe, Noviembre de 2006.

Gráfico # 25

**Prevalencia de Caries (CEOD) en los niños de 6- 8 años
Y de 8- 10 años de edad del colegio Asambleas de Dios,
Los Cuadros de Guadalupe, 2006.**



Fuente: evaluación clínica realizada a los niños del Colegio Asambleas de Dios los Cuadros de Guadalupe, Noviembre de 2006.

Según el gráfico anterior el CEOD Inicial de los niños de 6 a 8 años de edad es de 5.8 y el final es de 6.0, siendo índice de placa inicial menor que el final; el CEOD inicial de los niños de 8 a 10 años de edad es de 4.6 y el final es de 4.7, siendo el inicial menor que el final. En ambos casos el índice de placa inicial es menor comparado con el índice de placa final.

Tabla # 28

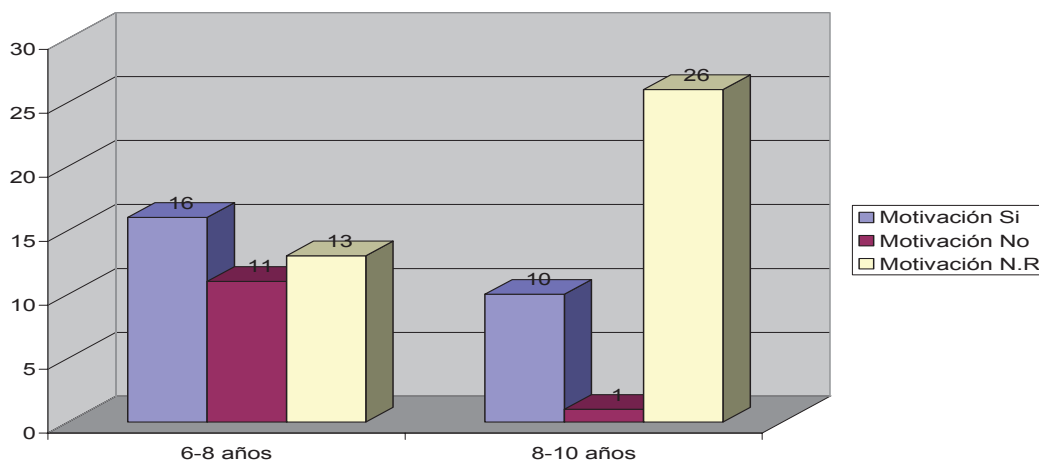
**Capacitación de la promoción de la Salud Oral en talleres
impartidos de Motivación, Educación y
Prevención, Noviembre de 2006.**

Parámetro Edad	Motivación			Educación			Prevención			Total de Encuestas
	Si	No	N.R	Si	No	N.R	Si	No	N.R	
6-8 años	16	11	13	29	1	10	33	1	6	40
8-10 años	10	1	26	22	0	15	33	0	4	37
Total de Encuestados										77

Fuente: encuesta realizada a los niños de la Escuela Asambleas de Dios, los Cuadros de Guadalupe, Noviembre de 2006.

Gráfico # 26

**Capacitación de la promoción de la Salud Oral en talleres impartidos de
Motivación, Noviembre de 2006.**



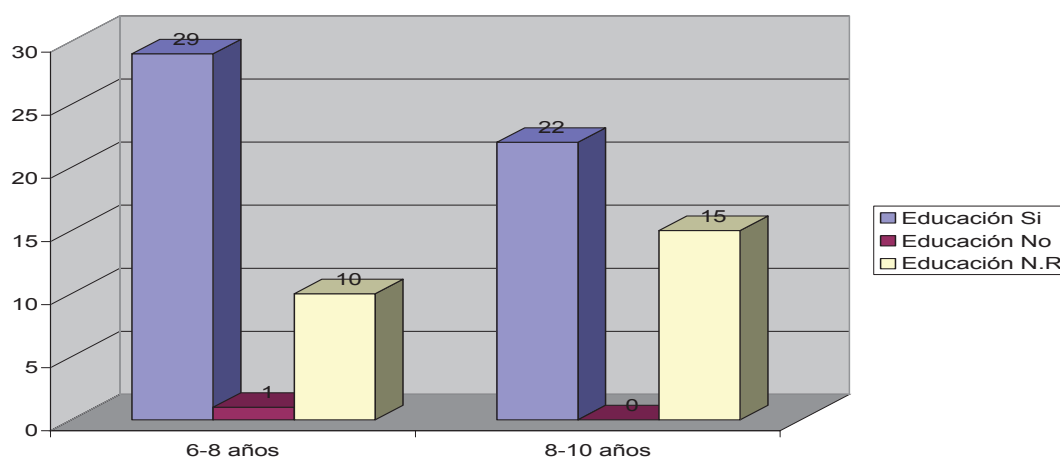
Fuente: encuesta realizada a los niños de la Escuela Asambleas de Dios, los Cuadros de Guadalupe, Noviembre de 2006.

Según el gráfico anterior en los niños de 6 a 8 años de edad, 16 niños contestaron que si están motivados a tener buena higiene bucal, mientras que 11 respondieron que no se encuentran motivados, y 13 respondieron que no estaban de acuerdo ni en desacuerdo, a las preguntas sobre motivación.

En los niños de 8 a 10 años de edad, 10 niños contestaron que si están motivados a tener buena higiene oral, mientras que 1 respondió que no se encuentra motivado, y 26 respondieron que no estaban de acuerdo ni en desacuerdo, a las preguntas sobre motivación.

Gráfico # 27

**Capacitación de la promoción de la Salud Oral en
Talleres impartidos de Educación,
Noviembre de 2006.**



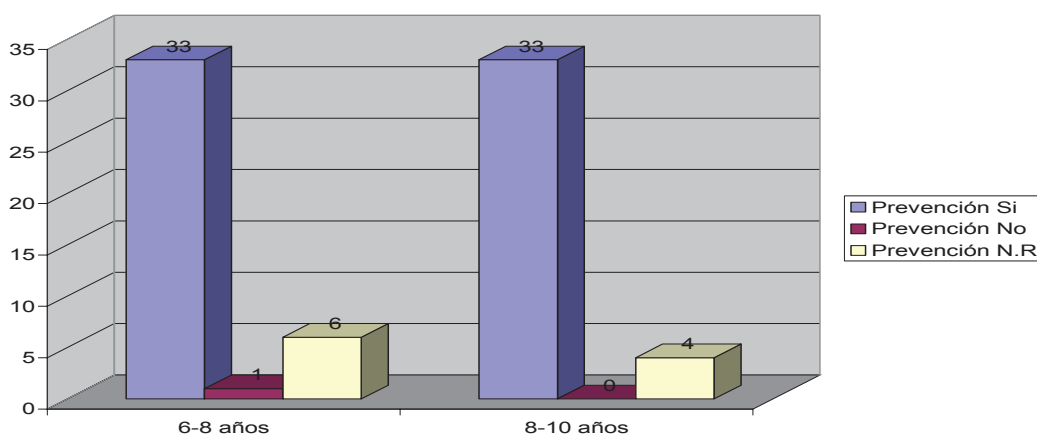
Fuente: encuesta realizada a los niños de la Escuela Asambleas de Dios, los Cuadros de Guadalupe, Noviembre de 2006.

Según el gráfico anterior en los niños de 6 a 8 años de edad, 29 niños contestaron que si conocen sobre educación oral, mientras que 1 respondió que no conoce del tema, y 10 respondieron que no estaban seguros si conocían o no sobre higiene oral.

En los niños de 8 a 10 años de edad, 22 niños contestaron que si conocen sobre educación oral, mientras que ninguno respondió que no conoce del tema y 15 respondieron que no estaban seguros si conocían o no sobre higiene oral.

Gráfico # 28

Capacitación de la promoción de la Salud Oral en talleres impartidos de Prevención, Noviembre de 2006.



Fuente: encuesta realizada a los niños de la Escuela Asambleas de Dios, los Cuadros de Guadalupe, Noviembre de 2006.

Según el gráfico anterior en los niños de 6 a 8 años de edad, 33 niños contestaron que si conocen sobre prevención oral, mientras que 1 respondió que no conoce del tema, y 6 respondieron que no estaban seguros si conocían sobre prevención oral.

En los niños de 8 a 10 años de edad, 33 niños contestaron que si conocen sobre prevención oral, mientras que ninguno respondió que no conoce del tema y 4 respondieron que no estaban seguros si conocían o no sobre las técnicas de prevención oral.

Tabla # 29

**Índice de Placa Inicial de los niños de 6- 8 años
de edad, los Cuadros de Guadalupe,
Noviembre de 2006.**

Intervalo \ Parámetro	Índice de Placa	
	Media	Frecuencia (Individuos)
20 - 35.8	28	9
35.9 - 50.0	43	6
50.1 - 65.5	58	7
92.5 - 100	96	4
Total de Individuos	26	

Fuente: niños de la Escuela Asambleas de Dios, los Cuadros de Guadalupe, Noviembre de 2006.

Tabla # 30

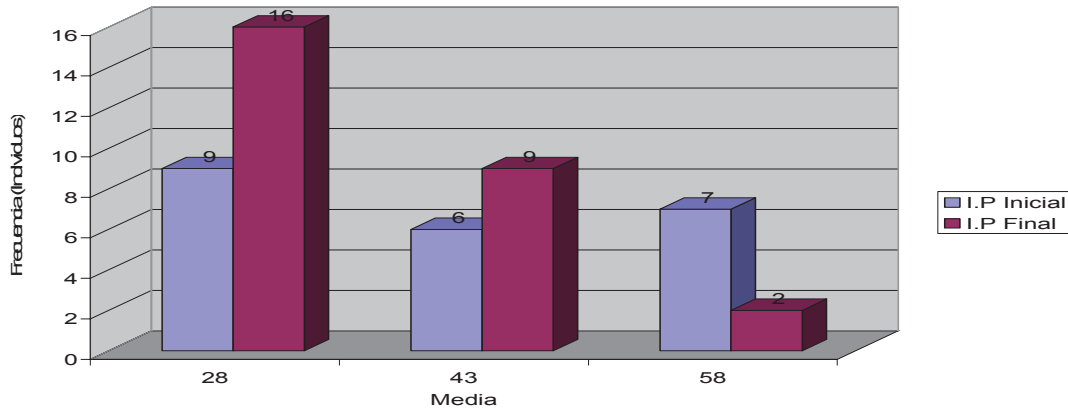
**Índice de Placa Final de los niños de 6- 8 años de edad,
Los Cuadros de Guadalupe,
Noviembre de 2006.**

Intervalo \ Parámetro	Índice de Placa	
	Media	Frecuencia (Individuos)
20 - 35.8	28	15
35.9 - 50.0	43	9
50.1 - 65.5	58	2
Total de Individuos	26	

Fuente: niños de la Escuela Asambleas de Dios, los Cuadros de Guadalupe, Noviembre de 2006.

Gráfico # 29

**Índice de Placa Inicial y Final de los niños de 6- 8 años de edad,
Los Cuadros de Guadalupe, Noviembre de 2006.**



Fuente: niños de la Escuela Asambleas de Dios, los Cuadros de Guadalupe, Noviembre de 2006

Según el gráfico anterior en la media 28 se encuentran 9 niños en el índice de placa inicial y 15 en el Ind. Placa final, en la media 43 se encuentran 6 niños en el I.P Inicial contra 9 niños en el I.P Final; en la media 58 se encuentran 7 individuos en el I.P Inicial en comparación de 2 niños en el I.P Final.

Tabla # 31

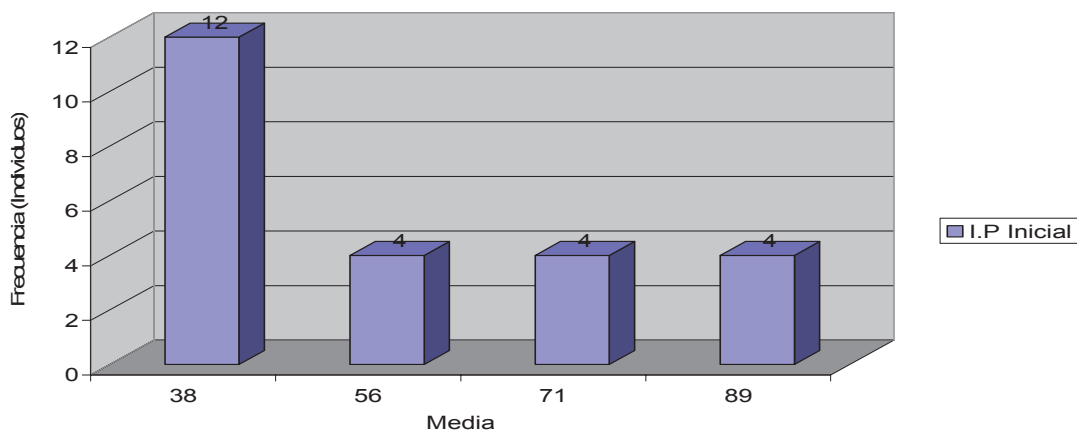
**Índice de Placa Inicial de los niños de 8- 10 años de edad,
Los Cuadros de Guadalupe, Noviembre de 2006.**

Intervalo	Índice de Placa	
	Media	Frecuencia (Individuos)
31.6 – 45	38	12
48.3 – 63.3	56	4
63.4 – 78.5	71	4
78.6 – 100	89	4
Total de Individuos	24	

Fuente: niños de la Escuela Asambleas de Dios, los Cuadros de Guadalupe, Noviembre de 2006.

Gráfico # 30

**Índice de Placa Inicial de los niños de 8- 10 años de edad,
Los Cuadros de Guadalupe, Noviembre de 2006.**



Fuente: niños de la Escuela Asambleas de Dios, los Cuadros de Guadalupe, Noviembre de 2006.

Según el grafico anterior en la media 28 se encuentran 12 niños en el índice de placa inicial, en la media 43 se encuentran 4 niños, en la media 58 se encuentran 4 individuos y en la media 89 se encuentran 4 niños.

Tabla # 32

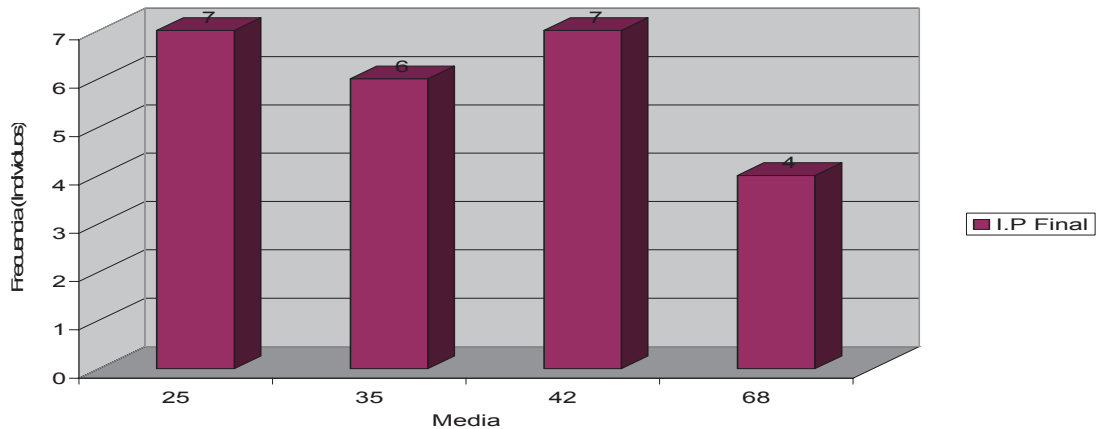
**Índice de Placa Final de los niños de 8- 10 años de edad,
Los Cuadros de Guadalupe, Noviembre de 2006.**

Intervalo / Parámetro	Índice de Placa	
	Media	Frecuencia (Individuos)
20 – 30	25	7
30.8 – 39.1	35	6
39.2 – 45.8	42	7
45.8 – 90.3	68	4
Total de Individuos	24	

Fuente: niños de la Escuela Asambleas de Dios, los Cuadros de Guadalupe, Noviembre de 2006.

Gráfico # 31

**Índice de Placa Final de los niños de 8 a 10 años de edad,
Los Cuadros de Guadalupe, Noviembre 2006.**



Fuente: niños de la Escuela Asambleas de Dios, los Cuadros de Guadalupe, Noviembre de 2006.

Según el gráfico anterior en la media 25 se encuentran 7 niños en el índice de placa Final, en la media 35 se encuentran 6 niños, en la media 42 se encuentran 7 niños y en la media 68 se encuentran 4 niños.

Análisis de resultados:

Para la variable número 1 los resultados fueron:

Análisis de la encuesta dirigida a odontólogos a cargo

De acuerdo con la primera pregunta, el rol de los odontólogos es servir de orientadores de los estudiantes de odontología de ULACIT para controlar y organizar la atención odontológica brindada por los estudiantes. Además de guiarlos hacia una realidad que existe fuera de la clínica de ULACIT y que no se sienta un paso gigantesco a la hora de enfrentarnos con su desarrollo profesional liberal.

Factores como la diversidad de pacientes con los que se trata, la cantidad de materiales que encontramos en el mercado, su manipulación y proporciones según las presentaciones que es algo que no se está acostumbrado, ya que la clínica de la universidad cuenta con proveedurías y asistente no habituales en la práctica privada básica.

Análisis de la encuesta dirigida a educadoras

Según la información recopilada por las profesoras, mencionan que a principio de año se les brindan información básica acerca de higiene personal, alimentación y su importancia, por que es parte de los temas del Ministerio de Educación, por lo que aprovechan para hablar un poco de la salud oral. Se utilizan afiches, carteles, murales y demás.

Estudiantes de odontología

El rol que cumplen los estudiantes en el programa de promoción de salud según las evaluaciones realizadas durante las visitas de campo, dirigidas a niños de primero, segundo y tercer grado de primaria. Ellos se encargan de:

- Se les habla sobre que es limpieza y la importancia que tiene para nuestra salud en general.
- Se les repartieron información de consejos prácticos de limpieza oral.
- Se realizó obras teatrales de títeres donde se enfocaron en:
 - El dentista como nuestro amigo.
 - Importancia de los dientes.
 - Lo utilizamos para limpiarnos los dientes, su importancia y su uso.
 - Cuando nos duelen los dientes y porque.

Mediante charlas prácticas se demostró:

- Técnicas de cepillado.
- Importancia de lavarnos la lengua, el porque y como debe quedar.
- Uso del hilo dental, importancia y cuidados que debemos tener para no lastimarnos la encía.
- Diferencia del diente sano y enfermo.
- Que sucede cuando hay caries, como se remueve y que se pone en la cavidad preparada.
- Importancia de las visitas periódicas al dentista.

Para la variable número 2 tenemos:

Factores Positivos

- Cooperación por parte del paciente.
- Se educa en conocimientos de salud buco dental tanto al individuo, familia y comunidad.
- Se diagnostican y se tratan lesiones a tiempo.
- Mejora en la higiene dental de la población por medio de capacitación.
- Se da respuesta a todas las necesidades odontológicas definidas como primarias.
- Se da seguimiento a tratamientos preventivos realizados.

- Se maneja un protocolo de operación ideal al realizar tratamientos de prevención.

Factores Negativos

- Hábitos: la falta de higiene personal proporciona condiciones favorables a padecimientos infecciosos.
- Dieta y nutrición: una nutrición deficiente afecta la salud en general por falta de alimentos ricos en vitaminas, proteínas y otros, que son esenciales para nuestra salud. La frecuencia de alimentos criogénicos hace más susceptible a la caries.
- Edad: dependiendo de la edad, se requiere de ayuda de los padres para controlar o mejorar la higiene y reforzar las técnicas de limpieza oral.
- Deserción escolar: afecta en gran medida en la educación tanto escolar como odontológica y a los servicios que puedan recibir.
- Tratamiento no habilitado: sucede cuando el paciente llega a la consulta por otras necesidades que no se pueden cubrir como maloclusiones, endodoncia, rehabilitación protésica, esto por carencia de materiales, equipo, y especialistas en el área.
- Número de citas: no se ha podido lograr un adecuado control de citas que de continuidad al paciente versus las necesidades odontológicas.
- Manejo operacional del tratamiento, que no se realice adecuadamente van a fallar en el éxito y el pronóstico de vida del tratamiento será reservado.

Gráfico 1^a: por medio de la entrevista pudimos analizar que la mayoría de la población estudiantil describió el tiempo de espera para la atención odontológica de P.A.C.O. como adecuado, obteniendo un 34 % de respuesta aceptable y un 24 % de manera

adecuada. La mejora en la organización y el implemento de llamado por lista de estudiantes favorece a un mejor recibimiento del servicio. Por otro lado el 36 % de los niños entrevistados consideraron que el tiempo de espera era inadecuado, factores de larga espera en caso que no deban de ser atendidos por no estar en lista fueron sus principales quejas. El 6% restante hizo caso omiso o marcó más de una opción para cada pregunta.

Gráfico 2^a: según el análisis de porcentajes la gran mayoría de los estudiantes coinciden que la infraestructura de la clínica se encuentra adecuada, estos totalizaron un 68%, mientras que el 20 % mantiene una opinión aceptable. Por parte del 12 % restante consideran que las condiciones de la clínica son inadecuadas. Se respondieron todas las preguntas de manera correcta.

Gráfico 3^a: las entrevistas se mantuvieron en un margen adecuado en su mayoría, el 56% de los participantes estuvieron a favor de un adecuado servicio, el 12 % lo ven como aceptable. El 30 % de los estudiantes no estuvieron de acuerdo, factores como la poca comunicación odontólogo-paciente fue vital para la mala percepción del servicio. Por último el 2 % no respondió a la pregunta.

Los resultados se interpretan de la siguiente manera:

- Gráfico # 14: Según el gráfico anterior todos los entrevistados dijeron encontrarse en continua educación de proyección comunitaria del sector Los cuadros, Guadalupe, Oct 2006.
- Gráfico # 15: Basado en el gráfico anterior, solo el 25% del personal entrevistado dijo estar muy de acuerdo con la afirmación “El horario para la atención clínica se cumple a cabalidad”, un 50% está de acuerdo con la afirmación antes descrita, mientras que solo el 25% se mostró en desacuerdo con este ítem.
- Gráfico # 16: Con respecto al cuadro anterior, un punto que al analizar es desfavorable con respecto a la opinión de los entrevistados es la cantidad de horas

laboradas, pues solo un 25% dijo que la cantidad de horas laboradas son suficientes para cubrir el flujo de pacientes por día, mientras que el 75% restante se mostró en desacuerdo con este ítem. Este dato es muy importante pues alerta e acerca de la necesidad que existe en la clínica del colegio Asambleas de Dios ubicada en los Cuadros de Guadalupe, de mejorar o extender el horario de atención o bien contratar más personal especializado que pueda satisfacer la demanda de este servicio.

Variable efectividad de tiempos operatorios

Profilaxis: se determina que las profilaxis se realiza efectivamente cuando este se da en un rango que va de 13 a 15 minutos ya que según la observación que se realizó esta se da en el 40 % de las ocasiones efectuadas, además está se realiza correctamente ya que se utiliza la tinción de placa bacteriana, aunque en el rango de 4 a 6 minutos se da en igual de cantidad de porcentaje el 40% esta no fue realizada correcta ya que no se realiza la tinción de placa bacteriana que debe de realizarse siempre antes de efectuar la profilaxis.

Sellantes: se determina que los sellantes se realizan efectivamente cuando este se da en el rango de 4 a 5 minutos ya que se dan el 40% de los casos, aunque hay que aclarar que no fue utilizado el dique de hule lo que acorta el tiempo operatorio clínico de 2 a 3 minutos, por lo que se recomienda su utilización en los tratamientos siguientes.

Resina: se determina que las resinas deben de realizarse en un rango de 8 a 10 minutos el 37.5% cuando se presenta caries pequeñas y un rango de 14 a 16 minutos el 37.5% cuando la caries es un poco más extensa, hay que aclarar que tampoco se utilizó el dique de hule en ningún tratamiento realizado por lo que deberá utilizarse en los tratamientos siguientes.

Exodoncia: se determina que la exodoncias deben de realizarse en el rango de 3 a 5 minutos el 44.5% ya que se dan en mayor porcentaje.

Variable grado de cumplimiento de tiempos operatorios

Profilaxis: se determina que las profilaxis se realizaron el 40% de las veces en el rango establecido por lo que se debe mejorar este porcentaje de cumplimiento para que se dé un mejor aprovechamiento del servicio

Sellante: se determina que los sellantes se realizaron el 40% de las veces en el rango establecido por lo que se debe mejorar este porcentaje para que se de un mayor aprovechamiento del servicio

Resinas: se determina que las resinas se realizaron el 37,5% de las veces en el rango establecido por lo que se debe mejorar este porcentaje para que se dé un mejor aprovechamiento del servicio.

Exodoncia: se determina que las exodoncias se realizaron el 44.5% de las veces en el rango para que se de un mejor aprovechamiento del servicio.

Variable: Características sociodemográficas

1. Población económicamente activa se determina que el 35.5% de los mayores de 12 años tienen empleo y el 48.4% esta desempleado y un 16% esta buscando empleo por primera vez. Esto ubica a la población con una tasa de desempleo de 48.4%.
2. Características de vivienda, se tiene que 93.7% de los habitantes tienen vivienda individual y el 2.93% viven en tugurios, tomándose vivienda individual como aquella donde vive un solo núcleo familiar.

Variable: Violencia

Se establece que el 15.66% de los niños registrados por el psicólogo con alguna patología con consecuencias de violencia representan un alto porcentaje dentro del total de niños estudiados.

Se concentran la violencia en violencia emocional, sexual y física con 74.6% de total de casos reportados, donde 38.46% son niños y niñas de primero a sexto grado y 50.76% son varones.

De acuerdo con la variable factores etiológicos de las discapacidades no se puede establecer la etiología de los trastornos de los estudiantes con adecuaciones curriculares del colegio Cristiano Asambleas de Dios, pues no se indica en los expedientes de los niños.

De acuerdo a la variable discapacidad y necesidades educativas especiales se analizan los resultados y se muestra lo siguiente:

En la tabla # 23 se muestra como la mayor cantidad de adecuaciones curriculares aplicadas en la institución durante el ciclo lectivo del 2006, son del tipo no significativas, pues se observan 41 casos donde el 48% de los casos se encuentran en el sexto grado, y solo se aplican 6 adecuaciones curriculares significativas distribuidas en todos los grados excepto en el primer grado.

Según la tabla # 24 de los seis casos de adecuaciones curriculares significativas que se aplican en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios, se aplican 4 casos por retardo mental moderado y de los 41 casos de adecuaciones no significativas 32 casos se aplican por déficit de la atención

Interpretación de resultados de los gráficos # 24 y 25

Para las variaciones entre el CPOD y CEOD inicial y final en los niños de 6- 8 años de edad se analizan los resultados de las tablas y gráficos numero 1 donde demuestran que

el CPOD inicial y final respectivamente aumenta de 1.8 a 2.7 en los 35 niños evaluados; en los niños de 8- 10 años de edad se produce un aumento de 2.9 a 3.6 en los 31 niños evaluados; en el CEOD Inicial y final respectivamente de los niños de 6- 8 años de edad se registra un aumento de 5.8 a 6.0 en los 35 niños evaluados; en los niños de 8- 10 años de edad se da un aumento de 4.6 a 4.7 de los 31 niños evaluados.

Interpretación de resultados de los gráficos # 26, 27 y 28

Para medir el impacto en la población de niños estudiada se analizan los resultados de las tablas y gráficos numero 3 donde demuestran que en la capacitación en la MOTIVACIÓN de la promoción de la salud oral en talleres impartidos a los niños de 6 a 8 años de edad Sí se encuentran motivados a mantener un adecuado cuidado oral, el 40% (16 niños de 40 encuestados) contra un 27.0% (10 niños de 37 encuestados) de edad de 8 a 10 años; mientras que el 27.5% (11 niños) de los niños de 6 a 8 años No se les ha dado motivación para mantener una adecuada salud oral, mientras que el 2.7% (1 niño) de edad de 8 a 10 años no se les motiva a aplicar las distintas técnicas de prevención y chequeos odontológicos regulares; el 32.5% (13 niños) de edad de 6 a 8 años. No respondieron a las preguntas realizadas sobre Motivación en promoción de la salud bucodental, mientras que en los niños de 8 a 10 años el 70.2% (26 niños) tampoco respondieron con respecto a las preguntas realizadas sobre Motivación en salud Bucodental.

Para medir el impacto en cuanto a la EDUCACIÓN de la promoción de la salud oral en talleres impartidos a los niños de 6 a 8 años de edad; sí conocen el 72.5% (29 niños de 40 encuestados) sobre educación dental contra un 59.4% (22 niños de 37 encuestados) de edad de 8 a 10 años; mientras que el 2.5% (1 niño) de los niños de 6 a 8 años No conoce sobre la educación a lo que su salud oral significa, mientras que el 0% (0 niños) de edad de 8 a 10 años no tuvo problema en responder a lo que significa a la educación y el cuidado de su salud oral; el 25% (10 niños) de edad de 6 a 8 años No Respondieron a las pregunta realizadas sobre educación sobre salud oral, mientras que en los niños de 8 a 10 años el 40.5% (15 niños) tampoco respondieron con respecto a las preguntas realizadas sobre Educación en salud Bucodental.

También se analizaron los distintos métodos para la capacitación en la PREVENCIÓN de la promoción de la salud oral en talleres impartidos a los niños de 6 a 8 años de edad. Sí conocen el 82.5% (33 niños de 40 encuestados) sobre prevención dental contra un 89.1% (33 niños de 37 encuestados) de edad de 8 a 10 años; mientras que el 2.5% (1 niño) de los niños de 6 a 8 años No conoce sobre la métodos de prevención oral, así mismo el 0% (0 niños) de edad de 8 a 10 años no tuvo problema en responder a lo que significa la prevención de enfermedades bucodentales y caries dental; el 15% (6 niños) de edad de 6 a 8 años No Respondieron a las pregunta realizadas sobre las distintas maneras del cuidado de sus dientes y sobre salud oral, mientras que en los niños de 8 a 10 años el 10.8% (4 niños) tampoco respondieron con respecto a las preguntas realizadas sobre Prevención y las distintas maneras de cuidar sus piezas dentales.

Interpretación de resultados de los gráficos # 29

Para la variable de comparación de Índice de placa Inicial y Final en los niños de 6 a 8 años de edad del Colegio Asambleas de Dios en lo Cuadros de Guadalupe, se analizan los resultados de las tablas y gráficos 4 y 5 donde demuestran, que en el intervalo de 20 a 35.8 en la media 28 se encuentran 12 individuos en el índice de placa inicial, mientras que en el índice de placa final se encuentran 15 personas en la misma media. Estas evaluaciones fueron tomadas en un período de 3- 4 meses. En el intervalo de 35.9 a 50.0 en la media 43 en el índice de placa inicial se encuentran 4 personas, mientras que en el final se encuentran en la misma media 9 personas; y en el último intervalo de 50.1 a 65.5 en la media de 58, el índice de placa inicial se encuentran 4 individuos mientras que en el índice de placa final se hayan 2 personas. Se elimina para efectos de investigación el último intervalo del índice de placa inicial que va de 65.6 a 100 donde en la media 89 existen 4 individuos (3 con el 100% del índice de placa inicial y 1 con un 92.5%) que nos aumentan de manera negativa ya que se alejan del resto de la población por mucha diferencia. Se analizan un total de 26 individuos de 6 a 8 años de edad.

Interpretación de resultados de los gráficos # 30

Para la variable de comparación de Índice de placa Inicial en los niños de 8 a 10 años de edad del Colegio Asambleas de Dios en lo Cuadros de Guadalupe, se analizan los resultados de las tablas y gráficos numero 6 donde demuestran, que en el intervalo de 31.6 a 45 en la media 38 se encuentran 12 individuos en el índice de placa inicial. En el intervalo de 48.3 a 63.3 en la media 56 en el índice de placa inicial se encuentran 4 personas; en el intervalo de 63.4 a 78.5 en la media de 71, en el índice de placa inicial se encuentran 4 individuos, en el último intervalo que va de 78.6 a 100 en la media 89 existen 4 individuos. Se analizan un total de 24 individuos de 8 a 10 años de edad.

Para la comparación del Índice de placa final en los niños de 8 a 10 años de edad del Colegio Asambleas de Dios en lo Cuadros de Guadalupe, se analizan los resultados de las tablas y gráficos numero 7 donde demuestran, que en el intervalo de 20 a 30 en la media 25 se encuentran 7 individuos en el índice de placa final. En el intervalo de 30.8 a 39.1 en la media 35 en el índice de placa final se encuentran 6 personas; en el intervalo de 39.2 a 45.8 en la media de 42, en el índice de placa inicial se encuentran 7 individuos, en el último intervalo que va de 45.8 a 90.3 en la media 68 existen 4 individuos. Se analizan un total de 24 individuos de 8 a 10 años de edad.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

Cabe mencionar que el rol que ha cumplido el personal calificado para promover la salud oral ha sido fundamental para los conocimientos que hasta ahora tienen los niños. Se logra educar y a su vez, motivar a un cambio de actitud como lo han tenido hasta ahora tanto en el consultorio como en el aula se ha llegado a implementar este programa de prevención oral. Solo basta con reforzarlo siempre que sea necesario para poder alcanzar lo que se desea, un cambio de actitud.

En el caso de promoción en salud. Se han impartido en la consulta cuando se realizan profilaxis. Cuando se puede o hay estudiantes desocupados se mandan a las aulas. Con ayuda de rota folios que presentan imágenes a cerca de la caries, enfermedad periodontal, técnicas de prevención y coadyuvantes de limpieza. También las maestras han aportado de sus conocimientos acerca de salud, algunas mencionan que la escuela no lo celebra el mes de la salud oral en general, únicamente se da por iniciativa de ellas en cada una de sus aulas. Esto lleva a aumentar el interés de los estudiantes con los programas que se han brindado promocionando la salud, sus guías citan que se sienten motivados para ir a la consulta con relación a años anteriores.

En cuanto a los odontólogos a cargo han mejorado el sistema para lograr abarcar la población, pero es hasta este cuatrimestre donde se observan paciente negativos, que en este momento les están poniendo o están por ponerles aparatos de ortodoncia interceptiva.

Según datos recopilados de la dirección de la institución el porcentaje de deserción escolar de inicios del periodo lectivo al periodo de octubre del año 2006 es de un 4% del total de alumnos en grado escolar. Donde el 3% de los niños que cursan primero segundo y tercero para un total de 206 alumnos, se han salido de la institución y de 6-7 años es la edad con mayor deserción escolar.

De acuerdo con las emergencias siempre se atienden pero no en todos los casos se ha podido resolver o quizá con duda, esto por la carencia de equipo radiológico. Se atienden de 2- 4 emergencias diarias, como medicaciones y exodoncias.

En cuanto, a las necesidades no cubiertas en el servicio que brinda el Colegio Cristiano Asamblea de Dios esta endodoncia, exodoncia complicada, pulpectomías, Coronas de acero cromado, rehabilitación protésica, ortodoncia fija por maloclusiones.

Este programa ha logrado brindarle a la población mayor conocimiento referente a educación de la salud oral y mejora de la higiene bucal, esto ha llevado a motivar, diagnosticar y tratar las lesiones a tiempo.

Los niños tienen la capacidad de reconocer los alimentos cariogénicos lo que es la caries y lo que esta puede llegar a producir, por lo que se trata de enfocar desde edades muy temprana para prevenir todo tipo de enfermedad dental y por consiguiente que afecte la salud en general.

Entrevistas a las personas anteriores y valorados cada uno de los ítems, se puede concluir que:

- La función odontológica de un consultorio depende de la relación armónica entre odontólogo, paciente y asistente dental.
- La comunicación que se da entre ellos es esencial, para el éxito de cualquier consultorio y particularmente éste.
- La presentación por parte del personal odontológico, la amabilidad receptividad gentileza y el trato que le brinde el odontólogo y personal a los pacientes, será parte de la imagen que de él se formen.

- Toda persona necesita ser estimulada psicológicamente y en alguna medida económicamente, cuando trabaja en una clínica dental. Esto hará que se sienta más motivada y sea más eficiente en el consultorio. Recordamos que frente al esfuerzo, que alguien está haciendo por ser mejor, no debemos ser indiferente.
- Es conveniente expresar al grupo de apoyo cualquier cambio o sugerencia que se de en el consultorio odontológico de manera clara, sencilla y con el menor número de palabras.
- El odontólogo y el personal de la clínica; siempre debe tener buena disposición y ánimo para aplicar los nuevos procedimientos y saber escuchar con atención y aceptar las opiniones ajenas.
- Es importante identificar los cambios que se produce en todo lo que nos rodea para saberlos dirigir y gerenciarlos de la mejor manera.
- Los nuevos métodos de trabajos se deben incorporar paulatinamente sean estos tecnológicos, metódicos, para benéfico de los pacientes.
- Los cambios se deben forjar primero en nuestra mente, para poder absorber todo lo nuevo que viene en provecho de todos y recordar siempre que todos somos proveedores de servicios de salud.
- El trabajo en equipo bien administrado trae al consultorio: eficiencia, agilidad y rapidez, aspectos que conllevan al éxito de una empresa y una buena imagen de la misma.

Para el parámetro tiempo de espera en el Proyecto de Atención Comunitaria Odontológica se pudo resaltar en su gran mayoría una conformidad por parte de los beneficiarios del servicio. Una mejora en la organización de atención ha generado una mejor percepción hacia los servicios brindados. La atención por medio de lista de

estudiantes ha generado un servicio más rápido y eficaz, permitiendo a los beneficiarios ser llamados cada uno por medio del estudiante (ULACIT) o el Doctor a cargo de la sección.

Para el parámetro aceptación del Servicio de atención en P.A.C.O, se ha visto favorecido de gran manera por medio de este nuevo método de atención por lista de estudiantes, una mejora en la organización y registro de los pacientes, permiten brindar una atención más integral, enfocándose en el plan de tratamiento y la secuencia por seguir con cada uno de los pacientes.

Por parte de la infraestructura la gran mayoría de los pacientes que son atendidos en P.A.C.O. se encontraron conformes con la clínica. Factores de capacidad de atención y cumpliendo con los estándares de desinfección, permitieron elaborar una buena percepción de esta. Sin duda la ubicación, el estado de la clínica y su organización nos permite analizar que este es un proyecto de gran futuro, siendo un ejemplo de ayuda social hacia una comunidad, en este caso, Los Cuadros de Guadalupe y sus poblaciones aledaños.

Para el parámetro costos, se mantiene una cuota voluntaria para personas relacionadas o no con la institución, pero en general no se mantiene ningún costo sobre los servicios brindados a niños escolares, ya que este se conserva como un proyecto de bien social.

El parámetro conocimiento de la existencia del Proyecto P.A.C.O revelo la poca información que se encuentra sobre esta clínica. Personas no relacionadas a las Escuela Asambleas de Dios tenían muy poco o nulo conocimiento de la misma. Las mayoría de personas recurre al Ebais de la zona o ha clínicas de origen privado.

Para el parámetro información del los servicios la Escuela Cristiana Asambleas de Dios no se ejecuta ningún tipo de información ni comunicación a la comunidad de Los Cuadros de Guadalupe, se mantiene la información solamente a los niños de la institución y padres de familia.

Para el parámetro ferias educativas odontológicas no se realiza ningún tipo de actividad hacia los niños escolares durante el periodo lectivo, se mantiene muy poca educación sobre la higiene oral y sus cuidados, dejando un vacío en el aprendizaje y reforzamiento de la salud buco dental.

Se determina que las profilaxis deben de realizarse en el rango de 13 a 15 minutos para que se realice de forma correcta y se logre el aprovechamiento del servicio.

Se determina que los sellantes deben de realizarse en el rango de 5 a 8 minutos, aunque se debe realizar la observación de que en ninguna de las observaciones se utilizó el dique de hule lo que aumentaría de 2 a 3 minutos estos tiempos, por lo que se indica que se debe de implementar el uso del mismo con el fin de que se realice de forma correcta el tratamiento y se logre el aprovechamiento del servicio.

Se determina que las resinas deben de realizarse en el rango de 10 a 18 minutos, aunque se debe realizar la observación de que en ninguna de las observaciones se utilizó el dique de hule lo que aumentaría de 2 a 3 minutos estos tiempos, por lo que se indica que se debe de implementar el uso del mismo con el fin de que se realice de forma correcta el tratamiento y se logre el aprovechamiento del servicio

Se determina que las exodoncias simples deben de realizarse en el rango de 5 a 11 minutos para que se realice de forma correcta y se logre el aprovechamiento del servicio. Hay que aclarar que ninguna de las exodoncias que abarca este rango de tiempo durante la observación resulto con alguna complicación.

Objetivo: Conocer los indicadores sociodemográficos del distrito de Purrall.

Se concluye bajo el parámetro de evaluación de la población que solo el 33.5% esta activo económicamente teniendo como fuente de empleo las zonas industriales, manufactureras, labores agrícolas y micro empresas, todas fuera del lugar de vivienda, esto dificulta la inserción del 48.4% de los pobladores sin trabajo.

Las características de vivienda relacionado con el ingreso, los ubica en una población pobre, donde el 93.7% tiene vivienda individual y un 2.93% vive en tugurios en pobreza extrema que da un total de 784 individuos que no cuenta con una vivienda fija.

Concluye el investigador luego de sus visitas de campo que los principales intereses de los pobladores es obtener una vivienda adecuada por medio de un empleo digno.

Objetivo: Conocer los indicadores psicológicos de la población del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

Se encuentra un panorama cargado socialmente de violencia que obliga al investigador a priorizar en la promoción fuera de la institución de la problemática de los niños y niñas de esta comunidad. Se abre una alerta justificada si dentro de la muestra en estudio hay 6 niños con ideación suicida dentro de los escolares de primer grado, quinto grado con predominancia en el sexo femenino, ver anexo “Descripción general de cada uno de los casos”, teniendo claro que existe una tendencia confirmada al no reporte de total de casos de parte de los protagonistas.

A través de esta investigación no se pudo establecer la etiología de las discapacidades de los estudiantes que reciben adecuación curricular en el Colegio Cristiano Asambleas de Dios debido a que no se encuentra registrado en el expediente escolar. Sin embargo, en dos de los casos de niños con retardo mental, podría estar asociado a un sufrimiento fetal como lo indican sus expedientes, en los cuales se adjuntan la denuncia respectiva ante el Ministerio Público y el parte médico debido al maltrato y abuso físico de las madres durante la gestación por parte de sus compañeros.

En cuanto las adecuaciones curriculares que se están aplicando actualmente en este centro de estudios, se pudo establecer que al 12% de la población total que cursa el primero y segundo ciclo se les está aplicando actualmente alguna adecuación curricular, de los

cuales el 2% corresponde a adecuaciones curriculares significativas y en todos estos casos se debe a retardo mental de leve a moderado.

El 10% restante de las adecuaciones curriculares corresponden a las no significativas, aplicadas debido a trastornos en la actividad motora en especial a la hiperactividad y trastornos en la atención asociados a déficit atencional los cuales pueden presentarse individualmente o en conjunto.

Por otro lado es importante mencionar que algunos estudiantes que requieren adecuación curricular de algún tipo pueden no estar recibéndola, pues según Adrián Sanabria Quirós, psicólogo de la institución, existen casos de niños con bajo rendimiento escolar y que han reprobado cursos lectivos una o varias veces debido a que no se les ha diagnosticado con alguna discapacidad de tipo mental o con algún trastorno que requiera una adecuación curricular, esto debido a que en el caso del retardo mental de leve a moderado los niños pueden parecer totalmente normales por lo que se requiere de test para medir el coeficiente intelectual para determinar si existe retardo y su nivel, y en el caso de trastorno como el déficit atencional y la hiperactividad requiere de observación por parte de los padres y los docentes al menos por seis meses y comprobar conductas repetitivas que califiquen al niño con estos trastornos. Actualmente se encuentran en trámite ante el ministerio de Educación Pública tres adecuaciones curriculares significativas detectadas por el mismo psicólogo por retardo mental moderado.

Además, según Sanabria, los docentes pueden haber detectado la necesidad especial del niño y no aplicarle la adecuación curricular por negligencia o pereza de realizar una planificación especial para el niño, lo que se constituye una violación a los derechos de los niños y a la ley 7600 que puede provocar fracaso y deserción escolar.

Como se dijo anteriormente un 10% de los niños de primero y segundo ciclo reciben adecuación curricular no significativa que corresponde a 41 niños de los cuales 6 han sido medicados con Ritalina para el control de sus trastornos de hiperactividad y déficit de la atención. En el caso de la Ritalina, esta puede producir efectos secundarios como cefaleas, trastornos del ritmo normal del desarrollo y un aumento de la presión arterial,

trastornos que resulta muy importantes para tomar en cuenta para la elección del plan de tratamiento y la ejecución del mismo para evitar posibles complicaciones, como por ejemplo, en la elección de anestesia con vasoconstrictor en un paciente con presión arterial alta.

Al introducir a la ética como parámetro evaluable dentro de un Programa de Atención Comunitario el cual esta ubicado en el Colegio Asamblea de Dios de los Cuadro de Guadalupe debemos mencionar la importancia que tiene para el odontólogo desarrollar estos valores ético-morales al ahora de prestar la atención necesario.

En la actualidad el poco valor que se le brinda a la ética es preocupante, desde inicios de esta investigación se fueron dando datos que nos mostraban que a la ética y a los diferentes valores morales no se les daba la importancia requerida, se confirmo que existe poca preocupación por los diferentes centros educativos, principalmente en el caso de las universidades que es la entidad que evaluamos, se mostró que no funcionaban como fortalecedores de estos valores éticos, no solo es importante tener un código de ética, sino, la importancia es el de llevar el interés del estudiante a desarrollar y poner en practica el significado de ese código de ética.

El ser humano es un ser pensante, racional y como tal debe darse cuenta que conforme vaya madurando tiene la información ética para poder diferenciar de lo bueno y lo malo.

Para el odontólogo es importante utilizar los diferentes valores éticos que se le implantaron desde pequeño, para poder brindar un servicio de mayor calidad y si el caso es totalmente contrario, es aquí donde entra en juego la gran importancia que tiene la ética en la odontología. No solo se debe ver al paciente como un objeto de experimento, de obtención de requisitos, sino, que se debe ver como un ser humano que siente, piensa y sufre al igual que nosotros. La ética y la odontología van de la mano para el buen servicio y promoción de salud, aquí es donde debemos mencionar los diferentes valores éticos que debe tener el odontólogo: integridad, respeto, tolerancia, entendimiento, consideración, honradez, sensibilidad, profesionalismo, credibilidad, coherencia, transparencia, ética, entre

oros, pero para los diferentes entrevistados nos dimos cuenta que estos fueron los sobresalientes para ellos.

Con la comparación entre el CPOD inicial y final de los niños de 6- 8 años de edad se concluyó que los niños presentaron un aumento del 0.9, sin embargo los valores del CPOD aumentaron en los niños de 8- 10 años de edad lo que demostró que los niños de 6- 8 años de edad tienen bajos niveles de dientes cariados, perdidos y obturados en dentición permanente; en contraste con la población de 8- 10 años de edad que a pesar de que su CPOD inicial y final disminuyó a 0.7 con respecto a la población de 6- 8 años de edad, presentó un aumento en el CPOD a niveles más altos en las piezas cariadas, perdidas y obturadas lo que demostró q sigue existiendo una deficiencia en lo que a medidas de higiene, prevención y motivación se refiere; estos aspectos son fundamentales en la constancia de la salud bucodental.

Con la comparación entre el CEOD inicial y final de los niños de 6- 8 años de edad se demostró que hubo un aumento del 0.2 lo que denota niveles altos de piezas indicadas para extraer, piezas cariadas y obturadas, sin embargo, hubo una disminución en la población de los 8- 10 años de edad en comparación con la de los niños de 6- 8 años de edad donde bajaron los niveles de dientes cariados, indicados para extraer y obturados y hubo una disminución del 0.1 en los niños de 8- 10 años de edad entre el CEOD inicial y final. En contraposición con el CPOD, el CEOD demostró que a mayor edad los índices bajaron manteniéndose más altos comparados con el CPOD, mientras que el CPOD presentó niveles bajos, pero aumento en cuanto a la edad. Todas estas comparaciones se registraron en un período 3- 4 meses (de Julio a Noviembre de 2006.)

Con la comparación de las encuestas que se realizaron a los niños de 6 a 8 años y de 8 a 10 años de edad del colegio Asambleas de Dios en los Cuadros de Guadalupe, se concluyó que en cuanto a la capacitación en Motivación en promoción de la salud oral los niños de 6 a 8 años presentaron mayor motivación a mantener una adecuada salud oral en comparación con los niños de 8 a 10 años de edad, pese a esto, hubo un gran desconocimiento también por parte de los niños de 6 a 8 años en comparación con los niños

de 8 a 10 años, lo que significó que no se llegó a alcanzar del todo esa población en las charlas impartidas días antes de la evaluación, y por ende también los niños de 6 a 8 años y los de 8 a 10 años no pudieron compenetrarse del todo, ya que no hubo una forma adecuada de poder llegar a esta población infantil para tratar de que se mantuvieran motivados y tuvieran un conocimiento adecuado de la salud oral.

En cuanto a la capacitación de la promoción de la salud oral en Educación sobre el conocimiento de que es la caries dental y de que cuidar su boca es tener salud oral, los niños de 6 a 8 años fue la población que mejor captó las charlas que se les impartieron comparada con la población de los 8 a los 10 años de edad. No hubo desconocimiento por parte de de la población de 8 a 10 años sobre educación oral, sin embargo en los niños de 6 a 8 años de edad, hubo un niño que no supo que era la caries dental y como cuidar su boca, por lo que se pudo afirmar que se tuvo casi un 100% de éxito en ambas poblaciones sobre el conocimiento de que existen enfermedades que atacan sus cavidades orales y que estas se pueden manejar y eliminar mediante la educación y el conocimiento de las mismas.

Por otra parte en la capacitación de la promoción de la salud oral en Prevención los niños de ambas edades presentaron un conocimiento básico de las distintas técnicas que existen para prevenir muchas enfermedades y para el cuidado oral; se afirmó con esta encuesta realizada que los niños lograron captar de las charlas impartidas como mantener dientes y boca sanos, ya que fueron muy pocos los niños que no contestaron acorde como se les había explicado en las charles de capacitación de la salud oral.

Lo que se pudo concluir es que los niños de ambas poblaciones estudiadas presentaron un conocimiento adecuado en cuanto a la educación y conocimiento de su salud oral, y manejaron bien las técnicas de prevención que existen. Sin embargo, hubo una carencia de motivación para seguir manteniendo ese conocimiento por parte de ellos, para que lo apliquen durante toda su vida y lo logren enseñar a otras personas.

Con la comparación de los índices de placa inicial y final se concluyó que en los intervalos que se encuentran en la media de 38 y 56, el índice de placa inicial es menor que el índice de placa final que en su defecto es mayor, esto indica que en intervalos pequeños el índice de placa final fue mayor, sin embargo, en los intervalos más altos el índice de placa inicial fue menor que el índice de placa final, lo que indica que la población en estudio conforme aumentó el índice de placa, la cantidad de individuos era menor en el índice de placa final.

Se excluyeron 4 individuos que presentaron un elevado índice de placa inicial de edad de 6 a 8 años de edad, ya que afectaba negativamente al resto de la población que presentó un índice de placa inicial que se mantuvo en rangos aceptables.

Con la comparación de los índices de placa inicial se concluyó que en los niños de 8 a 10 años de edad presentaron intervalos altos donde en el intervalo más pequeño se encontró la mayoría de la población en estudio, conforme se aumentó de intervalo la cantidad de individuos se mantuvo constante, con esto se mantuvo la constante de que a mayor media e intervalo, menor cantidad de individuos. Sin embargo hubo una notable mejoría en la población de 8 a 10 años en el índice de placa final, ya que se mantuvieron en intervalos realmente cortos y se terminó de afirmar la constante de que a mayor intervalo y media, menor cantidad de individuos, lo que concluyó que los niños estudiados en esta evaluación presentaron una gran mejoría en comparación del índice de placa inicial con el final y se determinó que en porcentajes altos de placa bacteriana se mantuvo la menor cantidad de individuos tanto para las edades de 6 a 8 años como para las de 8 a 10 años de edad.

5.2 Recomendaciones

Lograr desde la universidad un sistema incremental estructurado y ordenado en la que todos los profesores guías unifiquen los criterios de atención para los niños de la escuela, con el fin de dejarlos negativos por cuatrimestre.

Si los estudiantes desean cooperar económicamente con algún tratamiento no habilitado en este centro de atención, se les sugiere no pagar la totalidad del tratamiento, por lo que la mínima aportación que brinden los padres de familia se va a satisfacer y valorarlo más.

Asignar determinada hora para las emergencias para que pueda haber un mejor control de las citas de acuerdo a las secciones y horarios de los estudiantes. Donde sea el odontólogo encargado de asignar los estudiantes al operador y no el estudiante atender al que mas le convenga por motivo de cumplir con os requisitos de clínica

Dirigir charlas a la comunidad para comprender la problemática en la que viven y tratar de cambiar ese estereotipo que tenemos hacia Los Cuadros de Guadalupe, formando un ambiente de confianza y cooperación por parte de la comunidad, con el fin de motivar más a la gente y lograr mayor éxito.

Formar un vinculo odontólogo-educadores para reforzar la prevención y educación en los estudiantes, mediante actividades que se pueda realizar por cuatrimestre.

Tratar de que por algún medio se pueda ayudar a la institución a conseguir un equipo radiográfico para poder abarcar más las necesidades odontológicas, compra de materiales requeridos y que la universidad aporte con los especialistas que se requieren de acuerdo a las necesidades.

Por medio de esta investigación pudimos analizar varios puntos fuertes y débiles sobre lo que ha atención al beneficiario en un proyecto comunitaria odontológica se refiere, en este caso Los Cuadros de Guadalupe. Se obtuvo resultados que indican en su gran mayoría una buena percepción del servicio de atención. Sin embargo nos encontramos con ciertas debilidades que tratan de opacar este esfuerzo hacia la sociedad.

La poca comunicación Odontólogo-paciente forma una brecha que no permite al atendido evacuar todas sus dudas e informarse de los procedimientos que deben o han sido realizados por parte del Odontólogo. Se debe entusiasmar tanto al Doctor como al estudiante (ULACIT) la importancia que tiene el dialogo y la comunicación al paciente, la

gran diferencia que se puede obtener con un simple refuerzo en técnicas de cepillado, uso del hilo dental, uso del enjuague, darle la posibilidad de preguntar y aclarar todas sus incertidumbres. Eliminando un poco la indiferencia y atendiendo a nuestro paciente como cualquier ser humano se lo merece.

Por parte del tiempo de espera, se ha hecho un gran avance por medio del listado de estudiantes, eliminando casi por completo el tiempo de espera tan agobiante para los niños.

No en todos los casos se maneja esa eficacia ya que si un niño no se encuentra en lista y quiere ser atendido, debe esperar afuera de la clínica hasta que allá un espacio entre la lista de estudiantes y así poder ser atendido por algún Doctor o estudiante (ULACIT). En muchos casos este problema no es resuelto y el beneficiario no puede ser revisado por falta de tiempo.

Se debería realizar un tiempo extra-horario para darle oportunidad a pacientes que vienen con alguna molestia o inquietud sobre su tratamiento. Al inicio de la mañana levantar una lista con un límite de pacientes dependiendo la urgencia del tratamiento y el tiempo extra-horario, comunicándoles que al final del servicio pueden ser atendidos.

Por parte de la infraestructura se obtuvo opiniones muy buenas sobre el estado y ambiente de la clínica odontológica. El aseo y la cantidad de las sillas fueron factores de gusto dentro del servicio que se brinda hacia la comunidad. Al ser está ubicada dentro de la Escuela Asambleas de Dios, en su mayoría son niños los reciben este servicio, por lo tanto, se debería buscar un ambiente clínico mas infantil, pintar las paredes de una manera pintoresca, utilizar música-terapia, videos televisivos sobre la importancia de una buena higiene oral, con la idea de permitir manejar un ambiente mas armónico y divertido para los beneficiarios y así cambiar un poco la idea tan mala que ha los dentistas nos han formado.

La comunidad es el gran beneficiado de estos servicios sin embargo hay muy poca comunicación a las personas no relacionadas con institución, se debería realizar un plan de

información de los servicios a la comunidad, planteando todos los servicios que en este proyecto se brindan.

La prevención buco dental es un arma que disminuye las posibilidades de generar problemas dentales a futuro; realizando ferias educativas odontológicas a escolares durante el periodo lectivo, podemos asegurar un reforzamiento en la educación higiénica oral tanto a padres como a niños.

Por medio de las observaciones realizadas se recomienda estandarizar y unificar todos los procedimientos para que se puedan elevar los porcentajes en cuanto a la efectividad y el grado de cumplimiento de los tiempos operatorios con el fin de lograr el máximo aprovechamiento del servicio.

- Utilizar el líquido revelador de placa para realizar la tinción antes de iniciar una profilaxis.
- Utilizar el dique de hule antes de la realización de sellantes o resinas.
- Se recomienda utilizar anestesia antes de iniciar todo procedimiento.
- Se recomienda cumplir con los parámetros de los tiempos operatorios clínicos para cada procedimiento realizado.

Recomendaciones para objetivo conocer los indicadores psicológicos de los niños y niñas del Colegio Cristiano Asambleas de Dios.

1. Solicitar a instituciones que protegen los niños y niñas como el PANI y Defensoría de habitantes, talleres de educación contra la violencia y soluciones para niños, niñas, padres de familia y encargados.
2. Establecer un protocolo de atención especial para los niños con agresión de manera que se les aplique un periodo de inducción al tratamiento odontológico.

3. Establecer talleres de sensibilización para odontólogos y estudiantes que participan con niños de esta comunidad sobre temas de violencia y sus repercusiones dentro de la personalidad del niño.

Todos los estudiantes con necesidades educativas especiales requieren de adecuaciones curriculares para cubrir sus necesidades por lo que los docentes en conjunto con el psicólogo escolar deben realizar pruebas a todo aquel niño que presente de bajo nivel escolar con el fin de detectar los posibles problemas que enfrenta el niño con el currículo para ofrecerle las soluciones correspondientes:

1. En cuanto al Programa de Atención Odontológica brindada en la escuela, se recomienda que todos los expedientes deben indicar si el niño recibe adecuación curricular y de que tipo. Además debe indicarse que medicamentos puede estar tomando.
2. Se recomienda realizar toma de presión arterial a todos los niños que se encuentren medicados con Ritalina para el control de la hiperactividad y/o déficit atencional para prevenir complicaciones durante el tratamiento en especial cuando el tratamiento requiera del uso de anestesia con vasoconstrictor.

Recomendaciones del investigador:

Al igual se concluyó que los diferentes planes de estudios de las universidades que imparten la carrera de odontología, el Código de ética del colegio, deben ser reformados, con el objetivo de llevar al estudiante y odontólogo a una mejor aplicación de los valores éticos y morales para llevar una vida profesional lo mas correcta posible.

Debemos concientizarnos nosotros mismos que somos nosotros los que debemos velar por ser cada día mejores, por eso el uso correcto de las valores nos ayudaran a fortalecer nuestras habilidad laborales para posteriormente poder ser fuente de información o ejemplo a futuras generaciones.

Es indiferente que tipo de practica odontológica realicemos, la privada la pública, lo único que debemos saber es realizarla de la mejor manera posible, el de brindar un servicio de excelencia a pesar de sus limitantes.

Por último considero que en cada individuo está el de ser lo más correcto posible, no vale de nada que me obliguen a recibir cursos de ética, sino, tengo el interés, la concientización de ver que la ética y la odontología van de la mano para el mejoramiento de la calidad de vida del paciente y del profesional.

Mediante esta evaluación se demuestra que los índices CPOD y CEOD presentan un aumento tanto en los niños de 6- 8 años como en la población de 8- 10 años de edad, por lo tanto se debe redoblar esfuerzos para bajar los índices y llegar a tener escolares con excelente salud bucodental, lo que aumenta el nivel de concentración en sus clases, y una mejor dieta ya que problemas de dolores dentales, molestias, no van a ser una desconcentración en su vida rutinaria o un impedimento para alimentarse adecuadamente. Todo esto se logra mediante más controles en los niños que se atienden en la clínica de la escuela y de las necesidades que estos presentan, para resolverlas y tener a cada escolar motivado a presentar una buena salud oral y disminuir el desconocimiento en cuanto al cepillado dental y la dieta adecuada para mantener una buena salud bucodental.

Con esta evaluación queda en evidencia que los talleres impartidos en promoción de la salud oral a los niños de 6 a 8 y de 8 a 10 años de edad del colegio Asambleas de Dios en los cuadros de Guadalupe, deben ir orientados a mejorar la motivación que se les brinda para mantener siempre constante el deseo de tener una adecuada salud oral. Además, queda en evidencia que la realización de estos talleres realmente enriquece el conocimiento por parte de los niños por lo que deben realizarse la mayor cantidad de veces posibles para mantener en los niños el deseo de mejorar cada día más su higiene oral; es importante que se les brinde el mismo taller de capacitación a los maestros y líderes de la escuela para mantener constante el enriquecimiento en educación, prevención y motivación de la salud oral.

Los niveles del índice de placa inicial se mantienen en intervalos pequeños más altos en comparación con el índice de placa final. Lo que significa que los talleres impartidos sobre el cuidado oral han dado su resultado, por lo que es importante seguir manteniendo en control a los niños y seguir previniendo enfermedades con charlas sobre placa bacteriana que es la forma más barata de invertir en la salud oral de estos niños. Sin embargo, en los rangos más altos se nota la disminución del índice de placa inicial que es mayor que el final, lo que representa una mejoría en la cantidad de placa bacteriana que presenta la población en estudio. Con esto se pretende mostrar que si bien los índices de placa iniciales son menores que índices de placa finales están representados en intervalos con porcentajes aceptables.

Como parte del programa de atención odontológica establecido en el colegio Asambleas de Dios se pretende mantener los talleres de capacitación en la salud oral, ya que mediante esta investigación se demuestra que se han cumplido con los objetivos de disminuir los índices de placa y CPOD Y CEOD y se puede llegar a las poblaciones más vulnerables a enfermedades bucodentales, es importante que se capaciten aún más no sólo a los niños de este colegio, sino, a los estudiantes, líderes comunales, maestros y profesores del colegio, para que la población de niños pueda concentrarse mejor en sus clases, sin enfermedades orales y con una adecuada dieta que favorecerá en su crecimiento.

Capítulo VI

6.1 Propuesta de la investigación:

Determinar los valores éticos del odontólogo comunitario se debe convertir en la primera tarea a realizar por los Líderes Comunales o grupos organizados que pretendan implementar un Modelo de Atención Odontológica comunitaria , ya que la sensibilización de la comunidad beneficiada debe recaer principalmente en el profesional que esta a tiempo completo en el servicio , razón por la cual este grupo de investigadores realiza un propuesta bajo el pensamiento naturalista paralela al objetivo central que permita definir por medio de un grupo de expertos en el área los valores éticos principales con que debe contar el odontólogo y establecer la fuente de aprendizaje de los mismos en el desarrollo universitario de su carrera.

6.1.1 Objetivo central:

Determinar los valores éticos como parámetros evaluables dentro de un programa de salud oral comunitario.

6.1.2 Alcances:

Determinar los diferentes valores éticos que debe conocer y aplicar el profesional odontológico durante sus estudios académicos para dar un buen servicio odontológico.

6.1.3 Limitaciones:

Se desconoce de estudios anteriores relacionados al tema de esta investigación.

6.1.4 Fuentes de información primarias:

- Dra. Xinia Salazar, licenciatura en Odontología en la Universidad de Ciencia Y Tecnología, una especialidad en Odontopediatría en la UCR, realiza una pasantía en la Universidad de Buenos Aires, Argentina, impartió los cursos de Odontopediatría, Criterio Clínico V y actualmente imparte el curso de Odontología de Empresa en la ULACIT en la carrera de odontología.

- Dr. Thomas Francheschi, Licenciatura en odontología, Master en educación con énfasis en Currículum, impartió cursos en la UCR en la década de los 90 Docente en Veritas, Docente de la Universidad Latina, En 2005- 2006 Docente en UIA.
- Olga Ovares, MBA Universidad Interamericana de Costa Rica, 1999, profesora universitaria: Universidad de Costa Rica, Universidad interamericana de Costa Rica. Presidenta del tribunal de Relaciones Públicas y Miembro del Consejo Académico de la Universidad Autónoma de Centroamérica. Directora Ejecutiva de la Comisión Nacional de Rescate de Valores. Consultora especializada en comunicación y mercadeo para organizaciones sin fines de lucro.
- Dr. Rodrigo Díaz, Licenciatura en Odontología en la Universidad de Costa Rica, Docente de la UCR, Director del departamento de Odontología Social, Master en Salud Pública.

6.1.5 Validación de los expertos:

Se establece su validez de acuerdo a su perfil humano y profesional más los diferentes cargos, o puesto donde ha desarrollado su carrera profesional.

Se excluye de esta fuente humana de información los individuos que al ser entrevistados no se consideren aptos para este ejercicio.

6.1.6 Validación de los resultados:

Se logra mediante el cruce de resultados de los dos instrumentos utilizados a DEFINIR: LA ENTREVISTA Y EL artículo de investigación UNA PROPUESTA DE CAMBIO DE LOS PLANES DE ESTUDIO DE LAS FACULTADES DE ODONTOLOGIA DE Costa Rica: SALUD PUBLICA Y ÉTICA, del Dr. Rodrigo Díaz donde determina el

numero de cursos y su ubicación dentro del programa de estudio universitarios de la carrera de odontología vigentes en nuestro país.

6.1.7 Discusión

Se recolecta en forma completa y precisa cada entrevista con los expertos, el investigador obtiene los valores éticos que se repiten en cada individuo.

1. Respeto

2 Honradez

3 Integridad

4 Tolerancia

Que es similar al establecido por el investigador cuando planteo el problema por lo que a través de las entrevistas se logra delimitar los objetivos específicos encontrando una sólida respuesta a las inquietudes de la investigación.

Lo que queda abierto para definir es la metodología para valorar en cada odontólogo aspirante a una plaza comunitaria la presencia o no de los valores éticos determinados con indispensables al unir los pensamientos y propuestas de los expertos.

Se establece por opinión de los entrevistados la deficiencia en la capacitación y aprendizaje por medio de las universidades exponiéndolo contra el estudio realizado de los currículos de carreras de odontología por el Dr. Díaz donde concluye de forma similar a la investigación realizada.

Se pregunta el investigador cómo se exige la presencia de estos valores en el odontólogo comunitario si dentro de su tiempo de aprendizaje universitario se tiene carencias? Debe ser la formación intrafamiliar la que dote de estos valores o debe ser el Colegio profesional el que vele por la capacitación humana integral de sus colegiados.

Se da como aceptada la propuestas de los entrevistados pero se debe tener claro que nadie esta obligado a lo imposible, no se da lo que no se tiene pero realmente se carece de estos valores éticos.

Bibliografía

1. Abad Pascual, Juan J. (1995) La vida moral y la reflexión ética. Editorial McGraw-Hill, Madrid, España.
2. Abarca D. Marco y otros.(2001). Fruto de la perseverancia. Editorial Litografía e imprenta LIL S.A. San José, Costa Rica.
3. Bascones, A. (1998). Tratado de Odontología. Tomo II. Madrid: Ediciones. Avance Medico Dental, S.L.
4. Carranza Fermin A. Periodontología clínica. Edición Mc Graw Hill. Novena edición. México 2002.
5. Dessler Gary. Administración del personal. Editorial Pearson. Edición México 2001.
6. Diccionario Enciclipedico Océano Uno Color, Editorial Océano, 1996.
7. Diccionario Ilustrado de Odontología. Edición panamericana. Stanley Jablonski.1992
8. Dr. Juan B. Sanmartin Jr. (2002) Recursos humanos en Odontología.
9. E. Cuenca , S. Guasch. (2000). Tratado de odontología. Planificación y programación en odontología comunitaria. Madrid, España. Editorial: Marco Grafico.
10. Gonzáles Brenes, Rosario. La prevención del abuso físico contra los niños y niñas menores de cinco años de edad. *Acta pediátrica. Costa Rica*. 2001, vol.15, no.3 [citado 08 Noviembre 2006]

11. Hernández Sampiere Metodología de la Investigación 2ª edición Editorial MC GRAW HILL Interamericana S.A. de CV México 1998.
12. Higashida, Odontología Preventiva, 2000.
13. Jericó Pilar. Gestión del talento. Edición Pearson. Educación S.A Madrid 2001.
14. Juan Carlos Maggi Cárdenas (Diciembre 2002). Odontología Ejercicio Profesional. Marketing dental y Gerencia en Odontología.
15. Lic. Marcela Iñioque. (2006). Calidad de atención al cliente, recuperado 26-10-06.
16. Maria Isabel Fernández. (2002). La satisfacción profesional en instituciones sanitarias, recuperado 27-10-06.
17. Microsoft ® Encarta ® 2006. © 1993-2005 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.
18. Morea, Lucas (1997) Los valores [<http://www.monografias.com/trabajos15/valores-humanos/valores-humanos.shtml>ICARACT]
19. Norman O. Harris, Franklin Garcia Godoy, 2001.
20. Otero Martínez Dr. Jaime. Gerencia en odontología. Editorial CECOSAMI Lima Perú Julio 2001.
21. P. Kotler, G. Armstrong. (2003). Fundamentos de Marketing. Satisfacción al cliente. Ed.
22. Prentice-Hall Internacional. EE. UU.

23. Parras Ayala Dr. Jorge Administración y Productividad en el consultorio dental
Ediciones Cuellar. México 1997.
24. Ralph E., McDonald, David R. Avery, 1998.
25. Ross Anguzola Julio. La Práctica para el empresario. Editora Sibauste, S.A Panamá
1997.
26. Salas M.T, Solorzano I, Chavarria P. (1999) Encuesta Nacional De Salud Oral:
Caries Dental. Documento Técnico #6, San José, Costa Rica.
27. T. Brown, Marvin (1992) La ética en la empresa. Editorial PAIDOS. D.F, México.
28. Velez C., Luís Alfonso (1987) Ética Medica. Editorial Carvajal. Medellín,
Colombia.
29. Víquez, Mauricio (2004) ETICA fundamentos y aplicaciones (5 edición). Editorial
Mundo Mejor. Heredia, Costa Rica.
30. Minué; Sergio Silvio V., Fernando (2002)
31. Gestión de Calidad en atención Primaria Acreditación profesionales y práctica
clínica. Editorial Gráficas Alambra Granada, España.
32. Bravo, Roberto (1998). Calidad Total. ed FUNED. San José Costa Rica.
33. Acuña Acuña, Jorge (1996). Control de Calidad.ed Tecnológica de Costa Rica.
Costa Rica.

34. Hoyos M. Inés (1996). La calidad a través de la gerencia en salud. Universidad de Caldas Facultad de ciencias para la salud programa de enfermería Monografías Universitarias.
35. Delegación del sur PANI, Antología: taller abuso infantil y UCR escuela de medicina, cátedra de medicina legal, Síndrome del menor agredido, Robinson Rodríguez Herrera.
36. Hospital Nacional de Niños C.C.S.S.(s.f.), 1980. Situación del niño agredido en CR. Recuperado el 1 de noviembre, 2006.

En Internet

1. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900902001000300003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1409-0090.
2. Anónimo (2004). El modelo de atención tradicional en la CCSS:<http://geosalud.com/latina/curso06/Nuevo%20Modelo%20de%20Atenci%F3n.08.06.ppt>
3. Antonio Iñiguez (2005). Estructura, proceso y resultado, recuperado 26-10-06 fuente:
http://www.webcalidad.org/articulos/es_pro_re.htm<http://www.odontomarketing.com/art68dic2002.htm>
4. <http://buscon.rae.es/draeI/SrvltGUIBusUsual>.
5. <http://buscon.rae.es/draeI/SrvltGUIBusUsual?LEMA=característica>
6. http://odontologiaa.mx.tripod.com/pacientes_discapacitados.html

7. <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/explotacion.htm>
8. <http://www.carlosboveda.com/columnadental/lacolumnadentalold/conlabocaabierta/conlabocaabierta8.htm>
9. http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_dental_sp/sealants.cfm
10. <http://www.nidcr.nih.gov/HealthInformation/DiseasesAndConditions/ToothDecay/LaPlaca.htm>
11. <http://www.odontomarketing.com/art71dic2002.htm>
12. http://www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/ART_11_OCTUBRE_2000.htm
13. <http://www.tusalud.com.mx/121301.htm>
14. <http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled/disun.htm#FirstSteps>
15. http://www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/ART_51_JUNIO_2002.htm

Anexos

Anexo 1

Encuesta para niños de primaria

Colegio Cristiano Asamblea de Dios

Natalia Rodríguez L.

ULACIT

Datos personales

Nombre:

Grado:

Horario:

Edad:

Usa:

Escalas Parámetros	Si		No
	Diariamente	Ocasionalmente	
Cepillo			
Pasta dental			
Hilo dental			
Enjuague bucal			

Conocimiento en promoción de salud

Saben que es caries dental SI NO NR

Conocen cuales alimentos producen caries dental? SI NO NR

Saben para que sirven los dientes SI NO NR

Donde les han dado información acerca de prevención ula consulta dental

Anexo 2

Encuesta para odontólogos a cargo

Colegio Cristiano Asamblea de Dios

Natalia Rodríguez L.

ULACIT

1. ¿Cuáles es su rol como odontólogo a cargo?
2. Se lleva un adecuado control de las citas o difícil
3. En cuanto a las emergencias, las han podido resolver o las han tenido que resolver
4. Número de pacientes negativos por cuatrimestre
5. De lo que tiene de estar en la institución ha visto mejoría en la salud bucal de los estudiantes
6. Se asegura de que los estudiantes impartan educación, motivación y técnicas de prevención.
7. ¿Cambiaría algo del programa de atención o promoción de la salud?

Anexo 4

Colegio Cristiano Asamblea de Dios
Natalia Rodríguez L.
ULACIT

HOJA DE OBSERVACION

- Porcentaje de deserción anual: _____

- Números de matriculados inicial en el año lectivo: _____
- Números actual de matriculados: _____

- Edad promedio de deserción:

1 ^o	2 ^o	3 ^o

- Calidad de las emergencias:

Número/ día	Tipo

- Necesidades no cubiertas:

- Cobertura por horarios:

	Secciones
Lunes	
Miércoles	
Jueves	
Viernes	

- Meriendas

Anexo 5

ULACIT

Servicio de odontología

Entrevista al odontólogo sobre su labor y trabajo en el consultorio

Sr. (Sra.).

Como investigadora del Curso Seminario de Graduación de la ULACIT. Estoy haciendo una entrevista, sobre asuntos relacionados con el funcionamiento: Relación odontólogo – asistente dental; en las labores clínicas que desempeña en el consultorio dental. Le agradezco si fuera tan amable en contestarme las preguntas establecidas. Lo que me diga será estrictamente confidencial.

Investigadora: Marilyn Pineda Arredondo

Profesional:

Tiempo de labor:

Servicio:

Fecha:

1. ¿Se encuentra usted incorporado (a) al colegio de Cirujanos Dentistas?
Si _____ No _____
2. ¿Se encuentra satisfecho (a) con la profesión que ejerce actualmente?
Si _____ No _____
3. ¿De acuerdo con los años de experiencia profesional, considera usted que un odontólogo debe conformarse con los conocimientos adquiridos en su tiempo de estudio universitario?

Si _____ No _____

4. ¿Está usted recibiendo constantemente cursos para actualizarse con las nuevas técnicas que se ofrecen diariamente en odontología?

Si _____ No _____

5. ¿Ante la presencia de pacientes considera usted que debe atender llamadas telefónicas, si estas no son de emergencia?

Si _____ No _____

6. ¿Cuando observa y comprueba la deficiencia en el consultorio odontológico, expresa con claridad a la persona indicada su descontento?

Si _____ No _____

7. ¿Todo odontólogo está capacitado para realizar cualquier procedimiento odontológico?

Si _____ No _____

8. ¿Se mantiene actualizado con las técnicas y procedimientos que ofrece las nuevas tecnologías para brindar mejor servicio a sus pacientes y a la sociedad?

Si _____ No _____

9. ¿Si observa cambios positivos en la actitud y en el trabajo de su asistente, lo felicita por su comprensión y buena voluntad?

Si _____ No _____

10. ¿Es importante tener un reglamento interno del consultorio donde se establezca las reglas, los estímulos y las sanciones?

Si _____ No _____

11. ¿Es realmente el odontólogo un empresario libre?

Si _____ No _____

12. ¿Es indispensable que los odontólogos cumplan con puntualidad sus trabajos y cumplan con horarios establecidos?

Si _____ No _____

13. ¿Considera usted que un requisito para mejorar la imagen del consultorio es usar uniforme, gabacha blanca y presentar el consultorio limpio ordenado y con implementos modernos?

Si _____ No _____

14. ¿Ejerce su profesión con honestidad, honradez, prontitud y la eficacia debida?

Si _____ No _____

15. ¿Cuando tiene que llamar la atención al personal que tiene a su cargo:

Se reúne a solas en un lugar en el que los demás no escuchen la conversación que tienen?

Si _____ No _____

16. ¿Cuando se presenta algún conflicto en su consultorio lo resuelve discretamente y con autoridad?

Si _____ No _____

17. ¿Cree usted que un odontólogo debe proyectarse a la comunidad a menudo?

Si _____ No _____

18. ¿Es importante que todo profesional en esta rama de la salud, practique el respeto, la justicia, decencia, ética y moralidad hacia los demás?

Si _____

No _____

19. ¿Es necesario que todo odontólogo adquiera una póliza para que le asegure seguir viviendo cuando ya no pueda seguir trabajando?

Si _____

No _____

20. ¿Debe el odontólogo como líder, saber tratar a su personal, cultivarlo permitiéndole su permanencia y colaboración contribuyendo en el desarrollo de sus capacidades, su evolución como persona y el enaltecimiento de sus valores?

Si _____

No _____

Anexo 6

ULACIT

Servicio de odontología

Entrevista a los pacientes sobre la labor que desempeña el odontólogo con los pacientes en su consultorio.

Sr. (Sra.).

Como investigadora del Curso Seminario de Graduación de la ULACIT. Estoy haciendo una entrevista, sobre asuntos relacionados con el funcionamiento: Relación odontólogo – paciente; en las labores clínicas que desempeña en el consultorio dental. Le agradezco si fuera tan amable en contestarme las preguntas establecidas. Lo que diga será estrictamente confidencial.

Investigadora: Marilyn Pineda Arredondo

Paciente:

Fecha:

1. ¿Cree necesario visitar al odontólogo para que le haga revisión u otro tratamiento?

Si _____ No _____

2. ¿Tiene usted actualmente problemas en su dentición?

Si _____ No _____

3. ¿Visita usted periódicamente al dentista?

Si _____ No _____

4. ¿Está de acuerdo que el odontólogo llame la atención cuando no cumple con indicaciones?

Si _____ No _____

5. ¿Está conforme con la atención y tratamiento que su odontólogo realiza?

Si _____ No _____

6. ¿Ha revisado y aliviado los problemas buco-dental existente su odontólogo durante los últimos 3 meses?

Si _____ No _____

7. ¿A través del control periodontal ha prevenido y detectado enfermedades de manera oportuna?

Si _____ No _____

8. ¿Su odontólogo le ha definido el estado actual de su salud dental?

Si _____ No _____

9. ¿Presenta actualmente alguna molestia?

Si _____ No _____

10. ¿Visita frecuentemente al odontólogo, para que revise su salud buco-dental?

Si _____ No _____

11. ¿Ha padecido alguna enfermedad dental y recibe tratamiento médico actualmente?

Si _____ No _____

12. ¿Ha recibido mal trato de parte del odontólogo que le ha atendido?

Si _____

No _____

13. ¿Después de haber sido tratado por un odontólogo su salud dental actual ha mejorado?

Si _____

No _____

14. ¿Le mostró su odontólogo las prioridades y urgencias en cada visita?

Si _____

No _____

15. ¿Cuenta con los recursos económicos para resolver su problema dental?

Si _____

No _____

16. ¿Indicó su dentista la duración y el costo de su arreglo dental?

Si _____

No _____

17. ¿Está conforme con los materiales utilizados para su caso?

Si _____

No _____

18. ¿Considera que su odontólogo lo educa en promoción de su salud oral?

Si _____

No _____

Anexo 7

ULACIT

Servicio de odontología

Entrevista a la asistente dental, sobre aspectos relacionados con el servicio de odontología su funcionamiento, instrumentos utilizados con pacientes y personas que ingresen al consultorio odontológico.

Sr. (Sra.).

Como investigadora del Curso Seminario de Graduación de la ULACIT. Estoy haciendo una entrevista, sobre asuntos relacionados con el funcionamiento: Relación odontólogo – asistente dental, tanto en el campo administrativo como en las labores clínicas que desempeña en el consultorio dental. Le agradezco si fuera tan amable en contestarme las preguntas establecidas. Lo que diga será estrictamente confidencial.

Investigadora: Marilyn Pineda Arredondo

Asistente:

Tiempo de labor:

Servicio:

Fecha:

1. ¿Conoce el reglamento interno de su trabajo y las funciones que debe desempeñar en la clínica?

Si _____

No _____

2. ¿Cuándo ha tenido que trabajar horas extras, le han remunerado con eficiencia?

Si _____

No _____

3. ¿Está contenta con su labor, su patrón y compañeras de trabajo?

Si _____ No _____

4. ¿En el tiempo libre o durante su trabajo ha recibido capacitación para mejorar la calidad de los servicios que presta en la clínica?

Si _____ No _____

5. ¿Piensa usted que se debe mejorar la eficiencia y calidad de la atención al público?

Si _____ No _____

6. ¿Verifica la información que le proporciona el odontólogo con respecto a los estudios escritos, del paciente?

Si _____ No _____

7. ¿Trasmite un sentimiento de amistad y afecto hacia los pacientes?

Si _____ No _____

8. ¿La comunicación con el personal que se relaciona cada día, es eficaz y acorde a los procedimientos que se necesita?

Si _____ No _____

9. ¿Al realizar procedimientos en el consultorio, procura hacerlo con eficiencia, rapidez y economía?

Si _____ No _____

10. ¿Su compañero de trabajo le delega funciones que no corresponde a usted?

Si _____ No _____

11. ¿Le han señalado el tiempo requerido para un procedimiento?

Si _____

No _____

12. ¿Ha realizado los trabajos que se le han encomendado con responsabilidad?

Si _____

No _____

13. ¿Le han definido con precisión la labor que debe desempeñar como miembro del equipo de odontología?

Si _____

No _____

14. ¿Durante su trabajo le han enseñado técnicas y recomendaciones para que labor sea rápida y eficiente?

Si _____

No _____

15. ¿Los materiales con los que se trabaja en odontología, están ordenados en un lugar específico con su respectivo nombre e indicación, para que facilite su localización y haya certeza al expedirlos?

Si _____

No _____

16. ¿Cuando se le pide material o instrumentos lo hace en el momento oportuno y sin enojarse?

Si _____

No _____

17. ¿Cuando se le solicita material, se asegura que esté en buenas condiciones y que se encuentre empacado?

Si _____

No _____

18. ¿El lugar donde están los materiales e instrumentos es de fácil acceso para que no tenga que salir del lugar de trabajo?

- Si _____ No _____
19. ¿El consultorio donde usted labora, está ordenado, limpio, tanto equipo como piso y paredes?
- Si _____ No _____
20. ¿Revisa usted el material y el tipo de instrumentos que se necesita para cada procedimiento?
- Si _____ No _____
21. ¿Cuando se ha terminado la consulta, guarda los materiales en su lugar para localizarlos fácilmente?
- Si _____ No _____
22. ¿Es puntual en su trabajo y ocupa el tiempo en acciones útiles, dando prioridad a los pacientes con los que se relaciona?
- Si _____ No _____
23. ¿Cumple con el horario establecido, las actividades y obligaciones?
- Si _____ No _____
24. ¿Verifica los trabajos o estudios clínicos?
- Si _____ No _____
25. ¿Recuerda al paciente los pagos de acuerdo con los tratamientos, dados y programa citas de acuerdo al plan de tratamiento?
- Si _____ No _____
26. ¿Recibe felicitaciones y agradecimientos cuando sus trabajos han sido buenos, rápidos y eficientes?

Si _____ No _____

27. ¿Cuando tiene muchos trabajos, sabe cuáles funciones pueden delegar a su compañero para agilizar el trabajo?

Si _____ No _____

28. ¿Cuida de su apariencia personal, su comportamiento y las relaciones con otras personas?

Si _____ No _____

29. ¿Cuando surge alguna contingencia, actúa reconociendo el error, y toma decisiones efectivas?

Si _____ No _____

30. ¿Cuando se extravía o no se encuentra algún material, lo busca con prontitud sin culpabilizar a otro, estableciendo su compromiso con responsabilidad?

Si _____ No _____

31. ¿Desea conocer más acerca de sus funciones en el consultorio a través de capacitaciones y actualización?

Si _____ No _____

32. ¿Recibe confianza y estímulos para su desarrollo, en la labor de desempeño?

Si _____ No _____

33. ¿Se siente cómodo utilizado uniforme o gabacha en su trabajo?

Si _____ No _____

Anexo 8

Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología

ULACIT

Estudiante: Elidio Delgado Solano.

Evaluación para niños y adolescentes de los talleres de educación y motivación.

Estudiante: Elidio Delgado Solano.

Edad:

Fecha:

Marque con una X la respuesta que considere la correcta.

1. Conoce que es la Caries Dental

a- Si

b- No

c- No responde

2. Los dientes se empiezan a cuidar cuando estoy grande

a- Si

b- No

c- No responde

3. Si practico la limpieza dental puedo prevenir muchas enfermedades

a- Si

b- No

c- No responde

4. Las visitas al dentista siempre son dolorosas

a- Si

b- No

c- No responde

5. Puedo llegar a grande sin caries

a- Si

b- No

c- No responde

6. Me gustaría aprender y enseñar a otros a cuidarse la boca

a- Si

b- No

c- No responde

7. Si cuido mi boca tengo salud

a- Si

b- No

c- No responde

8. La forma de cepillarse los dientes en las partes lisas de los dientes (por el frente y por atrás de los dientes) es como barriendo = cepillando de arriba hacia abajo en los dientes de arriba y de abajo hacia arriba en los de abajo:

a- Si

b- No

c- No responde

9. El hilo dental es necesario para limpiar los espacios entre diente y diente por que el cepillo no lo hace:

a- Si

b- No

c- No responde

10. Los enjuagues ayudan a combatir las bacterias que causan el mal aliento:

a- Si

b- No

c- No responde

11. Los sellantes ayudan a evitar que se hagan caries en las fisuritas de las muelitas:

a- Si

b- No

c- No responde

12. El flúor ayuda a fortalecer los dientes contra la caries:

a- Si

b- No

c- No responde

Anexo 9

FUNDACIÓN PIEDAD
PURRAL DE GUADALUPE

Hoja de Recolección de Datos

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Sexo: _____

Edad: _____ Grado Escolar: _____

Historia Médica

Historia Dental

RESUMEN DE DIAGNÓSTICO

Índice de placa: _____ %

C	P	O	Por	C	E	O
			Diente			

CEO Inicial: _____ % Fecha _____

CPOD Inicial: _____ % Fecha _____

Tratamientos realizados

- Resinas Sellantes Exodoncias Otros.
 Amalgamas Profilaxis Aplicación de Flúo

Observaciones:

DIAGNÓSTICO ACTUAL:

Índice de Placa: _____ %

CEO Final: _____ % Fecha: _____

CPOD Final: _____ % Fecha _____

C	P	O	Por	C	E	O
			Diente			

Anexo 10

Hoja de observación

Estudiante investigador: Herman Rivera Fernández.

Tutor: Dra. Milagro Barquero

Escuela: Los Cuadros de Guadalupe

Fecha: _____.

Horario de atención: _____.

Dr (a) asignado(a): _____.

A. Cumplimiento de tiempos operatorios

Profilaxis

Tiempo inicial	Tiempo final	Tiempo operatorio	
		Real	Indicado(media)

Sellantes

Tiempo inicial	Tiempo final	Tiempo operatorio	
		Real	Indicado(media)

Resinas

Tiempo inicial	Tiempo final	Tiempo operatorio	
		Real	Indicado(media)

Amalgamas

Tiempo inicial	Tiempo final	Tiempo operatorio	
		Real	Indicado(media)

Exodoncia

Tiempo inicial	Tiempo final	Tiempo operatorio	
		Real	Indicado(media)

B. Número de pacientes atendidos

Niños	Adultos
TOTAL	

C. Número de actividades clínicas realizadas

Niños	Adultos
TOTAL	

D. Número de emergencias atendidas por el servicio

Niños	Adultos
TOTAL	

E. Distribución de los tiempos de reposo del operador

Mañana	Tarde
TOTAL	

F. Rotación de operadores diariamente

Mañana	Tarde
TOTAL	

FIRMA DR(A) ASIGNADO

Anexo 11

Datos personales

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Antecedentes patológicos:

Entrevista

1. Cree que el servicio que brinda la clínica odontológica comunitaria es bueno

Si

No

2. Los tiempos que duran las citas son los adecuados para usted como beneficiario del servicio

Si

No

3. Considera que el espacio de tiempo entre una cita y la próxima es el correcto

Si

No

4. Piensa que es adecuado el horario de atención de la clínica comunitaria odontológica

Si

No

5. Considera que se le da un tratamiento integral en la clínica odontológica comunitaria que promueve su salud oral

Si

No

Anexo 12

Glosario

Administración:

Ciencia que se encarga de la elaboración o confección de un producto o servicio.

Marketing:

Ciencia que se encarga de comercializar o vender este servicio o producto.

Objetividad:

Relativo al objeto en sí y no al modo de sentir o de pensar del sujeto. Todo aquello que existe en la realidad, externo al individuo, es objetivo. En psicología, todo aquello que se produce a partir de un estímulo externo es objetivo. La objetividad es el grado de coincidencia entre diversos observadores a la hora de enjuiciar un estímulo (objeto). En evaluación psicológica, la objetividad es el grado en el que la realización, evaluación e interpretación de un test es independiente.

Perfil:

Conjunto de rasgos peculiares que caracterizan a alguien o algo. Miramientos en la conducta o en el trato social. Es un proceso sistemático para mejorar los resultados, procesos y productos de la propia empresa. Se basa en la comparación con un patrón externo, normalmente, una muestra de empresas seleccionadas según determinados criterios de tamaño, localización, tipo de actividad, etc.

Empresario:

Persona que planea la empresa, fundándola con éxito y/o lo dirige personalmente con iniciativa, asumiendo un riesgo personal económico.

Empresa:

Se define como la estructura organizada económica y jurídicamente en la que se persigue un rendimiento continuado, rigiéndose según el tipo de empresa por el principio de optimización de beneficios o el principio de adecuación.

Odontología:

Se ha definido como «el arte y la ciencia de prevenir y curar las enfermedades orales».

Estéril:

Ausencia de todo microorganismo viviente; en la práctica se define como en función de la probabilidad, por ejemplo, de que un microorganismo sobreviva sea de uno en un millón.

Anexo 13

Descripción General de cada uno de los casos

NOMBRE	ESCOLARIDA	TIPOLOGIA
1.Femenino	Primer grado	Abuso sexual
2. Femenino	Sétimo	Agresión física y psicológica. Problemas de aprendizaje
3. Masculino	Kinder	Reproducción de conducta erotizada .Separación de padres
4. Masculino	Sexto grado	Problemas de aprendizaje
5. Femenino	Octavo grado	Conducta sociopatica reforzada por la madre
6. Femenino	Décimo Grado	Depresión
7. Femenino	Octavo Grado	Ideación Suicida
8. Masculino	Primero	Angustia por enfermedad de la madre
9. Masculino	Noveno	Depresión
10. Femenino	Sétimo	Dificultad académica por falta de estudio
11. Femenino	Noveno	Revocatoria adecuación curricular significativa
12. Masculino	Tercero	Reproducción conducta erótica
13. Masculino	Primer Grado	Problemas de Aprendizaje
14. Masculino	décimo	Madre esquizofrenia
15. Masculino	Kinder	Reproducción conducta sensualizada
16. Masculino	Segundo	Abuso Sexual
17. Femenino	Kinder	Agresión por parte de la madre
18. Femenino	Sexto grado	No hay patología evidente
19. Femenino	Segundo	Depresión
20. Masculino	Primero	Hiperactividad Déficit Atencional
21. Femenino	Quinto Grado	Depresión Mayor ideación suicidad
22. Femenino	Primer Grado	Posibles problemas de aprendizaje .Separación de los padres
23. Femenino	Primer grado	Violencia Intrafamiliar
24. Femenino	Quinto	Retardo mental moderado
25. Masculino	Segundo	Retardo mental moderado.
26. Femenino	Quinto Nivel	Trastorno afectivos. Depresión. D.S.M IV ideación Suicida
27. Femenino	Sétimo	Agresión psicológica adecuación no significativa
28. Femenino	Noveno nivel	limites
29. Femenino	Quinto nivel	Trastornos Afectivos. Depresión Negación Paternal. Ideación Suicida
30. Femenino	Décimo nivel	Consumo Marihuana
31. Masculino	Primer grado	Abuso Sexual
32. Masculino	Quinto Grado	Agresión Física
33. Femenino	Segundo Grado	Violencia Intrafamiliar. Inteligencia normal lenta. WRSC-R

34. Masculino	Tercero	Padre consume droga. Pesadillas. Reproducción de violencia		
35. Masculino	Materno	Posible Abuso sexual		
36. Femenino	Kinder	Angustia. Violencia intrafamiliar		
37. Masculino	Kinder	Enfermedad degenerativa Compromiso Cognitivo		
38. Femenino	Décimo Nivel	Consumo de Marihuana, alcohol. limites		
39. Masculino	Octavo	Consumo de Tabaco Trastornos Afectivos		
40. Masculino	Octavo	Imputado por presunta agresión sexual. Con trastorno Psicosomático		
41. Femenino	Cuarto Nivel	T.D.A Hiperactividad		
42. Femenino	N	Se remite de clínica por trastornos afectivos		
43. Femenino	Kinder	Violencia Intrafamiliar Terror Nocturno La Madre la agrede		
44. Masculino	Décimo	Trastorno Afectivo		
45. Femenino	Segundo	Madre Biológica negligencia, violencia emocional		
46. Masculino	Kinder	Limites Posible actitud Hiperactiva		
47. Masculino	Kinder	Áng. por Nac. de hermano conducta por socialización. Limites		
48. Femenino	Sexto	Limites	Teléfono	No remitir TX
49. Masculino	Sétimo	Tec. Estudio C.I. bajo, normal, lento		Alta
50. Femenino	Kinder	Trastorno Afectivo. Tutela por madre en USA. Sufrió Agresión por su tía		Valoración de tutora
51. Masculino		Posible Trastorno Afectivo		No hay responsabilidad del caso por parte de los padres
52. Femenino	Kinder	Agresión Física por parte de la madre		Alta
53. Masculino	Segundo	Agresión Sexual		En proceso judicial .Ab diagnostico para
54. Femenino	Segundo	R. Académico Bajo. Limites		La menor no fue evaluado hay responsabilidad de padres.
55. Femenino		Violencia intrafamiliar Victima Madre		Se remite a la madre de la oficina de la mujer en Guadalupe
56. Masculino	Octavo	Fobia Social		En proceso
57. Masculino	Primer grado	Abuso Sexual		En proceso judicial se

				traslada de escuela
58. Masculino	Tercero	Valorar Rutina por presunta agresión		Alta
59. Masculino	Quinto	Agresión Física		Responsabilidad Parcial
60. Masculino	Kinder	Mutismo electivo		Alta
61. Femenino	Segundo nivel	Limites		
62. Masculino	octavo	Abuso sexual		Menor reevictimizado no acepta diagnostico Psicológica
63. Masculino	Cuarto	Menor lento Embarazo de la madre expresa violencia		Menor no valorado
64. Hermanos Masculino Femenino	Quinto	Limites presunta agresión por parte del cuidador		Limites
65. Femenino	Quinto	Posible T.D.A pasivo		En proceso
66. Masculino	Tercero	Ambiente Conflictivo Posible T.D.A		En proceso Responsabilidad parcial por parte de los padres
67. Femenino	Kinder	Presenta presunta agresión física y psicológica por la madre		Valorar demanda judicial
68. Masculino		Trastornos de personalidad por depresión. Retardo mental		Valorar adecuación Significativa

		moderado. T.D.A		
69. Femenino	Primero	C.I normal lento.Limites		Alta
70. Masculino	Primero	T.D.A. con		Se remite en diagnostico psiquiatría RITALINA
71. Femenino	kinder	Trastornos afectivo (Manipulado por procesos judiciales)		En proceso
72. Masculino	Quinto	Trastorno de personalidad. Rend Ac Bajo		Baja cooperación
73. Masculino	kinder	Síndrome niño agredido		En proceso judicial
74. Femenino	kinder	Abuso sexual		En proceso judicial
75. Masculino	Tercer grado	Trastorno Conductual Agresivo		Deserta de sistema Educativo Cooperación parcial por parte de los padres
76. Masculino	Tercero	Limites C.I.N. lento Dif. académica D.A		No hay cooperación familiar
77. Masculino	Primero	Presunta agresión sexual		Se indica a la madre interponer investigación judicial
78. Masculino	Primero	Conducta T.D.A con hip. Síndrome pequeño niño Limites		Se remite a H.N.N En diagnostico
79. Masculino	Quinto	Abuso Sexual		Se indica a la madre realizar tramite judicial
80. Masculino	Kinder	Miedo por un gato		No hay diagnostico
81. Masculino	Quinto	Limites		Responsabilidad parcial
82. Masculino	Primero	Abuso sexual .Condición Agresiva		En proceso judicial Cooperación parcial por parte de la madre
83. Masculino	Décimo	Trastornos Afectivos Limites		En proceso
84. Masculino	Primero	Presunta agresión		Valorar

		física		
85. Masculino	Quinto	Problemas Educativos. Conflictos Familiares		Alta
86. Masculino	Segundo	Agresión Física		En proceso
87. Femenino	Segundo	Presunta Agresión Física		Negación del discurso del menor por agresión
88. Masculino	Primero	Presunta Agresión física por parte del padre		Escaso apoyo familiar se niega al menor en su discurso. El menor deserta por bajo rendimiento
89. Femenino	Kinder	agresión física por parte de la madre		En proceso
90. Masculino	Segundo	Agresión física por parte de la madre. Limites		Se traslada de escuela
91 Masculino	sétimo	Limites		En proceso se remite a clínica
92. Masculino	Sétimo	Limites		En proceso responsabilidad materna parcial
93. Masculino	Kinder	Ansiedad. Al nacer estuvo dos días con oxígeno		Valorar
94. Masculino	sétimo	Limites		Alta
95. Femenino	Kinder	Fobia generada por experimentación de atropello		Valorar proceso
96. Femenino	Tercer grado	Limites		Valorar proceso
97. Masculino	Tercero	Cleptomanía Manipulación Limites		En proceso
98. Masculino	Sexto Grado	Limites		Salida
99. Masculino	Primero	Valorar Vinculo Familiar		Salida
100. Femenino	Sétimo	Limites		Alta
101. Femenino	Décimo	Agresión física		Alta

		Violencia intrafamiliar		
102. Masculino	Primero			No fue valorado por ausencia de Rec. familiar
103. Masculino	Sétimo	Identidad sexual		Se remite a sesión espiritual
104. Femenino	Octavo	Agresión Sexual		En proceso judicial
105. Masculino	Primero	Limites		En proceso
106. Masculino	Cuarto	Limites Conducta Sexual		No hay diagnostico
107. Masculino	Kinder	Padre se evidencia Agresor sexual.Limites al menor		VALORAR PROCESO
108. Femenino	Segundo	Violencia intrafamiliar por hermano mayor		En proceso Restauración de autoestima
109. Masculino	Materno	Limites. Conduc ta agresora		En proceso
110. Femenino	Kinder	Vomito intencional		Valorar proceso
111. Femenino	Noveno	Bajo rendimiento Limites		En proceso
112. Femenino	Tercero	Angustia por separación de padres. Limites		Alta
113. Masculino	Sétimo	Trastorno de conducta agresiva		Se remite a psiquiatría con diagnostico
114. Femenino	Primero	Agresión física impartida por la madre		En proceso judicial se traslada a la menor de escuela
115. Femenino	Tercero	Hermano con adicción. Rendimiento académico adecuado. Trastorno Afectivo		Salida
116. Femenino	Tercero	Trastorno afectivo. Coeficiente intelectual bajo		Adecuación curricular no significativa en áreas respectivas. Salida
117. Femenino	Primero	Presunto Abuso sexual		VALORAR Proceso en psicometría. Revictimizacion

118. Femenino	Cuarto	Condición Agresiva. Bajo rendimiento. Violencia Intrafamiliar		Valorar caso
119. Femenino	Quinto	Abuso sexual por parte del padrastro		Se le indica a la abuela que tiene la tutela de la menor para plantear investigación
120. Femenino	Segundo	Conducta agresiva por separación		VALORAR PROCESO
121. Masculino	Tercero	Presunto abuso sexual		En proceso de valoración actual
122. Masculino	Primero	Trastornos A afectivos. Ideación suicida. D.M.S 4 Depresión mayor		Se remite a psiquiatría
123. Femenino	Octavo	Limites Rendimiento Académico bajo		Alta
124. Femenino	Sexto	Retardo mental moderado		Con adecuación significativa aprueba
125. Femenino	Segundo	Valor C.I		Valorar Diagnostico psicometrico
126. Femenino	Cuarto	R.M.M. Moderado		Alta con adecuación significativa Aprobada
127. Masculino	(kinder) Preparatoria	Se origina desde nacimiento de hermano menor con miopía		Se remite a clínica para valorar
128. Masculino	Prekinder	Limites "mamá me pega con la faja"		Valorar proceso
129. Masculino	Tercero	Trastornos Afectivos. separación de padres		Valorar posible negligencia familiar
130. Masculino	Kinder	Madrastra Con tutela .Menor declarado en abandono por el PANI		En proceso. Se remite a clínica
131. Femenino	Kinder	Menor denuncia		En proceso

		violencia fisica 6m con tutela del PANI		
132. Masculino	Preparatoria Tercero	Limites.Presunta Cond. agresiva Características de síndrome de Asperger		Valorar castigos de abuelo hacia menor En proceso
134. Masculino	Cuarto	Condición Agresiva		En proceso
135. Masculino	Sexto	Violencia por parte de la madre. Limites		En proceso
136. Femenino	Primero	Violencia por parte de la madre		Diagnostico dirigido a la madre y al menor
137. Masculino	Preparatoria	Valorar posible abuso sexual. Limites		En proceso
138. Masculino	Noveno	Prob. cuerdas vocales.Trab socialización .Autoestima		Se remite a otorrinolaringología H.N.C.G
139. Femenino	Quinto	Abandono de la madre biológica. Con ansiedad, angustia.Limites		Madrastra es la tutora
140. Femenino	Quinto	Retardo Mental Leve		Deserta sistema educativo. Cooperación parcial por parte de la madre. Evaluación a termino para aprobación de Adecuación Significativa el As Nacional del MEP
141. Femenino	Kinder	Agresión Física por parte de la madre		En proceso tutela de la tía y abuela paterna

Estudiantes con medicación durante curso lectivo 2006

Nombre	Fármaco	Edad	Nivel
Femenino	Antidepresivos	12 años	Sexto
Femenino	Antidepresivos	12 años	Sexto
Femenino	Ritalina	11 años	Quinto
Masculino	Ritalina	7 años	Primero
Masculino	Antidepresivos	13 años	Sétimo
Masculino	Antidepresivos	7 años	Primero
Masculino	Ritalina	7 años	Primero
Masculino	Ritalina	7 años	Primero
Femenino	Antidepresivos	6 años	Kinder

Descripción de la población por cuadros

Población atendida según genero	
Masculino	80 varones
Femenino	61 mujeres
Total	141 menores

Descripción de la fuente

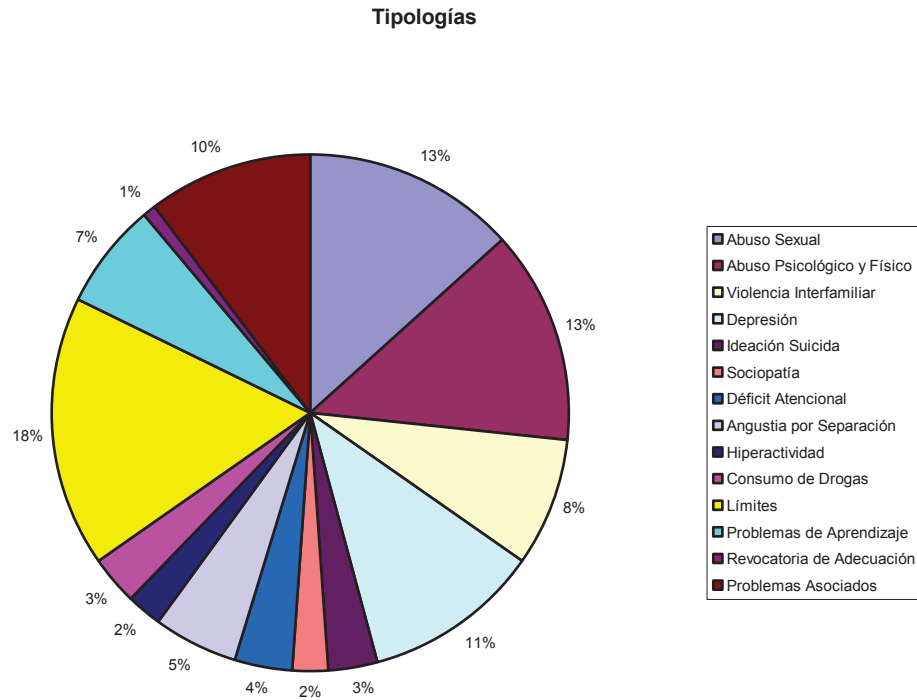
141 Estudiantes de Colegio Cristiano Asambleas de Dios, ubicado en Purrál de Goicoechea, en la provincia de San José, la población esta compuesta por menores de edad distribuidos entre los programa de Prekinder, Kinder, Primaria y Secundaria, la evaluación se lleva en el año 2006, por el Master. Adrián Sanabria Quirós.

Recolección de muestra

Mediante entrevistas estructuradas
Mediante entrevistas no estructuradas
Mediante entrevistas abiertas
Revisión de expedientes académicos
En proceso de psicoterapia clínica
Mediante la aplicación de Instrumentos cuantitativos y cualitativos de uso común en la psicología clínica, pruebas psicológicas tales como:

- TOI
- DUSCH
- MACHOVER
- KINETICO
- BENDER,
- Escala de Corner
- Pata Negra
- WISC-R
- Juego Diagnostico
- Observación conductual
- Examen Mental
- HTP
- MMPI – 82
- CSBI
- Perfil de conducta de Achenbach
- TAT

Descripción de cada una de las categorías por porcentaje de cantidad en que sea presentado la patología

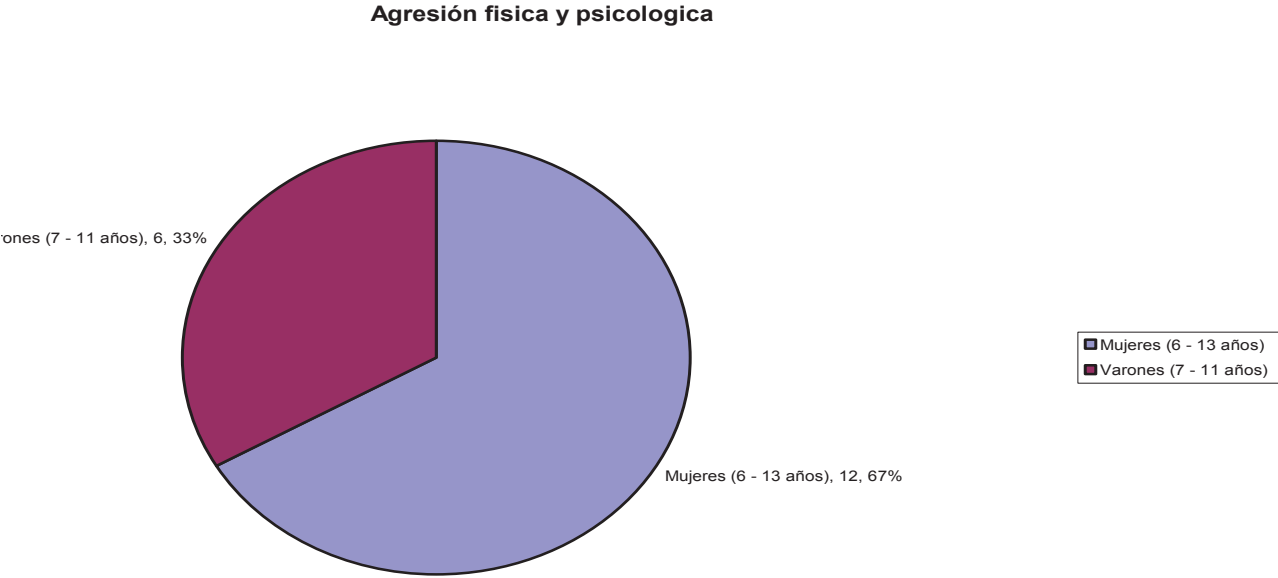


Descripción clínica por tipología, cantidad y sexo.

Tipología	Femenino	Masculino
Abuso Sexual	6	12
Abuso psicológico y físico	12	6
Violencia Intrafamiliar	6	5
Depresión	4	11
Ideación Suicida	4	00
Sociopatías	2	1
Revocatoria	1	00
Déficit Atencional Pasivo	3	2
Déficit Atencional con Hiperactividad	1	2
Trastorno de Angustia por separación	3	4
Consumo de sustancias	3	1
Problemas de aprendizaje	5	4
Limites	7	16
Problemas asociados	4	10
Cantidad	61	80
Total de menores	141	

De acuerdo a los resultados obtenidos en la categoría de niños víctimas de abuso sexual, se pueden indicar que este tipo de agresión tiende a mostrar características semejantes en el ofensor por ejemplo en la mayoría de los casos el ofensor es un familiar cercano, padrastro, abuelo, hermano, se identifican vecinos cercanos.

La mayor parte fueron referidos por las docentes quienes han observado conductas que han hecho sospechar de la experiencia de agresión sexual en los menores, en otros casos las madres han observado que los menores tienen experiencias en juegos sexualizados con amigos (as). La intimidación por medio de la amenaza, es uno de los factores que mas ha predominado en este tipo de violencia; por lo que el niño (a) muestra dificultad para expresar su experiencia. Es importante aclarar que uno de los síntomas observados por las docentes es dificultad de concentración y atención, bajo rendimiento académico y conducta agresiva.



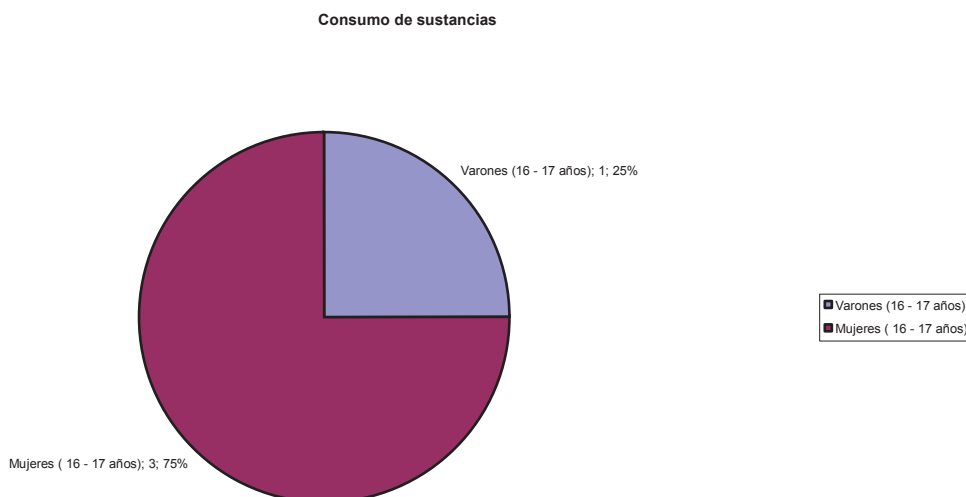
Dentro de la agresión física y psicológica esta se presenta en varones entre 7 y 11 años, y en mujeres entre 6 y 13 años respectivamente, dentro de la muestra representada han existido casos de menores que han sido agredidos con faja, pedazos de leña, zapatos, uso de chile en la boca; en cuanto a la agresión psicológica por lo general es un mismo factor acompañado de palabras peyorativas, que influyen en la formación de pensamientos irracionales del menor, los cuales hacen que se presente un debilitamiento en su autoestima, el cual influye en el adecuado desenvolvimiento heterosocial, homosocial, y autónomo.



Este tipo de psicopatología es predominante en algunos casos de menores de 12 años, en donde la angustia como principal síntoma de trastorno afectivo es dado a partir de la experiencia de separación de los padres, en los cuales en su mayoría son dados por la exposición al ciclo de violencia intrafamiliar, en otros por rupturas de pareja dadas por el involucramiento de terceros en la relación.

Fue común analizar como un elemento compartido que en algunos casos los menores presentaban enuresis nocturna, llanto frecuente el cual era convertido en berrinche, bajo rendimiento escolar, problemas de conducta, entre otros. Los síntomas referidos en algunos casos son empleados como recursos defensivos para oponerse a la realidad de sus

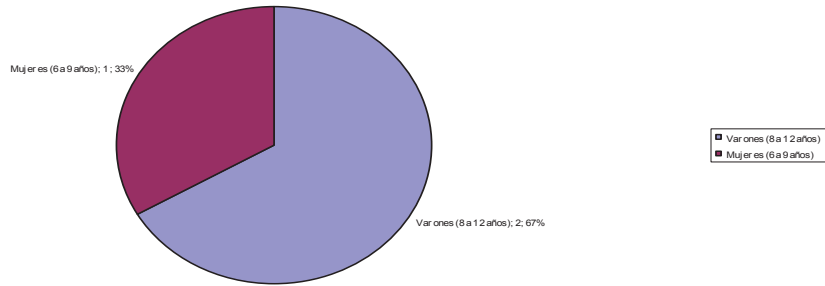
padres y que ambos se culpen por la situación que dramatiza el menor. En otros casos estos síntomas continuarán hasta su propio olvido ignorados por sus padres.



El consumo de sustancias es un elemento que tiene predominio en la población adolescente es particular que en los casos reportados dos sujetos son hermanos, quienes proceden de sistema familiar irregular, madre como jefe de hogar, familia con antecedentes de padre agresor sexual. El consumo de sustancias dado por esta muestra es de marihuana, tabaco e ingesta de alcohol.

Se determino que con mayor frecuencia el consumo de sustancias fue en mujeres. Los responsables de los menores en algunos casos justifican la situación de los menores, percibiéndolos como un reclamo de los mismos, que ellos como tutores no saben manejar.

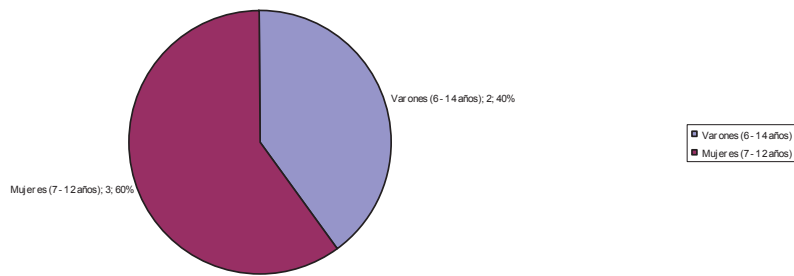
Deficit Atencional con Hiperactividad



El déficit atencional con hiperactivo se puede describir como un trastorno con características neurológicas, funcionamiento bioquímica, el cual incide en que los menores no presten la totalidad de atención y concentración, así como la activación intrapsíquica para efectuar conductas impulsivas y automáticas. En los casos abordados se presentan casos como el descrito anteriormente, en otros casos se presentan con la asociación de conducta tipo agresivo.

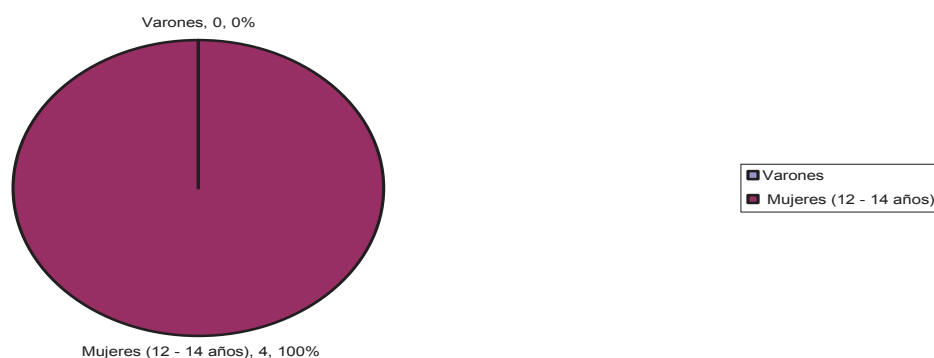
La mayoría de los casos proceden de madres en las cuales en su periodo de embarazo estuvieron expuestas a violencia intrafamiliar en la mayoría por sus compañeros de convivencia, en otros la madre refiere no haber planificado y aceptado el embarazo, así como la existencia de antecedentes de este trastorno a nivel familiar.

Deficit Atencional



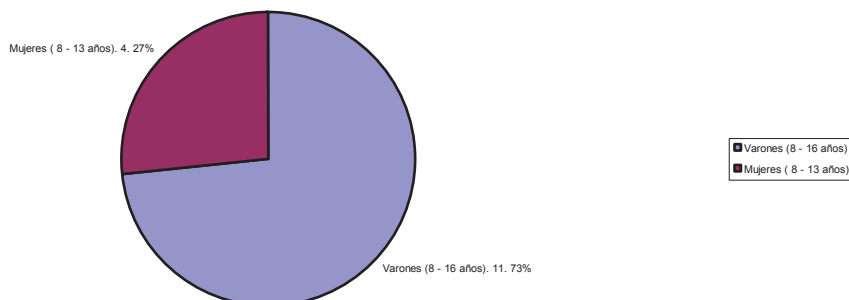
Este tipo de déficit atencional en la mayoría de los casos es acompañado con el predominio de desatención, la mayor parte de los casos refiere haber sido expuestos algún tipo de violencia, no refieren problemas de aprendizaje significativas, pero si se han destacado algunos casos por bajo rendimiento académico, los cuales han requerido estrategia educativa que favorece su necesidad de baja atención y concentración por medio de adecuación curricular no significativa.

Trastorno depresivo con Ideación Suicida



Nota: Ambos gráficos son analizados uno como consecuente del otro.

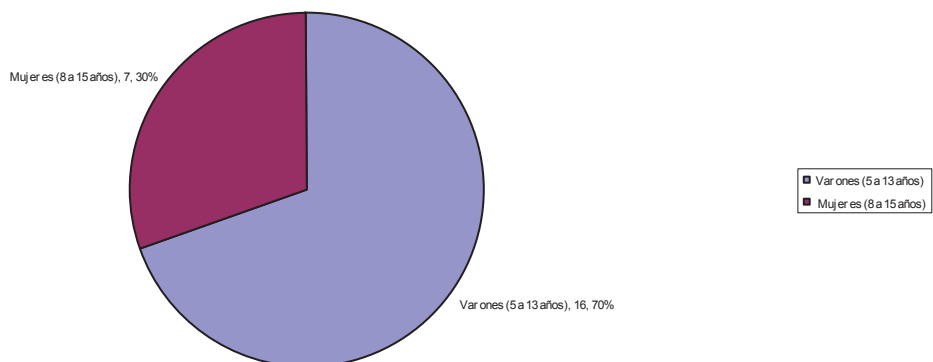
Trastorno Afectivo



Este tipo de trastorno tipo afectivo en categoría mayor sea presentado en un menor porcentaje de casos, durante el periodo 2006. Los menores que han presentado este trastorno han manifestado pensamientos irracionales, por baja desvalorización personal, creencias distorsionadas reforzadas por el sistema familiar de procedencia, el nivel de atención parental, o familiar ha sido bajo, exposición a violencia física o psicológica, separación de padres. Es importante indicar la incidencia familiar como antecedentes endogenos en niveles neurobioquimicos que predisponen la presencia de este trastorno.

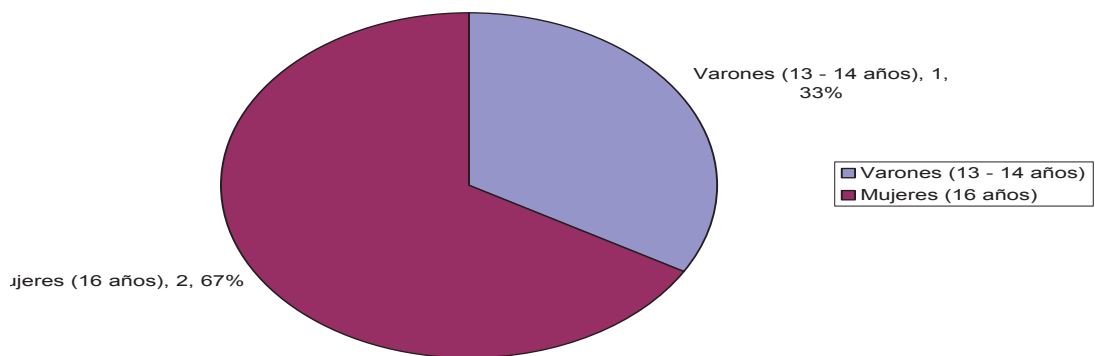
En los casos presentados fueron remitidos a la unidad de psiquiatría, para ser tratados con psicofármacos. De igual manera se han presentado trastorno afectivos sin la presencia de ideación suicida en los cuales se han producido por historia exógena de depresión, los mismos han interferido en el desarrollo integral de los menores. En algunos casos las docentes las han referido al observar las condiciones emocionales en que se observan los menores, en otros casos las mismas madres las han traído.

Problemas de conducta asociados al manejo de Límites



Nota: Ambos gráficos son analizados en un mismo nivel uno como consecuente del otro.

Conductas sociopáticas

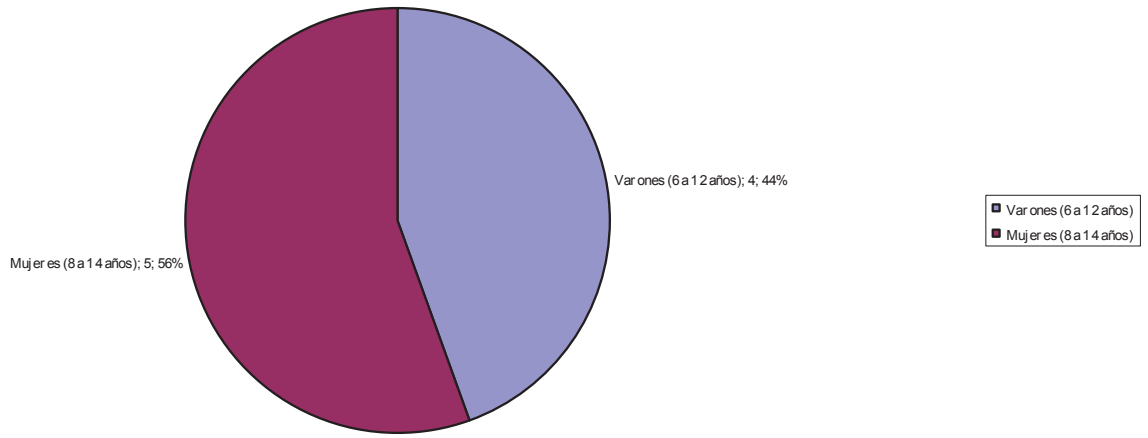


El manejo de límites da pie a la formación adaptiva o desadaptativa de los sujetos dentro de su contexto social. La población bajo estudio, tiene características predominantes de una zona urbano marginal, con rasgos fuertes de violencia.

La mayor parte de las consultas fueron dadas con la pregunta “¿Ya, no se qué hacer con mi hijo (a)?, ¿Cómo voy a manejar su conducta?, Para este y muchos casos los menores eran tratados con severidad, como una forma de poner un límite, se le golpea, se les grita, se les quita los alimentos, o alguna merienda, mientras que en otros casos se ha llegado a ser permisivos con todo lo que el menor efectúa. Las condiciones sociales, económicas y alto nivel de incidencia delictiva apuntan a influir en la formación de un límite violento. Los menores expuestos a castigos físicos continuos o pausados, presentaron mayor incremento en la reproducción de conductas agresivas, baja tolerancia a la frustración y el control de impulsos de los mismos se destaca como limitada. En estos casos a los responsables del menor se le indico las consecuencias psicológicas, emocionales y conductuales así como legales ante la permanencia de este límite.

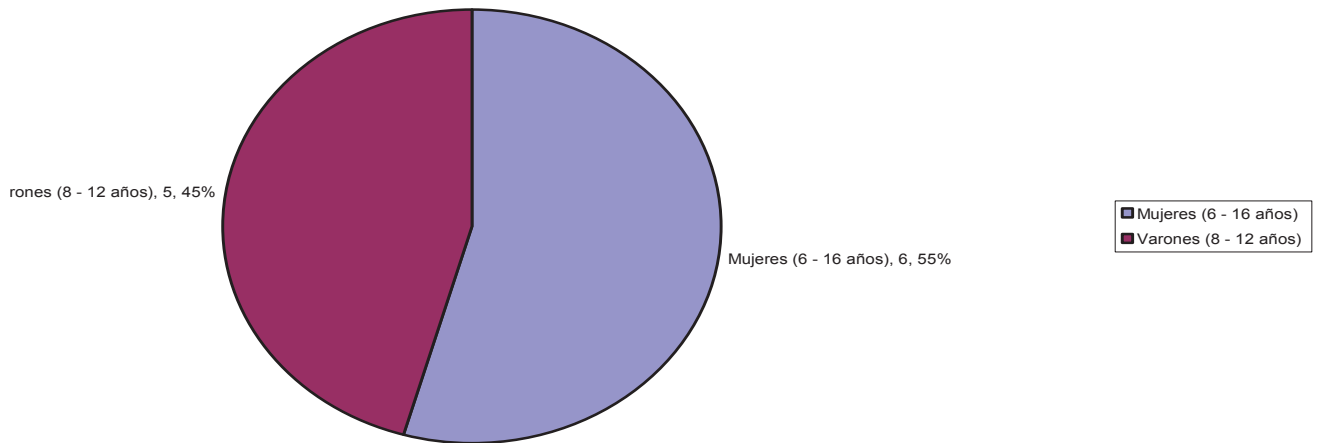
Por otro lado fue frecuente encontrar casos de menores sin límites expuestos a la reproducción de su deseo en algunos casos malahenados. En estos casos es típico encontrar la formación de conductas antisociales en la categoría de sociopatías, algunos menores han aprendido a manipular de su entorno y de la oportunidad para hacerlo para obtener su beneficio personal el cual en varios casos esta oponerse al límite de sus tutores, y tomar ellos la autoridad débil de sus responsables. Para abordar estos casos a los padres se le entreno en el manejo de límites aplicando el tiempo fuera, suprimir lo que le gusta, paseos, juegos, dinero, entre otros, reponer el daño, entre otros, como estrategias que conduzcan al sujeto a responsabilizarse de su comportamiento.

Problemas de aprendizaje



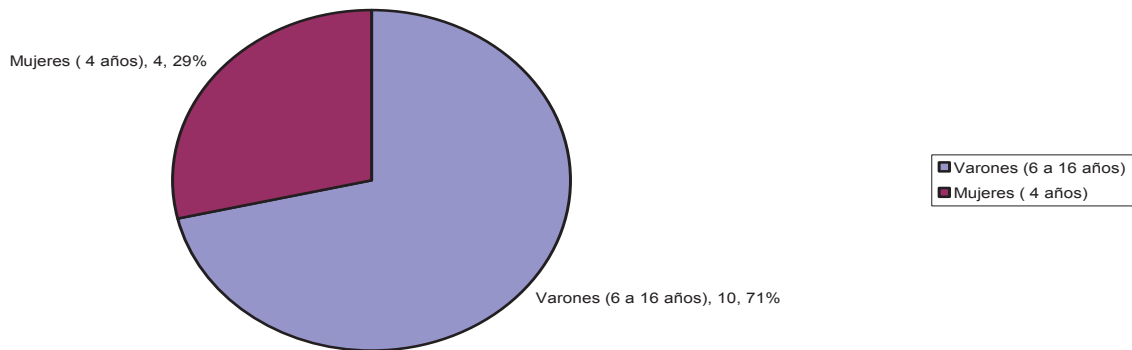
Se determinó un número representativo de sujetos con necesidades educativas especiales que según valoración psicométrica, pedagógica y pediátrica son candidatos para la asignación de adecuación curricular significativa. En su mayoría son menores con antecedentes de sufrimiento fetal agudo, hipoxia perinatal, o con antecedentes de compromiso cognitivo. En su mayoría se efectuó el nivel de funcionamiento real. En su mayoría los casos están siendo tramitados en Asesoría Nacional de Educación Especial, del Ministerio de Educación Pública para su aprobación. Hay casos de menores muy avanzados en años lectivos se presume poca responsabilidad del caso por parte de los docentes, existen algunos casos de menores en quinto nivel de primaria con actual funcionamiento pedagógico de tercer nivel entrada, en análisis de expedientes académicos de algunos de ellos; la duda queda hasta que punto pasar a un estudiante en estos casos es no asumir la responsabilidad de no hacer notar compromisos cognitivos evidentes en ellos.

Violencia Intrafamiliar



La violencia intrafamiliar es una característica que describe la realidad de algunas familias de estudiantes de la localidad de los Cuadros de Goicoechea. Algunos casos abordados hacen reflejo de la realidad en que se encuentran, proyectan conductas tipo agresivas, activación de trastorno de conducta por hiperactiva, sufrimiento de trastornos depresivos. Es frecuente observar menores con aparente déficit atencional asociado a experiencia emocional vivida en sus casas. En algunos casos las madres trasladan su angustia, y su sufrimiento a los menores por medio de la agresión, como una alternativa inconsciente de deshogar el dolor.

Condiciones biopsicosocioafectivas asociadas



Dentro de la categoría biopsicosocioafectivo se destacan los siguientes antecedentes:

- Menor con Síndrome de Asperger
- Negligencia en el sistema familiar
- Trastorno de la voz, con implicación psicológica afectando área de socialización
- Síndrome Pequeño Niño
- Trastorno de Ansiedad Generalizada
- Stress post traumático al experimentar atropello de automóvil
- Estrategia para llamar la atención ante la descalificación (Vomito intencional)
- Enuresis
- Declaratorias de abandono como resolución legal del PANI
- Esquizofrenia
- Niveles de baja autoestima
- Fobia Social
- Mutismo selectivo
- Suicidio en padres - Padres con ideación suicida manifiesta a los hijos

Conclusiones

De acuerdo a la recopilación de información y a los datos arrojados se concluye:

La mayor población evaluada fue varones con predominio de exposición de violencia sexual, física y psicológica, repercutiendo en gran manera en el área académica y conductual. Los niveles de atención y concentración en esta población paréese estar en niveles inferiores a lo normal. Es frecuente observar que la mayor incidencia en conflictos que desembocan en agresión física es por parte de esta población; quienes a puntan a reproducir la misma experiencia traumagenica o de violencia que viven.

La participación de los padres de familia o tutores de los menores es parcial, no todos los padres tienen un compromiso de crecimiento y bienestar para sus menores, predomino poca asistencia por parte de los responsables, constantemente había que recordar el horario de las citas programas, siendo directivo con la situación real de cada menor, de igual manera algunos menores son ausentes de la participación de los padres en el proceso académico.

En los casos en que se determinaba algún tipo de agresión en perjuicio del menor el victimario, en este caso la mayor parte son familiares o representantes legales del menor, se retractaban del discurso manifiesto por el menor, niegan lo que el mismo refiere, lo reevictimizan como el o la mentiroso (a), y optan por trasladarlos de institución, justificándose de las agresiones. En varios casos esta situación fue una realidad en esta institución, por lo que se recurrió a presentar la solicitud de investigación, adjuntarla copia al expediente académico, y carta del proceso llevado en el servicio de psicología.

En algunos casos de trastornos afectivos tipo depresión en categoría mayor, o distimias pueden interpretarse como estrategias inconscientes de no tener autoconocimiento de cómo manejar la angustia, en varios menores la exposición de violencia desencadena trastornos en su estado de animo, su estabilidad emocional se va a ver afectada. El niño por

medio de la angustia viene a ser participe de la crisis experimentada en su familia, o en el medio que lo envuelve, por lo que la angustia viene a ser trasladada como un mecanismo defensivo por medio de la agresividad, expuesta en algunas casos hacia si mismo; en otros para los demás.

El manejo adecuado de limites ha sido un rango de consideración; en algunos casos el limite esta representado por agresión física o psicológica, siendo perjudicial para el desarrollo integral del menor, en otros casos el limite es un concepto pasivo de permitir al menor que él tome la autoridad, o que violente un limite establecido.

Recomendaciones

Se considera prescindible llevar a cabo las siguientes recomendaciones como una estrategia para el crecimiento integral de los menores.

Crear talleres dirigidos a padres de familia y personal docente con temática cercanas ha:

- Violencia y género
- Manejo de límites dentro del aula, casa, u otro.

Se debe llevar a los padres a crear conciencia y responsabilización en asuntos propiamente pertinentes al crecimiento integral del menor; así como la importancia del proceso de psicoterapia.

Considero prescindible llevar siempre a cabo la valoración integral en psicología, pedagogía con la ayuda del personal docente, pediátrica; refiriendo el caso al centro de salud, o en algunos caso que se requiera remitir a psiquiatría infantil.

En el caso de que el menor fuese medicado manifestarle la importancia del medicamento a sus responsables primarios; así como al personal docente. Los únicos que pueden suprimirlo es el medico o especialista en el área específica.

Considerar la posibilidad de contratar maestra de enseñanza especial para población con necesidades educativas significativas, o hacer crear conciencia en el personal docente de las disposiciones de la ley 7600, así como las consecuencias de no cumplir algunos criterios que hay se contemplan.

Recurrir a instancias judiciales para solicitar investigación en los casos que exista presunta agresión física, sexual o psicológica en perjuicio de algún menor.