

Atención odontológica a damnificados del terremoto 16 de abril de 2016: impacto en la formación de estudiantes de odontología

**Dental care to the victims of the earthquake on April 16, 2016:
impact on the formation of dental students**

Lucia Elena Galarza Santana, Celia Fernanda Ponce Faula, Ximena Guillén Vivas

Universidad San Gregorio de Portoviejo. Ecuador.

RESUMEN

Introducción: los estudiantes y profesores de la carrera de Odontología desarrollaron un proceso de atención a los albergados del terremoto del 16A en Manabí Ecuador.

Objetivos: identificar las necesidades de atención odontológica, valorar el grado de consolidación de las competencias profesionales y fomentar valores en el marco de la actividad formativa de los estudiantes.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con los estudiantes y pacientes involucrados. Los estudiantes realizaron un diagnóstico de necesidades odontológicas y brindaron atención requerida. Se realizó una encuesta diseñada para valorar el grado de consolidación de las competencias profesionales de los estudiantes.

Resultados: la población pediátrica representó el 43 %, la adulta el 57 %. El COP-D en población adulta fue de 8,6, el ceo-d fue de 1,56, el índice de higiene oral simplificado fue 1,42. El 60 % de los tratamientos en la población adulta fueron restauraciones, en edad pediátrica se realizaron 344 tratamientos. El 67 % consideró muy útil la consolidación de sus competencias especialmente en el diagnóstico y en actividades de periodoncia.

Conclusiones: los estudiantes brindaron atención odontológica a la población albergada después del terremoto e identificaron sus necesidades de salud, lo que

permitió fortalecer áreas de competencias, valores de solidaridad, responsabilidad y humanismo.

Palabras clave: atención odontológica; formación profesional; estado de salud bucal.

ABSTRACT

Introduction: The students and professors of the Dental Surgery major developed a process of attention to the victims of the April 16 earthquake in Manabí Ecuador.

Objectives: To identify the needs of dental care, to assess the degree of consolidation of professional skills and to promote values within the framework of the training activity of students.

Methods: A descriptive, cross-sectional study was conducted with the students and patients involved. The students made a diagnosis of the dental needs and provided the required attention. A survey was conducted, as designed to assess the degree of consolidation of students' professional competences.

Results: The pediatric population represented 43 % and the adult population, 57 %. The COP-D in the adult population was 8.6, the CEO-D was 1.56, the simplified oral hygiene index was 1.42. 60 % of the treatments in the adult population were restorations, in pediatric age there were 344 treatments. 67 % of the participants considered it very useful to consolidate their skills, especially in diagnosis and periodontal activities.

Conclusions: The students provided dental care to the population sheltered after the earthquake and identified their health needs, which allowed to strengthen areas of competence, values of solidarity, responsibility and humanism.

Keywords: dental care; profesional training; oral health status.

INTRODUCCIÓN

La carrera de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo tiene como propósito formar profesionales con sólidos conocimientos científicos, capaces de ejercer la práctica odontológica con la calidad técnica, ética profesional y humanismo que requiere el cuidado, prevención, tratamiento y rehabilitación del sistema estomatológico para contribuir a mejorar los niveles de salud bucal de la comunidad; por lo que se tiene muy en cuenta la pertinencia de la formación de sus egresados.

La formación integral del profesional de la salud es un proceso al que tributan los componentes intracurriculares y extracurricular del proceso enseñanza aprendizaje.¹ En la universidad del siglo xxi cada componente debe ser intencionado y garantizar la pertinencia; la autonomía de las instituciones formativas no las exime de su encargo social. Precisamente en la intencionalidad de la formación, no solo científico tecnológica sino también en valores, radica "su acción transformadora del estado de salud de las personas, las familias y las comunidades, contribuyendo así al desarrollo humano integral y sustentable".²

El contexto latinoamericano ha sido muy variable en los últimos años, los niveles de pobreza han sido fluctuantes, así como la accesibilidad a los servicios médicos; y son estas condiciones las que determinan los escenarios de actuación; ya que la salud es un fenómeno social en última instancia.³ La misión del profesional de Odontología sigue siendo velar por la salud integral del individuo, no solo a través de protocolos terapéuticos, sino desde la promoción de salud, prevención de enfermedades y labor educativa del individuo y su comunidad y; tanto la investigación científica como la labor extensionista de la universidad contribuyen a formar profesionales coherentes con esta misión.

"El proceso de integración de lo social tiene carácter transformador ya que los contenidos y las actividades del proceso de enseñanza-aprendizaje se encuentran vinculados con el proceso de atención de salud como resultado de un proceso intencional dado en la naturaleza de lo sociomédico en su relación con la comunidad". Por tanto, se trata de influencias que interaccionan y se integran en el rol del odontólogo en la actividad de salud. En la incorporación de lo social se refleja la individualidad del profesional, permitiendo la integración de los aprendizajes, de ahí la relevancia de su incorporación al proceso formativo.⁴

En el proceso de evaluación del aprendizaje se considera básico la recolección de la información y la emisión de un juicio de valor. Los criterios a tener en cuenta deben ser referidos a competencias, funciones, agentes y normotipos en evaluación.⁵

Los sistemas de salud se sustentan en un paradigma intervencionista que gira en torno al concepto de curación de la enfermedad, obviando los determinantes sociales de salud. Un enfoque que considere la epidemiología social permitiría una labor preventiva que trascienda un evento natural concreto y contribuye a dimensionar el papel de la atención sanitaria, tanto en el profesional formado como en el que se encuentra en formación; garantizando la calidad de la atención, pero este aprendizaje solo ocurre en los escenarios reales.⁶

Cualquier intervención que se realice debe tener en cuenta los determinantes sociales y las condiciones concretas. En el caso de los desastres naturales el riesgo de enfermedades transmisibles es proporcional a la densidad y el desplazamiento de la población, puesto que esos factores aumentan la demanda de abastecimiento de agua y alimentos. En el periodo que sucede el desastre es frecuente que se agrupen sobrevivientes en zonas seguras, pero con afectación de los servicios sanitarios, lo que compromete el restablecimiento de los programas ordinarios de salud. En el caso de los desastres complejos son frecuentes la malnutrición, el hacinamiento y la ausencia de las condiciones sanitarias más básicas.⁷

La comunidad portovejense el 16 de abril de 2016 fue víctima de un terremoto de 7,8 grados en la escala Richter lo que provocó pérdidas materiales y humanas; así como hacinamiento de sobrevivientes en zonas seguras pero que no contaban con la infraestructura necesaria para proveer de servicios básicos y sanitarios a los damnificados; por lo que las autoridades de la carrera de odontología y los estudiantes decidieron realizar labor extensionista comunitaria en estos grupos poblacionales, los profesores también participaron en el proceso de atención y evaluaron la atención brindada por los estudiantes.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es identificar las necesidades de atención odontológica, valorar el grado de consolidación de las competencias profesionales y fomentar valores en el marco de la actividad formativa de los estudiantes

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal durante los meses de mayo a noviembre del 2016 con los estudiantes y personas damnificadas del terremoto 16 A en Portoviejo, Manabí. El universo de estudiantes fue de 168 de octavo a décimo semestre, de ellos se seleccionaron de 71 por sus probadas potencialidades para realizar las actividades de atención odontológica que requerían los pacientes. El universo de personas albergadas fue de 1 245, se seleccionaron los pacientes (710) que estaban acogidos en el exaeropuerto "Reales Tamarindos" y en el refugio temporal "Los Tamarindos".

Los estudiantes realizaron un diagnóstico de necesidad de atención odontológica de la población albergada y llevaron a cabo tratamientos factibles de realizar considerando la disponibilidad de recursos brindados por la carrera como sillones odontológicos e insumos, además se tuvieron en cuenta las características sociodemográficas del grupo poblacional atendido; también se realizó una encuesta diseñada por los investigadores y validada según criterio de expertos con el propósito de sondear los criterios de los estudiantes involucrados, en relación con el impacto de esta actividad en su formación profesional. Los estudiantes fueron supervisados y guiados por 23 profesores de diferentes áreas como Rehabilitación Oral, Periodoncia, Odontopediatría y Cirugía distribuidos en diferentes horarios.

Los sujetos de estudio fueron examinados por los estudiantes los que fueron previamente capacitados para la aplicación de los índices seleccionados, el examen se ejecutó en los albergues, con luz natural, utilizando instrumental de diagnóstico (espejo bucal, explorador y pinza de algodón) aplicando las normas de bioseguridad. Se aplicaron los índices cariados, obturados, perdidos (COP) para medir la prevalencia de caries en dientes permanentes y el cariados, extraídos y obturados (CEO) para los dientes temporales, también se utilizó el índice de Higiene Oral Simplificado (IHO S).

Las variables analizadas fueron la edad donde se agruparon los sujetos de 5 a 13 años en edad pediátrica y mayor de 14 años en edad adulta, por sexo en femenino y masculino.

Para medir la severidad de la prevalencia de caries dental se consideraron los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁸

0.0 - 1.1 Muy bajo

1.2 - 2.6 Bajo

2.7 - 4.4 Moderado

4.5 - 6.5 Alto

6.6 Muy alto

El índice de Higiene Oral simplificado evalúa dos de los principales factores de riesgo: placa dentobacteriana y cálculo supragingival en seis superficies de los dientes: 11, 31, 16, 26, 46, 36.⁹

Para obtener el índice individual de IHO-S por individuo se requiere sumar la puntuación para cada diente señalado y dividirla entre el número de superficies

analizadas, una vez ya establecido, se procede a determinar el grado clínico de higiene bucal:

Excelente: 0,0

Bueno: 0,1 - 1,2

Regular: 1,3 - 3,0

Malo: 3,1 - 6,0

Para obtener el índice colectivo se sumaron los índices individuales y se dividieron entre el número de personas evaluadas.

Los tratamientos que se realizaron luego del diagnóstico fueron: Operatoria Dental (restauraciones de clase I, II, III, IV y V) en adultos según la localización de la caries dental, detarajes y extracciones en dientes anteriores y posteriores. En los niños se realizaron aplicaciones de sellantes de fosas y fisuras, profilaxis, fluorización, extracciones y Operatoria dental (restauraciones) actividades que fueron realizadas tanto *in situ* como en las Clínicas Odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Igualmente se aplicó una encuesta que constó de 8 preguntas, (anexo 1) 7 con una escala Likert para evaluar la utilidad del impacto de las actividades realizadas en el desarrollo del futuro profesional en donde se considera nada útil con el número 1, poco útil con el 2, medianamente útil con el 3 , útil con el 4 y muy útil con el 5 y una abierta concebida para describir en una frase, la autopercepción de la evaluación referida al impacto de las mismas y en donde se tomaron en cuenta tres variables: los que dejaron en blanco la pregunta, los que expresaron que el impacto fue religioso y los que manifestaron que fue la solidaridad.

La información se procesó y se presentó en gráficos utilizando el promedio, números absolutos y porcentaje.

RESULTADOS

La población estudiada se distribuyó de forma homogénea en todos los grupos etarios ya que el acceso a los servicios no tuvo restricción y los pacientes acudieron a las consultas de acuerdo a su criterio de amenaza. La población pediátrica representó el 43 % y la adulta el 57 % siendo 710 personas atendidas (Fig. 1)

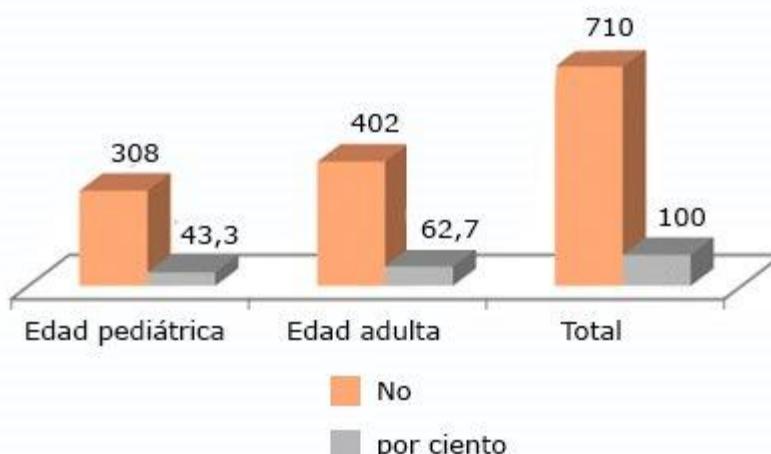


Fig. 1. Distribución etaria de la población.

En la edad pediátrica la población masculina representó el 43, 8 % y la femenina 56, 1 y en la adulta la población masculina fue de 62, 9 % y la femenina de 52, 7 % (Fig. 2).

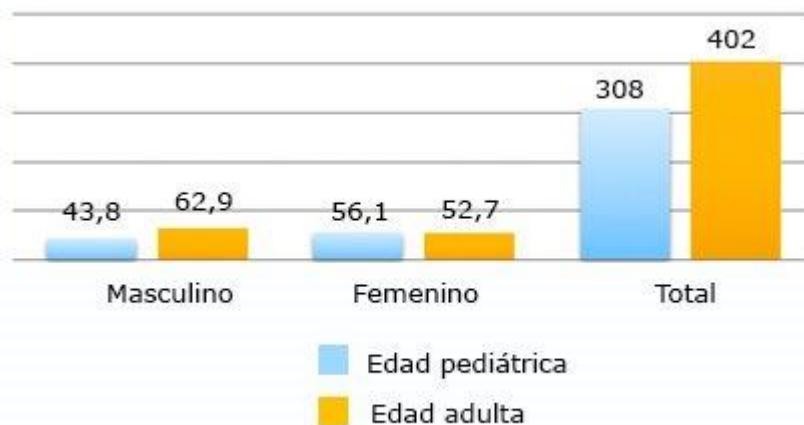


Fig. 2. Distribución por sexo de la población atendida.

El índice COP-D en población adulta fue de 8,6, lo cual indica alta prevalencia de caries dental. El ceo-d fue de 1,56, lo cual indica que la población infantil tiene baja prevalencia de caries dental. El IHO-S fue de 1,42 en el total de la población, lo que la clasifica con una higiene bucal de regular (Fig. 3).

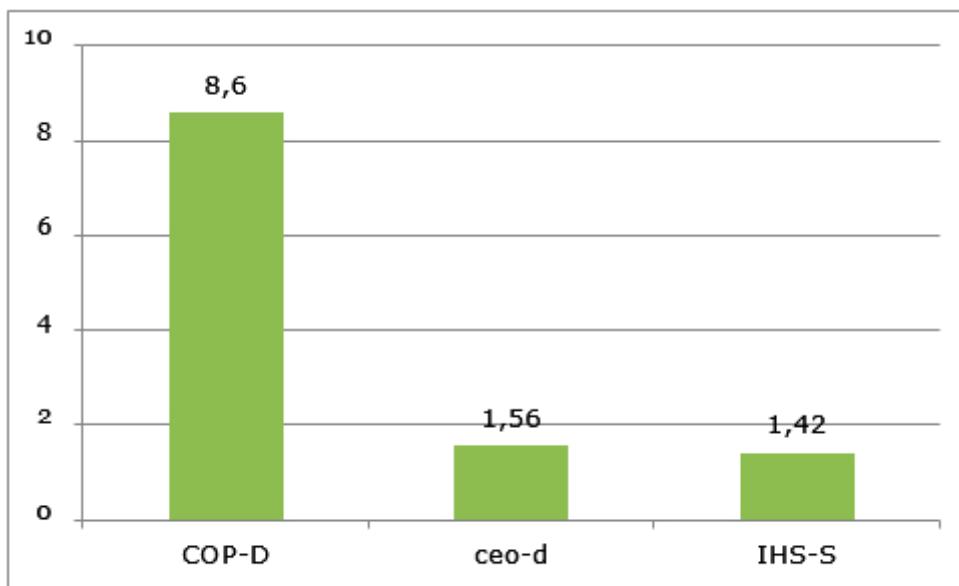


Fig. 3. Comportamiento de los índices COP-D, ceo-d y IHS-S.

En edad adulta prevalecieron las restauraciones (clase I, II, III, IV, V), con un 60 % del total de tratamientos, seguido por detartajes (34 %), extracciones anteriores y extracciones posteriores, con 4 y 2 % respectivamente de acuerdo al diagnóstico de salud bucal (Fig. 4)

En edad pediátrica se realizaron 344 tratamientos predominando las profilaxis y fluorización con un 61 % seguido por las restauraciones con un 29 %, sellantes de fosas y fisuras con 7 % y un 3 % representó las extracciones en correspondencia con el diagnóstico de salud bucal de esta población (Fig. 5).

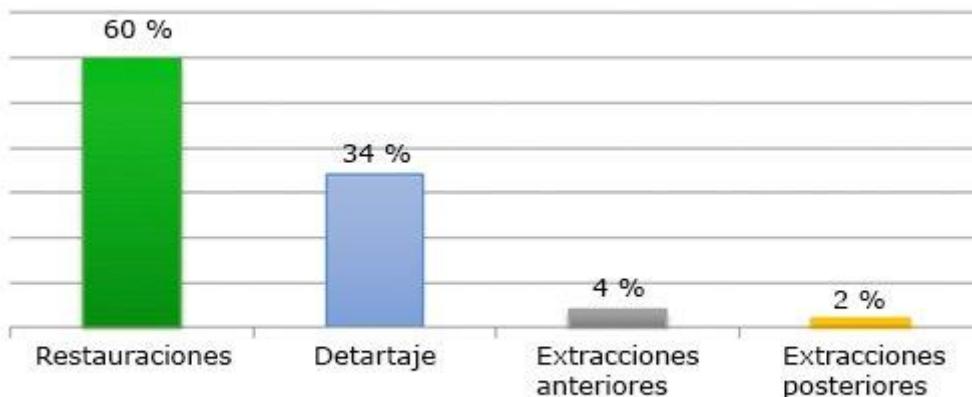


Fig. 4. Tratamientos en la población adulta.



Fig. 5. Tratamientos en la población pediátrica.

La evaluación de los resultados de la escala Likert mostró que el mayor porcentaje de encuestados coinciden en que las utilidades del trabajo efectuado en el proyecto Odontología 16A fue muy útil. Se destacan las preguntas que obtuvieron el porcentaje más alto, esto es, el 67 %, la N° 5: impacto de los trabajos realizados en la consolidación de las competencias del diagnóstico clínico en las personas atendidas y la N° 6: impacto de los trabajos realizados en la consolidación de las competencias de Periodoncia en las personas atendidas. Así mismo, se resalta que la pregunta N° 1: impacto de la atención odontológica en las condiciones de salud de las personas atendidas alcanzó el porcentaje más bajo, 47 %. Las autoras consideran que puede deberse a que los estudiantes percibieron que el impacto de sus acciones no llegó a ser integral y satisfacer totalmente las necesidades de los pacientes (tabla).

Tabla. Valoración de los estudiantes del impacto en la formación y desarrollo de competencias profesionales

Preguntas	Utilidad del impacto en por ciento				
	Nada útil 1	Poco útil 2	Medio útil 3	Útil 4	Muy útil 5
1	1	3	19	30	47
2	-	-	7	33	60
3	-	-	6	32	62
4	-	-	11	34	59
5	-	-	13	33	67
6	-	-	7	27	67
7	-	3	8	30	63
8	-	7	7	30	63

Fuente: encuesta realizada a los estudiantes.

Al encuestar a los estudiantes el 86,67 % contestó con frases relativas a la solidaridad por lo que se percibe que, en situaciones de desastres naturales, el trabajo de vinculación con la sociedad contribuye fundamentalmente al desarrollo de este valor. Cabe señalar que los protagonistas de esta labor fueron también afectados por el fenómeno natural (Fig. 6).

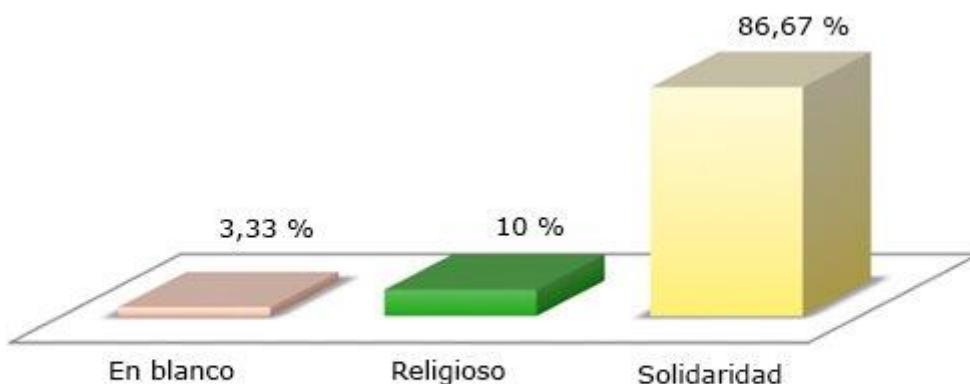


Fig. 6. Percepción de formación de valores en el trabajo de vinculación con la sociedad.

Un 10 % de los estudiantes encuestados hizo referencia al cumplimiento de la Ley de Dios, con respecto a la ayuda al prójimo y el 3,33 % dejó la pregunta en blanco.

DISCUSIÓN

Los resultados evidenciaron que en la distribución por grupos de edades de la población atendida el mayor porcentaje pertenece a la edad adulta, en base al diagnóstico se planificó la atención odontológica y según los grupos se determinó que las competencias de mayor demanda en la población adulta fueron las de Operatoria por la elevada prevalencia de caries, seguidos por la Periodoncia de acuerdo a los resultados del IHB S.

La alta prevalencia de caries dental en la población adulta atendida coincide con estudios realizados en Uruguay y el Perú donde el COPD en población adulta sobrepasa 12,4.^{10,11}

En un estudio en Cuba, en jóvenes de 17 a 19 años, el índice COPD fue en ambos sexos elevado para los estándares de este país. Además, se comprobó la presencia de una higiene bucal deficiente en el 84 % de las mujeres y el 96 % de los hombres.¹²

Estudios epidemiológicos indican que la prevalencia de gingivitis en niños es variable, pero en términos generales, las diferentes estimaciones reportan que la prevalencia de gingivitis debe oscilar aproximadamente entre 38 y 46 %, en grupos de seis a once años de edad.¹³

En un estudio realizado en un Hospital Infantil de México se constató que el riesgo a presentar gingivitis por los niños con buena higiene bucal fue significativamente menor comparado al de los escolares cuya higiene oral era regular o deficiente riesgo se incrementó hasta diez veces cuando existió un descuido importante en la higiene bucal. En los niños cuyas madres mostraron niveles de conocimientos medio y alto, la presencia de gingivitis fue casi nula.¹³

La atención a personas en situaciones especiales está comprendida en el currículo de la carrera de Estomatología en Cuba.¹⁴

Conseguir la formación integral de la personalidad profesional es el propósito, pero es necesario que el estomatólogo domine su profesión, que se comporte como un ciudadano de su época, que esté apto para desempeñarse ante desastres y actuar profesionalmente ante el entorno de la problemática del medio ambiente, con un enfoque social, caracterizado por la competencia y desarrollo de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud bucal de las personas, familias y comunidades dentro del objeto de su profesión.¹⁵

El proceso de formación profesional debe trascender el saber y el saber hacer, e incluir en el diseño que el educando aprenda a ser. Amaro Cano hace referencia a la dimensión ética de la universidad, proponiendo que se desarrollen estrategias para la formación de valores que tributen al desarrollo de una postura ética social y profesional.¹⁶

"Desde la mirada del recurso humano que trabaja en salud, el desarrollo debe potenciarse desde la formación de pregrado, creación de especialidades en todas las disciplinas sanitarias, desarrollo de competencias en investigación y formación en ética y gestión sanitaria-social y distribución de los mismos".¹⁷

El propósito del proceso de formación implica el desarrollo integral del educando en las esferas cognitiva, afectiva y evolutiva; que sepa hacer, aprender y ser independientemente del entorno en que se desenvuelva. Debe ser capaz de educar para la salud, promover estilos de vida saludable y prevenir y tratar enfermedades hasta lograr la rehabilitación de las personas, familias y comunidades. De ahí, que el proceso debe ser conscientemente dirigido y los objetivos han de ser explícitos, con las herramientas necesarias para su consecución.¹⁵

Por estas razones es esencial la creatividad del docente y su capacidad para fomentar el aprendizaje en los escenarios reales. Es imprescindible la creación de metas, coherentes con las competencias y las estrategias diseñadas. "Resulta indispensable una profunda transformación en el binomio práctica profesional-educación profesional, a fin de identificar, adaptar e introducir los modelos más efectivos para la práctica clínica, asegurando los recursos necesarios para un desempeño adecuado del ejercicio de la odontología".¹⁸

La formación basada en competencias no es una propuesta reciente, sin embargo, en el siglo XXI aún prevalece un modelo de transmisión de información con el docente como protagonista de un proceso direccionalizado por la incorporación de conocimientos y habilidades. En el modelo fundamentado en competencias el profesional demuestra, en cambio, su capacidad de hacer y se forma en los escenarios reales enfrentándose a situaciones que pueden superar las competencias diseñadas curricularmente pero que obligan al estudiante a llevar su desempeño un paso más adelante. Con este nuevo modelo el proceso se hace pertinente, se diversifican las fuentes de aprendizaje, estimulando la flexibilidad de los programas y la capacidad de interactuar profesionalmente.¹⁹

El trabajo educativo debe ser tan intencionado como el desarrollo de competencias y se logra a través de las actividades docentes y de vinculación con situaciones concretas de la práctica profesional ya que los conocimientos se vinculan con la ética, la incondicionalidad, la responsabilidad, la honestidad. La familiarización con el objeto de la profesión fortalece y refuerza estos valores, por lo que se enfatiza en la responsabilidad con el paciente, la sensibilidad ante el dolor ajeno y la honestidad como profesionales de la salud. Para este propósito el método educativo por excelencia es la educación en el trabajo.²⁰

La incorporación de la ética en el currículum de odontología también contribuye a la formación de valores, pero debe estar orientada a la formación de un profesional moralmente responsable.²¹ Es por ello que la vinculación con la sociedad incrementa de forma exponencial las situaciones que permiten el desarrollo de estos valores. Estudios en Chile, Brasil, Argentina y México han demostrado que, aun cuando los estudiantes perciben la necesidad de incorporación de la bioética en sus currículos y el momento adecuado para su abordaje práctico es el pregrado; se evidencia fragilidad en el nivel de desarrollo moral, el volumen y la importancia de los contenidos de ética debido a la fragmentación del abordaje y el enfoque academicista, entre otras causas.²²

CONCLUSIONES

Los estudiantes brindaron atención odontológica a la población albergada después del terremoto del 16 de abril posteriormente de identificar sus necesidades de salud, lo que permitió fortalecer áreas de competencias fomentando valores de solidaridad, responsabilidad y humanismo reafirmando que su desempeño fue satisfactorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández B, Morales I, Portal J. Sistema de influencias para la formación integral de los egresados de los centros de Educación Médica Superior. *Educación Médica Superior*. 2004;18(25):1.
2. Pernas M, Sierra S, Fernández JAME, Diego JM. Principios estratégicos de la educación en Ciencias de la salud en Cuba (II): la pertinencia. *Educación Médica Superior*. 2009;23(2).
3. Mayor F, Pérez JA, Cid MdC, Martínez I, Martínez J, Moure MD. La caries dental y su interrelación con algunos factores sociales. *Revista Médica Electrónica*. 2014;36(3):339-49.
4. Castro M, Espinosa R, Pujals N, Durán F, Díaz LM. Lo social en el currículo de formación de profesionales de la salud. *Educación Médica Superior*. 2012;26(3):450-58.
5. Sánchez Sanhueza GA, Cisterna Cabrera F. La evaluación de los aprendizajes orientada al desarrollo de competencias en Odontología. *Educ Med Super*. 2014;28(1):104-14.
6. Espinoza N, Belandria A, González A, Márquez N. Congruencia entre las competencias clínicas ofertadas en el plan de estudios y las practicadas por los odontólogos egresados de la Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela. *Revista Odontológica de Los Andes*. 008(1). 2013.
7. OPS. Los desastres naturales y la protección de la salud. Publicación Científica No. 575. Washington D.C.; 2000.

8. OMS. Ginebra. La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. 2004[citado 24 sep 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/>
9. Guías prácticas clínicas de estomatología. Capítulo 8 indicadores epidemiológicos. 2004[citado 24 sep 2017]. Disponible en <https://es.scribd.com/doc/82789496/Guías-de-Prácticas-Clinicas-Estomatologicas>
10. Olmos P, Piovesan S, Musto M, Lorenzo S, Álvarez R, Massa F. Caries dental. La enfermedad oral más prevalente: Primer Estudio poblacional en jóvenes y adultos uruguayos del interior del país. Odontoestomatología. 2013[citado 24 sep 2017];15(spe):26-34. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392013000200004&lng=es
11. Medina Castro JF, Alvarado Menacho S. Prevalencia de caries dental y necesidad de tratamiento en pacientes adultos con demanda de atención diagnóstica. Odontol. Clín.-Cient. 2012[citado 25 sep 2017];11(2):155-8. Disponible en: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882012000200013&lng=es
12. Rojas Herrera I. Prevalencia de caries dental y factores de riesgo asociados. Rev Cubana Med Mil. 2012[citado 24 sep 2017]; 41(4): 379-84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000400008&lng= es
13. Murrieta Pruneda JF, Juárez López LA, Linares Veyra C, Zurita Murillo V. Prevalencia de gingivitis en un grupo de escolares y su relación con el grado de higiene oral y el nivel de conocimientos sobre salud bucal demostrado por sus madres. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2004;61(1):44-54.
14. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudio D. Carrera de Estomatología. La Habana: MINSAP; 2011.
15. Hernández Roque María de la Luz, Toledo Pimentel Bárbara, Cabañin Recalde Teresa. Currículo y actuación del Estomatólogo General ante situaciones de desastres. Rev EDUMECENTRO. 2014[citado 25 sep 2017]; 6(1):188-201. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742014000100014&lng=es
16. Ordaz Hernández E, Mayra OH, Rodríguez Perera EZ, Trujillo Saínz Z, Téllez Tielves NdIC. Las estrategias curriculares en la carrera de Estomatología desde la perspectiva de los estudiantes. Rev Ciencias Médicas. 2016;20(1).
17. Vargas Sanhueza V, Krause Muñoz C, Díaz Narváez V. Cobertura sanitaria universal, un tema ético sanitario: Caso chileno en odontología. Revista Dental de Chile. 2014;105(1):17-20.
18. Bello S, Pérez M. Elementos a considerar por el docente clínico en odontología para la elaboración de estrategias de enseñanza clínica. Ciencia Odontológica. 2012;9(2):112-22.
19. Arteaga JJ. El aprendizaje por competencia en medicina: un nuevo enfoque. EDUMECENTRO. 2009; 1(1):65-77.

20. Grau León I, Barciela González Longoria MdIC, Peguero Morejón H, Rodríguez Méndez G, Cabo García R. Gestión curricular de la carrera de Estomatología. Facultad de Estomatología de La Habana. 2008-2013. EDUMECENTRO. 2015; 7(1):31-43.
21. Zaror Sánchez C, Vergara González C. Ética en el currículo de las carreras de Odontología. Acta bioeth. 2008; 14(2):212-18.
22. Von Kretschmann Ramírez R, Arenas Massa Á. Enseñanza de Bioética en las carreras de Odontología. Reflexiones y prospectivas. Persona y bioética. 2016; 20(2):257-70.

Recibido: 22 de septiembre de 2017.

Aprobado: 8 de octubre de 2017.

Lucia Elena Galarza Santana. Universidad San Gregorio de Portoviejo-Ecuador.
Correo electrónico: legalarza@sangregorio.edu.ec

ANEXO 1

VALORACIÓN DE LAS UTILIDADES DEL TRABAJO REALIZADO EN EL PROYECTO ODONTOLOGÍA 16A

Estimados estudiantes, como ustedes conocen, su participación en la atención odontológica a las personas afectadas por el terremoto del 16A contribuyó a la salud bucal de 710 beneficiarios y a su propia formación.

La Dirección de la Carrera de Odontología considera importante que usted exprese su valoración acerca de la utilidad de las acciones realizadas para el desarrollo de sus competencias profesionales, por lo que le pedimos marque con una cruz su apreciación.

Este cuestionario es anónimo, usted está en el derecho de reflejar su nombre si lo desea, los datos obtenidos se utilizarán solamente con fines científicos.

			Nada útil	Poco útil	Medio útil	Útil	Muy útil
			1	2	3	4	5
1	Impacto de la atención odontológica en las condiciones de salud de las personas atendidas						
2	Consolidación de su formación académica y personal						

3	Impacto de charlas educativas en la salud bucal de las personas atendidas						
4	Impacto de medidas de prevención en la salud bucal de las personas atendidas						
5	Impacto de los trabajos realizados en la consolidación de las competencias del diagnóstico en las personas atendidas						
6	Impacto de los trabajos realizados en la consolidación de las competencias del diagnóstico clínico en las personas atendidas						
7	Impacto de los trabajos realizados en la consolidación de las competencias de operatoria dental (restauraciones de Clase I, II, III, IV y V) en las personas atendidas						
8	Impacto de los trabajos realizados en la consolidación de las competencias de cirugías simples en las personas atendidas						
9	Exprese con una frase el impacto que generó en usted, la participación en el Proyecto Odontología 16 ^a :						

Muchas gracias por su participación en el Proyecto ODONTOLOGÍA 16A y por su tiempo en el llenado de este cuestionario.

Dirección de la Carrera de Odontología