

Artículo OriginalISSN: 1315 2823
INDICE REVENCYT: RV0003
LATINDEX: 18219
PERIODICA
IMBIOMED**Impacto de la acción odontológica comunitaria de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo****Impact of dental community action of students at Dentistry Faculty of University of Carabobo**

Dominguez B. Marilia, Díaz C. Elizaid

Departamento de Salud Comunitaria. Facultad de Odontología.

Universidad de Carabobo

mariliadominguez@hotmail.com

Recibido: 15/06/2011

Aceptado: 06/07/2011

Resumen

Esta investigación tuvo como propósito evaluar el impacto de la acción odontológica comunitaria de estudiantes de 5to Año de Clínica Integral Comunitaria de la Facultad de Odontología, Universidad de Carabobo, periodo 2008-2009. Se realizó un estudio descriptivo evaluativo, transversal en dos fases. En la primera fase, se evaluó el impacto a través de las diferencias porcentuales de indicadores de salud bucal antes y después de la acción odontológica, donde la población estuvo representada por 189 individuos de la comunidad Magallanes y la muestra constituyó 100% de la población. La técnica de recolección fue la observación indirecta y el instrumento, la historia clínica. En la segunda fase, se evaluó el impacto mediante los niveles de motivación, satisfacción y participación reflejados por la comunidad al finalizar la acción odontológica, donde la muestra de tipo no probabilística intencional representó 30% de la población, para ello, se utilizó la encuesta como técnica de recolección y el cuestionario de preguntas cerradas como instrumento. Los resultados arrojaron una reducción del promedio de dientes cariados en 20,25% y un aumento de los obturados en 30,47%, así como un decrecimiento del IHOS en 15,59%, reflejando una transformación favorable de la salud bucal de la comunidad durante el periodo de un año. Asimismo, se obtuvieron porcentajes de 98,2% para satisfacción, 44,4% para motivación y apenas 33,3% de participación. Esto revela que si bien la comunidad tiende a participar de manera pasiva, se siente conforme con el servicio brindado por los estudiantes.

Palabras clave: Odontología comunitaria, epidemiología, impacto comunitario.

Summary. Impact of dental community action of students at Dentistry Faculty of University of Carabobo

The purpose of this research was to evaluate community dental action's impact of 5th year dentistry students of Clinic Integral Community subject at Dentistry Faculty, University of Carabobo period 2008-2009. This is an evaluative descriptive, non experimental and transversal study that was conducted in two phases. In the first phase, impact was evaluated through percentage differences on oral health indicators before and after community dental action, the study population was composed by 189 individuals of Magallanes community and the sample corresponded to 100% of defined population. Data collection technique was indirect observation and the instrument was the medical history. In the second phase, impact was assessed through community satisfaction, motivation and participation levels, in which the sample was non probabilistic intentional type and corresponded to 30% of population. Data collection technique was the survey and the instrument was a questionnaire. The results showed a decrease in the decayed teeth condition of 20.25% and an increase in the sealed teeth of 30.47%, as well as a decrease on IHOS of 15.59%, reflecting a favorable transformation on oral health conditions of the analyzed

sample during one year. Also, results showed high percentages of community satisfaction (98.2%) and motivation (44.4%), while community participation threw intermediate values (33.3%), reflecting a passive or assistance participation from the community. However, there was a positive impact by community dental action exerted by students.

Key Words: Community Dentistry, Epidemiology, Community Impact.

Introducción

En todo servicio de salud, el comparar los resultados obtenidos con metas establecidas y resultados esperados, constituye un paso de suma importancia. Esto es imperante en el proceso de evaluación, control y monitoreo de las actividades realizadas en dichos servicios, en función de la eficacia y eficiencia de las mismas hacia el logro de los objetivos planteados.

Es por ello que en la actualidad, surge la necesidad de evaluar programas de atención en salud odontológica comunitaria, no sólo en cuanto a la efectividad en la oferta de buenos tratamientos, sino a la capacidad de impactar en la calidad de vida, asumiendo una concepción salubrista y autónoma, a fin de lograr criterios reales de integralidad en salud y transformar el papel de “observador” o “receptor” asumido por las comunidades, por una posición activa que tome parte en la formulación de soluciones, así como, en la planificación y toma de decisiones sobre los problemas de salud que las aquejan.

Hoy en día, la falta de integración de la comunidad a los procesos de salud bucal y la falta de participación activa a través de los procesos de autogestión y autocontrol, representa el principal obstáculo para exigir de forma significativa la posibilidad de que la comunidad sea garante de su propia salud bucal¹, asumiendo roles protagónicos en los esfuerzos por generar y preservar bienestar, enfatizando en salud y no en enfermedad.

En este sentido, es relevante definir el concepto de acción comunitaria, entendida como el esfuerzo organizado, sistemático, voluntario y decidido de la población, con el cual se persigue

que la comunidad se involucre en los procesos, se apropie de nuevas tecnologías que sean adecuadas a su medio, y se concientice de su importancia, para poder garantizar la sostenibilidad de los mismos. A este respecto, se define la odontología comunitaria o la odontología para la comunidad, como la alternativa específica basada en los conocimientos científicos para el cambio y resolución de problemas evitables en salud oral de la comunidad.²

La Asociación Dental Americana de Salud Pública (ADA), define la odontología comunitaria como el arte y la ciencia de prevenir y controlar las enfermedades bucales, así como promover la salud bucal a través de los esfuerzos organizados de la comunidad. Esta odontología es considerada como la alternativa específica para el cambio, dirigida hacia la resolución de los problemas de salud bucal del individuo, familia y colectivo, cuyo basamento científico está dado esencialmente por los conocimientos de salud pública, en conjunto con la odontología preventiva; y supone la prestación de actividades asistenciales de forma integrada a todas las personas de una comunidad.³

En este sentido, la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo (FOUC), a través de la asignatura Clínica Integral Comunitaria (CIC), ha incorporado los planteamientos del modelo docente-asistencial, propuesta que tiene su fundamento en los conceptos del estudio-trabajo, lo que implica una interacción dinámica entre Comunidad-Universidad-Servicios (docentes, estudiantes, instituciones prestadoras de servicios de salud y comunidades), para transformar las condiciones de salud; espacio de acción que permite un acercamiento a la realidad concreta donde se generan los problemas, y hace consciente la necesidad de la interacción para un cambio en la práctica en salud.

El propósito fundamental del programa de la asignatura es ofrecer al estudiante una formación en salud odontológica comunitaria, permitiéndole la aplicación de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes, que le sirvan de base para evaluar, prevenir, diagnosticar, pronosticar y tratar enfermedades de la cavidad bucal, en

la búsqueda de una educación odontológica alternativa. Esto significa la redefinición de lineamientos políticos/estratégicos, por medio del desarrollo de Programas de Docencia-Servicio, basados en los principios de la atención primaria en salud (APS).⁴

Uno de estos programas se desarrolla en el Ambulatorio "Los Arales", ubicado en el Municipio San Diego, en el estado Carabobo, donde los estudiantes llevan a cabo una labor integral con actividades en el área clínica y en el área de práctica profesional de salud pública, realizando acciones integrales de clínica y en comunidades, con la aplicación de técnicas preventivas, de primer y segundo nivel, con atención sectorizada por áreas geográficas y núcleos familiares. En el programa comunitario subyace la idea que el estudiante no debe esperar al paciente en la clínica, sino que debe involucrarse en los aspectos familiares, laborales, ambientales, y del contexto en general de los habitantes de cada sector, que serán objeto de atención odontológica integral.

Para efectos de esta investigación, una buena acción odontológica comunitaria comprende el logro del cambio significativo en la salud bucal de la comunidad, dada por la motivación, satisfacción y participación en actividades educativas, preventivas y curativas de los estudiantes. Para medir los resultados de ésta, se hace uso de la epidemiología, entendida como una herramienta aplicada en salud pública, tanto en la planificación, evaluación de programas y calidad asistencial.⁵

Para que exista real participación, el profesional de la salud debe conocer a la comunidad donde trabaja, aprender las costumbres, tradiciones y especialmente, la manera de comunicarse, facilitar la aceptación y confianza de parte de la comunidad y de los líderes. Trabajar con la comunidad manteniendo el liderazgo, a fin de mejorar su salud y calidad de vida. El papel de la comunidad no ha de limitarse a responder sólo a servicios planificados y diseñados desde el establecimiento de salud. La comunidad debe participar activamente en todo el proceso, desde definir los problemas, necesidades de salud, elaborar soluciones y evaluar los programas.⁶

Bajo estos conceptos, el propósito de la presente investigación fue evaluar el impacto de la acción odontológica comunitaria de estudiantes del quinto año cursantes de la asignatura CIC de la FOUC período 2008-2009, en la comunidad Magallanes, Municipio San Diego-Estado Carabobo, reflejado a través de los indicadores de salud bucal y los niveles de satisfacción, motivación y participación comunitaria.

Materiales y métodos

El objetivo de la presente investigación hizo necesario su abordaje a través de un estudio descriptivo, apoyado en una investigación evaluativa, con un diseño no experimental, cuya modalidad fue transversal, desarrollada en dos fases. En la primera fase, se evaluó el impacto a través de las diferencias porcentuales de indicadores epidemiológicos de salud bucal, antes y después de la acción odontológica. La población estuvo representada por 189 individuos pertenecientes a la comunidad Magallanes, que fueron atendidos por los cuatro grupos de pasantes del quinto año en la asignatura CIC durante el periodo 2008-2009.

La muestra constituyó 100% de la población definida, vale decir, el total de las historias clínicas de los pacientes prioritarios atendidos por los estudiantes en ese período. La técnica de recolección fue la observación indirecta, y el instrumento, las historias clínicas elaboradas por los estudiantes. Cabe mencionar, que de dichas historias se tomaron como referencia para este estudio, el odontodiagrama e índice de higiene oral simplificado (IHOS) inicial y final, es decir, los datos obtenidos al iniciar y culminar cada pasantía. Para el llenado de las historias, los estudiantes siguieron los principios y criterios básicos de diagnóstico para el adecuado registro de los hallazgos de anomalías y patologías dentales, a fin de disponer de información estandarizada y confiable, respetando las normas técnicas y de nomenclatura para el asiento de los datos en el odontodiagrama e IHOS. Además, la información arrojada en las historias fue verificada por los docentes de cada guardia, como parte del proceso de evaluación del estudiante.

En la segunda fase, se evaluó el impacto mediante los niveles de motivación, satisfacción y participación reflejados por la comunidad al finalizar la acción odontológica, para ello se seleccionó 30% de la población, representada por 56 individuos de ambos sexos (14 por pasantía). La muestra fue de tipo no probabilística intencional, ya que se escogieron pacientes con edades comprendidas entre 21 y 40 años, considerando la edad como único criterio de inclusión, que por un lado, permite dar una idea indirecta del grado de madurez del encuestado para responder de manera objetiva y lo más ajustado posible a su percepción y por el otro, sugiere que estos poseen mayor dominio y conocimiento de los indicadores estudiados. Todo esto, con el propósito de obtener una información lo más fidedigna posible. A la muestra elegida, se le aplicó una encuesta, empleando un cuestionario conformado por preguntas cerradas de selección simple, con cinco opciones de respuesta por ítem. Se empleó el Coeficiente de Alfa de Cronbach, para evaluar la confiabilidad a partir de la consistencia interna de los ítems; para ello, se hizo una prueba piloto en 18 sujetos de la población que no pertenecieron a la muestra y arrojó un resultado de 0,7; valor considerado dentro de un rango de alta confiabilidad. Una vez procesada y tabulada la información, ésta fue analizada a través de la estadística descriptiva.

Resultados

Fase I: Una vez ordenada la información obtenida de las historias clínicas, se realizó el análisis de los datos utilizando conceptos de la estadística descriptiva, los cuales arrojaron los siguientes resultados:

El promedio inicial y final de dientes temporarios cariados, con extracción indicada y obturados por edad (ceod) se mantuvo en 3,39. El grupo etario de 06 a 10 años presentó una mayor condición inicial de cariados (2,60); extracciones indicadas (0,58) y obturados (0,63) que el grupo etario de 03 a 05 años de edad, quienes presentaron un promedio final de la condición de cariados de (1,44) y obturados (0,81). (Tabla 1)

De manera general se puede evidenciar un decremento de la condición de dientes

temporarios cariados en 22,48% y un incremento de la condición de dientes temporarios obturados en 119,14%. (Tabla 2)

El promedio inicial y final de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracciones indicadas y obturados por edad (CPOD) se mantuvo en 8,05. El grupo etario de 06 a 10 años de edad mostró el menor promedio de caries inicial (1,05), a diferencia del grupo etario de 31 a 40 años que presentó un mayor promedio inicial de cariados (4,80) y obturados (5,20). En cuanto al promedio final, se observa que el grupo etario de 40 y más presentó un elevado promedio en la condición de extraídos (8,30) y con extracción indicada (0,30) que el resto de los promedios finales. Se puede evidenciar que el grupo de 06 a 10 años manifestó el menor promedio final de dientes cariados (0,86), extraídos (0,07) y obturados (0,29). (Tabla 3)

En cuanto al cambio porcentual en dientes permanentes, se puede observar una reducción del promedio de dientes cariados en 20,25%, mientras que la condición de dientes obturados aumentó en 30,48%. La condición de dientes con extracción indicada disminuyó en 31,58%, en tanto que la condición de extraídos aumentó en 2,32%. (Tabla 4)

Con respecto al IHOS, se pudo observar que los valores finales descendieron de manera general, con respecto a los iniciales, evidenciándose que el grupo etario con edades mayores a 40 años, disminuyó con una variación de 0,28. Mientras que el grupo etario de edades comprendidas entre 15 a 20 años, decreció con una variación de 0,06. (Tabla 5)

El índice de higiene oral simplificado sufrió un decremento de 15,6%. (Tabla 6)

Se observó que los cambios sustanciales fueron logrados por la segunda pasantía, evidenciándose claramente que la condición de caries se redujo más de 50%, así como la condición de dientes con extracciones indicadas disminuyó 50%. Además, se observó un incremento de casi 100% de la condición de dientes obturados.

Fase II: Una vez organizada la información producto de las encuestas, se procedió a su tabulación, organización y análisis, arrojando los siguientes resultados.

Se observó que 98,2% de la población encuestada, manifestó que “Siempre” siente que su necesidad odontológica es cubierta por las actividades de atención odontológica realizada por los estudiantes. Mientras que 1,8% manifestó que “Casi Nunca”. También se muestra que la mayoría de la población encuestada (44,4%) expresó que “Siempre” se siente entusiasmada a asistir de manera regular a la consulta

odontológica. Mientras 5,50% respondió “A veces” y otro 5,50% respondió “Nunca”. Asimismo, se reflejó que 33,33% de la población respondió que “Siempre” participa en las actividades planificadas y desarrolladas por los estudiantes de odontología en la comunidad. De igual manera, 12,96% respondió con la categoría “Casi Siempre”, y otro 12,96% respondió con la categoría “A veces” (datos no mostrados).

Tabla 1. Promedio inicial y final de dientes temporarios cariados, con extracciones indicadas y obturados por grupo etario. Los Magallanes, San Diego. Estado Carabobo. 2008-2009.

ceo/edad	n	c	xc	e	xe	o	xo	ceod/inicial	c	xc	e	Xe	o	xo	ceod/ final
3 a 5	16	35	2,19	0	0	1	0,06	2,25	23	1,44	0	0	13	0,81	2,25
6 a 10	43	112	2,60	25	0,58	27	0,63	3,81	91	2,12	25	0,58	48	1,12	3,81
Total	59	147	2,49	25	0,42	28	0,47	3,39	114	1,93	25	0,42	61	1,03	3,39

Fuente: Levantamiento Epidemiológico, Díaz y Domínguez. 2008-2009.

Tabla 2. Porcentaje de cambio total entre el promedio inicial y final de dientes temporarios cariados, con extracciones indicadas y obturados. Los Magallanes, San Diego. Estado Carabobo. 2008-2009.

Componentes/ ceod	Condición Inicial Total	Cambio (porcentaje)	Cambio (cantidad)	Condición Final Total
Dientes temporarios cariados (c)	2,49	-22,49%	0,56	1,93
Dientes temporarios con extracción indicada (e)	0,42	0%	0	0,42
Dientes temporarios obturados (o)	0,47	+119,14%	0,56	1,03

Fuente: Levantamiento Epidemiológico, Díaz y Domínguez. 2008-2009.

Tabla 3. Promedio inicial y final de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracciones indicadas y obturados por grupo etario. Los Magallanes, San Diego. Estado Carabobo. 2008-2009.

Edad/ CPOD	N	C	XC	E	XE	Ei	XEi	O	XO	CPOD Inicial	C	XC	E	XE	Ei	XEi	O	XO	CPOD Final
06 a 10	42	44	1,05	2	0,05	1	0,02	4	0,09	1,21	36	0,86	3	0,07	0	0	12	0,29	1,21
11 a 15	28	76	2,71	8	0,29	0	0	27	0,96	3,96	60	2,14	8	0,29	0	0	43	1,54	3,96
15 a 20	23	85	3,69	8	0,35	8	0,35	60	2,61	7	60	2,61	11	0,48	5	0,22	85	3,70	7
21 a 30	39	150	3,85	49	1,26	6	0,15	135	3,46	8,71	120	3,08	49	1,26	6	0,15	165	4,23	8,71
31 a 40	10	48	4,80	38	3,80	2	0,20	52	5,20	14	37	3,70	40	4	0	0	63	6,30	14
40 y mas	47	195	4,15	385	8,19	19	0,40	119	2,53	15,27	163	3,47	390	8,30	14	0,30	151	3,04	15,27
Total	189	598	3,16	490	2,59	36	0,19	397	2,10	8,05	476	2,52	501	2,65	25	0,13	5,19	2,74	8,05

Fuente: Levantamiento Epidemiológico, Díaz y Domínguez. 2008-2009.

Tabla 4. Porcentaje de cambio total entre el promedio inicial y final de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracciones indicadas y obturados. Los Magallanes, San Diego. Estado Carabobo. 2008-2009.

Componentes/ CPOD	Condición Inicial Total	Cambio (Porcentaje)	Cambio (Cantidad)	Condición Final Total
Dientes permanentes cariados (C)	3,16	-20,25%	0,64	2,52
Dientes permanentes extraídos (E)	2,59	+2,32%	0,06	2,65
Dientes permanentes con extracción indicada (Ei)	0,19	-31,58%	0,06	0,13
Dientes permanentes obturados (O)	2,10	+30,48%	0,64	2,74

Fuente: Levantamiento Epidemiológico, Díaz y Domínguez. 2008-2009.

Tabla 5. Índice inicial y final de Higiene Oral Simplificado por grupo etario. Los Magallanes, San Diego. Estado Carabobo. 2008-2009.

Edad/ IHOS	n	IHOS	
		Inicial	Final
06 a 10 años	39	1,20	0,99
11 a 15 años	24	1,05	0,94
15 a 20 años	20	0,77	0,71
21 a 30 años	33	0,92	0,84
31 a 40 años	10	0,88	0,78
40 años y más	46	1,31	1,03
Total	172	1,09	0,92

Fuente: Levantamiento Epidemiológico, Díaz y Domínguez. 2008-2009.

Tabla 6. Porcentaje de cambio total entre el índice inicial y final de higiene oral simplificado. Los Magallanes, San Diego. Estado Carabobo. 2008-2009.

IHOS Inicial Total	Cambio (Porcentaje)	Cambio (Cantidad)	IHOS Final Total
1,09	-15,6%	0,17	0,92

Fuente: Levantamiento Epidemiológico, Díaz y Domínguez. 2008-2009

Discusión

Fase I: En el estudio realizado se obtuvieron una serie de datos arrojados por indicadores epidemiológicos de salud bucal. En primer lugar, el CPOD inicial fue de 8,05; valor que se encuentra dentro del rango “muy alto” como lo refiere la Organización Mundial de la Salud⁷, lo que refleja que la salud bucal continúa siendo

un aspecto crítico de las condiciones generales de salud, tal como lo expresa la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quién indica que los problemas de salud bucal son producto del aumento de inequidad en salud oral, los altos costos de tratamiento, la baja calidad de los servicios, la limitada cobertura y la baja inversión en programas de salud pública odontológica.⁸

Asimismo, al comparar estos resultados iniciales con las metas del milenio propuestas por la OMS, donde se estableció como meta de salud bucodental, un índice de dientes cariados, perdidos y obturados menor de 3 para la edad de 12 años, se puede notar que aún se continúan alcanzando cifras que sobrepasan lo deseado.⁹

Ahora bien, en cuanto a los valores de CPOD final, al desglosar los componentes, se puede evidenciar que si bien la caries aumenta progresivamente con la edad, como lo revela el primer estudio nacional de crecimiento y desarrollo de población venezolana⁹, al culminar la acción odontológica de los estudiantes, la condición de diente cariado en los diferentes grupos etarios descendió de manera general, registrándose proporcionalmente un aumento en la condición de diente obturado y extraído.

En cuanto al ceod inicial, se obtuvo un valor de 3,39; cifra que se encuentra dentro del renglón “moderado” según la OMS⁷. De manera similar al CPOD, se obtuvieron resultados favorables en la reducción de caries. Este hallazgo es positivo, pues revertir la condición de caries en niños, significa mitigar la probabilidad de riesgo de que estos experimenten caries en sus dientes permanentes en el futuro.¹⁰

Ahora bien, esta condición de CPOD y ceod en 8,05 y 3,39 respectivamente, se mantuvo transcurrido un año. Esto representa otro hallazgo positivo, pues aún cuando autores como Galán¹¹, corroboran que el impacto se mide en un período de 3 a 5 años, se puede argumentar que se evidenció un impacto significativo, en términos de las variaciones favorables del perfil epidemiológico de la comunidad, dado por un cambio contundente en las condiciones de morbilidad oral. Por otra parte, considerando que adicionalmente se logró disminuir los valores de IHOS de 1,09 a 0,92, manteniéndose dentro del renglón “bueno”¹², se puede decir que este cambio es producto no sólo de un programa basado en la remoción mecánica de la placa bacteriana y la operatoria dental, sino también de la motivación de los individuos.

Esto quiere decir que dicho cambio estuvo dado no sólo por la ejecución de actividades curativas, sino también por actividades

educativas y de promoción realizadas por los estudiantes. Esto último, es muy importante, pues la promoción en salud reviste gran interés, especialmente en pacientes sanos, donde se busca el mantenimiento y equilibrio de la salud bucal. El hecho de mantener este estatus indica que la incorporación del modelo educativo al programa asistencial es efectivo, pues es capaz de conservar el estado de la condición de sano en 100% y disminuir favorablemente el índice de higiene oral, tal como lo refiere Romero¹³, quien argumenta que un programa de promoción y educación de salud bucal actúa sinérgicamente y por tanto, genera una mejora sustancial.

Por otro lado, aunque autores como Kay y Locker¹⁴, expresan que los programas educativos de salud oral tienen un efecto positivo pequeño, el cual reduce temporalmente la placa y no genera impacto en la caries dental. Otros autores, afirman que éstos programas resultan de gran ayuda para mejorar los niveles de conciencia, a través de las iniciativas de promoción en salud oral, por lo que no se debería subestimar la importancia de la educación de salud bucal como parte de un programa que busca un estado integral de salud, donde se incluyan a individuos de todas las edades.¹⁵ Todo ello, evidencia que la condición final de salud bucal de la comunidad Magallanes al culminar la pasantía, arrojó un cambio favorable en relación a los resultados iniciales, producto de una acción odontológica integral que promueve la conservación de la salud.

En cuanto al cambio porcentual de los indicadores de salud bucal, se buscó cuantificar el impacto, partiendo de los valores obtenidos de los índices ceod, CPOD e IHOS inicial y final. De esta manera, se determinó el porcentaje de cambio de salud bucal de la comunidad al finalizar la acción odontológica de los cuatro grupos de pasantes, transcurrido un año. Discriminando sus componentes se evidenció que hubo una reducción de la condición de dientes cariados temporarios y permanentes en 22,48% y 20,25% respectivamente y un aumento de los dientes temporarios obturados en 119,14% y de 30,47% en los permanentes, así como una disminución del IHOS en 15,59%.

Siguiendo los conceptos propuestos por Galán¹¹, ya descritos anteriormente, en función al tiempo transcurrido, estos valores alcanzados representan un cambio inminentemente significativo, puesto que si al cabo de 1 año se logró reducir el promedio de caries un poco más del 20%, se puede predecir que al cabo de 3 años, se lograría una reducción de mucho más del 50%. Esta hipótesis es válida al tener en cuenta que 3 años constituye el tiempo mínimo establecido para la medición de un impacto y 5 años, el tiempo máximo.

Expertos en medición de impacto en diversas áreas afirman que sin resultados no hay impacto, y que estos reflejan el grado de cumplimiento del objetivo. Sin embargo, al medir un impacto, no solo debe buscar cuantificar el cambio, en función de los resultados, sino también, se debe comprender que impactar significa cambiar o transformar lo existente por algo superior que beneficie al ser humano, que sea duradero y no efímero por determinadas circunstancias. Por lo tanto, impactar no es solo el resultado, sino el efecto o repercusión en las personas en el tiempo.¹⁶

En cuanto al cambio porcentual del CPOD por pasantía, partiendo de los valores obtenidos del CPOD inicial y final se determinó que el porcentaje de cambio de salud bucal de la comunidad por cada pasantía fue menor al 50%, a excepción de la segunda pasantía, la cual logró valores importantes. Esto indica que aunque lo alcanzado por todas las pasantías representa *per se* una ganancia; es notorio que se pudo lograr mucho más. Esta diferencia se atribuye en gran medida a factores externos como limitaciones que influyeron en el desenvolvimiento pleno de algunas pasantías.

Fase II: Los datos arrojados en esta fase determinaron los puntos a favor y los que son críticos de la atención, considerando la satisfacción, motivación y participación de la comunidad, como indicadores secundarios del impacto generado al finalizar la acción odontológica comunitaria ejercida por los estudiantes, en relación a la respuesta y reacción de la comunidad.

En primer lugar, la satisfacción de la comunidad, en cuanto a la atención de sus necesidades y a

la percepción de un trato adecuado, alcanzó altos porcentajes. Esto es importante tomarlo en cuenta, pues tal como lo revela un estudio realizado en Colombia, la comunidad que acude a los servicios de salud valora qué tan importante es el proceso de atención recibida, la transmisión de confianza y respeto del profesional.¹⁷

Para el logro de la satisfacción de un usuario, se debe tomar en cuenta factores determinantes como el buen trato, la puntualidad, el explicar el tratamiento, así como ser cuidadoso e inspirar confianza¹⁸, factores que fueron evaluados en esta investigación, a través del indicador necesidades cubiertas. Igualmente lo refleja un estudio del Reino Unido donde se enfatiza la importancia de brindar al paciente, información basada en la evidencia, como estrategia para la satisfacción del paciente y su participación en la toma de decisiones.¹⁹

Otro factor medido en este estudio fue la motivación de la comunidad a la consulta, ya sea por dolor o por entusiasmo a la atención regular en búsqueda del mantenimiento de su salud bucal. Los valores alcanzados contrastan con la afirmación tradicional de la literatura, donde estadísticamente el dolor es el motivo principal que lleva al paciente a asistir a la consulta odontológica.²⁰ Esto es muy significativo si se considera que la motivación es una conducta dirigida a la consecución de una meta y que supone un estado de necesidad, pues en este caso, la necesidad que prevalece no es el alivio del dolor, ni la meta es que sólo sea tratada la enfermedad.

En este sentido, se debe tener presente que la motivación humana se basa en la plasticidad del comportamiento humano, donde las influencias externas son capaces de modelar y determinar impulsos que pondrían en marcha una conducta apetitiva.²¹ Por lo tanto, la data de este estudio evidencia que la acción odontológica comunitaria de los estudiantes supone una influencia de poder hacia el incentivo de la comunidad, no sólo para tratar las enfermedades ya presentes, sino para el mantenimiento de la salud bucal. Además, el estado de motivación está íntimamente relacionado con los factores que determinan la satisfacción, pues de estos

deriva el interés de la comunidad en asistir a un servicio de salud.

Finalmente, la participación activa de la comunidad es otro factor que juega un rol fundamental en la producción de un impacto. Esta dimensión se analizó en función del indicador colaboración a favor de la salud, cuyos resultados no fueron los esperados, pues esto expresa que la comunidad y los individuos si bien se sienten participando y se encuentran satisfechos de su nivel de participación, no llegan a ejercer el nivel protagónico o de autogestión. En correspondencia con la literatura, esta condición es reflejo de un enfoque eminentemente asistencialista, resultante de un patrón lógico orientado sólo al logro de fines, donde la praxis de la participación está subsumida en el *utilitarismo-colaboración*.⁶

Asimismo, estos resultados concuerdan con los indicadores de situación de vida arrojados por el estudio nacional del Ministerio de Salud y Desarrollo Social en el año 2001²², donde la percepción de las familias venezolanas hacia la participación social organizada es bastante desalentadora, pues en gran parte, ellas consideran responsables de la solución de los problemas de la comunidad, al Gobierno (Alcaldías, Municipio, Gobernaciones, etc.)

Por otro lado, partiendo de los niveles de participación de Rifkin²³, quién distingue cinco niveles de participación en el campo de la atención de salud, la comunidad se encuentra en el nivel mínimo y pasivo, representando éste, el nivel donde la población puede participar en los beneficios del proyecto de salud. Estos resultados coinciden con otras investigaciones, las cuales indican que la participación de la comunidad continúa limitada a acciones puntuales, sin que exista una vinculación orgánica con las organizaciones de base de la comunidad.^{24, 25}

Conclusiones

Se concluye que el impacto de los programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación aplicados por los estudiantes fue positivo, ya que se cumple favorablemente el objetivo terminal de la asignatura CIC.

Asimismo, al evaluar el impacto de la acción odontológica comunitaria de los estudiantes, en función del nivel de satisfacción, motivación y participación de la comunidad, partiendo del criterio de inclusión seleccionado para esta fase, se puede decir que el impacto fue significativo, ya que los mayores porcentajes se observaron en las variables de siempre. Esto último significa que el estudiante como ente promotor y productor de salud es capaz de asumir su rol en el seno de la comunidad, permitiendo un cierto nivel de participación de la misma como clave multidimensional para alcanzar un determinado impacto en las condiciones de salud de la población, logrando parte de los principios de APS, donde la comunidad en cierta forma se involucra en el proceso de salud, aún en el nivel más bajo de participación.

Lo ideal es que la comunidad participe en el nivel más profundo, y se comprometa en las actividades programáticas, administrativas, de control y de toma de decisiones, a fin de autogestionar su propia salud bucal. Sin embargo, se puede afirmar que la comunidad Magallanes está siendo objeto de transformación y evolución hacia una odontología integral alternativa, lo que significa que ella puede soportar, en todas y cada una de las etapas de desarrollo, un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación en el campo de la salud.

De tal manera, debe considerarse fortalecer los principios de convivencia social y comunitaria, los cuales posibilitan la participación activa de los profesionales y las comunidades.

Agradecimientos

Agradecemos a la Dra. Ybelisse Romero Méndez, Profesora Titular de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo por su asesoría en esta investigación.

Referencias

1. Romero Y. Representaciones sociales del profesional de la salud bucal. *Odous Científica*. 2007 Jul-Dic; 2(8): 21-32.

2. González A. Métodos en odontología comunitaria: APS. En Rioboo R, comp. Odontología preventiva y odontología comunitaria. Madrid: Avances Médico-Dentales S.L; 2002. pp. 1205-36.
3. Cuenca E, Baca P. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 3era ed. Barcelona: Masson; 2005.
4. Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Plan de Estudios. [Internet]: [citado jun 2009]. Disponible en: <http://plata.dta.uc.edu.ve/odontologia/>.
5. Rioboo R. Índices en odontología. Índices de salud e índices para evaluar la caries dental. En: Rioboo R, comp. Odontología preventiva y odontología comunitaria. Madrid: Avances Médico-Dentales, S.L; 2002; p. 859-78.
6. Sánchez E. Todos con la esperanza. La continuidad de la participación comunitaria. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2000.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la salud. Glosario. Ginebra; 1998.
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. Publicación Científica y Técnica; 622(I) Regional.
9. Mijares A. Condiciones de vida de la población venezolana. Aspectos Odontológicos. Caracas, Venezuela: FUNDACREDESA; 1995.
10. Jin BH, Ma DS, Moon HS, Paik DI, Hahn SH, Horowitz A. [Caries de infancia: Prevalencia y factores de riesgo en Seoul, Korea] Journal of Public Health Dentistry. 2003; 3(63): 183-188.
11. Galán R. Evaluación integral. Bogotá: Médica Internacional LTDA; 1996.
12. Sosa M, González M, Naranjo B, Navas I, Quintana B. Levantamiento epidemiológico bucal en escolares de 1º y 2º etapa. [Tesis de grado]. Hospital Victorino Santaella Ruiz. [serie en internet] [citado ago 2009]. Disponible en: <http://www.odontologiaonline.com/casos/part/LST/LST08/lst08.html>
13. Romero Y. Impacto de un programa de promoción y educación de salud bucal en niños del Preescolar Monseñor Luis Eduardo Henríquez. Municipio San Diego. Estado Carabobo 2005. Odous Científica 2006 Jul-Dic; 2(7): 27-42.
14. Kay E, Locker D. A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. Community Dent Health. 1998; 15(3):132-44.
15. Park DY, Ma DS, Horowitz A. Oral health education courses for university students: why not? Journal of Public Health Dentistry. 2004; 1(64): 3-4.
16. Fernández E. La medición del impacto social de la ciencia y la tecnología. RICYT; 2001.
17. Agudelo A, Valencia L, Oullón E, Betancur L, Restrepo L, Peláez L. Satisfacción y factores asociados en estudiantes usuarios del servicio odontológico de la Institución prestadora de servicios de salud "IPS Universitaria" (Medellín). Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. 2008 ene-jun; 2 (19): 13-23.
18. Hill KB, White DA, Morris AJ, Hall AC, Goodwin N, Burke FJ. National evaluation of personal dental services: a qualitative investigation into patients' perceptions of dental services. Br Dent J. 2003; 195 (11): 654-656.
19. Gilmore D, Sturmey P, Psycol M, Newton J. A comparison of the impact of information from a clinician and research-based information on patient treatment choice in dentistry Journal of Public Health Dentistry. 2006; 4(66): 242-247.
20. Scully C. The pattern of patient attendance for emergency care in a British dental teaching hospital. Community Dent Health. 1995; 1(12): 151-154.

21. Llor B, Abad M, Gracia M, Nieto J. Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. Universidad de Murcia, España: Interamericana McGraw-Hill; 1995.
22. Fundacredesa. Indicadores de situación de vida. MSDS. Tomo I. Caracas, Septiembre; 2001.
23. Rifkin S. Community participation in Child Health/Family Planning Programs, Ginebra, 1990. En: Stone L. Cultural influences in community participation in health. Social Science and Medicine. Gran Bretaña. 1992; 4(35): 412.
24. Carrillo D, Romero Y. Evaluación de calidad de la atención odontológica de los servicios de salud adscritos a la corporación merideña de salud en el Municipio Libertador del estado Mérida. Acta odontológica venezolana UCV. 2007; 2(45): 198-203.
25. García L, Molero H, García I. El trabajo comunitario como eje transversal integrador del curriculum de la Facultad de Medicina. Ciencia Odontológica, Universidad del Zulia. 2007 ene-jun; 1(4): 57-64.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
FUNDAODONTOLÓGIA - DIPLOMADOS Y CUROS



OBJETIVO: Contribuir con la formación profesional del capital humano de éxito y socialmente responsable, para afrontar y resolver los retos que plantea la extensión de la Ciencia Odontológica.

Diplomados:

- Restauraciones Estéticas Directas Anteriores y Posteriores
- Ortopedia Dento Facial y Ortodoncia
- Técnicas Fundamentales en Endodoncia
- Endodoncia Contemporánea
- Prevención de Accidentes en Endodoncia
- Cirugía Bucal
- Cirugía Bucal (Intensivo)
- Ortodoncia Interceptiva con un Enfoque Biopsicosocial
- Restauraciones Estéticas Directas Anteriores y Posteriores (Intensivo)
- Odontopediatría para Odontólogos generales.
- Radiología Dentomaxilofacial.

Cursos:

- Perfeccionamiento Profesional de Cirugía Bucal.
- Negociación Estratégica
- Nuevas Tendencias en el Diagnóstico por Imagen en Odontología (Cone Beam)
- Calidad Total en los Servicios Odontológicos
- Programa de Formación de Higienistas Dentales

Información: Oficinas de Fundaodontología .Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Pabellón 11 Facultad de Odontología. UC.

Teléfonos: 0241 - 511 41 16 / 817 54 67

E-mails: fundaodontologia_uc@hotmail.com / fundauctasporcobrar@hotmail.com
fundaodontologiauc-ga1@hotmail.com

Facebook: [fundaodontologia_uc](https://www.facebook.com/fundaodontologia_uc) / **Twitter:** [@fundaodontologiauc](https://twitter.com/fundaodontologiauc)