

Eje: III “Universidad: Trabajo De Extensión, Voluntariado E Impacto Social”

ID 06

Título: “ARTICULACIÓN DOCENCIA – EXTENSIÓN – INVESTIGACIÓN, EJE DE LA FORMACIÓN DE FUTUROS PROFESIONALES EN ODONTOLOGÍA”.

Autor/s: Medina, María Mercedes; Coscarelli, Nélica Yolanda; Seara, Sergio Eduardo; Saporitti, Fernando Omar; Tapia, Gabriela Edith; Lozano, Silvina Alejandra

Universidad o Institución: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Odontología.

Ciudad, Provincia: La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

E Mails Autor/s: medina@folp.unlp.edu.ar -coscarelli@folp.unlp.edu.ar -seara@folp.unlp.edu.ar saporitti@folp.unlp.edu.ar -tapia@folp.unlp.edu.ar -lozano@folp.unlp.edu.ar

INTRODUCCION

El modelo tradicional de Odontología, no ha sido una alternativa eficaz a la problemática de la salud oral, existiendo elevadísimos índices epidemiológicos de enfermedades prevalentes. La Articulación – Docencia – Extensión – Investigación es una propuesta innovadora con la que se pretende formar recursos humanos en Odontología utilizando la Investigación – Acción como estrategia participativa, que favorece el desarrollo de acciones comunitarias transformadoras. La investigación eje de la docencia e instrumental básico de la práctica permite vincular al estudiante durante su formación con el mundo real del trabajo y con la sociedad a la cual debe servir para lograr el “aprender haciendo y hacer aprendiendo”.

DESARROLLO

Objetivos y Metas Generales

- a) Evaluar el rendimiento académico de alumnos en los que se fortaleció la investigación participativa como método de trabajo básico para su formación.
- b) Promover la formación de odontólogos capacitados para el desempeño eficaz en la promoción de salud y prevención de enfermedades bucales.
- c) Desarrollar programas masivos de prevención con participación comunitaria, así como programas de atención integral con fuerte componente preventivo, que garanticen impacto en la salud de las poblaciones.

Objetivos Específicos y Metas Parciales

- a) Relevar y recuperar la información disponible y realizar un análisis basado en criterios de riesgo homogéneo y biológico específico que permita la toma de decisiones para una priorización adecuada.
- b) Desarrollar áreas modelo de demostración aplicando distintas estructuras y dinámicas para la atención de la salud bucal, generando agentes multiplicadores y reconversión epidemiológica.
- c) Capacitar a los alumnos en aspectos de la metodología científica, educación para la salud y acciones preventivas.

d) Desarrollar actividades de docencia, extensión e investigación que permitan una práctica integrada de la profesión en los campos educativos preventivos y asistenciales.

e) Favorecer los mecanismos coordinados entre instituciones educativas, de servicios y de la comunidad para fortalecer la producción, aplicación, evaluación y divulgación de conocimientos sobre promoción y prevención en salud bucal de las poblaciones como un componente más de la calidad de vida.

Metodología Y Actividades

1) Definición de las áreas de trabajo

Se definieron las áreas de trabajo, en cada uno de los municipios: La Plata, Berazategui, Berisso, Ensenada y Florencio Várela.

2) Contacto con organizaciones representativas de la comunidad

Se contactó con organizaciones representativas de cada zona, a fin de informar a las mismas sobre el programa a desarrollar y obtener su apoyo y colaboración.

3) Inserción de docentes y alumnos en la comunidad

En esta etapa se procedió a identificar líderes comunitarios, a través del diálogo con diferentes personas de la comunidad, tratándose de crear un clima favorable y que sirvan de intermediarios entre la comunidad y el grupo de universitarios. Se pautaron reuniones comunitarias en diferentes lugares, clubes de fomentos, escuelas donde se les explicó la importancia de su participación en todos los niveles de la ejecución del programa

4) Elaboración de instrumentos

Se elaboraron distintos instrumentos para recolección de la información y registro de los datos obtenidos, que a continuación se detallan: Entrevistas estructuradas; encuestas para el relevamiento poblacional; Diagramas para el registro de placa. Odontograma para el registro de índice CPO y ceo; ficha para recolección de datos sobre factores de riesgo homogéneo; libro de campo.

5) Entrevistas estructuradas con líderes comunitarios

Se realizaron entrevistas con los líderes comunitarios. Previamente fue necesario conocer el tiempo libre de las personas, a las cuales se entrevistarían. Se concertó con ellos, la fecha, horario y lugar a fin de evitar actitudes de rechazo. Previamente, se explicaron los motivos y propósitos de la misma. Se utilizó un vocabulario claro y preciso, creando una atmósfera de cordialidad entre el entrevistador y el entrevistado.

6) Recolección de datos del universo a estudiar.

A fin de obtener, mayores conocimientos sobre el universo a estudiar se realizó el reconocimiento geográfico de cada zona y se construyeron mapas barriales, señalando las principales instituciones y servicios. Municipalidad, policía, correo, bomberos voluntarios, iglesias, escuelas, jardines de infantes, hospitales y unidades sanitarias.

7) Selección y capacitación de grupos estratégicos

La selección de grupos estratégicos y su posterior capacitación, es de crucial importancia, para el abordaje de instancias representativas. Se acordaron con la comunidad los criterios para la selección de grupos estratégicos, estableciéndose factores tales como: edad, sexo, estado civil, experiencia previa, nivel de educación mínimo, interés y aptitud para desempeñar las tareas, disponibilidad de tiempo para dedicar al plan, facilidad para desplazarse, aceptación de los mismos dentro de la comunidad. Una vez seleccionados los grupos estratégicos se los capacitó, en forma continua, comenzando por las tareas de menor complejidad.

8) Recopilación de datos y devolución de la información a los grupos comunitarios

Se informó en forma periódica a la población sobre los datos obtenidos de la misma, a través de encuentros, entrevistas, reuniones, etc.. Esta actividad que se realizó utilizando técnicas grupales, en las que colaboraron alumnos y líderes estimuló la reflexión y la participación de la comunidad, que tomó conciencia de sus problemáticas.

9) Autodiagnóstico

A partir de las experiencias participativas las poblaciones fueron asumiendo sus problemáticas, particulares y comunes, entre las que se pueden mencionar: La población reconoció no usar el cepillo de dientes, o usarlo en forma incorrecta. Que la falta de higiene oral es causa de caries y enfermedad periodontal. Que caries y enfermedad periodontal son enfermedades prevalentes.

10) Relación percepción – teorización

La población comprendió que ciertas creencias eran erróneas, tales como: La pérdida de las piezas dentales es inevitable más allá de los 50 años. Cada embarazo significa la pérdida de una pieza dentaria. Los antibióticos producen pérdida de piezas dentarias. El cepillado produce desgaste de las piezas dentarias. El sangrado de las encías es normal.

11) Estimulación participativa

Se estimuló a las comunidades a participar del programa en todos los momentos de su ejecución, desde la planificación, hasta la evaluación. Los beneficios observados, sumado a la importancia de ser consultados y tenidos en cuenta en el momento de adoptar decisiones, sirvió como incentivo para las personas que participaban de nuestro plan. Es de destacar aquí la acción desarrollada por los agentes multiplicadores, que con su labor constante y progresiva lograron sumar a los grupos ya formados, los sectores más resistentes de la población.

12) Determinación de prioridades

Identificados los problemas de salud bucal de las poblaciones, se constituyeron círculos de estudio con animadores sociales para representar, cuestionar y replantear las dificultades, luego se estableció un orden de prioridades pautadas con cada comunidad, que se detalla a continuación:

1. Resolver las urgencias, control de dolor y control de la infección aguda
2. Llevar el grado de infección a niveles aceptables. Control de la placa bacteriana
3. Refuerzo del huésped. Remineralización de los tejidos duros
4. Control del medio biológico. Disminución de la ingesta de hidratos de carbono
5. Control de afecciones. Tratamiento de caries y enfermedad periodontal.
6. Mantener el nivel de salud logrado. Control periódico. Refuerzo del componente preventivo.

13 Planificación y ejecución de proyectos de acción

Se planificó y ejecutó un programa de salud bucal dirigido a la familia, con capacidad resolutoria hasta el 2° nivel, que encarado a partir de la promoción y educación para la salud, determinación de índices CPO, ceo y placa; clasificación de la demanda; identificación, análisis y selección de factores de riesgo homogéneo y específico; participación de líderes y abordaje integral, tiende a reorientar la práctica odontológica resultante con participación comunitaria, generación de formas más eficaces de intervención e impacto sobre la calidad de vida de las personas.

14) Determinación de índices epidemiológicos promoción y educación para la salud.

Se realizó el índice C.P.O. (cariados, perdidos y obturados) y el c.e.o (cariados, extracciones indicadas y obturados), al comienzo del programa, a fin de evaluar el perfil epidemiológico de caries y al finalizar el mismo a fin de tener un parámetro comparativo que nos indique la reconversión de patologías prevalentes

15) Identificación, selección y análisis de los factores de riesgos homogéneos y específicos

Se identificaron los factores de **riesgo homogéneo** en cada zona a través de: Entrevistas y charlas con los líderes comunitarios. Muestras de agua, que se analizaron a fin de comprobar el tenor de flúor y el grado de contaminación. Se obtuvo la siguiente información, común a todas las zonas.

16) Abordaje integral

Se realizó un abordaje integral a fin de reconvertir las patologías prevalentes, según se detalla a continuación: Terapias con fluoruro; selladores de fosas y fisuras; inactivación de caries; operatoria dental; endodoncia en dientes unirradiculares; exodoncia simple; eliminación del cálculo supra e infragingival.

17) Evaluación permanente y seguimiento

Se evaluó en forma permanente, las distintas actividades del programa en cada una de las etapas y el rendimiento académico de los alumnos.

RESULTADOS:

Variable 1: Impacto Social

Indicadores:

- 1.- Reconversión de Patologías prevalentes (caries y enfermedad periodontal)
- 2.- Formación de agentes multiplicadores de salud bucal

Localidad Abasto

Los índices epidemiológicos revelan que el porcentaje de caries al comienzo del proyecto era del 87.7 % en la población adulta (cpo) y del 92.7% en la población infantil (ceo) con un promedio en la población total del 90.70 %, mientras que los índices de placa muestran que el 82.40 % de la población tienen placa y problemas periodontales. Al finalizar nuestra acción los datos revelan que: los índices epidemiológicos se redujeron notablemente, en la población adulta el porcentaje de caries pasó a ser del 14.5%, en los niños del 11.3% y considerada la población total del 13.90%. El índice de placa y enfermedad periodontal de la población pasa del 82.40% al 17.10% cuando finalizan las acciones. la población cubierta fueron 2848 personas y se detectaron 38 agentes multiplicadores.

Localidad Berazategui

Un alto porcentaje de caries al inicio de las acciones, 92.8% en la población adulta , 96% en los niños y 94.4% considerada la población total. El índice de Løe y Silness y O'leary nos revelo un 84.4% de la población con placa y problemas periodontales. Al finalizar las acciones el porcentaje de caries fue del 16.2% en adultos, del 10.6% en niños y del 13.30% en la población total, mientras que la placa bacteriana y la enfermedad periodontal disminuyo hasta un 15.80%.La población cubierta fueron 2784 personas y se detectaron 51 agentes multiplicadores

Localidad Berisso

Los índices epidemiológicos de caries al comienzo revelan el 91.2% en la población adulta, el 95.6% en la población infantil y en la población total el 93.4%, mientras que los índices de placa nos muestran que el 84.4% de la población tiene placa y problemas periodontales. Al finalizar nuestra acción los datos revelan que: Los índices epidemiológicos de caries pasó a ser del 12.9% en adultos, del 11.7% en niños y del 15.80%.en la población total. El índice de placa y enfermedad periodontal de la población pasa de un 82.40% a un 17.10% al finalizar las acciones. La población cubierta fueron 3449 personas y se detectaron 46 agentes multiplicadores

Localidad Enseñada

Al comienzo de la investigación los indicadores epidemiológicos muestran un 94.1% de caries en la población adulta, 90.7% en la población infantil, con un total del 92.4% en el total de la población. Mientras que los índices de placa muestran que el 86.1%. de la población tiene placa y problemas periodontales. El perfil epidemiológico de salida nos dice que el 13.7% de los adultos, el 10.7% de los niños y el 12.2% de la población total tienen caries. Las enfermedades periodontales aparecen en el 17.9% de la población. La población cubierta fueron 3173 personas y se detectaron 41 agentes multiplicadores.

Localidad Florencio Várela

Los índices epidemiológicos nos muestran que el porcentaje de caries al comienzo de la experiencia es del 93.6 % en la población adulta, del 90% en la población infantil y del 91.80 % en la población total, mientras que los índices de placas nos muestran que el 82.90 % tienen placa y problemas periodontales.

Al finalizar nuestra acción los datos revelan que: Los índices epidemiológicos de caries pasaron a ser del 11.9% en adultos, del 14.3% en niños y del 13.10% en la población total. La población cubierta fueron 2946 personas y se detectaron 44 agentes multiplicadores.

Resultados del total de población cubierta según tipo de demanda			
POBLACIÓN CUBIERTA = 15200			
TIPO DE DEMANDA	TOTALES DE PACIENTES	PRESTACIONES	ALTAS EN SALUD
ESPONTANEA	4987	27076	68,90%
ESTIMULADAS	3618	21994	86,80%
PROGRAMADAS	6595	31507	96,10%

Agentes Multiplicadores De La Salud Generados Por El Proyecto

	Población Cubierta	Agentes Multiplicadores	Agente Generado Cada 100 Personas
TOTAL	15200	220	1,45

Variable 2: Rendimiento Académico

Indicadores: 1.-Porcentaje de alumnos aprobados

2.-Media Aritmética

3.-Mediana

Se realizó evaluación permanente de conocimientos, de habilidades y de actitudes durante los 4 años que duró la experiencia. Se registró el promedio de calificaciones, la media y la mediana, obteniéndose los siguientes resultados: 4843 alumnos (45,13%) fueron promovidos al ciclo superior con más de 7 puntos de promedio, media 7.99 y mediana 8; 4519 (42.12%) obtuvieron entre 4 y 6 puntos, media 5.45 y mediana 6 mientras que 1368 (12.75%) debieron repetir algún curso por no

alcanzar los objetivos mínimos esperados (promedio de notas entre 0 y 3 puntos, media 2.43 y mediana 3).

RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS ALUMNOS								
AÑO	10 a 7		6 a 4		3 a 0		TOTAL	
		% 11.93	1200	% 11.19		% 3.53	2860	% 26.65
1999	1281					379		
		% 12.07	1205	% 11.23		% 3.25	2848	% 26.55
2000	1295					348		
		% 11.27	1132	% 10.05		% 3.27	2692	% 25.09
2001	1209					251		
		% 9.86	982	% 9.15		% 2.70	2330	% 21.71
2002	1058							
	4843	% 45.13	4519	% 42.12		% 12.75	10730	% 100.00
TOTAL					1268			

CONCLUSIONES:

De lo expuesto se concluye que aplicando la estrategia de investigación acción, se puede formar un recurso humano en Odontología con conciencia social, humanística y sanitaria que le permite actuar en la prevención de los problemas bucales, cumplir una función educadora de acuerdo a las necesidades del país y producir impacto en la población cubierta generando agentes multiplicadores de salud y reconvirtiendo los índices epidemiológicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Gribble JN, Preston SH, eds. The epidemiological transition: Policy and planning implications for developing countries. Washington, Dc: National Academy Press; 1993.
- Health Canadá. Canadá health action: Building on the legacy. Final report of National Forum on Health. Ottawa: Health Canadá; 1997.
- Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. The North Karelia Project: 20 year results and experiences. Helsinki: National Public Health Institute; 1995.
- Peruga A. Conjunto de acciones para la reducción multifactorial de las enfermedades no transmisibles (CARMEN). En: Worldwide efforts to improve health. Atlanta: U.S. Centers for Disease Control and Prevention; 2000.
- Bruntland GH. Mensaje ante el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza, 19 a 28 de enero de 1998. Ginebra: OMS; 1998.
- Granados A. La evaluación de las tecnologías. Med Clin (Barcelona) 1995; 104:581-588.
- Conde J. Evaluación de las tecnologías sanitarias y su relación con la calidad asistencial. En: la formación de los profesionales de la salud: escenarios y factores determinantes. Madrid: Fundación BBV; 1996.