



Universidad
Nacional
de Córdoba



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESCUELA DE POSGRADO

“IMPACTO DEL VÍNCULO ESTUDIANTE-PACIENTE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE GRADO”

TESISTA:

OD. GABRIELA H. MAREGA

DIRECTOR:

PROF. DRA. MERCEDES SÁNCHEZ DAGÚM

CÓRDOBA, 2017



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE POSGRADO**

Trabajo de tesis para optar al título de Doctor en Odontología

**IMPACTO DEL VÍNCULO ESTUDIANTE-PACIENTE EN LA
PRÁCTICA CLÍNICA DE GRADO**

Odontóloga: Gabriela H. Marega

Directora: Prof. Dra. Mercedes Sánchez Dagúm

Co-directora: Dra. Patricia Scherman

Año: 2017

Comisión de tesis:

Prof. Dra. Ana Lía Arena: Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.

Dra. Estela Miranda: Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba.

Prof. Dra. Mercedes Sánchez Dagum. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.

Jurado de tesis:

Prof. Dra. Ana Lía Arena: Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.

Dra. Estela Miranda: Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba.

Prof. Dra. Silvia Quesada: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

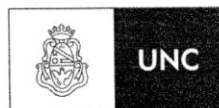
A mis padres, Emilio y Hebe, mis mejores maestros

A mis hijos, Santiago y Sofía, dueños de mi corazón

Agradecimientos

Dar gracias es algo muy bello; significa que tienes gente a tu lado y que puedes contar con ellos. Quiero expresar mi gratitud a todas las personas que de alguna manera han colaborado con este trabajo, sobre todo: mi directora, Prof. Dra. Mercedes Sánchez Dagum, por guiarme y alentarme en mi superación; co-directora, Dra. Patricia V. Scherman, por su apoyo y calidez; los miembros del tribunal de tesis, por sus observaciones pertinentes y su predisposición; mi hermana Vanesa, por apoyarme siempre e incondicionalmente; mis amigas Dra. Ma. Eugenia Scherma y Lic. Inés M. Caffaratti, por sus aportes; a la Facultad de Odontología y su Escuela de Graduados.

Certificado Comité de Ética

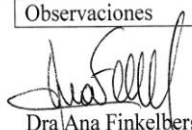


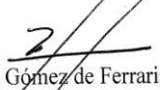
Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Odontología

**INFORME DE EVALUACION DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION
PARA EL INVESTIGADOR**

Comisión de Ética "Ad Hoc" Res. Dec. 305/12, con aprobación transitoria del COEIS 2012 y con prórroga hasta abril 2013.

Título del Trabajo de Investigación	Impacto del Vínculo estudiante –paciente, en la práctica clínica del grado de la facultad de Odontología UNC	
Nombre Abreviado y N° 40 ODO de Registro	Vínculo estudiante –paciente, en la práctica clínica del grado	
Investigadores Principales	Od. Gabriela Marega Directora Dra Sanchez Dagum Mercedes	
Institución y Sede de la Investigación	Facultad de Odontología UNC	
Documento Presentados	-Nota dirigida al coordinador	si
	- Formulario REPIS no patrocinadas	si
	-Protocolo de investigación.	si
	-Formulario de consentimiento informado y hoja de información al alumno:	si
	-Información al paciente sobre la investigación	si
	- Nota copia declaración de acuerdo de los investigadores	NO
	- Declaración del origen institucional del paciente	si
	- Nota Informe de los centros participantes	si
	- Lista y firma de los investigadores participantes	si
Integrantes del Comité de CIEIS	Dra. Gomez de Ferraris, ME (Coordinadora) Dra. Finkelberg, Ana (Subcoordinadora) Dra. Actis, Adriana Dra- Simbron, Alicia Dr. Uribe Echevarria, Jorge	
Resolución	Aprobación 26/03/2013	
Observaciones	Observaciones: Ninguna	


Dra Ana Finkelberg
Sub-Coordinadora Comité de Ética


Dra Gómez de Ferraris ME
Coordinadora Comité de Ética

Prof. Dra. MARIA ELSA GOMEZ de FERRARIS
Coordinadora del C.I.E.I.S.
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

Índice

Resumen.....	7
Abstract.....	8
I.- Introducción.....	9
II.- Marco teórico.....	17
III.- Hipótesis y objetivos.....	27
IV.- Materiales y métodos.....	29
V.- Resultados.....	53
VI.- Discusión.....	91
VII.- Conclusiones.....	96
VIII.- Bibliografía.....	100
IX.- Anexos.....	111

Resumen

La salud bucal es parte del concepto integral y holístico del ser humano, y no podemos hablar de calidad de vida y bienestar si esta dimensión no se encuentra en equilibrio. En concordancia con este concepto, la presente investigación tuvo como objetivo valorar el impacto del vínculo que se construye entre los alumnos y los pacientes, revalorizando la importancia de la relación interpersonal que se establece con motivo de la atención odontológica, debido al valor que ésta tiene en el tratamiento del paciente. Se llevó a cabo un estudio cuanti-cualitativo, observacional, descriptivo y transversal, realizado en dos fases: cuantitativa, a través del diseño y aplicación de instrumentos de recolección de datos y su posterior análisis estadístico mediante frecuencia absoluta y relativa, de acuerdo a los estudios de recuento de casos, media, mediana y rango, según los métodos no paramétricos de contraste; y cualitativa, mediante el abordaje etnográfico realizado en dos cátedras de la institución, la observación de los datos registrados en una matriz, la interacción entre los mismos y la reflexión que se hace sobre ellos. Ambas, sobre muestras conformadas por alumnos que cursan el Ciclo Profesional y pacientes por ellos asistidos en las prácticas clínicas obligatorias de la carrera de grado en la Facultad de Odontología de la UNC. Los resultados obtenidos muestran que las dimensiones propuestas para alumnos (características socio-demográficas, relación alumno-paciente) y para pacientes (características socio-demográficas de la población, motivación de la demanda, calidad de la atención recibida) se relacionaron con las categorías cualitativas (contexto, actividades, participación y sus subcategorías). Lo que nos permite concluir que: el vínculo con el paciente es fundamental en relación al éxito del tratamiento, y que es necesario que los alumnos profundicen aspectos relacionados con estos temas desde lo curricular. Destacamos la importancia de que el futuro profesional/estudiante se apropie de habilidades que conformen una cultura de la comunicación, con la finalidad de promover cambios y lograr aprendizajes conscientes con una franca impronta científica, humana y social.

Abstract

Oral Health is part of the holistic and integral concept of the human being and we can not talk about quality of life and well-being, if this dimension is not healthy. In agreement with this concept, the present research had as objective to evaluate the impact of the bond that is established between the students and patients, revaluing the importance of the interpersonal relation that is established due to the dental care, due to the value that it has in the treatment of the patient. An observational, descriptive, transversal, quantitative-qualitative study was carried out in two phases: quantitative, through the design and application of data collection instruments and their subsequent statistical analysis by absolute and relative frequency according to case, mean, median and range studies according to non-parametric methods of contrast; and qualitative, through the ethnographic approach carried out in two chairs of the Institution, the observation of the data recorded in a matrix, the interaction between them and the reflection that is made on them. Both samples conformed by students who attend the Professional Cycle and patients assisted by them in the compulsory clinical practices of the degree course in the College of Dentistry U.N.C.

The results obtained show that the proposed dimensions for students (socio-demographic characteristics, student-patient relationship) and for patients (socio-demographic characteristics of the population, motivation of the demand, quality of care received) were related to the qualitative categories (context, activities, participation and its subcategories).

This allows us to conclude that one of the most important aspects of the patients was the human quality with which they were taken care of by students and teachers, when assessing the importance of the link with the patient in relation to the success of the treatment; and the need of the students to deepen aspects related to these subjects from the curriculum. Emphasizing the importance of the future professional/student, incorporation of skills that made a culture of communication, with the purpose of promote changes and achieve conscious learning with a clear scientific, human and social imprint.

I.- INTRODUCCIÓN

La salud bucodental ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un requisito fundamental para gozar de una buena salud general, y, como valor social, tiene relación con la calidad de la existencia humana.

Si bien se trata de un concepto muy amplio y subjetivo, propio de cada individuo, es posible afirmar que está muy influido por el entorno en el que esa persona vive; cómo se relaciona con la sociedad, la cultura, las escalas de valores; su salud física, que es la percepción del estado físico o salud –entendida como ausencia de enfermedad, de los síntomas producidos por la enfermedad, y de los efectos adversos del tratamiento–; su estado psicológico, que es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo, lo que comprende factores como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre respecto del futuro, las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento; su nivel de independencia y sus relaciones sociales, tales como la percepción del individuo de sus relaciones interpersonales, los roles sociales en la vida, la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.

Pero lo más importante a destacar de estas tres dimensiones es que la calidad de vida tiene su máxima expresión cuando se encuentra relacionada con la salud ⁽¹⁾.

La odontología es una disciplina que, por su categoría organizacional en el seno del conocimiento científico, se constituye como parte de las ciencias de la salud, y se ocupa de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades bucodentales que padecen los seres humanos.

Es ciencia porque, por su permanente re-contextualización y por la explicación y aplicación lógica que emana de los resultados científicos en las cuestiones bucodentales que le son de su incumbencia, está comprendida en la argumentación epistemológica que propuso Reinchenback (paradigma positivista), basada en la explicitación del contexto del descubrimiento, que supone aspectos psico-sociales e históricos de cómo se va generando una ciencia (contextualización histórica), y en la explicitación de la justificación, es decir, el análisis de la dimensión lógico-formal de los resultados científicos (estructura lógica de sus proposiciones) ⁽²⁾.

También es arte, ya que la aplicación de los conocimientos científicos y/o tecnológicos en la resolución de las problemáticas de salud bucal de las personas genera beneficios particulares a cada paciente, individualizándolos según sus propios requerimientos ⁽³⁾.

Se comprende que parte de la preparación individual del odontólogo para enfrentar la vida laboral pasa por conocer los factores de interacción y comunicación que le permitan entenderse con sus pacientes y no verse envuelto en escenarios relacionales que pueden influir en forma positiva o negativa, provocadores de ansiedad, tensión o traumas.

En la actualidad, no existe duda alguna, desde las principales instituciones, nacionales e internacionales, dedicadas a la educación en ciencias de la salud, de que la comunicación constituye una de las partes nucleares de la competencia de las profesiones sanitarias. Se puede aseverar con rotundidad que ésta no es algo que dependa de la manera de ser de cada profesional o una dimensión secundaria frente a las dimensiones clínicas.

Según Beltrán Neira, los logros en el futuro ejercicio profesional de nuestros estudiantes dependen de numerosos factores, entre los que están incluidas las competencias que constituyen el perfil propuesto por la institución formadora. Estas competencias pueden pertenecer al orden de lo “objetivo”, como las cuestiones científicas y técnicas, y al de lo “subjetivo”, lo que incluye los dominios afectivo y volitivo, considerados fundamentales en la relación instructor-alumno-paciente para el logro de los objetivos propuestos en el proceso de enseñanza-aprendizaje, y como base para el futuro desempeño profesional del estudiante ⁽⁴⁾.

Parte de las dificultades de la formación en este aspecto se origina en el desarrollo de un modelo biomédico centrado en la enfermedad, lo que disminuye el interés en el aspecto subjetivo de relación con el paciente. Los nuevos y cada vez más sofisticados avances técnicos incorporados en la profesión desempeñan un papel importante en el diagnóstico, a veces, en detrimento de la relación personal entre el médico y el paciente, cuando ésta es una condición necesaria para poner en práctica correctamente las habilidades técnico-sanitarias aprendidas, debido al impacto que poseen, tanto en el proceso como en el resultado de la atención clínica y, en consecuencia, en el logro de la salud.

Durante las últimas décadas, las instituciones formadoras en ciencias de la salud han considerado que, para que el plan de estudios tenga un perfil adecuado, el tema de la relación entre el profesional de la salud y el paciente debe estar presente durante todo el proceso de formación de los estudiantes; se ha mostrado gran interés en la inserción de enfoques interdisciplinarios y la introducción de cambios que buscan la adquisición

de competencias respecto a prácticas para la comunicación, la observación, el trabajo en equipo y las actitudes de base en valores humanitarios sólidos ⁽⁵⁾.

La Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, adhiere a dicho concepto, a través de la construcción del paradigma vigente en nuestra Unidad Académica como producto de una evolución histórica que recientemente ha cumplido cien años, desde la creación de la Escuela de Odontología en nuestra Universidad ⁽⁶⁾.

Pero, para comprender mejor cómo llegamos al presente, es necesario conocer nuestra historia. Con el nacimiento de la Universidad Nacional de Córdoba, familiarmente llamada Casa de Trejo en ese momento, comienza la historia de la educación superior en lo que es hoy el territorio de la República Argentina. A mediados del siglo XIX, con la sanción de la Constitución Nacional, se sentaron las bases de la organización política; el país contaba en esa época con dos universidades provinciales, la de Córdoba y la de Buenos Aires.

En Córdoba, hasta el año 1894, la Facultad de Ciencias Médicas había receptado exámenes libres de odontología y revalidado títulos a extranjeros en dicha especialidad, según relata Garzón Maceda ⁽⁷⁾.

Posteriormente, en octubre de 1915, el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas resuelve aprobar la creación de una Escuela de Odontología, dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba ⁽⁸⁾. Lo que le ha sido sugerido tanto por el interés e importancia que ha adquirido, sobre todo en la parte de prótesis dentaria, esta rama especial de la cirugía. Así, la odontología llega a la universidad, seleccionando y aplicando conocimientos en una jurisdicción concebida como exclusiva de la medicina. Debíó pasar casi medio siglo para que, específicamente en Córdoba, la odontología adquiriera un espacio propio para su institucionalización como facultad.

En 1956, el Consejo Superior de la Universidad Nacional de Córdoba transforma la Escuela de Odontología, dependiente de la Facultad de Medicina, en Facultad de Odontología, a partir de la consolidación de la misma en sus criterios técnicos y éticos de su propia práctica.

En referencia a los aspectos filosóficos de la odontología que responden a su práctica profesional, estos deben ser entendidos desde la lógica histórica en que se gestaron los paradigmas profesionales de las ciencias de la salud y, en especial, los de la medicina, de marcado tinte biologista e unicausal.

Esto dejó como secuela, en la producción de los conocimientos, el determinismo biológico; se fomentó la atomización del organismo y la formación intramural del profesional. La currícula separó lo teórico de lo práctico y lo básico de lo preclínico; lo clínico se circunscribió sólo al objeto “boca”, dejando de lado la integralidad del hombre y sus determinantes socio-económicos ambientales.

En 1985, tras el advenimiento de la democracia, se pone en marcha el Plan de Estudios '85 de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, que pretendió superar el tradicional modelo de educación odontológica con el paradigma llamado ecológico, que, desde los '60, se gestaba en el mundo. Éste se fundamentaba en la relación de la triada: huésped, agente y medio.

La incorporación de lo social como agente causal de las enfermedades dio inicio a la teoría de la multi-causalidad.

En este nuevo modelo, el enfoque del componente bucal (incorporado a las otras disciplinas de las ciencias de la salud) estaba centrado en la salud; la prevención era la estrategia para su logro, y la realidad social, el marco para el ejercicio de la práctica profesional.

Este plan estuvo en marcha hasta la implementación del nuevo Plan de Estudios 2011, que se encuentra en vigencia hasta la actualidad. El perfil de odontólogo allí expuesto es el de un profesional generalista, ético y moralmente comprometido con la sociedad, mediante el logro de una sólida formación científica, humanística y ética

Serán personas en las que se destaquen como actitudes básicas: la comprensión de las diversidades que presentan las personas en el aspecto sociocultural, la capacidad de ejercer la profesión en forma articulada con el contexto social, resignificándola como una forma de participación y contribución a la sociedad y la capacidad de actuar con responsabilidad y compromiso ético y ciudadano ⁽⁹⁾.

Allí, se destacan como aptitudes básicas a alcanzar: la tendencia a la búsqueda y procuración activa de la mejora en la calidad de vida de las personas y las comunidades; la apertura y comprensión de las diversidades que se presentan en el aspecto sociocultural; ser capaz de entablar una interacción participativa y democrática entre odontólogo y paciente, donde ambos tengan la oportunidad de dialogar sobre los resultados del diagnóstico, opciones de tratamiento y sus consecuencias; el poder desarrollar habilidad para comunicarse oralmente y por escrito con otros profesionales, prestadores, proveedores, con el personal a cargo, pacientes y público.

Este perfil planteado como meta se construye conjuntamente con el alumno, quien trae un bagaje individual de expectativas y preconceptos, y tiene internalizado un modelo vinculado al imaginario socialmente instituido de cada profesión, a través del que construye su percepción, en este caso, de la relación que establecerá con sus pacientes ⁽¹⁰⁾.

En la malla curricular propuesta, las prácticas clínicas estudiantiles comienzan a desarrollarse a partir del sexto cuatrimestre de la carrera, con asignaturas que pertenecen al Ciclo Profesional y que se extienden hasta la finalización del trayecto de grado. Ello permite la interacción del estudiante con el paciente en un marco institucional, con apoyo y supervisión docente, quien acompaña el proceso de aprendizaje y pondera las competencias adquiridas.

Durante estas actividades, el alumno interactúa con su paciente adoptando el rol de profesional bajo la tutoría docente, y el docente orienta y guía la reflexión y la búsqueda de los conocimientos que el estudiante debe ir adquiriendo con el trabajo individual, apoyado por las actividades teóricas.

La naturaleza práctica de las asignaturas del Ciclo Profesional pone énfasis en la adquisición de experiencias clínicas y la práctica dirigida individual ⁽¹¹⁾.

Considerando que el enfoque actual de atención en salud se realiza desde un modelo bio-psicosocial, que reconoce la importancia de factores sociales y psicológicos en la génesis, desarrollo y resolución de una enfermedad, no deja de ser importante la preparación de los alumnos en el área de habilidades interpersonales para abordar las situaciones clínicas relacionadas con la atención de pacientes de manera integral ⁽¹²⁾.

De acuerdo con esto, la formación curricular del estudiante de odontología debe conocer cuáles son los aspectos intervinientes en la interacción y la comunicación con sus pacientes, a los fines de lograr un entendimiento mutuo y, de esta manera, contribuir positivamente a la salud integral de aquellos y de la comunidad, ofreciendo una mejor calidad en los servicios de salud ⁽¹³⁾.

En este contexto, es apropiada una formación de grado en la profesión odontológica que capacite tanto a nivel formativo como en aspectos éticos, consentimientos informados, protocolos claros de atención para protección de los pacientes, y, también, en una adecuada comunicación interpersonal ⁽¹⁴⁾.

Es así que se considera de suma importancia conocer las percepciones de los alumnos de la Facultad de Odontología de la UNC, cursantes del Ciclo Profesional y de

Integración de la Carrera, respecto de la relación estudiante-paciente, a los fines de valorar el impacto de ésta en los procesos y resultados de la práctica clínica de grado, y como factor influyente para el logro de la salud bucal de los pacientes.

Lo que sucede habitualmente en la relación entre los profesionales de la salud en general y los pacientes es que el vínculo empático se desarrolla con dependencia de las capacidades naturales de cada profesional, ya que, por lo general, estos carecen de la formación necesaria para implementarlo, con excepción de algunos ámbitos de formación en los cuales se intenta fomentar esta dimensión, pero estos son más bien escasos, al menos, en la Argentina⁽¹⁵⁾.

A partir de lo expuesto y de la revisión bibliográfica realizada, surgieron algunos interrogantes:

- ¿Consideran los alumnos la relación estudiante-paciente como un aspecto relevante a tener en cuenta para los procesos y resultados de la práctica profesional de grado?
- ¿Cómo se perciben los alumnos respecto de la relación estudiante-paciente en el ejercicio de la práctica profesional de grado?
- ¿Consideran respetar aspectos éticos con su paciente al llevar a cabo la práctica profesional de grado?
- ¿Qué valoración hacen los alumnos de los contenidos curriculares de índole vincular, relacional?
- ¿Valoran los pacientes el trato y la atención recibida?

Estos aspectos pueden ser estudiados en el transcurso de la carrera mediante la inclusión de análisis cuantitativos y cualitativos que aborden a estudiantes y pacientes en la situación de atención clínica, los que permitirían contribuir con la observación de la evolución de estas variables a lo largo del tiempo, conocer los elementos que las promueven y relacionarlas con estrategias formativas que permitan mejorar el nivel de orientación empática del alumnado.

Surge como una necesidad de lo hasta aquí expuesto profundizar en el impacto de los factores que, en conjunto, definen el vínculo odontólogo-paciente, a través del estudio de la relación estudiante-paciente, que es fundamental para el desarrollo de experiencia clínica, y crítica para la formación del profesional. Ello, con el propósito de

revalorizar la importancia de la relación interpersonal que se establece con motivo de la atención odontológica, debido al impacto que ésta tiene en el tratamiento del paciente, en relación a la conservación y/o recuperación de su salud a través de la promoción de prácticas de autocuidado y la adopción de conductas saludables. Y también, con miras a realizar recomendaciones para la mejora curricular en la formación del futuro profesional, en aspectos o cuestiones a tener en cuenta respecto de la relación estudiante-paciente.

II.- MARCO TEÓRICO

Hablar de relaciones interpersonales es hacer referencia a un atributo esencial del ser humano; en todo espacio sociocultural, un individuo convive con otros individuos, lo que le permite conocer a los demás y conocerse a sí mismo; por tanto, las relaciones interpersonales, que son aquellas que se establecen entre al menos dos personas, son parte esencial de la vida en sociedad.

Ya que el hombre necesita de otros hombres para sobrevivir y desarrollarse, no puede vivir en soledad; al menos, no puede hacerlo sin sufrir el enorme costo que ello implicaría para su desarrollo. La Organización Mundial de la Salud, define la Salud Mental como “La capacidad para tener relaciones armoniosas con otros, la participación constructiva en las modificaciones de su ambiente físico y social y también la capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos”⁽¹⁶⁾.

En la esfera laboral, y en referencia a las prácticas profesionales, se ha comprobado que el nivel de productividad estaría determinado no sólo por la capacidad física o fisiológica del trabajador (como afirmaba la teoría clásica), sino también por las relaciones sociales y las expectativas que rodean a los profesionales en su labor. Así como el nivel de competencia y de eficiencia de un profesional es más elevado cuanto más integrado está en su grupo de trabajo y con las personas a las que les brinda un producto o servicio⁽¹⁷⁾.

Sabemos que el hombre es básicamente un ser social que debe vincularse con su medio, para lo cual establece relaciones con otros seres humanos que serán satisfactorias en la medida en que la persona posea las habilidades necesarias para el desarrollo de las mismas.

Según Michelson, Bellack y Morrison, las habilidades sociales constituyen un conjunto de complejos comportamientos interpersonales que dependen, en gran medida, de factores de aprendizaje, entendidos como las capacidades para organizar cogniciones y conductas en un curso de acción integrado, dirigido a metas sociales, interpersonales y culturalmente aceptadas⁽¹⁸⁾.

El cambio de las relaciones entre las personas, y entre éstas y la comunidad, afecta directamente el ejercicio profesional de los odontólogos. En un principio, el quehacer odontológico y sus efectos sólo eran percibidos por quienes acudían en busca de ayuda en relación a algún problema concreto; ante ellos, el profesional respondía con su trabajo artesanal, el cual, en muchas ocasiones, era aceptado sin grandes reparos ni

observaciones. Contrariamente a lo que hoy vemos, existían problemas y mucha mutilación; la calidad de vida se afectaba, y muchos vivían desdentados. Esto se aceptaba como normal; los pacientes no querían ni exigían algo distinto, pues no se concebía tampoco la profesión como un campo propicio para la investigación o el desarrollo tecnológico ⁽¹⁹⁾.

En la relación paciente-profesional, se establece un campo de interrelación emocional donde se va a desarrollar la doble función del profesional; por un lado, asistencial, teniendo en cuenta el marco teórico, los conocimientos adquiridos y la técnica de su especialidad clínica; por el otro, su condición humana, en tanto se trata de alguien que siente, que se emociona, que sufre y que es impactado por la presencia de otro ser humano que lo solicita ⁽²⁰⁾.

Esta relación es asimétrica; según Arrow, el profesional tiene un cuerpo de conocimientos de los que el paciente suele estar excluido ⁽²¹⁾.

Por su nivel científico-técnico y su prestigio social, el profesional es ubicado generalmente por el paciente en una posición de superioridad; esto le permite preservar la distancia profesional al construir el vínculo, siendo el responsable de la calidad del mismo. Así se va construyendo un vínculo terapéutico, como un compromiso o alianza interpersonal entre paciente y profesional ⁽²²⁾.

Vínculo (etimológicamente, del latín *vinculum*, deriva de *vincere*: atar, lazo, ligadura) ⁽²³⁾ significa “algo que une una cosa a otra”. En psicología, es la vivencia corporal, psíquica e intelectual de la relación con otras personas.

En este contexto, aparece el concepto de “empatía”, considerada como un fenómeno básicamente afectivo, presente en los seres humanos, que posibilita darse cuenta de que el otro, el que está frente a mí, presente en toda su corporeidad, se emociona como yo lo hago, siente como yo siento, y por lo tanto es una persona tal cual yo lo soy ⁽²⁴⁾. Este fenómeno ha sido tratado bastante intensamente, aunque por épocas, por diversos estudiosos y pensadores pertenecientes a diferentes disciplinas; ha sido abordado por la filosofía y estudiado por ella como una condición del ser o del existir humanos que posibilita la intersubjetividad, es decir, la relación con los otros.

La psicología, en cambio, la ha estudiado como característica psicológica (principalmente afectiva, para algunos; cognitiva, para otros; y mixta, para la mayoría, en la actualidad), que constituye por sí misma o es una condición para la generación de las conductas y actitudes pro-sociales, tratando de entender cómo, en el ser humano, se

producen la consciencia de uno mismo y también la capacidad de sentir la emoción de otro, pudiéndola diferenciar de la propia emocionalidad. Pero, además, forma parte de relaciones interhumanas muy específicas, como la relación profesional de la salud-paciente, y, dentro de este campo, se puede diferenciar la empatía de la relación odontólogo-paciente y la de la relación psicoterapeuta/psicoanalista-paciente, esta última, conocida como empatía terapéutica.

Este aspecto no sólo “se presenta”, dependiendo de la capacidad natural del profesional y de las características del que consulta, sino que puede ser considerado como una herramienta al servicio de alguna estrategia con una finalidad terapéutica y, por lo tanto, puede y debe ser enseñado y también puede y debe ser aprendido por los profesionales de la salud. De otra forma, lo que el profesional de la salud quiera transmitir no tendrá sentido para el paciente; le resultará extraño, ajeno, no lo comprenderá y, por lo tanto, no producirá el efecto buscado.

Lo que sucede habitualmente en la relación entre los profesionales de la salud en general y los pacientes es que el vínculo empático se desarrolla con dependencia de las capacidades naturales de cada profesional, ya que, en general, estos carecen de la formación necesaria para implementarlo, con excepción de algunos ámbitos de formación en los que se intenta fomentar esta dimensión, pero estos son más bien escasos, al menos, en Argentina.

Soar denominó “interacción médico-paciente” al conjunto de fenómenos tradicionalmente conocidos como “relación médico-paciente”, y lo atribuye a las capacidades de los médicos y actitudes terapéuticas necesarias para una buena interacción, tales como la empatía, la contención y las capacidades de comunicación que tienen una connotación positiva ⁽²⁵⁾.

Ayer sintetizó múltiples estudios realizados para definir cuáles son las características más relevantes que debe tener un odontólogo para una adecuada relación con su paciente. Los resultados de estas investigaciones, si bien no tienen común acuerdo respecto de la valoración que hacen los pacientes de las habilidades técnicas de los profesionales, permiten deducir que, desde las primeras investigaciones enfocadas a la relación odontólogo-paciente, existía un mayor aprecio por aquellos odontólogos capaces de expresar y demostrar apoyo emocional a sus pacientes ⁽²⁶⁾.

Los aportes realizados respecto de las relaciones interpersonales de pacientes y profesionales de las ciencias de la salud arrojan en sus conclusiones que las mismas

constituyen una cuestión central para el éxito del tratamiento y que, si bien se las reconoce como un aspecto beneficioso para los vínculos entre ambos, en la práctica profesional diaria, son escasas las estrategias o mecanismos que se consideran para establecer estas relaciones y/o mejorar las mismas ⁽²⁷⁾.

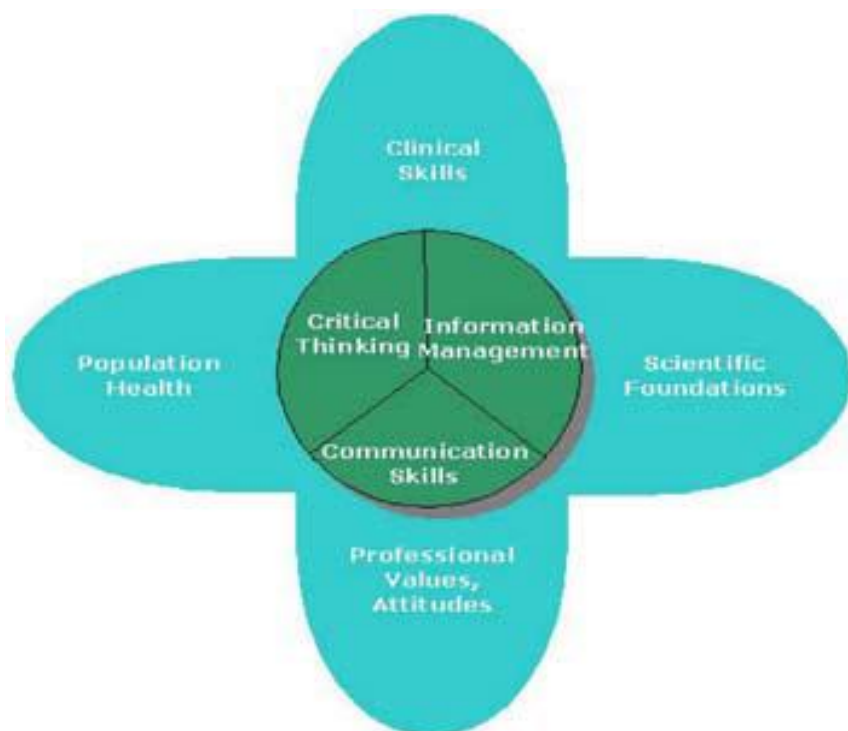
La construcción de una relación afectiva profunda y confiada con el profesional incrementa las potencialidades asistenciales, elevando los efectos de todos los recursos terapéuticos y rehabilitadores a utilizar con el objetivo de curar, evitar discapacidad y mitigar sufrimientos ⁽²⁸⁾. Este tema ha despertado un renovado interés en la producción científica, la formación y la práctica clínica, con lo que se busca ofrecer una mejor calidad en esta relación. El rol de la empatía en la relación ha recibido en general poca atención; alguna evidencia surge en la odontología pediátrica, donde se emplea un cuidado lenguaje de comunicación para obtener éxito en los tratamientos.

Con respecto a la implicancia del género en la relación paciente-dentista, en general, las mujeres han sido consideradas más aptas que los hombres, por ser sumisas, cuidadosas y expresivas; incluyendo también la humanización y la compasión ⁽²⁹⁾.

Asimismo, se considera la comunicación como una dimensión de la competencia de las profesiones sanitarias susceptible de enseñarse, aprenderse y evaluarse. Estos aspectos, incluso, vienen avalados por la evidencia de estudios que demuestran que una adecuada comunicación repercute en una mayor confianza en la relación médico-paciente, en una mayor adhesión terapéutica por parte del paciente, en una disminución de las prescripciones terapéuticas, en mejores resultados clínicos en el curso de las enfermedades y en una disminución de las demandas contra los profesionales.

La enseñanza de las habilidades de comunicación posee una relativamente corta existencia en la enseñanza de grado en las ciencias de la salud. Se ha demostrado que la comunicación, en todos los niveles, juega un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o el reforzamiento de comportamientos, y en el estímulo de procesos de cambio social; todo lo cual coadyuva al mejoramiento de la calidad de vida. La comunicación constituye una de las partes nucleares de la competencia de las profesiones sanitarias (fig. 1).

Así pues, se puede aseverar con rotundidad que la comunicación no es algo que depende de la manera de ser de cada profesional o una dimensión secundaria frente a las dimensiones clínicas ⁽³⁰⁾.

Figura 1. Dimensiones esenciales de la competencia

Fuente: Global Minimum Essential Requirements. Institute for International Medical Education.

La comunicación y el entendimiento entre el paciente y el odontólogo u otro integrante del equipo de salud constituyen un proceso de interacción social que se produce como resultado de la actividad humana, donde intervienen todos los sentidos y donde desempeñan un importante papel el entorno en el que se desarrollan los individuos, la experiencia objetiva y las valoraciones subjetivas de estos ⁽³¹⁾.

En un mundo globalizado, en el que la comunicación humana se ha transformado de una comunicación distante dificultosa hacia una interconexión total, las relaciones interpersonales presenciales han tenido escasa atención frente a la abrumadora presencia de la tecnología; en parte, por la falta de un mayor énfasis en la formación de identidad, responsabilidad social y solidaridad en la formación curricular ⁽³²⁾.

Si partimos del concepto de comunicación como el proceso de interacción social por el cual las personas, mediante el uso de signos organizados en mensajes con sentido, intercambian informaciones, ideas y emociones con otras personas y, al hacerlo, influyen recíprocamente sus significados y sus comportamientos, podemos concebir la comunicación en salud como un proceso estratégico para optimizar las acciones encaminadas a lograr una utilización racional de la oferta de servicios de salud, mejorar

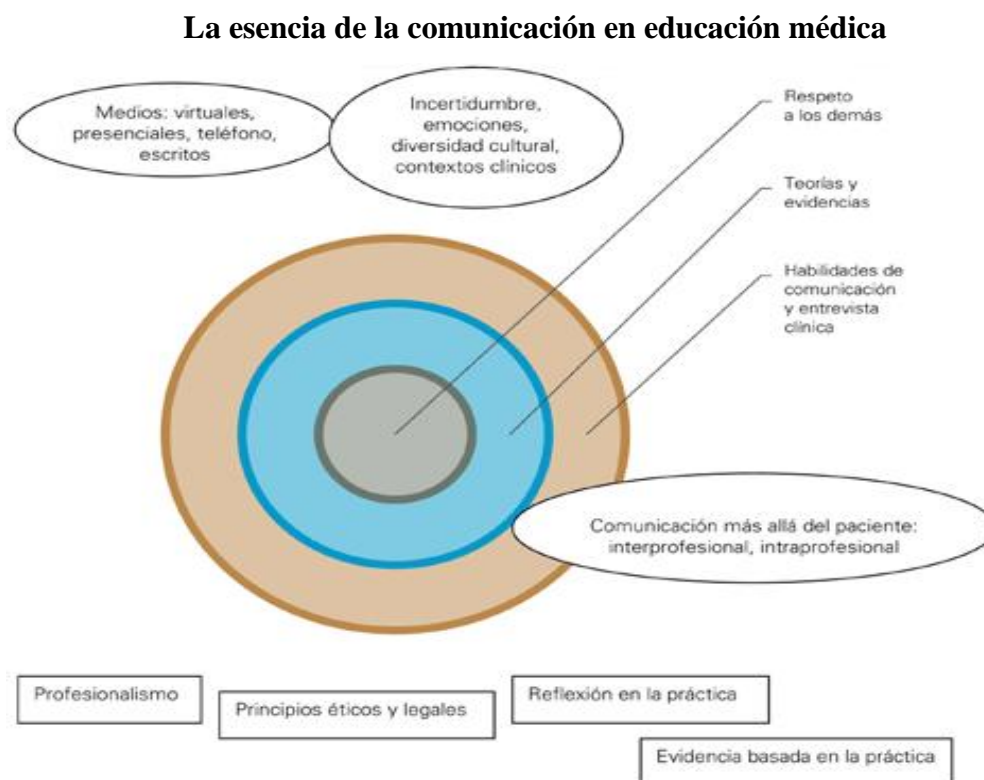
la eficiencia y efectividad de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Las investigaciones han demostrado que programas de comunicación en salud bien planificados aseguran que ésta sea instalada en la agenda pública, al reforzar los mensajes sanitarios básicos, estimular a las personas para buscar más información, y tomar decisiones que mejoren la misma ⁽³³⁾.

En coincidencia, Sherman y Cramer señalan que el componente clave para una efectiva comunicación y comprensión es la capacidad de demostrar empatía clínica; estos investigadores sugieren que, con el fin de mejorar la relación odontólogo-paciente (ROP), el entrenamiento en habilidades interpersonales debe ser constante durante todo el proceso de formación profesional de los estudiantes de odontología ⁽³⁴⁾.

Este proceso se debe ir profundizando progresivamente en contenidos y en habilidades prácticas que lleven a considerar no sólo los aspectos físicos sino también otras características, culturales y socioeconómicas, revalorizando la importancia de los pacientes como beneficiarios de los servicios sanitarios prestados ⁽³⁵⁾.

La enseñanza de las habilidades de comunicación posee una existencia relativamente corta en la enseñanza de grado en las ciencias de la salud. Por lo que respecta a países como Reino Unido, Estados Unidos y Canadá, los inicios se sitúan en la década del setenta; sin embargo, es en el primer decenio del siglo XXI cuando se estructuran unas bases conceptuales y metodológicas sólidas respecto del aprendizaje de comunicación de los futuros profesionales de la salud, y que de manera esquemática se reflejan en la fig. 2.

Figura 2. Currículo de comunicación clínica en el grado de educación médica.

Fuente: Global Minimum Essential Requirements. Institute for International Medical Education.

Cabe destacar que, además de las habilidades comunicativas y de entrevista clínica con el paciente, se tienen en cuenta también las actitudes (respeto a los demás), la capacidad de dominar otros medios de comunicación (escritos, virtuales), la gestión de la incertidumbre y de las emociones, los valores (ética, profesionalismo, reflexión) y las relaciones interprofesionales. La relación asistencial con el paciente, no obstante, constituye el marco en el que se ha desarrollado el mayor bagaje de objetivos, contenidos y metodología con respecto al aprendizaje de comunicación.

La comunicación humana, tal y como se ha planteado anteriormente, es de tal complejidad que, más allá de lo que es observable, en las habilidades de comunicación también intervienen los aspectos contextuales, la globalidad y la multidimensionalidad (bio-psico-social); en la línea propuesta por Edgard Morin, el ser humano es a la vez físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico.

Es esta unidad compleja de la naturaleza humana la que está completamente desintegrada en la educación a través de las disciplinas y que imposibilita aprender lo que significa ser “humano”; hay que restaurarla de tal manera que cada uno, desde

donde esté, tome conocimiento y conciencia al mismo tiempo de su identidad compleja y de su identidad común a todos los demás humanos. Así, la condición humana debería ser objeto esencial de cualquier educación.

Es decir que, a partir de las disciplinas actuales, es posible reconocer la unidad y la complejidad humanas reuniendo y organizando conocimientos dispersos en las ciencias de la naturaleza, en las ciencias humanas, la literatura y la filosofía, y mostrar la unión indisoluble entre la unidad y la diversidad de todo lo que es humano.

Aplicado al ámbito de la salud, se debería cuestionar si la comunicación es más que una habilidad, teniendo que contemplar, además, las actitudes y la capacidad de autorreflexión ⁽³⁶⁾. En este sentido, la enseñanza y la evaluación de comunicación en el ámbito sanitario tienen aún un amplio recorrido al tener que generar alternativas acordes con las características de la interrelación que se da en la comunicación asistencial.

Así, por ejemplo, es cuestionable el acercamiento ontológico y epistemológico con el que se ha venido abordando la evaluación de la comunicación médico-paciente, basado en un paradigma positivista que pretende explicar, controlar y predecir, desde la atalaya privilegiada de los expertos que intentan describir y comprender el objeto de estudio que, en el caso que nos ocupa, está determinado por personas que desarrollan diferentes roles: docentes, alumnos, pacientes, profesionales y pacientes. Quizás estos otros tipos de paradigmas ofrecen una plataforma epistemológica más idónea para aproximarse a la complejidad de la comunicación humana.

El paradigma interpretativo concibe una realidad múltiple, la peculiaridad de cada caso, la contextualización de los fenómenos, la subjetividad, el análisis de situaciones particulares y la realidad en su totalidad y complejidad. Probablemente, la metodología cualitativa constituya una opción alternativa, y por supuesto complementaria, a la cuantitativa, y no por ello exenta de rigurosidad científica.

Más aun, hallazgos obtenidos mediante la metodología cualitativa pueden llegar a facilitar posteriores estudios metodológicamente cuantitativos y, por qué no, la elaboración de escalas de evaluación de la comunicación a partir de la realidad de los principales actores y no desde la perspectiva de los expertos, a través de la reflexión, el autoconocimiento y la autoevaluación.

En definitiva, las perspectivas de futuro de la comunicación en educación sanitaria invitan a desarrollar diferentes ámbitos de trabajo, tanto en la formación de grado, posgrado y continuada, como en la investigación. Los profesionales de la salud están

llamados, en primera instancia, a adquirir adecuadamente la dimensión comunicativa de sus competencias. Pero no hay que olvidar a otros actores principales del ámbito sanitario, como son los pacientes, sus familiares y la ciudadanía, que también son susceptibles de recibir los beneficios de la comunicación en el ámbito de la salud ⁽³⁷⁾.

III.- HIPÓTESIS y OBJETIVOS

Hipótesis

Los alumnos del Ciclo Profesional y de Integración de la Carrera de Odontología de la Facultad de Odontología, UNC, se encuentran especialmente abocados a la adquisición de competencias académicas científicas y técnicas del orden de lo objetivo, relegando el establecimiento de un vínculo terapéutico con sus pacientes.

Esto ocurre por un desconocimiento de la importancia de dicho vínculo en relación con el éxito del tratamiento propuesto y estado de salud de los pacientes, y porque el alumno no percibe que el establecimiento de un vínculo terapéutico sea algo que se puede aprender o perfeccionar, paralelamente a la adquisición de conocimientos científicos biólogos y técnicos.

Objetivo general

Valorar el impacto del vínculo o relación que se establece entre los alumnos y pacientes, su influencia en los procesos y resultados de la práctica clínica en la carrera de grado de la Facultad de Odontología de la UNC y en el logro de la salud de los pacientes.

Objetivos específicos

Conocer la percepción de los alumnos de quinto año respecto de si poseen las habilidades sociales necesarias para generar una apropiada relación estudiante-paciente.

Establecer correlaciones entre la relación estudiante-paciente y el impacto de ésta en los procesos y resultados de la práctica profesional de grado.

Conocer el contexto de actuación desde el cual los alumnos generan y mantienen un adecuado vínculo relacional con el paciente, sostenido durante el abordaje terapéutico.

Interpretar, a partir de la observación participante, aspectos que se establecen entre paciente, alumno y docente con motivo de la actividad clínica de grado que no surjan en las encuestas aplicadas.

IV.- MATERIALES Y MÉTODOS

1.- Tipo de estudio

Cuanti-cualitativo, observacional, descriptivo y transversal.

2.- Metodologías empleadas

De acuerdo a la naturaleza del problema que se plantea y los aportes del trabajo en terreno, la investigación se llevó a cabo en dos fases.

En la primera, se siguió el método cuantitativo, mediante la aplicación de dos encuestas, individuales y semi-estructuradas, a alumnos y pacientes, para conocer “qué” y “cuánto”, aplicando el método hipotético deductivo y, posteriormente, análisis estadístico de los datos. Es el procedimiento o camino seguido por un investigador para hacer de su actividad una práctica científica; este método obliga al científico a combinar la reflexión racional (la formulación de hipótesis y la deducción) con la observación de la realidad o momento empírico (la observación y la verificación). El pensamiento va de lo general a lo particular.

En la segunda fase, se siguió la metodología cualitativa para conocer el “porqué” de la situación, utilizando el razonamiento inductivo-analítico y tratando de captar los hechos en su contexto.

Para Sautú y Souza Miyano, es el camino adecuado para comprender y explicar la dinámica de las relaciones sociales. Este método incluye la interpretación y aproximación al objeto de estudio, es decir que se estudian las cosas o situaciones en su hábitat natural, tratando de entender los fenómenos.

El producto de la investigación cualitativa es una creación compleja, densa, que representa las imágenes del investigador, sus pensamientos, sus interpretaciones del mundo o del fenómeno analizado.

El método inductivo, empleado como instrumento de trabajo, es un procedimiento en el que, comenzando por los datos, se acaba llegando a la teoría. Por tanto, se asciende de lo particular a lo general; se comienza con conceptos y proposiciones amplias que orientan la focalización del objeto, se sumerge en terreno y se construyen categorías en un movimiento en espiral: de lo empírico a la teoría y de la teoría a lo empírico⁽³⁸⁾.

2.1.- Fase cuantitativa

2.1.1.- Universo y muestra

La población en estudio estuvo compuesta por los alumnos que cursan el Ciclo Profesional y los pacientes que ellos asisten en las prácticas clínicas obligatorias de la carrera de grado en la Facultad de Odontología de la UNC.

En la presente investigación se consideró la participación en forma voluntaria, anónima y con consentimiento informado, aceptado y aprobado por la comisión de ética *ad-hoc* (Res.Dec.305/12), aprobada por CoEIS y Comité Institucional de Ética en Investigaciones en Salud (CIEIS), para la Facultad de Odontología, UNC.

- **Población A:** la población de alumnos a estudiar fue de aproximadamente de 298 miembros (N)⁽³⁹⁾, constituida por estudiantes de ambos sexos, pertenecientes a la Carrera de Odontología, UNC, que cursaban en condición de regulares, asignaturas de quinto año (9° y 10° cuatrimestres).

Para la selección de la muestra (n) obtenida de la población A, se realizó un muestreo aleatorio simple, considerando una proporción media de 25% de alumnos, un nivel de significancia de $\alpha=0,05$ y una eficiencia del 95%, $n=71$.

Los métodos de muestreo probabilísticos nos aseguran la representatividad de la muestra extraída y son, por tanto, los más recomendables; en un muestreo aleatorio simple todos los individuos tienen la misma probabilidad de ser seleccionados; se basa en el principio de equiprobabilidad.

- **Población B:** se fijó en un número de pacientes igual al resultante de la muestra de alumnos.

2.1.2.- Criterios de inclusión

Población A: se incluyeron los alumnos regulares de quinto año (9° y 10° cuatrimestres) de la carrera de Odontología, UNC.

- **Población B:** se incluyeron aquellos pacientes atendidos por los alumnos en las prácticas clínicas de las asignaturas de quinto año.

2.1.3.- Criterio de exclusión

- **Población A:** no se incluyeron alumnos que cursaban asignaturas previas.
- **Población B:** no se incluyeron pacientes que no hubiesen sido atendidos por alumnos en las asignaturas seleccionadas, ni los atendidos en la cátedra Integral Niños y Adolescentes, área Odontopediatría y Ortodoncia..

2.1.4.- Dimensiones y variables en estudio

La construcción de las dimensiones se fundamentó en modelos probados. Dicha elección se estableció por la posibilidad de combinar dimensiones que contuvieran la multiplicidad de aspectos que se requerían para el objeto de estudio ⁽⁴⁰⁾.

Para el diseño del instrumento destinado a alumnos (población A) se consideraron las dimensiones:

- Características socio-demográficas.
- Relación alumno-paciente.

Las características socio-demográficas fueron estudiadas según las variables:

1. Edad: en años cumplidos.
2. Sexo: femenino y masculino.
3. Lugar de procedencia: Córdoba capital, Córdoba interior, Otras provincias.
4. Situación laboral: actual y pasada, en relación a la odontología u otros trabajos.
Este aspecto puede tener influencia respecto de la experiencia en trato con pacientes en tareas como secretariado, asistente o con público en general en otros trabajos que se suman a la experiencia previa.

La dimensión “relación alumno-paciente” se estudió a través de las variables:

- Captación del paciente: por recepción de pacientes de la Facultad de Odontología, por demanda espontánea o por búsqueda propia (centros de salud, avisos gráficos publicitarios, conocidos, otros medios).
- Habilidades comunicativas: interpersonal, por medios de comunicación (telefónica, internet), las dos anteriores.
- Continuidad del vínculo.
- Formación académica: aspectos objetivos y subjetivos, es decir, los contenidos científico-técnicos, los psicosociales y contención docente recibida, en cuanto a contención o apoyo y como modelo a imitar.
- Cumplimiento de la ética: principio de beneficencia y secreto profesional.

Para el diseño del instrumento destinado a pacientes (población B), las dimensiones fueron:

- Características socio-demográficas.
- Motivación de la demanda.
- Calidad de la atención recibida.

Las características socio-demográficas se estudiaron según las variables:

- Edad: en años cumplidos.
- Sexo: femenino y masculino.
- Nivel de estudios alcanzado:
 - No fue a la escuela.
 - Primaria incompleta.
 - Primaria completa.
 - Secundaria incompleta.
 - Secundaria completa.
 - Terciaria o universitaria incompleta.
 - Terciaria o universitaria completa.
- Lugar de residencia:
 - Córdoba Capital.
 - Interior.
 - Otras provincias.

- Situación laboral:
 - Tiene trabajo estable.
 - Hace changas.
 - Cobra plan o subsidio.
 - Es jubilado o pensionado.
 - No trabaja ni cobra ningún tipo de plan.
 - Otros.

El conocer el grupo poblacional nos ayuda a interpretar la relación que se puede establecer con motivo de una atención sanitaria, desde el lenguaje utilizado, los posibles conocimientos previos, como así también las motivaciones que puede tener la consulta y necesidades de la consulta odontológica.

Para la motivación de la demanda se consideraron los motivos por los cuales habían concurrido a la práctica clínica, según las variables:

- Urgencia.
- Inicio de tratamiento.
- Continuación de tratamiento.
- Control de tratamiento.
- Otros.

Respecto de la dimensión “valoración de la atención recibida”, las variables fueron:

- Información receptada sobre cuidados de salud bucal; si fue brindada o no y cuál, con respecto a:
 - Higiene dentaria (técnicas de cepillado)
 - Consejería sobre dieta.
 - Importancia del uso del flúor.
 - Otras.
- Trato recibido durante la atención:
 - Muy bueno.
 - Bueno.
 - Aceptable.

- Regular.
- Malo.
- Grado de comprensión de las indicaciones recibidas: se indagó si las indicaciones recibidas fueron claras y suficientes.
- Valoración de la atención recibida en relación a la mejora de su salud: se estudió a través de la percepción del paciente del logro de un beneficio en su salud y la continuidad del vínculo con el estudiante.

2.1.5.- Instrumentos de recolección de datos

Encuesta

Una encuesta es un procedimiento dentro de la investigación descriptiva en el cual el investigador busca recopilar datos por medio de un cuestionario previamente diseñado, sin modificar el entorno ni el fenómeno donde se recoge la información, ya sea para entregarlo en forma de tríptico, gráfica o tabla.

Existe una serie de criterios para la elaboración de un cuestionario; se señala que debe tenerse muy en cuenta lo que se pretende estudiar, para lo cual, primeramente se debe realizar una minuciosa investigación bibliográfica, a fin la poseer la información necesaria sobre el tema a inquirir.

Se debe tener también en cuenta una serie de procedimientos, como la definición del constructo, es decir, la idea clara de lo que se pretende estudiar. Otra de las premisas es el propósito del cuestionario, lo que va a determinar en gran medida el contenido de sus ítems y algunos aspectos relacionados con su estructura y la logística de la recogida de los datos; es necesario contemplar la población a la que va dirigido (edad, nivel cultural, intereses. etc.), la modalidad de su administración (si será auto-administrado, completado telefónicamente o a través de una entrevista personal) y el formato que se adoptará ⁽⁴¹⁾.

Las dimensiones, que son las características que tiene aquello que voy a preguntar, según el contenido, pueden ser uni o multidimensional.

Cada una de estas variantes dará un formato diferente al cuestionario, en cuanto a la cantidad de preguntas (para que no sea demasiado dificultosa su respuesta), a la redacción de las mismas, a la necesidad entrenar al encuestador o de brindar a los

encuestados un conjunto de instrucciones mínimas para los cuestionarios auto-administrados.

Las preguntas se clasifican en abiertas y cerradas. La pregunta abierta es aquella que se responde con las propias palabras, sin que el participante se vea limitado a elegir entre categorías de respuesta predeterminadas. Provoca respuestas explicativas y da información más intensa y profunda; pero tiene el inconveniente de que el conjunto no se puede analizar estadísticamente. En la pregunta cerrada, el participante no puede responder más que a categorías de respuesta limitadas. Este tipo de preguntas permite recabar información puntual y objetivable a nivel de análisis estadístico.

Según Murillo Torrecilla se pueden dividir en:

- Dicotómicas: sí/no.
- Tricotómicas: dan una opción más de respuesta. Son más fáciles de construir y más difíciles de analizar en relación con las dicotómicas.
- Respuesta múltiple: son aquellas donde la respuesta exige incluirse en alguna de las categorías predeterminadas ⁽⁴²⁾.

Fiabilidad

Es el grado en que un instrumento mide con precisión, sin error. Indica la condición del instrumento de ser fiable, es decir, de ser capaz de ofrecer en su empleo repetido resultados veraces y constantes en condiciones similares de medición.

Entre los métodos más conocidos para estimar la fiabilidad o consistencia de un cuestionario, se recomienda aplicarlo experimentalmente a un número reducido de personas (de 5 a 7) semejantes a la población a la que va dirigida, a fin de identificar los elementos criticables en relación a las respuestas, las preguntas de redacción incorrecta o de confusión. Éstas, al ser detectadas, se eliminan y se redactan nuevamente. De ser necesario, este segundo borrador debe ser probado nuevamente.

Validez

Es el grado en que un instrumento de medida mide aquello que realmente pretende medir o sirve para el propósito para el que ha sido construido. Sus tipos son:

- Validez de contenido: alude a la necesidad de garantizar que el cuestionario constituye una muestra adecuada y representativa de las variables que se pretenden evaluar con él.
- Validez consensuada: si los ítems contruidos y elegidos para el cuestionario final son indicadores de lo que se pretende medir. Para ello, se somete a la valoración de los expertos en el tema en cuestión, a fin de que valoren la “capacidad” del instrumento. Esta instancia es la valoración cualitativa que realizan los investigadores expertos.
- Validez de criterio: cuando hay correlación entre las puntuaciones directas del cuestionario y las puntuaciones directas del criterio.

Un cuestionario correctamente elaborado, como todo instrumento de medición, debe reunir las siguientes características.

- Ser sencillo, viable y aceptado por pacientes, usuarios e investigadores (viabilidad).
- Ser fiable y preciso, es decir, con mediciones libres de error (fiabilidad).
- Ser adecuado para el problema que se pretende medir (validez de contenido).
- Reflejar la teoría subyacente en el fenómeno o concepto que se quiere medir (validez de constructo).
- Ser capaz de medir cambios, tanto en diferentes individuos como en la respuesta de un mismo individuo a través del tiempo (sensibilidad al cambio).⁽⁴³⁾

Construcción de los instrumentos

En concordancia con la metodología planteada y considerando los aspectos anteriormente desarrollados, se diseñaron los instrumentos para la recolección de datos, en forma de dos encuestas individuales semi-estructuradas, con consideración de la población a la que se dirigirían (alumnos y pacientes) y con un lenguaje claro, de fácil comprensión de acuerdo a cada grupo.

De contenido multidimensional, dicotómicas, tricotómicas y de respuesta múltiple, las preguntas incluyeron dimensiones y variables con sus respectivas

categorías de estudio diseñadas *ad hoc*, y fueron destinadas a las muestras de alumnos y pacientes.

Estos instrumentos se construyeron con preguntas cerradas (contienen categorías nominales y/u ordinales, de acuerdo al interrogatorio, necesidad de explicación y/o ampliación de las variables en estudio) y preguntas abiertas, a los fines de recolectar datos cualitativos en profundidad sobre el trato en la atención alumno-paciente y sugerencias para la mejora de los aspectos tratados en general.

Ambos instrumentos cumplieron con los aspectos considerados, como validez de criterio y contenidos, y fueron validados por expertos, con lo que se cumplió también la validez consensuada: la profesora titular de la cátedra Psicología Evolutiva, Prof. Lic. Irma A. Moncunill, y la profesora titular de la cátedra Integral Niños y Adolescentes “B”, Prof. Dra. Alfonsina Lescano de Ferrer; ambas, docentes de la Facultad de Odontología de la UNC.

Una vez listos, fueron sometidos a la evaluación por pares para comprobar la confiabilidad y validez de los datos recolectados, a un número de cinco personas de ambas poblaciones de alumnos y pacientes; los participantes de esta prueba fueron descartados para formar parte de la muestra.

Los instrumentos se aplicaron en forma auto-administrada en la población A (alumnos), y en forma oral por la investigadora, a través de una entrevista personal, en la población B (pacientes). El estar en contacto con el objeto de estudio garantiza la fuente primaria de datos, lo que evita que los entrevistados omitan responder alguna pregunta.

El cuestionario es un instrumento habitualmente utilizado en la recogida de la información; fue diseñado para poder sistematizar la información y conseguir su comparabilidad.

Para su elaboración, se tuvieron en cuenta determinadas pautas:

- A cada pregunta le corresponde una única respuesta.
- Las preguntas y frases fueron breves y fáciles de comprender.
- El lenguaje utilizado es el que emplean los participantes de ambas poblaciones.
- No se redactaron preguntas en forma negativa.
- No se usaron los interrogantes "por qué".
- Se evitó que su longitud fuera un impedimento para completarlo.

2. 2.- Fase cualitativa

2.2.1.- Universo y muestra

En el marco de la comprensión de una realidad que se construye, que es dinámica, múltiple, divergente y holística, en la que se desarrollan procesos de comprensión-significación, la finalidad fue comprender e interpretar la realidad de significados que construyen las personas, sus percepciones y sus interacciones. En este marco, se recolectaron datos sobre la relación establecida por los pacientes y alumnos seleccionados en el cursado del Ciclo Profesional, FO, UNC, pertenecientes a las cátedras de Práctica Profesional Supervisada y Prostodoncia IV “B”:

- Alumnos que cursan la asignatura Práctica Profesional Supervisada (PPS) los días miércoles por la mañana en sala clínica de la FO y alumnos que cursan la asignatura Prostodoncia IV “B” los días miércoles, turno tarde, en sala clínica de la cátedra (aproximadamente, cuarenta en cada comisión).
- Pacientes atendidos por los alumnos anteriormente mencionados de las salas clínicas observadas, cuyo número es la mitad del número de alumnos, ya que estos trabajan en parejas, formando equipos rotativos de operador y asistente.

Técnica de selección de la muestra

La técnica empleada fue la del muestreo teórico. El muestreo teórico es el proceso de la recolección de datos para generar una teoría por la cual el analista conjuntamente selecciona, codifica y analiza su información, y decide qué información escoger y dónde encontrarla para desarrollar su teoría tal como surge. Este proceso de recolección de información está controlado por la teoría emergente, sea ésta sustantiva o formal. Las decisiones iniciales para la recolección teórica de información están basadas solamente en una perspectiva sociológica general y sobre un tema general o el área del problema ⁽⁴⁴⁾.

2.2.2.- Observación Participante

Método de Recolección de Datos

El método empleado fue el de observación en terreno. Se llevó a cabo a través del abordaje etnográfico como estrategia cualitativa de investigación social, el cual es una herramienta que permite tomar contacto directo con los actores seleccionados; el objetivo es recolectar datos directamente de los contextos y situaciones observadas, lo que posibilita elaborar descripciones de las acciones, discursos e intercambios que tienen lugar entre los actores. Se trabajó con el instrumento “observación directa a alumnos, pacientes y docentes”.

Para la observación se tuvo en cuenta la captación de los fenómenos y de los sucesos que se relacionaban con los aspectos cognitivos, actitudinales y prácticos.

Se trabajó con el paradigma interpretativo, que se basa en el proceso de conocimiento en el que se produce una interacción entre sujeto y objeto, en el hecho de que ambos son inseparables. La observación no sólo perturba y moldea el objeto observado, sino que el observador es moldeado por éste (por la persona individual o por el grupo observado). El paradigma interpretativo no pretende hacer generalizaciones a partir de los resultados obtenidos. La investigación que se apoya en él termina en la elaboración de una descripción ideográfica, en profundidad, es decir, en forma tal que el objeto estudiado quede claramente individualizado.

La intención final de las investigaciones fundadas en el paradigma interpretativo consiste en comprender la conducta de las personas estudiadas, lo cual se logra cuando se interpretan los significados que ellas le dan a su propia conducta y a la conducta de los otros, como también a los objetos que se encuentran en sus ámbitos de convivencia.

Con este paradigma, podemos comprender la realidad como **dinámica** y diversa; se lo denomina cualitativo, fenomenológico-naturalista o humanista ⁽⁴⁵⁾.

La investigación cualitativa requiere del investigador un esfuerzo permanente para que su interacción con los informantes sea no-intrusiva, con lo que se relega el papel protagónico al investigado, y se procura apartarse de juicios y creencias para poder comprender la realidad estudiada ⁽⁴⁶⁾. Con esta lógica, se analizaron los elementos comunes en el significado de los alumnos y pacientes, buscando interpretar las representaciones para comprender la importancia del vínculo entre ambos (método

comparativo constante, según Glasser y Strauss) ⁽⁴⁷⁾. Teniendo en cuenta el carácter heurístico y la posición que adopta el investigador sobre la base de sus propios conocimientos y creencias, buscando comprender, se construyeron conceptos para poder captar la realidad dentro de un contexto.

El proceso de observación participante es un método en el cual el observador participa de la vida cotidiana de la gente que es objeto de estudio, sea de forma abierta en el papel de investigador, o de modo encubierto, observando las cosas que ocurren, escuchando lo que se dice y haciendo preguntas a lo largo de un periodo determinado de tiempo. Para Becker y Geer, la observación de campo incluye: la observación propiamente dicha, las entrevistas y el análisis de documentos ⁽⁴⁸⁾.

Como miembros de esta comunidad, se construyó este acuerdo desde el “pararse fuera” de lo que podía ser conocido; trabajar con esta metodología implicó meticulosidad y honradez para observar, analizar, interpretar y entender un fenómeno con la mayor objetividad posible. Debido a mi desempeño durante largos años como docente en las salas clínicas, como investigadora, he intentado desprenderme de todo juicio previo, producto de mi experiencia anterior.

Desarrollo de la etapa cualitativa

a. Primera etapa

a.1 Ubicación del escenario

El escenario elegido para la observación fue dentro de la institución educativa (FO, UNC); se seleccionaron dos cátedras de quinto año (ambas, pertenecientes al Ciclo Profesional de la carrera), en las que se realiza un proceso de atención clínico al paciente. Se obtuvo permiso de las autoridades de las cátedras para ingresar a estos espacios.

Práctica Profesional Supervisada (PPS) fue la primera cátedra seleccionada (profesor encargado de cátedra: Prof. Dr. Agustín Villa). Esta asignatura inicia sus actividades en abril y se extiende hasta el mes de noviembre; los alumnos llevan a cabo dos actividades semanales: la primera, en el área Práctica Profesional, y la segunda, en

otro de los centros formadores, cumplimentando un total de 200 hs en el total de la actividad clínica frente a pacientes.

Sus actividades prácticas se desarrollan en la sede clínica de la cátedra Práctica Profesional de la FO, el Centro de Salud Estancia Vieja, en la comuna de Tanti, y el Hospital San Roque. Se seleccionó para la investigación la sala clínica de la FO.

La metodología de trabajo de la cátedra es la siguiente: durante el desarrollo de las actividades de PPS, el alumno debe realizar la atención de pacientes que concurren al centro asistencial por demanda espontánea, llevar a cabo procedimientos diagnósticos, planes de tratamiento y la aplicación de diferentes alternativas terapéuticas que den solución a las problemáticas de salud bucal de los pacientes.

La segunda cátedra seleccionada fue la de Prostodoncia IV “B” (profesor titular encargado: Prof. Dr. Rugani Nelson). Las actividades se desarrollan en el décimo cuatrimestre de la carrera, desde agosto hasta la finalización del ciclo lectivo, de duración cuatrimestral.

La metodología de trabajo de la cátedra es la siguiente: se realiza la atención de pacientes, en los que se rehabilitarán diversas situaciones clínicas correspondientes a prótesis fijas y removibles; dicha actividad se lleva a cabo mediante un trabajo práctico por semana, con una duración de cuatro horas presenciales cada uno.

a.2 Acceso al escenario

Se realizó a través de una estrategia abierta, aclarando el sentido de la presencia, construyendo relaciones de campo con los observados y garantizando la colaboración voluntaria, anónima y confidencial.

a.3 Estancia en el escenario

Se llevó a cabo una observación que permitió familiarizarse con valores, códigos de trabajo y actividades propias del contexto elegido. La permanencia en el campo fue de aproximadamente dos meses, durante el desarrollo de cada asignatura.

La observación fue ordenada y completa, con especial atención de las características de los actores involucrados, actitud de los alumnos frente a pacientes y docente, conductas de comunicación verbal y no verbal (postura, gestos) y aspectos

referidos al respeto y cumplimiento de valores éticos. El contacto con el fenómeno observado permitió obtener información sobre la realidad de los actores sociales (pacientes, docentes y alumnos) en sus propios contextos y posibilitó aproximarse a la realidad de trabajo clínico de modo directo, en el momento del desarrollo de las prácticas. Mediante la presencia, se pudo observar y registrar desde una posición privilegiada cómo se realizan las tareas, quiénes las realizan, cuándo y dónde.

La observación de una situación presentada en el trabajo de campo supone dar cuenta de asuntos como quiénes están presentes, cómo está organizado el espacio, cuáles son las relaciones entre los participantes, qué sucede y por qué, y cuáles son sus significados, entre otros. Todo ello es descrito en el diario de campo sin escatimar detalles, relatando todo con la mayor riqueza posible, con miras a recrear con palabras lo observado.

Cabe señalar que en ambas cátedras se considera y evalúa la relación respetuosa y responsable del alumno con los pacientes, sus compañeros, el docente tutor y el responsable supervisor, se generan espacios de aplicación crítica de los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales adquiridos durante el desarrollo de la carrera de grado. También, se promueve el aprendizaje del rol profesional y se contribuye al proceso de orientación del alumno respecto de su futuro ejercicio profesional; todo lo que constituye el contexto de actuación desde el cual los alumnos podrán generar y mantener un adecuado vínculo relacional con sus pacientes, sostenido durante el abordaje terapéutico.

Es importante considerar estas competencias planteadas desde lo metodológico de las asignaturas, ya que se encuentra en estrecha vinculación con el propósito de esta investigación.

a.4 Registro de datos

Las observaciones realizadas, las descripciones, comprensiones e interpretaciones de la realidad fueron registradas en notas de campo en el mismo momento o inmediatamente después de haber ocurrido, en forma directa.

En una investigación etnográfica, el éxito del trabajo de campo depende en gran parte de realizar un adecuado diario de campo. Este es un cuaderno o libreta de registro que elabora el etnógrafo durante sus estadías en terreno (de ahí la denominación “de

campo”). Estas notas o narraciones de lo sucedido durante la investigación en terreno, escritas todos los días (de ahí ahí la denominación “diario”), sirven para registrar datos útiles a la investigación, pero también son utilizadas para ir trabajando reflexivamente en la comprensión del problema planteado, así como sobre las dificultades por resolver y tareas por adelantar. Por eso, no es extraño que, en ciertos pasajes, el tono de la escritura del diario de campo se parezca al de una conversación del investigador consigo mismo, al de la exposición para sí mismo, y todavía en borrador, de algunas ideas que van surgiendo sobre lo que se está estudiando ⁽⁴⁹⁾.

a.5 Retirada del escenario

Se realizó cuando ya no se obtuvieron nuevos datos y se llegó a una saturación teórica. En el desarrollo de la observación participante, llega un momento en que el observador se siente saturado, que cuenta con la información suficiente y que lo observado y experimentado se hace reiterativo, y aparece la sensación de que poco o nada es novedoso; éste es el momento indicado para distanciarse del terreno por un tiempo y empezar la escritura.

b. Segunda etapa: análisis de datos

- Análisis interpretativo, según categorías y correlación entre las propiedades.
- Relación de resultados.

b.1. Técnicas de análisis de la información

Una vez finalizado el proceso de recolección de datos, se procedió a realizar el análisis final, identificando y organizando acciones, actividades, significados, relaciones y situaciones presentes en las observaciones llevadas a cabo en terreno, realizando la integración y unificación de toda la información.

Una investigación cualitativa no es un proceso discreto, que pueda ser separado en pasos; el corazón del análisis es el pensar del investigador, que va y viene de los datos a la teoría, combinado con creatividad e imaginación. Debido a esto, fue necesario, al

realizar este trabajo, controlar lo que Bourdieu denomina "ilusión de transparencia", ya que, como investigadora, estaba muy familiarizada con el tema y los escenarios que estudiaba ⁽⁵⁰⁾.

El análisis de los datos es quizás el momento más tenso de la investigación, ya que se debe confrontar el lenguaje, que representa la subjetividad, el mundo de los signos, y la práctica, que representa lo concreto.

Para el análisis, primero se construyeron y organizaron las representaciones, identificando el mayor número de categorías descriptivas a partir del análisis de las observaciones anotadas en el cuaderno de campo. De la lectura de éste, fue posible extraer los siguientes datos generales: los actores presentes son los pacientes, los alumnos y el tutor responsable, llamado profesor asistente; el profesor titular, eventualmente, puede presentarse en las salas, pero no es quien tiene trato directo con alumnos y pacientes, ya que desempeña otras funciones.

En las actividades clínicas, es frecuente el aprendizaje por imitación del alumno al docente. Aquél no imita cualquier conducta, sino aquella que considera más provechosa y eficaz para su aprendizaje; el docente, por su rol, cumple con las condiciones de ser un modelo "imitable", ya que tiene autoridad frente al alumno y asertividad; existe similitud entre ambos, y se establece un nexo que facilita el vínculo.

Las salas clínicas son, por lo general, amplias, y tienen numerosos sillones, cuatro o más, donde los alumnos trabajan en parejas con un paciente por vez; van tomando los roles de operador y ayudante frente al paciente, y estos generalmente se invierten en cada trabajo práctico.

El espacio de que disponen para trabajar es su sillón, mesa clínica y áreas comunes de la sala o uso de sectores especiales, como por ejemplo la sala de rayos. Se intercambian diálogos coloquiales o formales, siempre en un marco de respeto, tanto con el docente, con los compañeros y con el paciente; esto es evaluado por el docente dentro de la calificación actitudinal, lo cual se alinea con el objeto de investigación.

Establecer una correcta comunicación es algo básico para toda relación entre personas; en este caso de las prácticas de grado, los alumnos toman el rol de profesionales y, conjuntamente con el aprendizaje de conocimientos científicos y técnicos y la adquisición de destrezas, también están comenzando a establecer sus primeras relaciones terapéuticas, donde ellos se posicionan como profesionales.

Los intercambios observados son muy positivos en su mayoría, ya que constituyen un adiestramiento para su futuro desempeño y también para la vida.

Para una mejor organización de la información, se recurrió a la elaboración de una matriz de observación basada en Vasilachis ⁽⁵¹⁾. Ésta tiene como función perfilar las pertinencias y prioridades en las observaciones y establecer un orden entre ellas. Es la operativización de aquellos aspectos de la pregunta de investigación que requieren datos derivados de la observación en terreno; por tanto, en el diseño de la matriz de observación, se parte de la pregunta de investigación.

La pregunta que surgió fue: ¿qué datos derivados de la observación en terreno se requieren para responder adecuadamente los interrogantes planteados en esta investigación? Sólo después de haber estado un periodo de tiempo haciendo trabajo de campo fue posible enfrentar productivamente dichos interrogantes.

El siguiente paso fue hacer un listado de los datos requeridos en una columna, al frente de la cual se indicó el tipo de observaciones que deberían llevarse a cabo para obtener estos datos. Luego de trabajar en estas columnas de datos requeridos y observaciones correspondientes, se comenzó a elaborar la matriz, que puede llevarse a una tabla en la cual se indican los distintos datos que deben ser generados a partir de observaciones específicas, y, de acuerdo a ello, se procedió a trabajar de la siguiente manera.

Primer paso

Se realizó la transcripción de todos los materiales empíricos disponibles (observaciones) en un registro a cuatro columnas: registro, comentarios, análisis y categorías.

La primera columna, “registro”, se completó con la transcripción textual de lo observando, es decir, todo lo que fue recogido con el diario de campo.

En la segunda columna, “comentarios”, se colocó la expresión de nuestra subjetividad donde se consignaron las reacciones, emociones, preconceptos, sensaciones, valoraciones de la realidad indagada.

En la tercera columna, “análisis”, se ubicó nuestro análisis, con consideración de las dos columnas anteriores.

La cuarta columna, “categorías”, se detalla en el segundo paso.

La matriz siguiendo el modelo propuesto por Vasilachis; quedaría conformada de la siguiente manera:

Transcripción de texto (registro)	Comentarios	Análisis	Categorías Códigos

Segundo paso

Completado el paso anterior, se procedió a la identificación de los “temas emergentes” mediante la lectura compartida de los materiales. Las unidades de sentido (incidentes) llamativas fueron señalizadas en el material y nombradas, etiquetadas, o codificadas formando “categorías” para poder identificarlas, anotadas en la cuarta columna. Este proceso comparativo continuó hasta que todos los incidentes fueron categorizados.

Tercer paso

Se observaron los temas recurrentes, identificando las categorías o grupos de categorías que se repitieron con mayor frecuencia, a partir del análisis de los conceptos emergentes de la cuarta columna.

Cuarto paso

Se llevó a cabo el fichado de los temas recurrentes. Para ello, se seleccionó una de las categorías que apareció con mayor asiduidad y se la utilizó como título de la ficha. Se transcribieron todos los incidentes que fueron categorizados con dicho nombre, en cada uno de los materiales de campo recogidos.

Quinto paso

Se realizó la comparación de los incidentes contenidos en las fichas, buscando cuáles eran los elementos comunes y no comunes; de esta manera se establecieron las propiedades de las categorías; buscando también qué propiedad de una categoría pertenece a un dato, o bien, a qué parte de una teoría emergente pertenece un incidente.

Sexto paso

Se continuó con la escritura de pequeños memorándums (memorias teóricas), y para ello se registraron los avances que se fueron obteniendo en la teorización. Se realizó la integración de categorías reagrupándolas en una más amplia y comprehensiva, para reducir conceptos. Strauss y Corbin ⁽⁵²⁾ llaman a este proceso “codificación axial”, ya que nuclea categorías más pequeñas. Se continuó con la codificación para un análisis intenso de estas categorías centrales que fueron descubriéndose como aglutinadoras del significado, hasta llegar a la saturación teórica de las mismas, momento en que abandonamos el proceso comparativo, esto es, cuando los datos analizados ya no produjeron información adicional sobre la categoría.

3.- Análisis estadísticos

El progreso del conocimiento en el ámbito estadístico ha sido el cambio de actitud experimentado por todos los profesionales de las áreas de ciencias sociales y, especialmente, en el ámbito de las ciencias de la salud. De una sociedad en la que los roles y el desempeño de la profesión estaban ajustados a la mera aplicación de los conocimientos adquiridos, hemos evolucionado a una sociedad científica, donde la investigación ha pasado a formar parte esencial de nuestra labor diaria.

Se pretende, con ello, que un profesional de la salud o de cualquier ciencia social que se apoye en la cuantificación y en el estudio empírico de lo que observa a diario entienda y conozca los conceptos básicos de la ciencia que le van a permitir, abandonando conductas pragmáticas, profundizar y comprender el fundamento científico de su área de trabajo ⁽⁵³⁾.

3.1.- Datos cuantitativos

A la hora de analizar los datos recogidos para una investigación, la elección de un método de análisis adecuado es crucial para evitar llegar a conclusiones erróneas.

La selección de la técnica de análisis más apropiada se hizo tomando en cuenta distintos aspectos relativos al diseño del estudio y a la naturaleza de los datos que se eligió cuantificar. El número de grupos de observaciones a comparar, su naturaleza (según se tratara de muestras independientes u observaciones repetidas sobre los mismos individuos), el tipo de datos (variables continuas/cualitativas) o su distribución de probabilidad, etc., son elementos determinantes a la hora de conocer las técnicas estadísticas a utilizar.

En este estudio, los datos cuantitativos se describieron mediante frecuencia absoluta y relativa para cada categoría establecida de acuerdo a los estudios de recuento de casos, media, mediana y rango, según los métodos no paramétricos de contraste de U, Mann-Whitney, contraste de Kruskal-Wallis, y pruebas de χ^2 de Pearson, a fin de determinar la significancia estadística de los resultados obtenidos.

La elección de dichos métodos se fundamenta en que son fiables, robustos, universalmente reproducibles y absolutamente pertinentes para analizar las variables elegidas y los resultados de los datos obtenidos. Estas técnicas no paramétricas o contrastes de distribuciones libres no precisan la estimación de parámetros ni suponer conocida ninguna ley de probabilidad subyacente en la población de la que se extrae la muestra, y, a su vez, son más fáciles de aplicar que las paramétricas; al no exigir ninguna condición suplementaria a la muestra sobre su proveniencia de una población con cierto tipo de distribución, son más generales que las paramétricas y se las puede aplicar en los mismos casos en que aquellas son válidas.

En las técnicas no paramétricas, juega un papel fundamental el ordenamiento de los datos, hasta el punto de que, en gran cantidad de casos, ni siquiera es necesario hacer intervenir en los cálculos las magnitudes observadas, más que para establecer una relación de menor a mayor entre ellas, denominadas rangos.

Por otro lado, esta liberación en los supuestos sobre la población tiene inconvenientes: el principal es la falta de sensibilidad que poseen para detectar efectos importantes.

La prueba U de Mann-Whitney (también llamada de Mann-Whitney-Wilcoxon) es una prueba aplicada a dos muestras independientes; es la versión no paramétrica de la habitual prueba T de Student, concebida para contrastar la hipótesis de que dos muestras aleatorias independientes provienen de poblaciones que tienen idénticas distribuciones o no. El contraste se efectúa combinando las dos muestras y disponiendo el conjunto completo de las observaciones, ordenado de menor a mayor, asignándose después números de rango a cada observación.

En el presente análisis, se aplicó a las muestras de pacientes y alumnos para recuento de casos: media, mediana y rango para las variables edad y sexo.

La prueba de Kruskal-Wallis es una extensión de la prueba de la U de Mann-Whitney; es idéntica al ANOVA (análisis de la varianza) con los datos reemplazados por categorías, con la diferencia de que, al tratarse de una prueba no paramétrica, la de Kruskal-Wallis no asume normalidad en los datos, cuando ANOVA sí lo hace, bajo la hipótesis nula de que los datos vienen de la misma distribución.

En resumidos términos, es la alternativa no paramétrica del método ANOVA, y sirve para contrastar la hipótesis de que las muestras cuantitativas han sido obtenidas de la misma población. La única exigencia versa sobre la aleatoriedad en la extracción de las muestras.

En el presente estudio, se realizó recuento de casos, media, mediana y rango de edad de acuerdo a procedencia según este método de contraste, aplicado a ambas muestras de pacientes y alumnos, a fin de establecer la distribución de las variables (Córdoba Capital, Córdoba interior u otras provincias).

La prueba χ^2 de Pearson se considera una prueba no paramétrica que mide la discrepancia entre una distribución observada y otra teórica (bondad de ajuste). Indica en qué medida las diferencias existentes entre ambas, de haberlas, se deben al azar en el contraste de hipótesis. También se utiliza para probar la independencia de dos variables entre sí, mediante la presentación de los datos en tablas de contingencia.

Cuanto mayor sea el valor de χ^2 (chi-cuadrado), menos verosímil es que la hipótesis sea correcta. De la misma forma, cuanto más se aproxima a **cero** el valor de χ^2 , más ajustadas están ambas distribuciones. El análisis de una tabla de este tipo supone que las dos clasificaciones son independientes ⁽⁵⁴⁾.

Existe multitud de situaciones, en el ámbito de la salud, en las cuales el investigador puede interesarse en determinar posibles relaciones entre variables, las cuales no pueden cuantificarse mediante cantidades numéricas.

Ejemplos de este tipo de variables en el presente estudio son: aspectos percibidos por los alumnos en relación al trato con el paciente; concreción de objetivos y metas; grado de importancia que se le otorga al vínculo, por parte de los alumnos; razones para atenderse en la Facultad de Odontología; vías de contacto con los alumnos; cantidad y claridad de las indicaciones recibidas; posibilidades de contactarse con el alumno; aspectos valorados por el paciente respecto del alumno.

En este caso, tendríamos las observaciones agrupadas en forma de frecuencia, dependiendo de las modalidades que presente cada individuo encuestado (paciente o alumno) en cada una de las variables ⁽⁵⁵⁾.

3.2.- Datos cualitativos

El interés por los análisis cualitativos en el contexto de las ciencias de la salud se ha producido a partir de la atención mostrada por los investigadores sociales en las instituciones sanitarias, lo cual ha motivado que la investigación cualitativa en salud se esté definiendo a partir de referentes teóricos y metodológicos tomados principalmente de las ciencias sociales y las humanidades.

En este contexto, la metodología cualitativa ha abierto un espacio multidisciplinario que convoca a profesionales de las más diversas disciplinas (médicos, enfermeras, psicólogos, sociólogos, antropólogos, trabajadores sociales, etc.), lo que, lejos de ser un inconveniente, aporta una gran riqueza en la producción.

En el presente estudio, se optó por el análisis e interpretación de la información a cargo del investigador de manera manual, asumiendo una postura epistemológica por convicción, lo cual permitió, por un lado, la selección y uso de técnicas de recolección de la información y análisis, y, por otro lado, dar rienda suelta a la creatividad al momento de hacer un aporte personal, entendida como valor agregado por parte del investigador al proceso de análisis.

Cuando la mirada del investigador se dirige a problemas de salud en su dimensión social o cultural (concepciones y representaciones, política, administración, instituciones, etc.), los modos de análisis basados en la estadística resultan casi siempre

estrechos, lo que exhorta a la búsqueda de instrumentos metodológicos más flexibles. El resultado es la afluencia de datos muy descriptivos; las propias palabras pronunciadas o escritas por la gente y las acciones observables. Al analizarlos llega el momento más angustioso, quizás, para el investigador poco acostumbrado a confrontar las dos materias primas sobre las que hay que trabajar: el lenguaje, que representa la subjetividad y el mundo de los significados y los símbolos, y la práctica, que representa lo concreto, lo morfológico.

¿Cuál es la materia oculta que tanto cuesta encontrar entre los datos cualitativos? Tres son las principales finalidades del análisis cualitativo según expresan algunos autores: la búsqueda del significado de los fenómenos a partir de los datos concretos, confirmar o rechazar hipótesis, y ampliar la comprensión de la realidad como una totalidad ⁽⁵⁶⁾.

La lógica de pasos que se realizaron con el método: categorización inicial, desarrollo de las categorías iniciales (mediante una codificación más sistemática y el registro de notas interpretativas) y, por último, integración de categorías.

En este último paso, es donde se ubica (además de la prolongación y refinamiento de la codificación, las anotaciones que formulan relaciones hipotéticas entre categorías conceptuales) el trazado de diagramas integradores. El método de Glaser y Strauss nos permitió generar teoría a partir del análisis comparativo y sistemático de los incidentes contenidos en los datos ⁽⁵⁷⁾. El comparar similitudes y diferencias de los hechos nos permitió generar conceptos basados en patrones que se repiten, en torno a los procesos sociales y de salud.

Esto implicó leer y releer la base de datos textuales, descubriendo o etiquetando las llamadas categorías, los conceptos, las propiedades y las relaciones, lo que constituye la sensibilidad teórica.

En el presente estudio, las notas fueron leídas cuidadosamente, de forma intensiva, una y otra vez, hasta conocer al detalle los datos. Se registró lo llamativo, siguiendo las intuiciones; se etiquetaron las ideas que acontecieron durante la lectura y en la reflexión de los datos. Se identificaron los temas emergentes comunes y no comunes, lo que posibilitó la construcción de categorías mediante un proceso de abstracción creciente. El recorrido fue de la descripción a la interpretación, buscando la existencia de conceptos unificadores, para dar lugar al proceso de codificación de las frases.

V.- RESULTADOS

1.- Fase cuantitativa

1.1. Alumnos encuestados

La composición de la muestra de alumnos encuestados, a la que se le aplicó el instrumento diseñado *ad hoc*, fue: de un total de 71 alumnos, 49 (el 69,01%), fueron mujeres, y 22 (el 30,98%), varones; valores que representan la población del estudiantado de la FO, UNC.

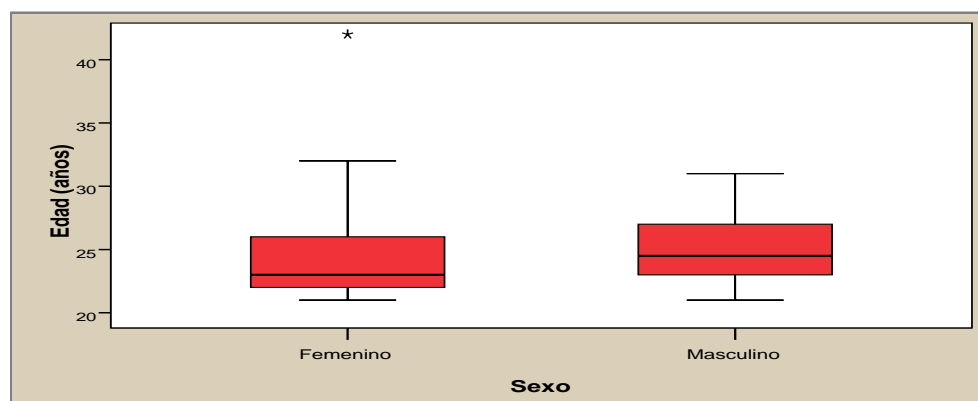
Las dimensiones propuestas para la encuesta dirigida a alumnos fueron: características socio-demográficas y relación alumno-paciente.

Las características socio-demográficas se estudiaron según las variables: edad, sexo, lugar de procedencia (Córdoba Capital, Córdoba interior, otras provincias) y situación laboral (actual y pasada).

Tabla 1: Edad de los alumnos según sexo

Sexo	n	Media	Mediana	Rango	Mann-Whitney (p-valor)
Femenino	49	24,6	23,0	21	0,094
Masculino	22	25,1	24,5	10	
Total	71	24,7	23,0	21	

Fig. 3: Edad de los alumnos según sexo



Respecto de la distribución de los alumnos según sexo y edad, como puede apreciarse, no resultaron significativas las diferencias de edad entre sexos ($p>0.05$), aunque el promedio de edad en mujeres (24,6 años) fue algo menor que el promedio de edad en varones (25,1 años). En la Tabla 1 y en la Fig. 3 se reflejan el recuento de casos, media, mediana y rango de edad por sexo de los alumnos, según el método de contraste de Mann-Whitney.

Como muestran la Tabla 2 y la Fig. 4, en relación a la procedencia de los mismos, la distribución fue similar para Córdoba Capital, con 26 alumnos (el 36,61%), y otras provincias, con 27 (el 38,02%); y menor para Córdoba interior, con 18 alumnos (el 25,35%). Se realizó recuento de casos, media, mediana y rango de edad de acuerdo a su procedencia (Córdoba Capital, Córdoba interior u otras provincias) según el método de Contraste de Kruskal-Wallis.

Tabla 2: Edad de los alumnos según procedencia

Procedencia / Edad	n	Media	Mediana	Rango	Kruskal-Wallis (p-valor)
Córdoba Capital	26	23,3	23,0	10	<0,001
Córdoba interior	18	23,7	23,0	5	
Otras provincias	27	26,8	25,0	20	
Total	71	24,7	23,0	21	

Fig. 4: Edad de los alumnos según procedencia

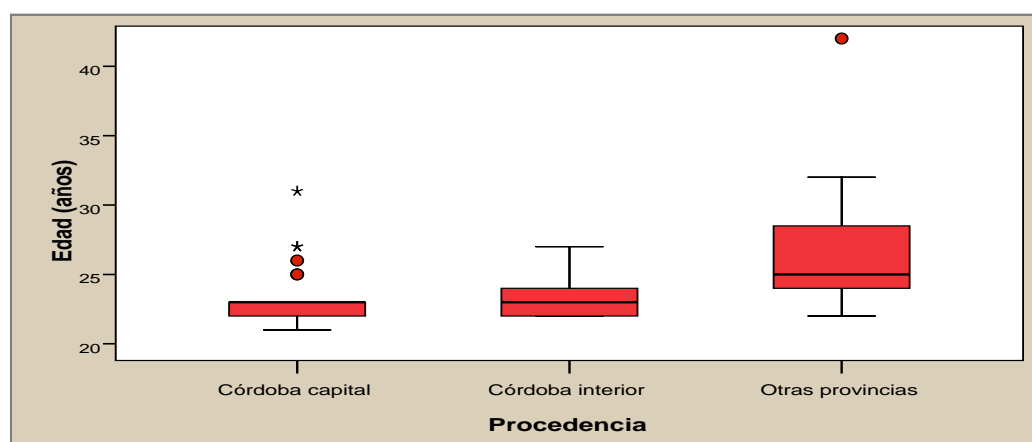


Tabla 3: Situación laboral previa y actual de los alumnos

Tabla de contingencia: Trabajo actual vs Trabajo previo			Trabajo Previo			Total
			No trabajó	Sin relación c/Odontología	En relación c/Odontología	
Trabajo Actual	No trabaja	n	26	13	7	46
		%	36,6%	18,3%	9,9%	64,8%
	Sin relación c/Odontología	n	2	8	1	11
		%	2,8%	11,3%	1,4%	15,5%
	En relación c/Odontología	n	4	6	4	14
		%	5,6%	8,5%	5,6%	19,7%
Total		n	32	27	12	71
		%	45,1%	38,0%	16,9%	100,0%

En la tabla de contingencia 3, de acuerdo al recuento y porcentajes de casos, se contrastó el grupo de 22 alumnos que trabaja y/o tuvo un trabajo relacionado con la odontología (resaltados en color verde en la tabla), con el resto de los alumnos, para verificar si éste es un factor asociado a una mejor relación entre el alumno y el paciente.

La situación más favorable se registró en 4 alumnos que tienen experiencia previa laboral en relación a la profesión y continúan trabajando en el mismo ámbito; se entiende que esto sería una ventaja en cuanto a la desenvoltura del alumno, manejo del paciente y mayores posibilidades de establecer un vínculo con el paciente.

La dimensión “relación alumno-paciente” se estudió a través de las variables: captación del paciente, habilidades comunicativas, continuidad del vínculo, formación académica y cumplimiento de la ética.

Se reflejan en la Tabla 4a, en porcentajes, las diferentes opciones de captación de pacientes utilizadas por los alumnos. La opción más frecuente de captación seleccionada fue “por familiares y amigos”, el 90,1% de los alumnos, seguido de “aviso publicitario”, el 74,6% de los alumnos. Cabe aclarar que los porcentajes no son complementarios entre grupos, dado que los alumnos indicaron más de una opción de captación de pacientes.

Tabla 4a: Opciones de captación de pacientes

Captación de pacientes		Porcentaje
Búsqueda propia	Amigos, familiares, etc.	90,1%
	Aviso publicitario	74,6%
	Centro de Salud	29,6%
Recepción en F.O.		19,7%
D. Espontánea en F.O.		14,1%
Otros		11,3%

En términos generales, la gran mayoría de los alumnos, el 97,2%, capta a sus pacientes mediante búsqueda propia. Como se expresa en la tabla resumida de porcentajes respecto de las opciones de captación (Tabla 4b), es lógico que el porcentaje predominante refleje el modo más favorable desde el punto de vista del vínculo estudiante-paciente, por la posibilidad de un conocimiento previo de ambos.

Tabla 4b: Tabla resumen de opciones de captación de pacientes

Captación de pacientes	Porcentaje
Búsqueda propia	97.2%
Recepción en F.O. / otros	2.8%

La tabla de contingencia 5 relaciona las vías de comunicación de alumnos con los pacientes y los controles efectuados a los mismos, según recuento y porcentajes de casos. Se resaltó en tonos de verde las casillas con “condiciones favorables” y en tonos rojizos las casillas con “condiciones desfavorables”.

Se observó una correlación significativa entre estas variables ($p < 0.05$): cuanto más estrecha la comunicación con el paciente, mayor seguimiento y control del mismo (correlación de Spearman: valor=0.366; $p=0.002$); advirtiéndose que, de los 5 alumnos que establecían una comunicación con sus pacientes por medios exclusivamente tecnológicos (telefonía e internet), sólo uno respondió que no mantenía comunicación con sus pacientes, opción que se presupone desfavorable para el desarrollo vincular paciente-alumno. Afortunadamente, esta situación fue la menos frecuente.

Tabla 5: Vías de comunicación de alumnos con los pacientes

Tabla de contingencia: Comunicación vs Controles			¿Continúa en contacto con sus pacientes?			Total
			No	A veces	Siempre	
Comunicación con el paciente	Telefonía, internet	n	1	4	0	5
		%	1,4%	5,6%	0,0%	7,0%
	Ambos métodos	n	9	43	5	57
		%	12,7%	60,6%	7,0%	80,3%
	Personalmente	n	0	4	5	9
		%	0.0%	5,6%	7,0%	12,7%
Total		n	10	51	10	71
		%	14,1%	71,8%	14,1%	100,0%

La mayoría de los alumnos, 57 (80,3%), utilizó ambas vías de comunicación con el paciente, de los cuales, 43 (60,6%) sólo “a veces” mantenían comunicación con sus pacientes.

La mejor de las situaciones, una comunicación personal y una continuación del vínculo con el paciente, no fue tan frecuente; sólo se dio en 5 casos (7%). Esto es comprensible, ya que sólo sería factible en el caso de aquellos pacientes que han sido incluidos por búsqueda propia, especialmente, del sub-grupo familiares y amigos.

Se complementó este aspecto con la información que surge de la pregunta: “¿Habitualmente, el trato concluye al terminar tu práctica?”. De acuerdo al recuento y porcentajes de casos observados en las tablas 5 y 6, se advierte gran paralelismo entre ellas; en este caso, la situación más favorable sería un trato exclusivamente personal y que no concluya la comunicación completamente al finalizar la práctica, con el compromiso del alumno para el seguimiento del paciente por los períodos de tiempo recomendados para controles o re-citas. Respecto de total de alumnos encuestados, sólo uno no contestó esta pregunta, razón por la cual el total es 70. Quizás, el dato más relevante que puede extraerse de ambos puntos analizados es que tanto la continuidad del contacto como el grado de compromiso fueron escasos, como puede observarse en la siguiente tabla de contingencia.

Tabla 6: Vías de comunicación de alumnos con los pacientes vs compromiso

Tabla de contingencia: Comunicación vs Compromiso			Compromiso: ¿concluye el trato?			Total
			Siempre	A veces	No	
Comunicación con el paciente	Telefonía, internet	n	1	3	1	5
		%	1,4%	4,3%	1,4%	7,1%
	Ambos métodos	n	8	40	8	56
		%	11,4%	57,1%	11,4%	80,0%
	Personalmente	n	5	2	2	9
		%	7,1%	2,9%	2,9%	12,9%
Total		n	14	45	11	70
		%	20,0%	64,3%	15,7%	100,0%

Por otra parte, la gran mayoría de los alumnos contestó que continuaron en contacto “a veces” y que, al finalizar la práctica, “a veces” concluía el trato; demuestran un interés eventual, o bien ponen de manifiesto las dificultades prácticas que existen para mantener una comunicación y/o control con los pacientes, particularmente en el ámbito público universitario de este estudio, lo cual no es ideal si se pretende formar profesionales con un perfil más humanitario y, a la vez, realizar tratamientos más efectivos.

Tabla 7: Utilización y evaluación de contenidos psicosociales por parte de los alumnos para mejorar la relación con sus pacientes

Tabla de contingencia: Contenidos Psicosociales vs Utilidad			Contenidos Psicosociales		Total
			No Utilizó	Si utilizó	
Evaluación de contenidos	Inútiles/poco útiles	n	13	3	16
		%	18,8%	4,3%	23,2%
	Útiles	n	17	27	44
		%	24,6%	39,1%	63,8%
	Muy útiles	n	3	6	9
		%	4,3%	8,7%	13,0%
Total		n	33	36	69
		%	47,8%	52,2%	100,0%

En la Tabla 7 puede observarse que el número de alumnos que dicen haber aplicado contenidos psicosociales para mejorar la relación alumno-paciente, 36 (52,2%), fue cercano al de los que manifestaron no hacerlo, 33 (47,8%). A pesar de esto,

la mayoría evaluó los contenidos como útiles o muy útiles, respectivamente: 44 (63,8%) y 9 (13,0%).

Del total de los encuestados, 16 (23,2%) consideraron que la utilización de contenidos psicosociales era inútil o poco útil. En la tabla 7, se resaltó en tonos verdes las casillas consideradas positivas y en tonos rojizos las casillas consideradas negativas.

Los porcentajes de evaluación de contenidos difirieron significativamente ($p < 0.05$) entre los alumnos que utilizaron contenidos psicosociales y los que no (χ^2 de Pearson: 9.410; $p = 0.007$). El recuento se realizó sobre la base del total de alumnos que respondieron la pregunta, 69; sólo 2 no lo hicieron, respecto del total de la muestra (71).

Tabla 8a: Aspectos percibidos por los alumnos en relación al trato del paciente, según sexo

Aspecto negativo evaluado	Total	Mujeres	Varones	χ^2 (p-valor)
Se siente ansioso (si)	40,0%	51,1%	15,0%	0,006
Necesita mayor seguridad en el trato (si)	51,5%	46,7%	61,9%	0,249
Se siente naturalmente seguro (no)	28,8%	34,8%	15,0%	0,103
Se enfoca sólo en lo técnico-científico (si)	41,0%	38,6%	47,1%	0,549
Se siente preparado por sus conocimientos (no)	25,0%	20,8%	35,0%	0,219

Los porcentajes expresados en la Tabla 8a reflejan los aspectos negativos según sexo y pruebas de χ^2 de Pearson, percibidos por los alumnos en relación al trato del paciente.

En el primer aspecto evaluado, “ansiedad”, se verificó una diferencia significativa entre mujeres y varones ($p < 0,05$); el riesgo relativo (RR) de ansiedad en mujeres es 3,4 veces mayor que en varones (IC 95% 1,155- 10,051). La mayoría indicó que necesita adquirir más seguridad en el trato hacia el paciente (51,5%), particularmente los varones (61,9%). El 41% de los alumnos tiene un enfoque casi exclusivamente técnico-científico, información que resulta de gran relevancia para el presente estudio.

Tabla 8b: Aspectos percibidos por los alumnos en relación al trato del paciente, según procedencia

Aspecto negativo evaluado	Total	Córdoba capital	Córdoba interior	Otras provincias	Chi ² (p-valor)
Se siente ansioso (si)	40,0%	40,9%	44,4%	36,0%	0,851
Necesita mayor seguridad en el trato (si)	51,5%	45,5%	50,0%	57,7%	0,692
Se siente naturalmente seguro (no)	28,8%	21,7%	29,4%	34,6%	0,609
Se enfoca sólo en lo técnico-científico (si)	41,0%	52,4%	29,4%	39,1%	0,350
Se siente preparado por sus conocimientos (no)	25,0%	29,2%	27,8%	19,2%	0,685

En la tabla de contingencia 8b, se observan los porcentajes de elementos negativos y pruebas de Chi² de Pearson, con respecto a aspectos percibidos por los alumnos de la muestra al momento de relacionarse con los pacientes, según su procedencia.

En general, los porcentajes variaron escasamente según la procedencia, sin diferencias estadísticamente significativas en todas las preguntas evaluadas ($p > 0,05$), pero cabe mencionar que los alumnos de Córdoba Capital registraron un porcentaje bastante elevado (52,4%) en relación a su percepción respecto de enfocarse más en lo técnico y científico al tratar a los pacientes.

En el siguiente caso, reflejado en la Tabla 9, según el recuento y porcentajes de grados de importancia de la privacidad, se observa que casi la totalidad de los alumnos, 70 (98,6%), consideró importante o muy importante resguardar la información personal de los pacientes suministrada al realizar la historia clínica.

Tabla 9: Importancia otorgada a la privacidad de la información suministrada por el paciente

Grado de importancia	n	%
Poco importante	1	1.4%
Importante	24	33.8%
Muy importante	46	64.8%
Total	71	100.0%

En la Tabla 10, se observan porcentajes descriptivos de percepción de los alumnos en relación a la participación del docente. Para complementar la información anterior respecto de imitar el desempeño del docente (conocimientos, competencias, destrezas y técnicas), se presenta la siguiente tabla en la que se expresan, en orden decreciente de frecuencia, las situaciones mencionadas como ejemplo por los alumnos.

Tabla 10: Aspectos percibidos por los alumnos relacionados con el docente

Aspecto evaluado	Sí	No	A veces
¿Se siente respaldado por el docente en las prácticas?	85,7%	14,3%	-
¿Sintió que el docente interfirió en el vínculo alumno-paciente?	59,2%	40,8%	-
¿Tomó como modelo al docente en relación al trato del paciente?	19,7%	9,9%	70,4%
¿Intenta imitar al docente en conocimientos, destrezas, etc.?	40,6%	8,7%	50,7%

Expresado en números, en la Tabla 11, del total de alumnos encuestados, 45 respondieron a esta pregunta; la mayoría (36) considera que sus docentes le brindan buenos ejemplos a imitar, contra la minoría (9) que opinó lo contrario. 26 estudiantes omitieron responder.

Tabla 11: Situaciones descritas por los alumnos como ejemplos de los docentes

Buenos ejemplos para imitar	n
En algunas situaciones clínicas	20
Buen trato al paciente	5
En adaptar el lenguaje al paciente	4
Buenos ejemplos (sin especificar)	4
Tranquilizar al paciente	3
TOTAL	36
Malos ejemplos para imitar	n
Malos ejemplos (sin especificar)	4
Disconforme con el trato brindado	4
Se deben mejorar técnicas	1
TOTAL	9

Tabla 12a: Logro de objetivos y metas propuestas de alumnos según sexo

¿Concretó sus objetivos y metas?	Total	Mujeres	Varones	Chi ² (p-valor)
No	11,9%	13,2%	9,5%	0,268
Escasamente o parcialmente	30,5%	36,8%	19,0%	
Sí	57,6%	50,0%	71,4%	

Respecto de los porcentajes de concreción de objetivos y metas según sexo y prueba de Chi², el 57,6% de los alumnos respondió que había alcanzado sus objetivos y metas propuestas (50% las mujeres y 71,4% los varones). Pese a que se observaron diferencias porcentuales entre sexos según la cumplimentación de objetivos, éstas no resultaron estadísticamente significativas (Chi² de Pearson: 0,268; p>0,05).

Tabla 12b: Logro de objetivos y metas propuestas de alumnos según procedencia

¿Concretó sus objetivos y metas?	Total	Córdoba Capital	Córdoba interior	Otras provincias	Chi ² (p-valor)
No	11,9%	18,2%	7,1%	8,7%	0,195
Escasamente o parcialmente	30,5%	31,8%	50,0%	17,4%	
Sí	57,6%	50,0%	42,9%	73,9%	

En relación a los porcentajes de concreción de objetivos y metas según procedencia y prueba de Chi², sobre un total de 53 alumnos que respondieron esta pregunta, el 57,6% indicó que había concretado sus objetivos y metas propuestos respecto del tratamiento efectuado; el 73,9% fueron alumnos procedentes de otras provincias; en Córdoba Capital, este porcentaje fue de 50%, y, en el interior, de 42,9%, pero las diferencias porcentuales no resultaron estadísticamente significativas (Chi² de Pearson: 6,061; p>0,05).

Tabla 13: Objetivos y metas alcanzados o no, según los alumnos

Objetivos y metas alcanzados	n
Logró alcanzar las metas (sin especificar)	17
Satisfacción por el trabajo bien hecho	4
Se cumplieron algunas	4
Metas y objetivos escasamente cumplidos	22
TOTAL	47
Objetivos y metas no alcanzados	n
Rehabilitaciones incompletas	3
Falta infraestructura	2
Consideró la práctica "negativa"	1
TOTAL	6

Se profundizó el análisis anterior, detallando los objetivos y metas alcanzados o no, como se aprecian en la Tabla 13. Un total de 53 encuestados respondió esta consulta, mientras que 18 no respondieron.

En relación a la pregunta de la encuesta: “¿Consideras que establecer un vínculo con el paciente tiene valor respecto del éxito del tratamiento en tus prácticas de grado?”, se obtuvieron las siguientes respuestas, expresadas en porcentajes de grado de importancia, considerado según sexo y prueba de χ^2 .

Tabla 14a: Grado de importancia del vínculo establecido con el paciente en relación al éxito del tratamiento según sexo

Grado de importancia considerado	Total	Mujeres	Varones	χ^2 (p-valor)
Poco importante	0,0%	0,0%	0,0%	0,979
Importante	22,5%	22,4%	22,7%	
Muy importante	77,5%	77,6%	77,3%	

Se observa que todos los alumnos consideraron importante o muy importante el vínculo con el paciente en relación al éxito del tratamiento. Específicamente, el 77,5% lo consideró “muy importante”. Las diferencias porcentuales entre sexos no resultaron estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabla 14b: Grado de importancia del vínculo establecido con el paciente en relación al éxito del tratamiento según procedencia

Grado de importancia considerado	Total	Córdoba capital	Córdoba interior	Otras provincias	Chi ² (p-valor)
Poco importante	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,125
Importante	22,5%	30,8%	5,6%	25,9%	
Muy importante	77,5%	69,2%	94,4%	74,1%	

En cuanto al grado de importancia considerado según procedencia y prueba de Chi², las respuestas obtenidas fueron: “muy importante”, el 77,5%; “importante”, el 22,5%. Ninguno contestó que lo consideraba poco importante. Eligieron “muy importante”: el 94,4% de los alumnos procedentes del interior de Córdoba, el 74,1% de los alumnos procedentes de otras provincias y el 69,2% de los alumnos de Córdoba Capital, pero las diferencias no resultaron significativas ($p > 0,05$).

Tabla 15: Motivos que otorgan importancia al vínculo con el paciente

Motivos	n
El paciente se siente más comprometido con el tratamiento propuesto, no abandonando el mismo	41
Es más fácil que entienda lo que deseamos transmitirle, se agiliza la comunicación.	32
Adopta una actitud más participativa, con predisposición en la curación y recuperación de su Salud	49

Respecto de los motivos por los que el alumno considera importante el vínculo con el paciente en relación al éxito del tratamiento, con referencia a la pregunta de la encuesta: “¿Consideras que tus prácticas en general han sido beneficiosas para los pacientes?”, se refleja en el recuento numérico expresado en la Tabla 15 el número de alumnos que considera importante el vínculo establecido con su paciente. Cabe aclarar que se podía elegir más de una opción.

Tabla 16a: Beneficio obtenido de las prácticas, según sexo de los alumnos

Prácticas beneficiosas	Total	Mujeres	Varones	Chi ² (p-valor)
No	0,0%	0,0%	0,0%	0,950
A veces	23,2%	23,4%	22,7%	
Sí	76,8%	76,6%	77,3%	

De acuerdo a los porcentajes de respuestas según prueba de Chi² de Pearson, el 76,8% de los alumnos consideró que sus prácticas fueron beneficiosas para los pacientes; el 23,2%, que “a veces”, y ninguno respondió que no lo fueron. Los porcentajes resultaron muy similares para ambos sexos y sus diferencias no fueron significativas estadísticamente ($p > 0,05$).

Tabla 16b: Beneficio obtenido de las prácticas, según procedencia de los alumnos

Prácticas beneficiosas	Total	Córdoba capital	Córdoba interior	Otras provincias	Chi ² (p-valor)
No	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.040
A veces	23.2%	8.0%	41.2%	25.9%	
Sí	76.8%	92.0%	58.8%	74.1%	

Las respuestas expresadas en porcentajes en relación al beneficio obtenido de las prácticas según la procedencia de los alumnos, obtenidas con prueba de Chi² de Pearson, arrojan que: el 92% de los alumnos procedentes de Córdoba Capital consideró que sus prácticas resultaron beneficiosas para el paciente, en contraste con los del interior de Córdoba (58,8%) y otras provincias (74,1%). Las diferencias resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

En relación a la pregunta de la encuesta: “¿Qué crees que se puede modificar para construir una mejor relación estudiante-paciente en las prácticas clínicas?”, se obtuvieron las sugerencias de 49 alumnos, ordenadas según frecuencias mostradas en la Tabla 17.

Dichas sugerencias reflejan las necesidades y limitaciones que perciben los alumnos, y se recomienda tenerlas muy en cuenta al momento de implementar modificaciones en el futuro, tanto académicas como de infraestructura. 22 alumnos omitieron responder este interrogante.

Aplicando prueba de χ^2 , el 62,3% de los alumnos encuestados creen que se necesita profundizar sobre aspectos de la relación paciente-profesional.

Tabla 17: Sugerencias de los alumnos para construir una mejor relación con el paciente

Sugerencia para mejorar relación Estudiante-Paciente	n
Mayor compromiso y más continuidad	12
Intentar rehabilitación completa	11
Disponer más tiempo-comodidades para establecer vínculo	9
Mejorar la comunicación docente-alumno	4
Reforzar lineamientos	4
Mayor flexibilidad	3
Mejorar la infraestructura	3
Mayor difusión e información	2
Brindar mayor seguridad al paciente y al alumno	1
Banco de pacientes	1

En la tabla 18a, se muestran los datos obtenidos en respuesta a la pregunta: “¿Crees que necesitas profundizar más sobre aspectos vinculados a la relación paciente-profesional?”. Las diferencias porcentuales entre sexos no resultaron significativas estadísticamente ($p>0,05$).

Tabla 18a: Necesidad de profundizar la relación paciente-profesional según sexo de los alumnos

¿Cree que necesita profundizar sobre la relación paciente-profesional?	Total	Mujeres	Varones	χ^2 (p-valor)
No	37,7%	40,0%	33,3%	0,610
Sí	62,3%	60,0%	66,7%	

En forma similar a la tabla 18a, los porcentajes obtenidos con prueba de χ^2 no se diferenciaron significativamente según las diferentes procedencias de los alumnos ($p>0,05$), reflejados en la tabla 18b.

Tabla 18b: Necesidad de profundizar la relación paciente-profesional según procedencia de los alumnos

¿Necesita profundizar?	Total	Córdoba Capital	Córdoba interior	Otras provincias	Chi ² (p-valor)
No	37,7%	41,7%	40,0%	31,8%	0,772
Sí	62,3%	58,3%	60,0%	68,2%	

En cuanto a los comentarios obtenidos sobre la opinión de los alumnos respecto de las prácticas clínicas, se obtuvieron 58 respuestas; 13 estudiantes se abstuvieron de responder. La valoración general de frecuencias asociadas a comentarios sobre la experiencia clínica muestra que ésta fue positiva.

Tabla 19: Comentarios sobre la experiencia clínica

Comentario sobre experiencia clínica	n
Muy buena (sin especificar)	28
Buena (sin especificar)	17
Buena, pero exigente	4
Valora el vínculo Estudiante-paciente	3
Buena pero traumática	1
Regular	3
Inconvenientes con la infraestructura	1
Mala	1
TOTAL	58

1.2. Pacientes encuestados

La composición de la muestra de pacientes encuestados fue: de un total de 70 pacientes, el 58,57% (41) fueron mujeres y el 41,42 % (29) fueron varones; respecto del lugar de residencia, la mayoría residía en Córdoba Capital, 72,85% (51), 20% (14) en el interior de Córdoba y sólo 7,14 % (5) en otras provincias.

Las dimensiones propuestas para la encuesta dirigida a pacientes fueron: características socio-demográficas de la población, motivación de la demanda y calidad de la atención recibida.

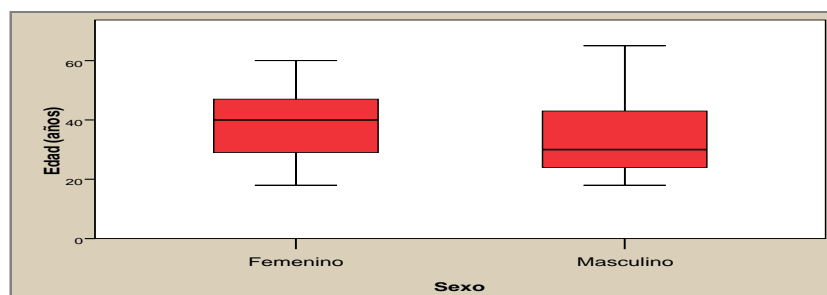
Las características socio-demográficas fueron estudiadas según las variables independientes: edad, sexo, nivel de estudios alcanzado, lugar de residencia y situación laboral.

Tabla 20: Edad de los pacientes en años según sexo

Sexo	N	Media	Mediana	Rango	Mann-Whitney (p-valor)
Femenino	41	39,0	40	18-60	0,101
Masculino	29	34,1	30	18-65	
Total	70	36,9	36	18-65	

Como se aprecia en la Tabla 20 y en la Figura 5, se expresa el recuento de casos, media, mediana y rango de edad según sexo y totales, obtenidos con contraste de Mann-Whitney.

Fig. 5: Relación edad de los pacientes en años según sexo



Como se aprecia en la figura de cajas o *boxplot*, las diferencias de edad entre sexos ($p>0,05$) no resultaron significativas, aunque el promedio de edad en mujeres (24,6 años) fue algo menor que el promedio de edad en varones (25,1 años).

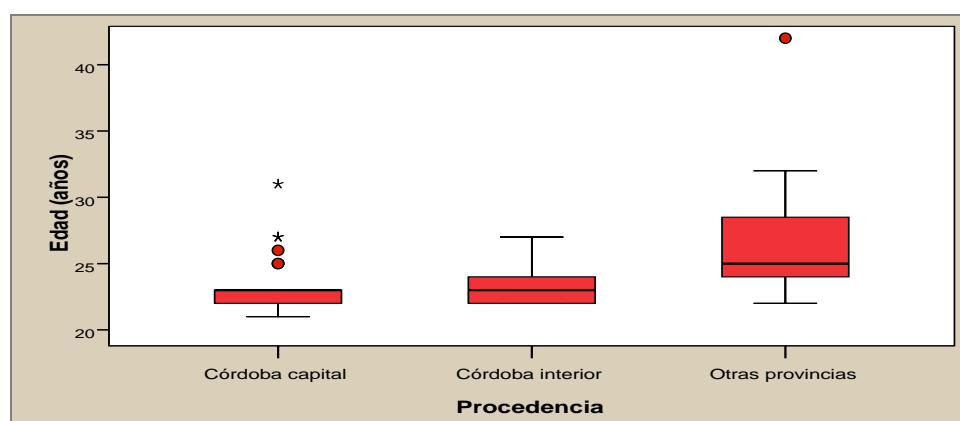
Tabla 21: Edad de los pacientes en años según procedencia

Procedencia	n	Media	Mediana	Rango	Kruskal-Wallis (<i>p</i> -valor)
Córdoba Capital	26	23,3	23,0	10	<0,001
Córdoba interior	18	23,7	23,0	5	
Otras provincias	27	26,8	25,0	20	
Total	71	24,7	23,0	21	

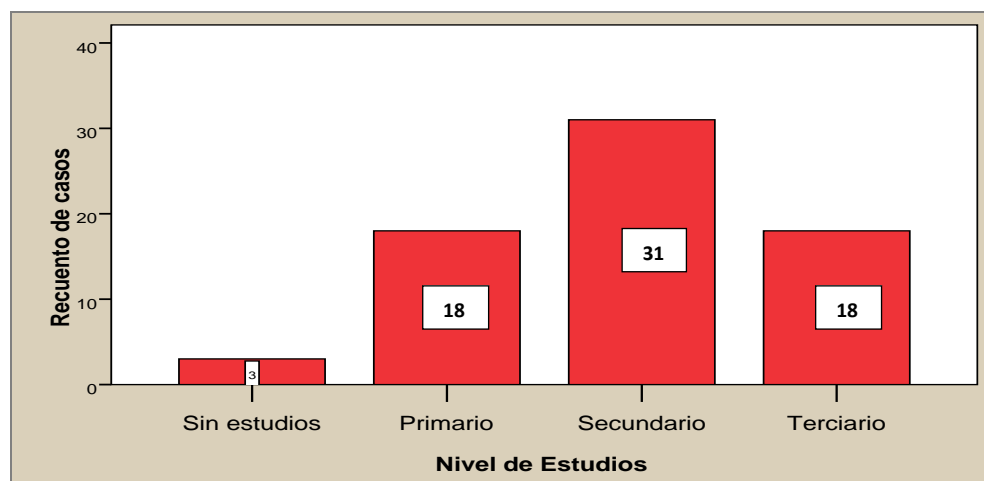
En la Tabla 21 y en la Figura 6, de cajas o *boxplot*, se observan las diferencias según el recuento de casos, media, mediana y rango de edad según residencia, obtenidos según contraste de Kruskal-Wallis.

Las diferencias de edad según la residencia de los pacientes no resultaron significativas ($p>0,05$); aun así, se debe mencionar que el grupo de pacientes residentes en otras provincias registraron una media mayor que los demás grupos (26,8 años). Sin embargo, la cantidad de casos evaluados en este grupos fue escasa (5 pacientes).

Fig. 6: Edad de los pacientes en años según procedencia



La variable procedencia se tendrá en cuenta al evaluar diversos aspectos de la encuesta a pacientes, por considerar que la lejanía del lugar de atención puede ser un factor de riesgo asociado a las variables analizadas.

Fig.7: Nivel de estudio de los pacientes

En la tabla de contingencia 22, según recuento y porcentajes de casos, se verificó que la situación laboral difería significativamente según el nivel de estudios de los pacientes (χ^2 de Pearson: 16,909; $p=0,031$).

Tabla 22: Situación laboral vs nivel de estudios

Tabla de contingencia: Trabajo vs Nivel de Estudios			Nivel de Estudios del paciente			Total
			Primaria y sin estudios (*)	Secundaria	Terciaria/ Universitaria	
Situación laboral	No trabaja ni cobra plan	n	2	7	6	15
		%	9,5%	22,6%	33,3%	21,4%
	Cobra plan o subsidio	n	6	2	2	10
		%	28,6%	6,5%	11,1%	14,3%
	T. precario o hace changas	n	0	5	4	9
		%	0,0%	18,5%	26,7%	14,8%
	Jubilado o pensionado	n	4	2	0	6
		%	21,1%	7,4%	0,0%	9,8%
	Trabajo estable	n	7	11	3	21
		%	36,8%	40,7%	20,0%	34,4%
Total		n	19	27	15	61
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Según el recuento de casos, sobre los 70 pacientes encuestados: 18 pacientes respondieron tener estudios terciarios (completos o incompletos); 31 pacientes, estudios secundarios (completos o incompletos); 18 pacientes, estudios primarios (completos o

incompletos); y 3 pacientes respondieron no tener estudios. Es decir que el 44,28% de los pacientes tenía estudios secundarios terminados o al menos incompletos.

Dentro del grupo de pacientes de bajo nivel de estudios, el porcentaje con plan social o subsidio fue elevado (28,6%). También es relevante el porcentaje general de pacientes que no trabajaban ni cobraban planes (21,4%), considerando los tres niveles de estudio, con la salvedad de que el elevado porcentaje de pacientes de nivel terciario o universitario en estas circunstancias (33,3%) podría no considerarse como un factor negativo, sino lo contrario, ya que, justamente por su condición de alumnos universitarios, se esperaría que no trabajaran para abocarse a sus estudios.

La dimensión “motivación de la demanda” incluyó los motivos por los cuales se concurrió a la práctica clínica, según las variables **dependientes**: urgencia, inicio de tratamiento, continuación de mismo, control de tratamiento y otros.

En relación a la pregunta de la encuesta: “¿Se ha hecho atender anteriormente en la Facultad?”, los resultados se muestran en la Tabla 23.

Tabla 23: Atención en la Facultad de Odontología

¿Se atendió anteriormente en la FO?	Total	Mujeres	Varones	Chi ² (p-valor)
No	44.3%	34.1%	58.6%	0.042
Sí	55.7%	65.9%	41.4%	

Las respuestas en relación a la atención previa en la Facultad de Odontología, según sexo y de acuerdo a la prueba de Chi cuadrado de Pearson, expresadas en porcentajes, fueron: el 55,7% de los pacientes se atendió anteriormente, situación más frecuente en el grupo de mujeres, cuyo porcentaje, 65,9%, fue significativamente mayor que en el caso de los varones, 41,4% ($p < 0,05$).

Tabla 24: Razones por las cuales eligió hacerse atender en la FO

¿Por qué eligió atenderse en la Facultad?	Atendido anteriormente en la F.O.		Total
	NO	Sí	
Por elección personal	19,4%	35,9%	28,6%
Por necesidad	12,9%	23,1%	18,6%
Por recomendación	35,5%	5,1%	18,6%
Por el precio	16,1%	12,8%	14,3%
Lo llevó (buscó) el alumno	16,1%	10,3%	12,9%
Por publicidad radial	0,0%	5,1%	2,9%
Programa PASOS	0,0%	5,1%	2,9%
Para continuar tratamiento	0,0%	2,6%	1,4%
TOTAL	44,3%	55,7%	100%

Las razones por las cuales los pacientes eligieron hacerse atender en la FO difirieron significativamente ($p < 0,05$) entre quienes se atendieron por primera vez y quienes se habían atendido con anterioridad (Chi cuadrado de Pearson: 15,756; $p = 0,027$). La elección más frecuente en pacientes que se atendieron por primera vez fue “por recomendación” (35,5%), en tanto que, para el otro grupo, los “motivos personales” fueron los más evocados (35,9%).

Tabla 25: Motivos específicos de asistencia en el servicio

Tabla de contingencia: Causa vs Residencia			Residencia del paciente			Total
			Córdoba capital	Córdoba interior	Otras provincias	
Causa de asistencia al servicio	Urgencia	n	6	1	0	7
		%	11,8%	7,1%	0%	10,0%
	Iniciar tratamiento	n	23	7	2	32
		%	45,1%	50,0%	40,0%	45,7%
	Continuar tratamiento	n	21	5	1	27
		%	41,2%	35,7%	20,0%	38,6%
	Control	n	1	1	2	4
		%	2,0%	7,1%	40,0%	5,7%
Total		n	51	14	5	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La tabla de contingencia 25, de acuerdo al recuento y porcentajes de casos en respuesta a la pregunta “¿Por qué vino hoy al servicio?”, nos permite verificar que las causas de asistencia al servicio de atención de la Facultad de Odontología diferían

significativamente según la residencia de los pacientes ($p < 0,05$), (χ^2 de Pearson: 13,029; $p = 0,043$).

El mayor número de encuestados, 32 (45,7%), asistió para “iniciar tratamiento”; 27 encuestados (38,6%) asistieron para “continuar el tratamiento”; 7 encuestados (10%), por “urgencia”, y 4 encuestados (5,7%), por “control”. Se podría interpretar que los resultados coloreados en verde son situaciones favorables, no sólo por el hecho de la continuación o control del tratamiento, ya que eso nos habla de un compromiso asumido de parte del paciente y también del vínculo entre alumno-paciente.

Con respecto a los datos coloreados en naranja, “urgencia”, se considera el dato menos significativo en cuanto al establecimiento de un vínculo terapéutico, debido a las condiciones de dicha consulta, por lo general, ocasional. La mayoría de los casos se presentó en pacientes residentes en Córdoba Capital, 6 (11,8%), algo totalmente lógico, dadas las distancias y los tiempos necesarios para recorrerlas. Uno de cada diez pacientes asistió por alguna urgencia odontológica, 7 (10%).

Tabla 26a: Vías de contacto con el alumno

Vías de contacto con el alumno	Total	Mujeres	Varones	χ^2 (p-valor)
Recepción de pacientes (FO)	13,0%	12,5%	13,8%	0,519
Recomendación	20,3%	20,0%	20,7%	
Amigos, familiares, etc.	33,3%	27,5%	41,4%	
Aviso público	33,3%	40,0%	24,1%	

En relación a la pregunta de la encuesta: “¿Cómo se contactó Ud. con el alumno que lo atendió?”, se obtuvieron las siguientes respuestas según sexo del paciente, en porcentajes, según prueba de Chi cuadrado de Pearson.

Fue similar el valor obtenido en vías de contacto por “aviso público” (33,3 %) al de contacto por “amigos o familiares” (33,3%). Éste último y el contacto por “recomendación” (20,3%) se interpretan como situaciones favorables (coloreadas en verde), ya sea por la confianza que se genera en la “recomendación” o porque existe un vínculo previo. Las diferencias de porcentajes entre sexos no fueron significativas estadísticamente ($p > 0,05$).

Tabla 26b: Respuestas en las vías de contacto con el alumno según residencia

Vías de contacto con el alumno	Total	Córdoba Capital	Córdoba interior	Otras provincias	Chi ² (p-valor)
Recepción de pacientes (FO)	13,0%	12,0%	21,4%	0,0%	0,015
Recomendación	20,3%	12,0%	42,9%	40,0%	
Amigos, familiares, etc.	33,3%	36,0%	35,7%	0,0%	
Aviso público	33,3%	40,0%	0,0%	60,0%	

Las diferencias expresadas en porcentajes resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,05$) respecto de las vías de contacto con el alumno según residencia del paciente, obtenidas con prueba de Chi cuadrado de Pearson. La mayor diferencia se observa en el porcentaje de pacientes de otras provincias que toman contacto con el alumno por aviso público; esto puede deberse a la difusión escrita, radial y por distintos medios comunicativos que emplean los alumnos para convocar pacientes requeridos para sus prácticas.

La dimensión “valoración de la atención recibida” se estudió a través de: la información receptada sobre cuidados de salud bucal, trato recibido durante la atención, grado de comprensión de las indicaciones recibidas y valoración de la atención recibida en relación a la mejora de su salud.

Tabla 27: Información sobre cuidados de la salud bucal

¿Le brindó información sobre salud bucal?		Recuento
Sí (77,1%)	Higiene bucal (cepillado)	52
	Importancia del uso de fluoruros	14
	Consejos sobre alimentación	13
	Otros	1
No (22,9%)		16

La Tabla 27 muestra, en porcentajes y recuento, tipo de información brindada sobre salud bucal, y si se efectuó o no en respuesta a la pregunta: “¿El alumno le brindó información sobre cuidados de la salud bucal?”

Un total de 16 pacientes (22,9%) dijo no haber recibido información sobre cuidados de salud bucal; los 54 restantes (77,1%) señalaron que sí habían recibido información al respecto, principalmente, sobre higiene bucal (cepillado), 52, y, en

menor frecuencia, sobre la importancia del uso de fluoruros y sobre consejos alimenticios. Cabe aclarar que los encuestados podían elegir más de una respuesta positiva. No se verificaron diferencias significativas en los porcentajes al contrastar los grupos por género ni por residencia de los pacientes ($p>0,05$) en ambos casos.

La tabla de contingencia 28 muestra los datos obtenidos en respuesta a: “¿Cómo fue el trato que recibió del alumno que lo está atendiendo?”.

Tabla 28: Percepción del paciente sobre el trato recibido del alumno

Tabla de contingencia: Trato vs Residencia			Residencia del paciente			Total
			Córdoba capital	Córdoba interior	Otras provincias	
Trato del alumno	Malo	n	0	0	0	0
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Regular	n	0	0	0	0
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Aceptable	n	5	7	4	16
		%	9,8%	50,0%	80,0%	22,9%
	Bueno/muy bueno	n	46	7	1	54
		%	90,2%	50,0%	20,0%	77,1%
Total		n	51	14	5	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

De acuerdo al recuento y los porcentajes de casos, se debe resaltar que: ninguno de los 70 pacientes encuestados dijo haber recibido un mal trato o siquiera regular; 16 encuestados (22,9%) consideraron que el trato fue aceptable, y 54 encuestados (77,1%) indicaron haber recibido un buen o muy buen trato de parte del alumno (aspectos positivos resaltados en tonos de verde).

Cabe señalar que la mayoría de los residentes de otras provincias, 4 (80,0%), valoraron como “aceptable” el trato, en tanto que, de los de Córdoba Capital, sólo 5 (9,8%) valoraron el trato como aceptable, y 46 (90,2%), como bueno o muy bueno. Las diferencias porcentuales según residencia resultaron estadísticamente significativas ($p<0,05$) al contrastar sólo los porcentajes de las opciones “trato aceptable” y “trato bueno/muy bueno” según la residencia de los pacientes (χ^2 de Pearson: 20,037; $p<0,001$). De acuerdo a este resultado, el trato fue mejor para los residentes de la capital que para los de otras provincias, según la percepción de los pacientes.

En la Tabla 29a se muestran los resultados obtenidos para la pregunta “¿Considera usted que las indicaciones recibidas han sido claras y suficientes?”.

Tabla 29a: Claridad y cantidad en las indicaciones vs residencia

Tabla de contingencia: Claridad y Cantidad vs Residencia			Residencia del paciente			Total
			Córdoba Capital	Córdoba interior	Otras provincias	
Indicaciones claras y suficientes	Definitivamente No	n	1	0	0	1
		%	2,0%	0%	0%	1,4%
	Parcialmente	n	3	10	2	15
		%	5,9%	71,4%	40,0%	21,4%
	Definitivamente Sí	n	47	4	3	54
		%	92,2%	28,6%	60,0%	77,1%
Total		n	51	14	5	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La situación más favorable se da en los pacientes de Córdoba Capital, en donde 47 de ellos (92,2%) señalan la opción “definitivamente sí” respecto de si las indicaciones habían sido claras y suficientes; en contraste, sólo 4 (28,6%) y 3 (60%) de los residentes del interior de Córdoba y de otras provincias, respectivamente, indicaron esta respuesta; el resto de ellos interpretó que las indicaciones no eran tan claras ni suficientes. Los porcentajes difirieron significativamente ($p < 0,05$) según la residencia de los pacientes (χ^2 de Pearson: 29,225; $p < 0,001$).

Tabla 29b: Claridad en las indicaciones vs nivel de estudio del paciente

Tabla de contingencia: Claridad y Cantidad vs Residencia			Nivel de Estudios			Total
			Primaria y sin estudios	Secundaria	Terciaria / Universitaria	
Indicaciones claras y suficientes	Definitivamente No	n	1	0	0	1
		%	4,8%	0,0%	0,0%	1,4%
	Parcialmente	n	2	6	7	15
		%	9,5%	19,4%	38,9%	21,4%
	Definitivamente Sí	n	18	25	11	54
		%	85,7%	80,6%	61,1%	77,1%
Total		n	21	31	18	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

De acuerdo a lo que reflejan el recuento y los porcentajes de casos mostrados en la tabla de contingencia, la interpretación de los resultados, al considerar el nivel de estudios de los pacientes respecto de las indicaciones recibidas, se hace dificultosa, ya que aquellos que tenían un nivel de estudio bajo fueron quienes más frecuentemente consideraron claras y suficientes las indicaciones, 18 (85,7%), lo que da la idea de una mayor capacidad de entendimiento y/o cultura general. En el grupo de pacientes con estudios terciarios o universitarios, este porcentaje fue menor, 61,1%, aunque estas diferencias porcentuales carecieron de significatividad estadística ($p > 0,05$), (χ^2 de Pearson: 7,194; $p = 0.126$).

En la tabla 30a, se muestran porcentajes de aspectos valorados por el paciente sobre el alumno según sexo y pruebas de χ^2 de Pearson. Al interrogar a los alumnos con respecto a: “¿Qué es lo que más valora del modo en que atiende este alumno?”, se obtuvo que los aspectos más apreciados por los pacientes sobre el alumno fueron en orden decreciente: 34 de ellos (48.6%) seleccionaron el “respeto”; medida casi idéntica a la de “responsabilidad”, que fue marcada por 33 de los pacientes (47,1%).

Tabla 30a: Aspectos más valorados por el paciente sobre el alumno que lo atendió

Aspectos valorados por el paciente sobre el alumno	Total	Mujeres	Varones	χ^2 (p-valor)
Es respetuoso	48,6%	53,7%	41,4%	0,311
Es responsable	47,1%	39,0%	58,6%	0,106
Escucha	41,4%	36,6%	48,3%	0,328
Le tiene confianza	38,6%	51,2%	20,7%	0,010
Está bien preparado	32,9%	36,6%	27,6%	0,430

El aspecto que se valoró con menor frecuencia fue la preparación del alumno; sólo 23 de los pacientes (32,9%) tildaron esta opción. Los aspectos del alumno más ponderados por las pacientes mujeres fueron el respeto y la confianza, en tanto que, para los varones, lo más valorado fue la responsabilidad y que el alumno lo escuche (Tabla 30a). Las diferencias porcentuales según sexo resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,05$) sólo en relación a la valoración de la confianza (χ^2 de Pearson: 6,682; $p = 0,010$).

Tabla 30b: Porcentajes de aspectos valorados por el paciente sobre el alumno

Aspectos valorados por el paciente sobre el alumno	Total	Córdoba capital	Córdoba interior	Otras provincias	Chi ² (p-valor)
Es respetuoso	48,6%	52,9%	35,7%	40,0%	0,481
Es responsable	47,1%	51,0%	50,0%	0,0%	0,090
Escucha	41,4%	35,3%	42,9%	100,0%	0,020
Le tiene confianza	38,6%	41,2%	35,7%	20,0%	0,631
Está bien preparado	32,9%	31,4%	50,0%	0,0%	0,113

En la Tabla 30b, se muestran los aspectos más valorados del alumno por los pacientes según residencia y realizando pruebas de Chi² de Pearson. Los aspectos más valorados del alumno por las pacientes de Córdoba Capital fueron el respeto y la responsabilidad; para los del interior de la provincia, fueron la preparación y la responsabilidad; en tanto que, para los de otras provincias, lo más valorado fue que el alumno lo escuche: el 100% de ellos valoró positivamente este aspecto (Tabla 30b). Las diferencias porcentuales según residencia resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,05$) sólo en relación a qué tanto lo escucha el alumno (Chi² de Pearson: 7,872; $p = 0,020$).

Tabla 31a: Posibilidad de contactar posteriormente al alumno vs sexo del paciente

Tabla de contingencia: Posibilidad vs Sexo			Sexo del paciente		Total
			Femenino	Masculino	
Posibilidad de contactar al alumno	No	n	7	4	11
		%	17,1%	13,8%	15,7%
	Sí	n	34	25	59
		%	82,9%	86,2%	84,3%
Total		n	41	29	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%

La Tabla 31a muestra el porcentaje de pacientes con posibilidades de contactar a los alumnos que los atendieron, en respuesta a la pregunta: “¿Tiene posibilidad de contactar personal o telefónicamente al alumno que lo atendió, si quiere realizarle una consulta?”. La respuesta fue mayoritaria por el sí, 59 (84,3%), con porcentajes muy

similares según sexo: 34 en mujeres (82.9%) y 25 en varones (86.2%), sin diferencias significativas ($p>0,05$) entre ellos; según prueba de χ^2 de Pearson: 0,138; $p=0,710$.

La Tabla 31b, de contingencia: posibilidad de contactar al alumno *vs* residencia del paciente, según recuento y porcentajes de casos, refleja que: los porcentajes de pacientes con posibilidades de contactar al alumno fueron diferentes según el lugar de residencia, aunque estas diferencias no llegaron a ser significativas ($p>0,05$); prueba de χ^2 de Pearson: 5.761; $p=0,056$.

Tabla 31b: Posibilidad de contactar posteriormente al alumno *vs* Residencia del paciente

Tabla de contingencia: Posibilidad vs Residencia			Residencia del paciente			Total
			Córdoba Capital	Córdoba interior	Otras provincias	
Posibilidad de contactar al alumno	No	n	6	5	0	11
		%	11,8%	35,7%	0%	15,7%
	Sí	n	45	9	5	59
		%	88,2%	64,3%	100,0%	84,3%
Total		n	51	14	5	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

La tabla 32a, que opone creencia de razones de mejoramiento de salud bucal a sexo del paciente, según recuento y porcentajes de casos, se realizó en base a las respuestas obtenidas frente a la pregunta de la encuesta: “¿Cree que la atención recibida significa una mejora en su Salud, por qué?”.

Tabla 32a: Relación entre atención recibida y mejoramiento de la salud bucal vs sexo del paciente

Tabla de contingencia:			Sexo del paciente		Total
Mejoría de Salud Bucal vs Sexo			Femenino	Masculino	
¿Por qué cree que mejora su Salud?	Porque recupera su Salud Bucal	n	23	10	33
		%	56,1%	38,5%	49,3%
	Por la información recibida	n	2	10	12
		%	4,9%	38,5%	17,9%
	Por la Salud general	n	10	2	12
		%	24,4%	7,7%	17,9%
	Por necesidad	n	1	3	4
		%	2,4%	11,5%	6,0%
	Por prevención	n	3	0	3
		%	7,3%	0,0%	4,5%
	Porque recibió atención	n	2	0	2
		%	4,9%	0,0%	3,0%
	Por confianza	n	0	1	1
		%	0,0%	3,8%	1,5%
Total		n	41	26	67
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Muestra que el 100% de los pacientes encuestados respondió que sí; las fundamentaciones de los pacientes respecto del porqué de esta afirmación se detallan en ambas tablas de contingencia 33a y 33b. Prueba empleada: χ^2 de Pearson: 20,455; $p=0,002$.

Casi el 50% de los pacientes argumentó que la atención recibida implicaba una mejoría en su salud bucal porque la “recuperaba” en ese momento. Las razones por las cuales los pacientes creían que existía asociación entre la atención recibida y la salud bucal difirieron significativamente entre sexos ($p<0,05$); en la Tabla 32a se resaltaron en verdes los mayores porcentajes de cada sexo.

Tabla 32b: Creencia de razones de mejoramiento de salud bucal vs residencia del paciente

Tabla de contingencia: Mejoría de Salud Bucal vs Sexo			Residencia del paciente			Total
			Córdoba capital	Córdoba interior	Otras provincias	
¿Por qué cree que mejora su Salud?	Porque recupera su Salud Bucal	n	27	6	0	33
		%	56,3%	42,9%	0%	49,3%
	Por la información recibida	n	3	5	4	12
		%	6,3%	35,7%	80,0%	17,9%
	Por la Salud general	n	10	2	0	12
		%	20,8%	14,3%	0%	17,9%
	Por necesidad	n	3	0	1	4
		%	6,3%	0%	20,0%	6,0%
	Por prevención	n	2	1	0	3
		%	4,2%	7,1%	0%	4,5%
	Porque recibió atención	n	2	0	0	2
		%	4,2%	0%	0%	3,0%
Por confianza	n	1	0	0	1	
	%	2,1%	0%	0%	1,5%	
Total		n	48	14	5	67

La Tabla 32b de contingencia, de acuerdo al recuento y porcentajes de casos, muestra las razones por las cuales los pacientes creían que existía asociación entre la atención recibida y la salud bucal, las que difirieron significativamente de acuerdo al lugar de residencia de ellos ($p < 0,05$); se resaltó en diferentes tonalidades de verde los mayores porcentajes de cada grupo. Prueba empleada: χ^2 de Pearson: 25,301; $p = 0,013$.

2.- Fase cualitativa: hallazgos obtenidos

2.1. Introducción

Luego de la estancia en las cátedras seleccionadas: Prostodoncia IV “B” y Práctica Profesional Supervisada durante el tiempo previsto, el trabajo de campo de la investigación tocó techo, ya que las observaciones de las aulas se reiteraban y la experiencia no daba más de sí, pero no por este hecho dejó de resultar interesante, y había cumplido para la investigación un papel importante.

El contexto de desarrollo de la investigación, en suma, no pudo ser más natural; el funcionamiento de los trabajos prácticos fue el habitual, el de todos los días; en ningún momento, los profesores se salieron del trabajo que tenían previsto o que solían hacer; no hubo sesiones con demostraciones o exhibiciones, ni ningún trabajo extra que estuviera injustificado o descontextualizado o fuera de lo que en clase tocaba por programación.

El trabajo de campo se desarrolló con naturalidad, sin divergencias ostensibles respecto de aquello que ordinaria y habitualmente se hacía cada día en las clases. Tanto en el diseño de la investigación como en la negociación, había señalado que estaría presente en la sala clínica un día a la semana durante cuatro meses en cada cátedra, según plan de trabajo de campo (Anexo IV).

Como observadora, sentía la necesidad de ser testigo de todo lo que en cada momento podía suceder; este “estar en las salas” resultó beneficioso con respecto a los participantes, cada vez más receptivos y colaborativos; me entusiasmó el haberme dedicado el tiempo programado dentro de los días lectivos del curso al trabajo de campo. Durante la estancia, se produjeron, como siempre pasa, diversos momentos: unos que resultaron muy gratificantes y provechosos, y otros, más tediosos.

El permanecer durante un largo tiempo en las salas supone ratos de aburrimiento ante la aparente monotonía, que se contraponen con la percepción de que no sólo era bien recibida y aceptada, sino que, además, era estimulada para continuar este trabajo; no obstante, se considera correcto el periodo de tiempo dedicado al trabajo de campo y el número de casos de estudio para observar por un investigador. El objetivo central del trabajo de campo y, por lo tanto, la tarea fundamental que se desarrolló en ese tiempo, fue recoger los datos que permitieran comprender y analizar la situación observada.

Al principio, la selección de fenómenos registrados era un tanto genérica, para pasar, poco a poco, a incidir (en los primeros momentos, provisionalmente y de una manera prudente y cauta) sobre los aspectos considerados relevantes e importantes para la investigación.

No se establecieron categorías *a priori*, comunes a todos los casos, sino que se optó por un registro de datos general, del cual, progresivamente, fueron emergiendo, en cada caso estudiado, los elementos relevantes de cada práctica, y a su vez, se fuera incidiendo, también de una forma continua y progresiva, sobre los aspectos relacionados con la investigación.

Aunque para este proceso no se utilizó categoría alguna que priorizara los fenómenos a observar, nos servimos de referentes de observación que correspondían a la hipótesis planteada y a las cuestiones a investigar implícitas en los propios objetivos propuestos. En principio, eran muy genéricos, recogidos a modo de esquema o guión de observación con el propósito de que ayudaran en el inicio del trabajo de campo a centrarme y a no dispersarme del principal foco de nuestra investigación.

Sólo tenían la función mínima de facilitar la observación del trabajo de campo y de servir, en caso de necesidad, como primeros puntos de mira orientativos, sin categorizar o predeterminar nada definitivo para el desarrollo de la propia investigación.

El campo de trabajo era abierto, pero de algún punto se debe partir; una vez iniciada la tarea, esos referentes fueron cambiando de una forma progresiva, coherente con la propia trayectoria del trabajo de campo de cada estudio de caso, y, a medida que se iba produciendo esta evolución, unos nuevos elementos aparecían y otros desaparecían o perdían relevancia.

Una vez avanzada la investigación, surgió la necesidad de sistematizarla estableciendo ciertas clasificaciones o categorías que pudieran polarizar o focalizar más la propia recogida de datos, hacerla más coherente y completa. Así, gradualmente, se fue evolucionando en aspectos muy pertinentes para la investigación, hasta llegar a un proceso de mejora. El desarrollo de la investigación continuó a las categorías definitivas, de análisis e interpretación de los datos recogidos.

2.2.- Observación participante

Las observaciones realizadas fueron aquellas que el horario lectivo determinó, en la sala de Práctica Profesional y en Prótesis IV. El objetivo, como ya quedó expresado, no era otro que el de completar la información de las salas elegidas cuando los alumnos estaban trabajando con sus pacientes.

La actividad más frecuente era la de permanecer en tales espacios, deteniéndome en cada uno de los participantes, observando lo que hacían y atendiendo a las formas de actuación, profesores incluidos.

El hecho de intervenir directamente en las salas facilitó el comprender mejor sus modos de actuar, al compartir activamente las jornadas de trabajos prácticos; había algunos momentos en los que era posible conversar, no sólo sobre la tarea clínica específica, sino también sobre el sentido o significado que ésta tenía, tanto para alumnos como pacientes.

Fue interesante, además, hablar con los alumnos y pacientes sobre las tareas que estuvieran realizando, con la finalidad de percibir sus apreciaciones o el modo de abordar los problemas que las tareas les ocasionaban. Las conversaciones con ellos se llevaron a cabo de una forma natural y en el marco habitual del aula, y sin una predeterminación de los contenidos; tales conversaciones ocasionales resultaron muy ricas para entender sus puntos de vista y el modo práctico que tenía cada uno para abordar las variadas situaciones que se producían en la sala.

En todas las observaciones de aula, fueran del tipo que fueran, la información fue recogida en forma de notas de campo y registros anecdóticos en un diario de campo.

2.2.1 Registros anecdóticos y diarios de campo

En los tipos de observación reseñados, para registrar los datos, se efectuaban rápidas anotaciones en el diario de campo, que consignaban esquemáticamente lo observado. En ocasiones, las notas eran tomadas en el cuaderno durante conversaciones, en presencia del alumno o paciente; luego, eran pasadas en limpio, al terminar la jornada. La inmediatez era muy importante, pues podía acudir a mi memoria para añadir datos o reflexiones, y completar las anécdotas. Intenté ser lo más disciplinada posible en esta

tarea, para aprovechar al máximo el recuerdo inmediato. De esta forma, iba configurando el diario de campo.

2.2.2 Análisis posterior

Al finalizar el trabajo de campo, se contaba con una cantidad importante de información, pero que no estaba ya en estado bruto, sino que, poco a poco, se había ido seleccionando con los distintos intentos de clasificación ya expuestos.

Para iniciar el proceso de codificación, se leyó cuidadosamente el diario de campo y las entrevistas. La codificación consistió en señalar mediante un código (siglas) los fragmentos de información relativos a cada tema. Esta codificación inicial la realicé en el diario de campo.

Por medio de este sistema, reuní la información en apartados, manteniendo siempre los ejes organizativos ya descritos. Para que el análisis efectuado no tuviera un excesivo carácter estático, opté por tener en cuenta un eje cronológico, ya que la sucesión temporal de los hechos a lo largo del curso era una dimensión fundamental para entender lo sucedido.

El análisis simultáneo de las observaciones de las salas fue proporcionándome algunas ideas preliminares que guiaron el análisis, finalizado ya el trabajo de campo; así reunido el material, se inició el estudio pormenorizado de los datos recogidos para cada tema, es decir, el proceso de categorización, que emergía directamente del estudio de los datos por un proceso de inducción analítica, mediante la comparación y el contraste.

Se eligieron seis categorías de análisis: ambiente, contexto, actos, actividades, relaciones y participación; algunas, con mayor entidad teórica, que son las que sirvieron para estudiar el significado de los procesos entre alumnos y pacientes en las salas, y que quedaron, al final del proceso, reducidas a tres.

En el análisis e interpretación de datos y en el trabajo de campo, pueden interferir aspectos como mis reflexiones sobre la práctica, mi modo de ver las cosas. De ello, fui consciente durante todo el proceso, y, para controlarlo, realicé triangulación de la información obtenida con los propios participantes en la investigación, de modo que se matizaran mis propios sesgos e ideas, y con el marco teórico, de cuál era la perspectiva teórica desde la que me movía.

Por otro lado, el objetivo de la investigación fue verificar o comprobar teoría o hipótesis teórica; una construcción teórica está dirigida a establecer orientaciones o prescripciones para guiar la práctica de los docentes sobre la base de una descripción avalada por el análisis y la interpretación de una realidad concreta y particular (teoría fundamentada).

2.2.3 Diario de campo

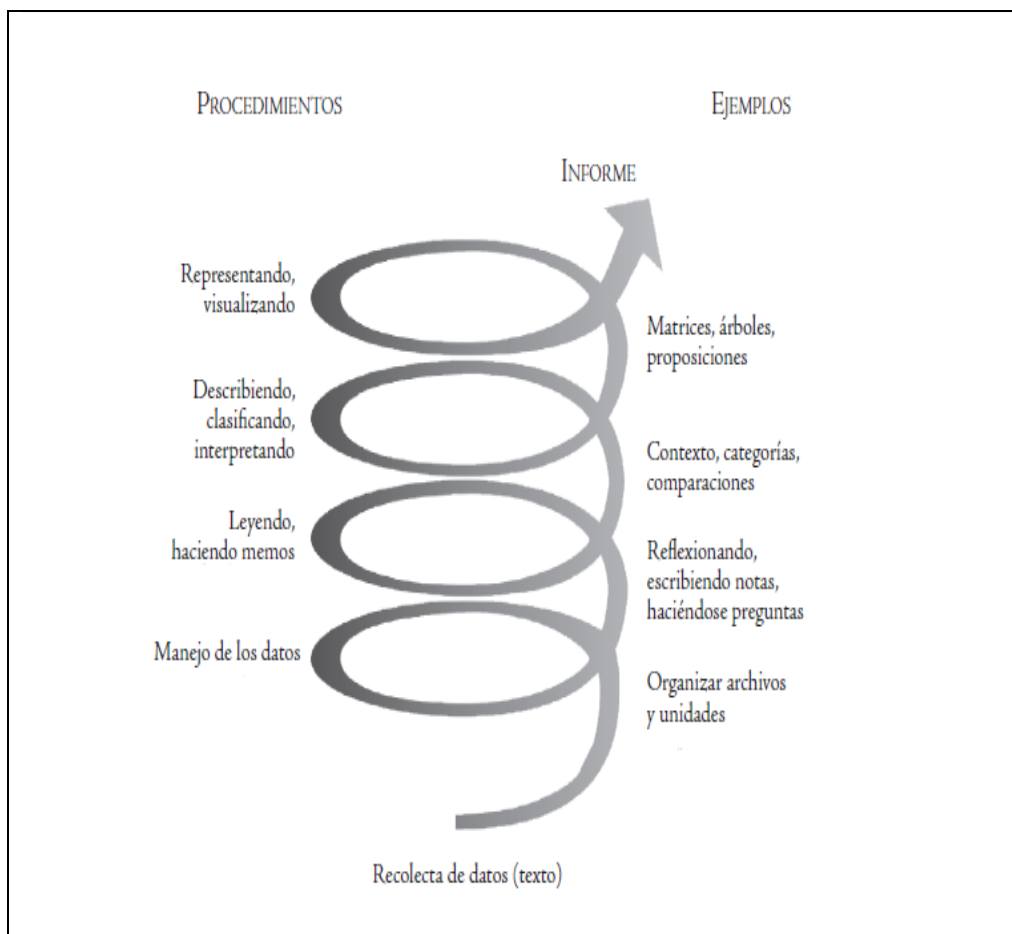
Por el diario de campo, un aspecto que resultó fácil era recordar con exactitud todo lo que pasaba y se hablaba en el escenario. Mientras se transcribía lo observado, gustaba reproducir mentalmente las observaciones y escenas, como si aquella realidad se pudiera escapar con el tiempo.

Se recogió la observación en cuadernillos de notas; se comenzó cada conjunto de notas con una carátula titulada; se escribió en la libreta sólo por delante (dejando márgenes y el anverso de la página para futuras anotaciones que fueron de gran utilidad); se escribió con muchos puntos y aparte, en forma de ideas sueltas, hiladas pero no desarrolladas; cada vez que transcripciones directas de las palabras de cualquiera de los actores, se entrecomillaba (cuando se pasaban fragmentos al ordenador, se usó la cursiva), con las anotaciones de resúmenes de lo observado.

2.3.- Categorías y subcategorías (codificación axial)

Como se mencionó anteriormente, a partir del análisis de los datos registrados en la matriz, se realizó la integración de categorías reagrupándolas en una más amplia y comprehensiva, para reducir conceptos. Strauss y Corbin⁽⁵²⁾ llaman a este proceso “codificación axial”, ya que nuclea categorías más pequeñas. Creswell ilustra el desarrollo del análisis cualitativo como una espiral en la cual se cubren varias facetas o diversos ángulos del mismo fenómeno de estudio; así, muestra la interacción entre los datos y la reflexión que se hace sobre ellos, como se puede observar en la figura siguiente ⁽⁵⁸⁾.

Fig. 8 Espiral de análisis de los datos cualitativos



Fuente: Creswell JW. Diseño de investigación. Aproximaciones cualitativas y cuantitativas.

Categorías y sub-categorías cualitativas

Se continuó con la codificación para el análisis de estas categorías centrales, de lo que se obtuvieron las siguientes:

- Contexto
 - Preparar-anticiparse
 - Sala clínica
 - Bioseguridad

- Actividades
 - Trabajo con el paciente
 - Ética
- Participación
 - Diálogos
 - Relación docente-alumno-paciente

La validación del proceso se hizo mediante constante vigilancia epistemológica de éste y de cada uno de los componentes de la metodología; se examinaron los hechos desde diversas perspectivas, lo que facilitó la comprensión y acrecentó la validez de los datos.

Se efectuó la triangulación y cruce de toda la información pertinente al objeto de estudio y se realizó un análisis interpretativo de los procesos comunicativos: mensajes, textos o discursos, que proceden de técnicas singulares de comunicación previamente registradas y que tienen por objeto elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en las que se han producido.

En la Tabla 34 se esquematizan las semejanzas encontradas como análisis de los resultados obtenidos a través de la aplicación de ambas metodologías, relacionando categorías y sub-categorías cualitativas con las dimensiones y variables cuantitativas.

Tabla 34: Relación entre investigación cualitativa y cuantitativa

Categorías y sub-categorías cualitativas	Dimensiones y variables cuantitativas	
	Alumnos	Pacientes
Contexto *Preparar-anticiparse *Sala clínica	Relación alumno-paciente *Captación del paciente *Habilidades comunicativas: interpersonal u otras	Calidad de la Atención Recibida *Información receptada sobre cuidados de Salud Bucal *Trato recibido durante la Atención
Actividades *Trabajo con el paciente *Bioseguridad *Ética	*Continuidad del vínculo *Formación académica: aspectos objetivos – subjetivos	* Grado de comprensión de las indicaciones recibidas
Participación *Diálogos *Relación alumno-paciente	*Cumplimiento de la ética	* Valoración de la atención recibida en relación a la mejora de su Salud

VI.- DISCUSIÓN

Con el objetivo de conferirle carácter integrado a la presente investigación, se incorporaron elementos emergentes propios de la investigación cualitativa, se los correlacionó con los datos obtenidos mediante los instrumentos de investigación cuantitativa, y, por último, se trianguló con el marco teórico. En esta triangulación, fue importante retomar la discusión bibliográfica y producir una nueva una interrogación reflexiva, basada en los resultados concretos del trabajo de campo, acerca de las categorías y sub-categorías planteadas antes del trabajo en terreno.

Adhiriendo al enfoque actual de la atención de salud desde un modelo biopsicosocial, que reconoce la importancia de factores sociales y psicológicos en la génesis, desarrollo y resolución de una enfermedad, consideramos importante la preparación de los alumnos en el área de habilidades interpersonales para abordar las situaciones clínicas relacionadas con la atención de pacientes de manera integral.

Creemos que parte de la preparación individual del odontólogo para enfrentar el *stress* de la vida laboral pasa por conocer factores de personalidad de los pacientes y de interacción que le permitan entender y evitar escenarios relacionales provocadores de ansiedad o tensión; por ello, otro aspecto evaluado en nuestra investigación fue la aplicación y utilidad de los contenidos psicosociales por parte de los alumnos durante la cursada.

En nuestro estudio, la mayoría de los alumnos encuestados evaluó los contenidos como útiles o muy útiles, aunque el número de quienes dijeron haber aplicado dichos contenidos para mejorar la relación alumno-paciente fue cercano al de quienes manifestaron no hacerlo (Tabla 7). Cabe preguntarse por qué estos últimos no aprovecharon dichos contenidos, aun cuando consideraban que eran de utilidad, o si, en realidad, ellos no eran conscientes de la aplicación que hacían de los contenidos porque ya los habían internalizado.

Autores como Fodor y De la Parra sostienen la importancia de la preparación odontológica tanto a nivel formativo como en aspectos éticos, consentimientos informados y protocolos claros de atención para protección de los pacientes y de los profesionales ⁽⁵⁹⁾. En la presente investigación, la mayor parte de los alumnos participantes consideraron importante respetar la privacidad del paciente, como también sintieron que estaban realizando una práctica beneficiosa para aquellos, lo que da cuenta de su atención a los principios éticos de secreto profesional, beneficencia, no

maleficencia y autonomía (éste último, se observa en la autorización al alumno a realizar sus prácticas a través del consentimiento informado).

En nuestra investigación, se plantea como una variable el “cumplimiento de la ética por parte de los alumnos”, considerado también desde el punto de vista del paciente en el análisis de la variable “valoración de la atención recibida en relación a la mejora de su Salud”, lo cual se encuadraría en los mencionados principios éticos.

Las instituciones formadoras de recursos humanos en salud prestan servicios a la comunidad en condiciones diferentes a las de otros servicios de salud, y la satisfacción al recibir dichos servicios se relaciona con diversos aspectos. En un estudio realizado por López Portilla en la Universidad de Antioquia, los pacientes entrevistados respecto de la atención odontológica en dicha institución identificaron, como una de la principales fortalezas del servicio, la relación establecida entre los docentes y los estudiantes; expresaron que el trato recibido por parte de los estudiantes se ve reflejado en el interés por escuchar sus necesidades y en el deseo de tratarlos; y resaltaron la calidad humana con la que fueron atendidos por estudiantes y docentes ⁽⁶⁰⁾.

En sentido similar, Varela y col. ⁽⁶¹⁾, a partir de un estudio realizado en la Universidad Católica de Córdoba, manifiestan que: “es importante conocer los elementos que promueven la orientación empática entre estudiantes y pacientes, en la situación de atención clínica en el transcurso de la carrera y relacionarla con estrategias formativas que permitan mejorar este nivel, objetivo con el cual está fuertemente comprometida esta carrera de Odontología”.

Señalan también “que las mujeres son más empáticas que los hombres al valorar la diferencia en los niveles de orientación empática, según sexo”. De acuerdo a nuestros resultados, diferenciando por géneros la evaluación de los aspectos percibidos por los alumnos en relación al trato del paciente, se verificaron algunas diferencias significativas entre mujeres y varones. El nivel de ansiedad, uno de los aspectos evaluados, resultó 3,4 veces mayor en las primeras; el grupo varones indicó que necesita adquirir más seguridad en el trato hacia el paciente –segundo aspecto evaluado–, y el 41% de los alumnos, en ambos sexos, percibe tener un enfoque casi exclusivamente técnico-científico al realizar sus prácticas, información que resulta de gran relevancia para el presente estudio.

En nuestra investigación, los aspectos del alumno más ponderados por los pacientes fueron: el respeto y la confianza, para las pacientes mujeres; la

responsabilidad y que el alumno lo escuche, para los pacientes varones. La preparación del alumno fue el de menor frecuencia; sólo 23 (32,9%) pacientes tildaron esta opción.

Por otra parte, al valorar la importancia del vínculo con el paciente en relación al éxito del tratamiento, todos los alumnos indagados la consideraron importante o muy importante. Mandozzi expresa que “el trato otorgado por los prestadores constituye un elemento fundamental en la satisfacción de las expectativas, y si los pacientes no perciben un trato amable las expectativas de satisfacción se ven afectadas negativamente”⁽⁶²⁾, lo cual es coincidente con nuestros hallazgos.

Al indagar a alumnos y pacientes por la posibilidad de contacto posterior a la atención odontológica, se obtuvo que ésta se efectúa con mediana frecuencia, lo que demuestra un interés eventual. También, en cuanto a las vías de comunicación, dejaron de manifiesto las dificultades prácticas que ella supone, particularmente, en el ámbito público universitario de este estudio, lo cual no es ideal si se pretende formar profesionales comprometidos, con un perfil más humanitario, y, la vez, realizar tratamientos más efectivos.

Según Restrepo, es necesario que el profesional se apropie de habilidades que vayan conformando toda una cultura de la comunicación, que actúe como eje conductor en la finalidad de promover cambios y lograr aprendizajes conscientes que conduzcan a la población a modificar conductas y estilos de vida, y, en especial, a adquirir instrumentos para pensar, estimular su análisis y reflexión.

La comunicación para el logro de la empatía con el paciente, la eliminación de barreras comunicativas que permitan el acercamiento y la interacción reflexiva con la persona sana o enferma, la familia, las agrupaciones comunitarias y la coordinación con las instituciones sociales de la comunidad aportan a la puesta en marcha de los cambios necesarios para alcanzar un modo de vida más sano y para el desarrollo creciente de la cultura de la salud en la población; ello, vinculando las herramientas cognoscitivas para educar a los miembros de la sociedad en el cuidado de su salud⁽⁶³⁾.

En concordancia con este autor, en esta investigación, este aspecto se refleja en la categoría cualitativa “participación”, sub-categorías: “diálogos”, “relación alumno-paciente”, se relacionan con dimensiones del estudio cuantitativo respecto a la muestra de alumnos “relación alumno-paciente” y de pacientes “calidad de la atención recibida”.

Asimismo, la Facultad de Odontología adhiere al concepto de que la adquisición de competencias respecto de prácticas para la comunicación, la observación y el trabajo

en equipo son importantes para lograr el perfil de profesional deseado desde el plan curricular; se destaca entre las aptitudes básicas a alcanzar el poder desarrollar habilidad para comunicarse oralmente y por escrito ⁽⁶⁴⁾.

Considerando a diversos autores, todos coinciden en que los pacientes valoran no sólo los conocimientos y habilidades técnicas del odontólogo durante la atención clínica, sino también el factor humano, relacionado directamente con el componente actitudinal del profesional, tanto a nivel privado como público.

Según nuestros resultados, los aspectos más ponderados por parte del paciente son, en orden decreciente: el respeto, la responsabilidad, la escucha, la confianza y, por último, su preparación académica. Además, se valoraron aspectos como la consejería en salud bucal, las indicaciones recibidas y la mejora en la salud. Por lo tanto, podemos afirmar que los alumnos efectúan acciones de educación para la salud, y los pacientes, en su mayoría, expresan conformidad según las expectativas respecto del servicio recibido.

VII.- CONCLUSIONES

Con respecto a la investigación realizada, por los resultados obtenidos tanto a través del procesamiento de los datos cuantitativos como del abordaje etnográfico como instrumento cualitativo, se puede concluir que:

- Las relaciones que se establecen entre alumnos y pacientes con motivo de la atención odontológica son, en general, circunstanciales, y concluyen al terminar la práctica.
- Los pacientes han relatado sentirse conformes con la atención recibida y han valorado la mejora o recuperación en su salud.
- De manera no explícita, los alumnos aprenden de los docentes aspectos actitudinales que acompañan, conformando un todo, a los procedimentales, realizan un auto-aprendizaje y un co-aprendizaje colaborativo acompañado por el docente y aplican también el aprendizaje por imitación.
- Los estudiantes comprenden la importancia de mantener una actitud ética con sus pacientes y cumplen con ello.
- Los estudiantes reconocen tener un enfoque principalmente técnico-científico en sus tareas, información que resulta de gran relevancia para el presente estudio.
- Si bien no se prioriza en el momento de la práctica clínica el valor de la relación interpersonal que se establece, ésta se da de manera espontánea y como parte del proceso de aprendizaje.
- Los alumnos consideran importante establecer un vínculo con sus pacientes como parte del éxito del tratamiento, y la mayoría opina que es necesario profundizar aspectos relacionados con este tema.

Reflexiones Finales

La hipótesis planteada en este estudio es parcialmente verdadera, ya que los estudiantes establecen relaciones adecuadas y satisfactorias con respecto a los objetivos propuestos y comprenden su valor, si bien dicen no aplicar de manera intencional los contenidos adquiridos en las asignaturas psico-sociales.

Cabría pensar si dichos aprendizajes no se encuentran ya internalizados en su bagaje de conocimientos y son aplicados a situaciones clínicas de manera no consciente. Lo que implicaría que los alumnos no tienen en consideración, en el momento que se encuentran de su carrera, que el vínculo con sus pacientes es algo que pueden aprender o perfeccionar paralelamente a la adquisición de conocimientos científicos y técnicos.

Surge como una necesidad derivada del estudio profundizar el impacto de los factores que, en conjunto, definen una relación odontólogo-paciente, fundamental para el desarrollo de experiencia clínica, crítica para la formación de los futuros profesionales.

Las ciencias de la salud exigen de sus estudiantes una serie de competencias disciplinares y enfoques investigativos para su adecuada formación, pero, al igual que en la mayoría de las profesiones, la enseñanza, con frecuencia, brinda una limitada capacidad para enfocar al ser humano de una forma integral, en su relación con lo social, en el verdadero contexto.

Los docentes deben ampliar y facilitar el tránsito de sus educandos a nuevos paradigmas, para formarlos de una manera mucho más completa e incluyente; no se debe dejar que los estudiantes creen que la ciencia es inhumana, aburrida y despersonalizada.

En estos tiempos de científicidad y sofisticada tecnología, tanto a nivel de la sociedad industrial como en la vida cotidiana, es necesario buscar una mirada holística a las expectativas individuales, comunitarias y de interacción.

A partir de este estudio exploratorio, se pretende: estimular esta línea de investigación estableciendo un estudio multicéntrico y comparativo con otras facultades del país; invitar a reflexionar sobre la visión integral de lo que es el ser humano en esencia: pensamiento y sensibilidad, pensar y sentir; recomendar el establecimiento de estrategias que contribuyan a la mejora continua de la calidad de la institución por

medio de alternativas en el modelo docencia-servicio, para garantizar bienestar y salud bucal a los pacientes que acuden a la Facultad.

VIII.- BIBLIOGRAFÍA

Referencias

1. Calidad de vida [Internet]. Enciclopedia Libre Universal en Español. 2011 (abril de 2016). Disponible en http://enciclopedia.us.es/index.php?title=Calidad_de_vida&oldid=556803
2. Saavedra Díaz C. ¿Odontología ciencia, arte, tecnología o servicio? [Internet]. New Image. Clínica dental. 2005 (junio de 2016). Disponible en <http://www.newimage.com.pe/odontologos/articulos/articulo1.htm>
3. De Castro L. Odontología: Ciencia y Arte. Acta Odontológica Venezolana. 2006 (agosto de 2016) 44 (3)80-81: 437:437. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/3/odontologia_ciencia_arte.asp
4. Beltrán-Neira RJ. Evaluación de la enseñanza aprendizaje. Certificación de competencias. Rev Estomatol Herediana. 2010 20(2):112-113.
5. Mandozzi M. Valoración del Grado de Satisfacción de los Pacientes Asistidos en los Servicios Odontológicos de Atención Externa de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba [tesis doctoral]. 2010. Escuela de Posgrado, Facultad de Odontología, UNC.
6. Plan de Estudios Carrera de Odontología, UNC. Año 2010. Ord. HCD 4/2010.
7. Garzón Maceda F. Universidad Nacional de Córdoba: Historia de la Facultad de Ciencias Médicas. 1927 (septiembre de 2015). Disponible en: www.fcm.unc.edu.ar/biblio Citado en Biblioteca Virtual de Ciencias Médicas de la UNC ID WZ 70 7 G 245h.
8. Sánchez Dagúm M., Sánchez Dagúm E, Visvisian C. La problemática desde la colonia hasta la actualidad: equidad y Salud desde una perspectiva interdisciplinaria: La formación académica y el ejercicio profesional de la Odontología, dos siglos de historia [CD-ROM]. 2010. Ponencia Bicentenario. UNC.
9. Perfil del Odontólogo. Facultad de Odontología, UNC. Disponible en: http://www.odo.unc.edu.ar/files/Plan_de_Estudios_Odontologia_2011.pdf
10. Plan de Estudios Carrera de Odontología, UNC. Año 2010. Ord. HCD 4/2010.

11. Villar Lozano MR, Amaya Abello S. Imaginarios colectivos y representaciones sociales en la forma de habitar los espacios urbanos. Barrios Pardo Rubio y Rincón de Suba. *Revista de Arquitectura* 2010;12(17-27) (febrero de 2017). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=125117499003>
12. Mandozzi M. Valoración del Grado de Satisfacción de los Pacientes Asistidos en los Servicios Odontológicos de Atención Externa de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba [tesis doctoral]. 2010. Escuela de Posgrado, Facultad de Odontología, UNC.
13. Miranda MV, Romo FO, Torres-Quintana MA. Bioética y Odontología General. *Rev. Chil.* 2009 (marzo de 2011) 100 (2) 32-37. Disponible en: www.revistadentaldechile.cl/.../bioetica.htm
14. Restrepo E. Técnicas Etnográficas. *Etnografías Contemporáneas* 1 (1): 162-179. 2015 (octubre de 2015). Disponible en: <http://www.unsam.edu.ar/revistasacademicas/index.php/etnocontemp/article/viewFile/21/13>
15. Ugalde IR, Bulboa RA, Arancibia AZ, Narváez VPD. Evaluación del nivel de orientación empática en estudiantes de Odontología. 2011. *Salud Uninorte*, 27(1), 63-72.
16. Rossi, R. El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva. *Investigación en salud*, 7(2); 2005.
17. Chiavenato, I. Introducción a La Teoría General Administrativa. 3ª ed. Mexico: McGraw-Hill; 2005.
18. Hidalgo, C.G., Abarca, N. Desarrollo de Habilidades Sociales en Estudiantes Universitarios. *Rev. Latinoamericana de Psicología*. 1990 (marzo de 2011) 22.2, 265-282. Disponible en: <http://www.google.com/#hl=es&sa=X&ei=ysubTe-ZN6bJ0QHAmcy7Ag&ved=0CBQQBSgA&q=Hidalgo+CG,+Abarca+EL.+Desarrollo+de+Habilidades+Sociales+en+Estudiantes+Universitarios.+Rev.+Latinoamericana+de+Psicolog%C3%AD>
19. Zaror Sánchez C, Vergara González C. Ética en el Currículo de las Carreras de Odontología. *Acta bioeth.* 2008 (marzo de 2011) 14 (2): 212-218. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2008000200012&script=sci_arttext

20. González Menéndez R. Los efectos placebo de la relación médico-paciente Rev Cubana Med Gen Integr. 2004 (febrero de 2012) 20(5-6). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revista/mgil/vol20_5-6_04/mgr165_604.htm·cargo
21. Chicaíza L, García M., Lozano J. Hacia una economía institucional de la Salud. 2006 (septiembre de 2013) REI 33, pp 1-21. Disponible en: <http://www.laisumedu.org/desin/fronteras/Chicaiza.pdf>
22. Hidalgo CG, Abarca N. Desarrollo de Habilidades Sociales en Estudiantes Universitarios. Rev. Latinoamericana de Psicología. 1990 (marzo de 2011) 22.2, 265-282. Disponibe en: <http://www.google.com/#hl=es&sa=X&ei=ysubTe-ZN6bJ0QHAmcy7Ag&ved=0CBQQBSgA&q=Hidalgo+CG,+Abarca+EL.+Desarrollo+de+Habilidades+Sociales+en+Estudiantes+Universitarios.+Rev.+Latinoamericana+de+Psicolog%C3%AD>
23. Diccionario de la Lengua Española [internet]. Real Academia Española. 2015 (mayo de 2015). Disponible en: www.dle.rae.es
24. Vidal y Benito MC. La Empatía en la Consulta del Profesional de la Salud. 2012 (mayo de 2012). Disponible en: <http://www.intramed.net/>
25. Soar Filho E. A interação médico-cliente. Rev Ass Med Brasil. 1998; 44 (1): 35-42.
26. Ayer W. Psychology and dentistry: mental healthaspects of patientcare. Michigan: Editorial Haworth Press. 2005. pp 55-63.
27. Goleman D. Las Raíces de la Empatía. La Inteligencia Emocional. Cap 7, pp 123-138. Buenos Aires: Javier Vergara Editor. 1999, ISBN 950-15-1641-5.
28. Ferrari H, Luchina I, et al. Asistencia Institucional. Psicoanálisis. Ed. Avon. 2011 (marzo de 2011). Disponible en: <http://www.Isf.com.ar/resulta.aspx?key=FERRARI,HECTOR>
29. Smith M, Dundes L. The Implications of Gender Stereotypes for the dentist-patient relatationship. Journal of Dental Education. 2008; 72:5562-70.
30. Clèries Costa X. La esencia de la comunicación en educación médica. Viguera Editores. Educ. Med. 2010; 13 (1): 25-31.

31. De la Rosa Legón M, Vega Gonzáles N, Brito Gómez L. El paradigma Médico Social y la competencia comunicativa del Profesional de Ciencias Médicas. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2010; 9(3):433-440.
32. Palacio LMA, Caro SE, Coronado AME, Narváez VPD. Evaluación de la orientación empática en estudiantes de medicina de la Universidad del Norte. Barranquilla: Salud Uninorte. 2013; 29(1).
33. Guía de planificación participativa de Estrategias de comunicación en Salud. Ministerio de Salud pública y Bienestar Social. República del Paraguay. 2007.
34. Sherman Jeffrey J, Cramer A. Measurement of Changes in Empathy During Dental School. Journal of Dental Education. 2005; 69(3):338-45.
35. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciênc saúde coletiva. 9(1), 139-46, 2004 (septiembre de 2011). Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php>
36. Morin E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. París: UNESCO. 1999. Disponible en: <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/123456789/1448>
37. Clèries Costa X. La esencia de la comunicación en educación médica. Viguera Editores. Educ. Med. 2010; 13 (1): 25-31.
38. Sautú R, Boniolo P, Dalle P, Elbert R. Manual de Metodología: construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. 2004.
39. Fuente de Información Centro de Cómputos de la Facultad de Odontología, UNC. 2011.
40. Malagon Londoño G, Galán Morera R, Pontón Laverde G. Sistema de Garantía de Calidad en Salud. Garantía de Calidad en Salud. 3⁰ ed. Madrid: Panamericana. 2006, pp18. ISBN: 978-84-9835-055-5.
41. Fodor A, De la Parra G. La Relación Paciente/Odontólogo: Algunas Consideraciones. Rev. Chil. 2007 (marzo de 2011) 99 (3) 21-26. Disponible en: http://www.revistadentaldechile.cl/temas_nov07/PDF%20NOV%2007/La%20Relacion.pdf

42. Arribas M. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*. Vol 5 n17. 2004 (septiembre de 2016). Disponible en:
http://www.enferpro.com/documentos/validacion_cuestionarios.pdf
43. Germà Coenders JM, Alonso J. Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la Salud. *Med. Clin.* 122 (Supl. 1) pp 21-27. 2004 (noviembre de 2015). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-analisis-factorial-confirmatorio-su-utilidad-13057542>
44. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company. 1967. Capítulo 3: "El muestreo teórico", pp. 45-77. Pozzi, J. (ed.) Cátedra Errandonea - Modalidad Infesta Domínguez Metodología y Técnicas de la Investigación Social III. Facultad de Ciencias Sociales- Sociología, UBA.
45. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en Salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp. Salud Pública*. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2002 (febrero de 2011); 76(5):423-436. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/170/17076505.pdf>
46. Villar Lozano MR, Amaya Abello S. Imaginarios colectivos y representaciones sociales en la forma de habitar los espacios urbanos. Barrios Pardo Rubio y Rincón de Suba. *Revista de Arquitectura* 20101217-27 (febrero de 2017). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=125117499003>
47. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company. 1967. Capítulo 3: "El muestreo teórico", pp. 45-77. Pozzi, J. (ed.) Cátedra Errandonea - Modalidad Infesta Domínguez Metodología y Técnicas de la Investigación Social III. Facultad de Ciencias Sociales- Sociología, UBA.
48. Campana M. Encuentros y Desencuentros entre jóvenes y Profesionales en torno al tratamiento por consumo de drogas. Centro de Estudios Avanzados. 2009,
49. Restrepo E. Técnicas Etnográficas. *Etnografías Contemporáneas* 1 (1): 162-179. 2015 (octubre de 2015). Disponible en:
<http://www.unsam.edu.ar/revistasacademicas/index.php/etnocontemp/article/viewFile/21/13>

50. Bourdieu P. El oficio del sociólogo. 2da parte (cap. 2). Buenos Aires: Siglo XXI. 2002. ISBN 987-1105-10-X.
51. Vasilachi de Gialdino I. (coord.) y col. Estrategias de Investigación Cualitativa. 1ra. ed. Barcelona: Gesida. 2006.
52. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Bogotá: CONTUS - Editorial Universidad de Antioquia. 2002. ISBN: 958-655-624-7.
53. Nolasco A, Moncho J. Estadística básica en Ciencias de la Salud. Métodos Cuantitativos de Investigación. 2016.
54. Monge Ivars JF, Pérez AJ. Estadística no paramétrica: prueba chi-cuadrado χ^2 . S.f. (julio de 2016). Disponible en: https://www.uoc.edu/in3/emath/docs/Chi_cuadrado.pdf
55. Ríos Díaz F, Barón Lopez J, Sánchez Font E, Parras Guijosa L. Bioestadística: Métodos y aplicaciones. 2010. Disponible en: <https://www.bioestadistica.uma.es/baron/bioestadistica.pdf>
56. Creswell JW. Diseño de investigación. Aproximaciones cualitativas y cuantitativas. Sage. Capítulo 9: "El procedimiento cualitativo", pp.143-171. 1994.
57. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company. 1967. Capítulo 3: "El muestreo teórico", pp. 45-77. Pozzi, J. (ed.) Cátedra Errandonea - Modalidad Infesta Domínguez Metodología y Técnicas de la Investigación Social III. Facultad de Ciencias Sociales- Sociología, UBA.
58. Creswell JW. Diseño de investigación. Aproximaciones cualitativas y cuantitativas. Sage. Capítulo 9: "El procedimiento cualitativo", pp.143-171. 1994.
59. Fodor A, De la Parra G. La Relación Paciente/Odontólogo: Algunas Consideraciones. Rev. Chil. 2007 (marzo de 2011) 99 (3) 21-26. Disponible en: http://www.revistadentaldechile.cl/temas_nov07/PDF%20NOV%2007/La%20Relacion.pdf
60. López-Portilla J, et al. Determinantes de la satisfacción de la atención odontológica en un grupo de pacientes atendidos en la Clínica del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Gerencia y Políticas de Salud, 12(24).

2013. Disponible en:

<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/6101>

61. Varela T, et al. Niveles de orientación empática en estudiantes de Odontología de la Universidad Católica de Córdoba, Argentina (UCC). 2012 (mayo de 2015), 19(70):15-

22. Disponible en: www.bases.bireme.br.

62. Mandozzi M. Valoración del Grado de Satisfacción de los Pacientes Asistidos en los Servicios Odontológicos de Atención Externa de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba [tesis doctoral]. 2010. Escuela de Posgrado, Facultad de Odontología, UNC.

63. Restrepo E. Técnicas Etnográficas. Etnografías Contemporáneas 1 (1): 162-179.

2015 (octubre de 2015). Disponible en:

<http://www.unsam.edu.ar/revistasacademicas/index.php/etnocontemp/article/viewFile/21/13>

64. Plan de Estudios Carrera de Odontología, UNC. Año 2010. Ord. HCD 4/2010.

Bibliografía consultada

- Declaración de Helsinki, de la Asociación mundial. Arbor. Madrid. 2008; CLXXXIV 730:349-352. ISSN: 0210-1963. Disponible en:

http://www.censida.Salud.gob.mx/descargas/etica/declaracion_Helsinki.pdf

- Beca JP, Browne F, Valdebenito C, Bataszew A, Martínez MJ. Relación estudiante-enfermo: Visión del paciente. Rev. Méd. Chile 2006; 134: 955-959

- Blanco Ruiz Antonio O, García López E, Rodríguez García LO, Menéndez Laría A, Sotres Vázquez J. La relación estomatólogo-paciente: Importancia de los factores sociales. Rev. Cubana Estomatol [Internet]. 2004 (abril de 2016); 41(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000100010&lng=es.

- Bordoni N, Escobar A, Castillo R. Odontología Pediátrica. La Salud Bucal del Niño y el Adolescente en el Mundo Actual. 1º ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2010.

- Campos Huichan A. Importancia de las relaciones interpersonales en los Cuidados de enfermería. Episteme No. 8-9. Año 2. Dirección Institucional de Investigación e Innovación Tecnológica. Octubre-diciembre 2006. Disponible en:
http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/enfoque/a_relaciones.asp
- Cardozo de Martinez CA. Salud Oral – Bioética. Universidad de Chile. 2009 (marzo de 2011); ISSN 0718-392.3-4. Disponible en:
www.paho.org/Spanish/BIO/Saludoral3.pdf
- Carot JM. Criterios de Calidad de las encuestas en investigaciones biomédicas. 2º Encuentro Iberoamericano de Biometría. Centro de Gestión de la Calidad y Cambio. Universidad Politécnica de Valencia. 2009 (marzo de 2010). Disponible en:
<http://www.uv.mx/eib/conferencia/documents/CriteriosCalidad.pdf>
- Castillo Sánchez G. Comunicación y Relaciones Interpersonales. Rev. Comunicación y Medios N°4. 1984 (marzo de 2011) ISSN 0716-3991. Disponible en:
www.uchile.cl/download.jsp?document=49552&property...index.
- Corbella S, Botella L. La Alianza Terapéutica. Historia, Investigación y Evaluación. Anales de Psicología. 2003 (marzo de 2011) 19(2). 205-221. ISSN: 1695-2294. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/167/16719204.pdf>
- De la Torre G, Di Carlo E, Florido Santana A, Opazo Carvajal H, Ramirez Vega CH y col. Teoría Fundamentada o Grounded Theory. Facultad del Profesorado y Educación. Universidad Autónoma de Madrid. 2009 (septiembre de 2016). Disponible en:
www.academia.edu
- Díaz Caballero A, Fonseca Ricaurte M, Arévalo Tovar L. Las Ciencias de la Salud y su temor por lo cualitativo. Una exploración. Rev. Científica Salud Uninorte. Barranquilla. 2008; 24 (2): 359-369. ISSN electrónico: 2011-7531.
- Echegoyen J. Portal de Filosofía, Psicología y Humanidades en Internet [Internet]. Torre de Babel Ediciones. 2002. Disponible en: <http://www.e-torredebabel.com/>
- Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Pública Mex. 1993 (octubre de 2009); 35(3):238-247. Citado en: Virtual Health Library. PIMD 8322099. Disponible en: <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev02-1/encuestas-02-1.pdf>
- Figueiredo MC, Faustino-Silva D, Faneze J, et al. El Papel del odontólogo como facilitador de la relación con el paciente adolescente: una revisión bibliográfica.

Odontoestomatol. 2010 (marzo de 2011) 12 (14):15-28, Id: 556277. Disponible en:

[http://bases.bireme.br/cgi-](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=556277&indexSearch=ID)

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=556277&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=556277&indexSearch=ID)

- Harvey L. Social Research Glossary. Quality Research International. 2012 (mayo de 2016). Disponible en: <http://www.qualityresearchinternational.com/socialresearch/>

- Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los Métodos Cualitativos. 10 ed. Madrid: Paidós. 1987. ISBN.84-7509-816-9.2000.

- Grilli S. Percepción sobre el componente bucal de la Salud en docentes de Escuelas participantes en la práctica social curricular. Bol. Asoc. Argent. Odontol. Niños. 2008 (marzo de 2013) 37(1):10-14. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=498220&indexSearch=ID>

- Guibert Reyes W, Grau Abalo J, Prendes Labrada MC. Cómo hacer más efectiva la educación en Salud en la atención primaria. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 1999 (marzo de 2011) 15(2):176-183. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200010&lng=es

- Lucero MF. Representaciones sobre Salud, Enfermedad, Atención construidas por adolescentes de la ciudad de Córdoba, Argentina [tesis doctoral]. Córdoba, Escuela de Posgrado, Facultad de Odontología, UNC. 2013.

- Maceiras L. Encuestas de satisfacción de usuarios Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Vigo. 2002; 2 (1): 28-33.

- Magalhaes Bosi ML, Mercado FJ. Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud. 1era edición. Buenos Aires: Lugar. 2007. ISBN 978-950-892-278-6.

- Marín Sánchez M, León Rubio JM. Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza aprendizaje para desarrollar las de comunicación interpersonal en el área de enfermería [internet]. Psicothema. 2001 (marzo de 2011) ISSN 0214 9915.2001.13(2) 247-251. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/443.pdf>

- Miranda MV, Romo FO, Torres-Quintana MA. Bioética y Odontología General. Rev. Chil. 2009 (marzo de 2011) 100 (2) 32-37. Disponible en: www.revistadentaldechile.cl/.../bioetica.htm
- Moreno EM, et al. Calidad de la Atención Primaria. Proyecto UNI-Tucumán. Facultad de Medicina, UNT. 2001 (marzo de 2011) 3-66. Disponible en: <http://www.fundacionaequus.com.ar/biblioteca/elsamoreno-calidadatenci%C3%B3n.pdf>
- Olivares Rojas JC. Desarrollo Sustentable [internet]. S.f. (octubre de 2006). Disponible en: <http://dsc.itmorelia.edu.mx/~jcolivares/courses/ds06b/material2ds.pdf>
- Osorio Rojas RA. El cuestionario [internet]. S.f. (septiembre de 2011). Disponible en: <http://www.nodo50.org/sindpitagoras/Likert.htm>
- Pértega Díaz S, Pita Fernández S. Métodos no paramétricos para la comparación de dos muestras. Cad. Aten. Primaria, 13, 109-113. 2007.
- Romero Y. Dental Health and its goals for the present millennium. Acta odontol. venez. [internet]. 2006 (febrero de 2011), vol.44, no.2, p.210-215. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652006000200009&lng=en&nrm=iso&ignore=.html
- Sánchez Sánchez T, del Río Highsmith J. La Relación Paciente Odontólogo: convertir al paciente en “nuestro paciente”. Rev. Int. de Prótesis Estomatológica. Hispanoamericana. 2002 (marzo de 2011); 4 (4) 280-287. ISSN: 399791. Disponible en: [http:// www.europa.sim.ucm.es/compludoc/GetSumario?zfr=0...=/S](http://www.europa.sim.ucm.es/compludoc/GetSumario?zfr=0...=/S)
- Sousa Miyano MC. Interdisciplinariedad y pensamiento complejo en el área de la Salud. Salud colectiva. Universidad de Lanús. 2008; 4 (1).

IX.- ANEXOS

ANEXO I: PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

- **Marega, G.**, Sánchez Dagúm, M., “Impacto del vínculo estudiante-paciente en la clínica Facultad de Odontología. UNC” Medio de publicación: libro resumen de la IV Jornadas de Investigación Científica en Odontología (**JICO**). Facultad de Odontología, UNC. Noviembre de 2013. **ISBN**: 978-950-33-1095-3.
- **Expositor** de poster: Impacto del vínculo estudiante paciente en la práctica clínica. Facultad de Odontología, UNC. 2013. En XLVII Reunión Anual de la Sociedad Argentina de Investigación Odontológica (**SAIO**). Rosario, Argentina. 13 al 15 de noviembre de 2014.
- **Marega, G.** Sanchez Dagum “Impacto del Vínculo estudiante – paciente en la práctica clínica.Fac. de Odontología.UNC.2013” Medio de publicación: libro resumen de en la XLVII Reunión Anual de la investigación Soc. Argentina de Endodoncia (**SAIO**) Rosario, Argentina. Noviembre de 2014. **ISBN**: 978-978-33-6306-1
- **Marega, G.**, Sánchez Dagúm, M. L. La Relación estudiante-paciente en la clínica, Facultad de Odontología, UNC. Publicación en el libro de resúmenes de la XLVIII Reunión Anual de la investigación. Soc. Argentina de Endodoncia (**SAIO**). Tanti, Córdoba. Noviembre de 2015. **ISBN**: 978-978-1930-25-8
- **Expositor** de poster: La Relación estudiante-paciente en la clínica, Facultad de Odontología, UNC.” En la XLVIII Reunión Anual de la investigación Soc. Argentina de Endodoncia (**SAIO**). Tanti, Córdoba. Noviembre de 2015

ANEXO II: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

ENCUESTA A ALUMNOS

Encuesta N°:.....

Fecha:.....

IMPACTO DEL VINCULO ENTRE ESTUDIANTE Y PACIENTE, EN LA PRÁCTICA CLINICA DEL GRADO EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA. AÑO 2012.

Od. Gabriela Hebe Marega

Estamos realizando una investigación acerca de cómo impacta el vínculo que se establece entre alumno y paciente sobre la práctica clínica del grado. Tu participación es voluntaria, si aceptas participar, no revelaremos tu identidad, así como los datos que aporte serán protegidos por el secreto estadístico y de la ética en investigación en Salud para la realización de una Tesis Doctoral. Por favor elige una o varias opciones para cada pregunta. Gracias.

1. Lugar de Procedencia:

Firma:

- ☐ Córdoba capital
☐ Córdoba interior
☐ Otras provincias

2. Sexo

- ☐ Masculino
☐ Femenino

3. Edad (en años cumplidos):

4. Situación laboral:

¿Trabajas actualmente?

- ☐ Si
☐ En relación a la Odontología
☐ Otro
☐ No

¿Has trabajado en el pasado?

- ☐ SI
 - ☐ En relación a la Odontología
 - ☐ Otro
- ☐ No

5. Cuando realizaste la selección de pacientes, ¿cómo fue su captación?

- ☐ Por Recepción de pacientes de la F.O
- ☐ Por Demanda espontánea en la F.O.
- ☐ Búsqueda propia:
 - ☐ En centros de Salud
 - ☐ Avisos gráficos publicitarios
 - ☐ Conocidos
- ☐ Otros ¿Cuáles?.....

6. ¿Cómo estableces la comunicación con tu paciente?

- ☐ Personalmente, cara a cara.
- ☐ A través de medios de comunicación (telefónico, internet)
- ☐ A través de las dos anteriores

7. Respecto a dichos pacientes que atiendes en las prácticas:

- ☐ Continúas en contacto por algún tiempo por controles o consulta
- ☐ Habitualmente el trato concluye al terminar tu práctica

8. ¿Durante la atención brindada a tus pacientes notaste que los aportes de asignaturas de contenido psicosocial fueron útiles para establecer la relación con éstos?

- ☐ Muy útiles
- ☐ Útiles
- ☐ Poco útiles
- ☐ Inútiles

9. Al tratar tu paciente en las distintas asignaturas clínicas:

-Te sientes incómodo o temeroso.

☐ Si ☐ No

-Necesitas adquirir más seguridad en tu trato hacia el paciente

☐ Si ☐ No

-Te percibes naturalmente seguro por tu personalidad.

☐ Si ☐ No

-Te concentras casi exclusivamente en los aspectos científicos y técnicos de la tarea propuesta.

☐ Si ☐ No

-Te sientes preparado por tus conocimientos en el área.

☐ Si ☐ No

10. ¿Cuán importante consideras resguardar la privacidad respecto a la información que el paciente te suministra al realizar la Historia Clínica?

☐ Muy importante

☐ Importante

☐ Poco importante

11. Durante tus prácticas clínicas, te has sentido respaldado por el apoyo y presencia de tu docente?

☐ Si ☐ No

12. ¿Has tomado como modelo el proceder de tu docente en cuanto al trato y atención del paciente?

☐ Si ☐ No ☐ A veces

13. ¿Tratas de imitar su desempeño en relación a conocimientos, destrezas, técnicas?

☐

Si

☐

No

☐

A veces

14-¿Recuerdas alguna situación que puedas mencionar como ejemplo?

.....

15. Respecto al tratamiento efectuado: ¿Concretaste tus objetivos y metas propuestas? ¿Por qué?

.....

.....

16. ¿Consideras que establecer un vínculo terapéutico con el paciente tiene valor respecto al éxito del tratamiento en tus prácticas de grado?

.....

.....

17. ¿Consideras que tu práctica ha sido beneficiosa para el paciente?

☐

Si

☐

No

☐

A veces

18. ¿Qué crees que se puede mejorar para construir una mejor relación estudiante – paciente?

.....

.....

1

9. Ahora que estás tenido tu prácticas, ¿Crees que necesitas profundizar más sobre aspectos vinculados a la relación “paciente-profesional”?

.....

20. ¿Puedes realizar algún comentario sobre tu experiencia clínica?

.....

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS. ENCUESTA A PACIENTES

Encuesta N°:.....

Fecha:.....

IMPACTO DEL VINCULO ESTUDIANTE-PACIENTE, EN LA PRÁCTICA CLINICA DEL GRADO EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA. AÑO 2012.

Estamos realizando una investigación, cuyo objetivo es recoger la opinión que Usted tiene acerca de la atención que recibe por parte del alumno en estos servicios. Su participación es totalmente voluntaria. Si usted elige participar, las respuestas estarán protegidas por el secreto ético de una investigación en Salud para la realización de una Tesis Doctoral. Muchas Gracias por su colaboración-

Od. Gabriela Hebe Marega

1. Lugar de residencia:

Firma:

☐ Córdoba capital

☐ Interior

☐ Otras provincias

2. Sexo:

☐ Masculino

☐ Femenino

3. Edad (en años cumplidos):

4. Estudios realizados:

☐ No fue a la Escuela

☐ Primaria Incompleta

☐ Primaria Completa

☐ Secundaria Incompleta

☐ Secundaria Completa

☐ Terciaria o Universitaria Incompleta

☐ Terciaria o Universitaria Completa

5. Situación laboral:

- ☐ Tiene trabajo estable.
- ☐ Hace changas.
- ☐ Cobra plan o subsidio.
- ☐ Es jubilado o pensionado.
- ☐ No trabaja, ni cobra ningún tipo de plan
- ☐ Otros

6. ¿Por qué vino hoy al servicio?

- ☐ Por una Urgencia.
- ☐ Para iniciar un tratamiento.
- ☐ Para continuar un tratamiento.
- ☐ Para control.
- ☐ Otros motivos.

7. ¿Cómo se contactó Ud. con el alumno que le realizó la atención?

- ☐ Por recepción de pacientes
- ☐ Por avisos o publicidad.
- ☐ Por recomendación.
- ☐ Por conocidos, familiares o amigos.

8. ¿Le brindaron información sobre cuidados de la Salud Bucal?

- ☐ Si ¿Cuáles?
 - ☐ Higiene dentaria (Técnicas de Cepillado)
 - ☐ Consejería sobre dieta.
 - ☐ Importancia del uso del fluor.
 - ☐ Otras
- ☐ No

9. ¿Cómo fue el trato que recibió del alumno que lo atendió?

- ☐ Muy bueno
- ☐ Bueno
- ☐ Aceptable
- ☐ Regular
- ☐ Malo

10. ¿Considera Usted que las indicaciones recibidas han sido claras y suficientes?

- ☐ Definitivamente si
- ☐ Probablemente si
- ☐ Indeciso
- ☐ Probablemente no
- ☐ Definitivamente no

11. ¿Tiene posibilidad de contactar personal o telefónicamente al alumno que lo atendió, si quiere realizarle una consulta?

- ☐ Si ☐ No

12. ¿Cree que la atención recibida significa una mejora en su Salud? ¿Por qué?

.....

.....

ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO

“IMPACTO DEL VINCULO ESTUDIANTE-PACIENTE, EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL GRADO EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA. AÑO 2012.”

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIANTES QUE PARTICIPAN EN ESTE ESTUDIO.

Usted está invitado a participar en este estudio de investigación y puede decidir si desea participar o no. La siguiente información describe el estudio y su rol como participante del mismo. Por favor, tómese su tiempo para decidir lo que va a hacer, lea atentamente y no dude en formular las preguntas que considere necesarias acerca de la información que se le proporciona en este documento.

¿Por qué se está haciendo este estudio?

El propósito de este trabajo es: conocer los factores intervinientes en la relación estudiante paciente que se desarrolla durante el cursado de las asignaturas clínicas de quinto año, conocer la percepción de los primeros respecto a dicho vínculo, a los fines de establecer el impacto de esta relación en los procesos y resultados de la práctica clínica de grado; y como factor influyente para el logro de la Salud Bucal de los pacientes.

Este proyecto es realizado para aspirar al título de Doctora en Odontología, fue aprobado por Comisión de Tesis (Resol.405/11 HCD), Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba. Esta dirigido por la Prof. Dra. Mercedes Sánchez Dagum.

¿Quiénes no deberían participar en este estudio?

Los estudiantes que no estén cursando al menos una asignatura clínica correspondiente al 5to. Año de la carrera. (9º y 10º cuatrimestres).

¿Qué se me pedirá que haga?

Ud. deberá contestar una encuesta (cuestionario) semiestructurada donde se le pregunta a cerca de aspectos relacionados al vínculo que establece con los pacientes que

asiste en las asignaturas clínicas. Los datos obtenidos serán resguardados por el secreto estadístico, de acuerdo a los principios éticos de la confidencialidad.

¿Qué beneficios puedo esperar de mi participación en este estudio?

La participación en este estudio permitirá: revalorizar la importancia de la relación interpersonal que se establece con motivo de la atención odontológica, la promoción de prácticas de autocuidado por parte de los pacientes atendidos y realizar recomendaciones para la mejora curricular en la formación del futuro profesional.

Responsabilidad:

La investigación se llevara a cabo mediante una encuesta, contribuyendo a la ampliación del conocimiento científico sobre la Relación entre pacientes y estudiantes que se atienden en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba. Debido a que la investigación a desarrollar no es clínica, no se realizará intervención sobre su persona, por lo que no existen posibilidades de efectos colaterales o daños sobre su Salud relacionadas con nuestra actividad, ni de su entorno familiar y laboral.

¿Qué puedo hacer si tengo alguna duda?

Puedo consultar con el investigador del estudio o la directora del mismo cuyas direcciones y teléfonos figuran al final del protocolo.

¿Quién podrá ver mis registros y saber que yo estoy incluido en el estudio?

Si usted acepta participar en este estudio, su nombre y datos serán confidenciales conforme a las leyes y/o regulaciones aplicables. Si los resultados se publican, su identidad se mantendrá confidencial. A menos que lo requiera la ley, sólo los investigadores principales responsables de este estudio o el personal designado por ellos, el comité de ética, y los inspectores de las agencias regulatorias del gobierno tendrán acceso directo a sus registros para examinar la información del estudio. Además se les avisará con tiempo toda información nueva y significativa que pueda afectar su interés de permanecer en el estudio.

¿A quién debo llamar si tengo preguntas?

Nombre del contacto: Od. Gabriela H. Marega.

Prof. Dra. Mercedes Sánchez Dagum.

Teléfonos: 4334274 int. 213 L a J. de 9 a 12 hs. ó al mail: gabimarega@yahoo.com.ar

Lugar: Cátedra: Odontología Preventiva y Comunitaria I. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.

Este protocolo ha sido aprobado por el C.I.E.I.S, Facultad de Odontología, UNC, cuyos datos figuran al final, pudiendo solicitar información o recurrir a dicho comité si le surgieran dudas al respecto.

¿Puedo negarme a participar en el estudio y se me puede solicitar que deje el estudio?

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede elegir no tomar parte de este estudio o usted puede abandonar el mismo en cualquier momento, sin sufrir ninguna consecuencia. La firma de este consentimiento no significa la pérdida de los derechos que legalmente le corresponden de acuerdo a las leyes vigentes en la República Argentina.

Usted recibirá una copia de este consentimiento firmado.

He leído y entendido este consentimiento. Todas mis preguntas han sido contestadas y yo acepto participar voluntariamente en este estudio.

Nombre del estudiante

.....

Firma del estudiante.

.....

.....

Fecha

Nombre del testigo

.....

Firma del testigo.

.....

.....

Fecha

Nombre del investigador o persona por él designada

.....

Firma del investigador o persona por él designada

.....

Fecha

“IMPACTO DEL VINCULO ESTUDIANTE-PACIENTE, EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL GRADO EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA. AÑO 2012.”

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES QUE PARTICIPAN EN ESTE ESTUDIO.

Usted está invitado a participar en este estudio de investigación y puede decidir si desea participar o no. La siguiente información describe el estudio y su rol como participante del mismo. Por favor, tómese su tiempo para decidir lo que va a hacer, lea atentamente y no dude en formular las preguntas que considere necesarias acerca de la información que se le proporciona en este documento.

¿Por qué se está haciendo este estudio?

El propósito de este trabajo es: conocer los factores que intervienen en la relación estudiante paciente durante su atención en las asignaturas clínicas de quinto año, a fin de establecer el impacto de esta relación en el logro de su Salud Bucal.

Este proyecto es realizado para aspirar al título de Doctora en Odontología, fue aprobado por Comisión de Tesis (Resol.405/11 HCD), Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba Esta dirigido por la Prof. Dra. Mercedes Sánchez Dagum.

¿Quiénes no deberían participar en este estudio?

Los pacientes que no sean o hayan sido atendidos por alumnos, al menos en una asignatura clínica correspondiente al 5to. Año de la carrera. (9° y 10° cuatrimestres).

¿Qué se me pedirá que haga?

Ud. deberá contestar una encuesta (cuestionario) semiestructurada donde se le pregunta a cerca de la atención que recibe por parte de los alumnos al ser asistido en las asignaturas clínicas. Los datos obtenidos serán resguardados por el secreto estadístico, de acuerdo a los principios éticos de la confidencialidad.

¿Qué beneficios puedo esperar de mi participación en este estudio?

La participación en este estudio permitirá: revalorizar la importancia de la relación interpersonal que se establece en la atención odontológica a los fines de que

Ud. se sienta más contenido y valorado; y realizar recomendaciones para mejorar la formación del futuro profesional durante su estudio en nuestra Facultad.

Responsabilidad:

La investigación se llevara a cabo mediante un cuestionario (encuesta), contribuyendo a la ampliación del conocimiento científico sobre la Relación entre pacientes y estudiantes que se atienden en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba. Debido a que la investigación a desarrollar no es clínica, no se realizará intervención sobre su persona, por lo que no existen posibilidades de efectos colaterales o daños sobre su Salud relacionadas con nuestra actividad, ni de su entorno familiar y laboral.

¿Qué puedo hacer si tengo alguna duda?

Puedo consultar con el investigador del estudio o la directora del mismo cuyas direcciones y teléfonos figuran al final del protocolo.

¿Quién podrá ver mis registros y saber que yo estoy incluido en el estudio?

Si usted acepta participar en este estudio, su nombre y datos serán confidenciales conforme a las leyes y/o regulaciones aplicables. Si los resultados se publican, su identidad se mantendrá confidencial. A menos que lo requiera la ley, sólo los investigadores principales responsables de este estudio o el personal designado por ellos, el comité de ética, y los inspectores de las agencias regulatorias del gobierno tendrán acceso directo a sus registros para examinar la información del estudio. Además se les avisará con tiempo toda información nueva y significativa que pueda afectar su interés de permanecer en el estudio.

¿A quién debo llamar si tengo preguntas?

Nombre del contacto: Od. Gabriela H. Marega Prof. Dra. Mercedes Sánchez Dagum

Teléfonos: 4334274 int. 213 L a J. de 9 a 12 hs. ó al mail: gabimarega@yahoo.com.ar

Lugar: Cátedra: Odontología Preventiva y Comunitaria I. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.

Este protocolo ha sido aprobado por el C.I.E.I.S, Facultad de Odontología, UNC, cuyos datos figuran al final, pudiendo solicitar información o recurrir a dicho Comité si le surgieran dudas al respecto

¿Puedo negarme a participar en el estudio y se me puede solicitar que deje el estudio?

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede elegir no tomar parte de este estudio o usted puede abandonar el mismo en cualquier momento, sin sufrir ninguna consecuencia. La firma de este consentimiento no significa la pérdida de los derechos que legalmente le corresponden de acuerdo a las leyes vigentes en la República Argentina.

Usted recibirá una copia de este consentimiento firmado.

He leído y entendido este consentimiento. Todas mis preguntas han sido contestadas y yo acepto participar voluntariamente en este estudio.

Nombre del paciente

.....

.....

Firma del paciente

Fecha

.....

Nombre del testigo

.....

.....

Firma del testigo.

Fecha

.....

Nombre del investigador o persona por él designada

.....

.....

Firma del investigador o persona por él designada

Fecha

.....

.....

ANEXO IV

PLAN DE TRABAJO: CRONOGRAMA DE LA OBSERVACIÓN EN SALAS CLÍNICAS

LUGAR / FECHAS (Días por mes)	Mayo	Junio	Agosto	Septiembre
Cátedra Prostodoncia IV “B”	7 14 21 28	4 11 18 25	6 13 20 27	3 10 17 24
Cátedra de Práctica Profesional Supervisada	9 16 23 30	6 13 20 27	8 15 22 29	5 12 19 26

ANEXO V: NOTAS DE ASOCIACION LIBRE

Se pueden apreciar en los DATOS (de la matriz) “Dialogar” y “Deambular”.... en relación al primero es cuando ellos establecen el vínculo ya sea desde un lugar casi profesional al abordar temas referidos a la práctica propiamente dicha y cuando se generan charlas espontáneas, cotidianas que contribuyen a crear cercanía, confianza, disminuir la ansiedad o el temor.

Con respecto a Deambular tendría una connotación negativa si lo interpretamos como el no aprovechar momentos de diálogo, poco atento dejar solo al paciente quien puede sentir que el acercamiento es frío y solo para responder al interés del alumno en cuanto al requerimiento académico.

Sabemos que la Salud está influenciada por un sin número de factores entre los cuales los aspectos sociales, culturales psicológicos y del medio ambiente que rodea al paciente cobran especial importancia, por lo cual es imprescindible que el alumno desde su formación comprenda y valore que para cualquier práctica de Salud preventiva o curativa debemos contar con la participación activa del paciente...(modelo participativo)... para alcanzar el éxito. De otro modo no lograremos crear un compromiso con el mismo logrando el autocuidado, para llegar a esta motivación debemos crear empatía y para ello necesitamos destinar un poco de tiempo, así conoceremos aspectos que no están escritos en la H.C. respecto a sus costumbres, deseos, posibilidades y esto me permitirá ofrecerle el tratamiento o las indicaciones más adecuadas para ese paciente en particular.

Si bien las problemáticas de Salud son procesos con base biológica por naturaleza son sociales en su forma y debemos educar en Salud transmitiendo que cada individuo es un ser único y debe ser tratado y respetado como tal.

El tercer objetivo específico **“Establecer correlaciones entre la relación “E-P” con el impacto de ésta en los procesos y resultados de la práctica profesional de grado”**... se puede alcanzar respecto a lo planteado anteriormente y se casi una consecuencia de los otros dos.

ANEXO VI NOTAS DE CAMPO

Cátedra de Prostodoncia IV “B”

(En celeste: apreciaciones subjetivas)

Los alumnos van ingresando a la sala, arman las mesas clínicas y comienzan a entrar los pacientes que son recibidos, ubicados en los sillones...los alumnos siguen preparando los pacientes y sus mesas de trabajo mientras esperan las indicaciones de la docente. Intercambian una charla casual, en otros sillones se repite esta escena y también hablan de Odontología. el ambiente es distendido. Le explican a la paciente los pasos que realizarán, la misma se muestra confiada y colaboradora con los alumnos.

Los alumnos se ven tranquilos y solventes.

La docente se sienta en la silla del operador y revisa la paciente, mientras le explica cosas acerca de su tratamiento, los estudiantes escuchan atentamente sin intervenir. Al finalizar la evaluación del caso clínico la docente se dirige a los alumnos y dialogan sobre los pacientes. Esto se repite en otros sillones con la misma metodología, en los primeros TP se evalúan si los casos presentados pueden ser atendidos durante el cursado.... *(Quizás por eso están un poco estáticos....)* En otro sillón la docente promueve la participación de los alumnos y los invita a pensar en los contenidos teóricos de la asignatura para relacionarlos con la clínica... ellos están atentos y expectantes.

Otros dejan solos a los pacientes, salen de la sala a buscar algo...o a otros pacientes de la sala de espera, ingresan con un nuevo pac., como trabajan en parejas el ayudante prepara la mesa clínica mientras el operador comienza con la Historia clínica, otros toman impresiones y salen con ella mientras el paciente aguarda su regreso.

Dan muchas vueltas, pierden tiempo, quizás no saben cómo seguir y esperan directivas de la docente....

Mientras esperan que la docente se acerque al sillón charlan con el paciente, se ríen, siguen completando la H.C.

El ambiente es distendido, tranquilo, les cuesta tomar un ritmo de trabajo, a lo mejor es por tratarse de los primeros T.P.

Una alumna observa la cavidad bucal y le dicta el catastro a su compañera, otros todavía no tienen pac. Para comenzar a trabajar. La pac. que está más próxima a mi ubicación es muy amigable, ya conoce otros alumnos de la sala porque ha sido atendida antes en otras asignaturas, los mismos se acercan a Saludarla he intercambian una breve charla, bromean, ella dice que está muy contenta por la atención recibida en todos los aspectos.

... comienzan a armar mesas, hacen pasar a los pacientes, el clima es relajado, algunos alumnos empiezan a trabajar solos porque ya conocen al paciente y saben cómo deben seguir con los pasos. Intercambian un breve diálogo y le explican acerca del tratamiento. El docente se acerca para inspeccionar al paciente intercambian diálogos breves y explicaciones del tratamiento, pregunta a los alumnos como están trabajando y les da indicaciones para continuar, los alumnos parecen tranquilos y seguros.

Los pacientes también preguntan acerca del tratamiento y de Odontología en gral- algunos alumnos salen de la sala para realizar alguna tarea o buscar algo y los pac. Quedan solos esperando, les hablan poco, otros muestran una rx y le explican....

Práctica Profesional Supervisada

La sala es muy numerosa y ruidosa, a esta altura del ciclo los alumnos trabajan solos, (pares) los profesores asistentes van controlando la tarea, pasando por los sillones o son requeridos para alguna consulta. En general se ve a los alumnos desempeñarse con idoneidad, soltura y autonomía. El ambiente de trabajo es relajado, se los observa desempeñarse tranquilos más allá de la premura por avanzar con el cumplimiento de la tarea propuesta.

En esta asignatura deben cumplimentar 216 hs. De práctica clínica, de los 6-8max. meses de cursado, 3 son en la facultad y 3 en una unidad asistencial por ej. Hospital (San Roque, Rio Ceballos...) allí se desempeñan como profesionales atendiendo demanda espontanea solicitada por el paciente.

En la sala se observa orden, limpieza, prolijidad; los docentes son amables y están solícitos ante los requerimientos, una alumna hace pasar un paciente de demanda espontanea, el sr. Le explica el motivo de la consulta, ella lo recibe con la mesa clínica ya armada, prepara al paciente, se coloca los elementos de bioseguridad (guantes, barbijos, gafas) y lo revisa, mientras tanto dialogan: él le relata su experiencia respecto al problema que lo trae a la consulta y la alumna le hace preguntas de su Historia clínica, se establece una conversación cordial, ameno y respetuoso. A pesar del bullicio constante por el ruido de los aparatos y la cantidad de gente, se respira un buen clima de trabajo. Cada sillón es un mundo individual donde el alumno comparte con su paciente.

ANEXO VII MATRIZ DE DATOS

TRANSCIÓN DE TEXTO (Registro)	INTERROGANTES (Comentarios)	ANÁLISIS	CATEGORÍAS (Códigos)
“Los alumnos siguen preparando los pacientes y sus mesas de trabajo mientras esperan las indicaciones de la docente.”	¿En qué consiste la preparación?Cuál es la importancia de la misma? ¿Deben hacerlo por adelantado, previo al ingreso del paciente? <i>Dan vueltas, pierden tiempo, quizás no saben cómo seguir y esperan directivas de la docente.</i>	Los alumnos deben respetar un ordenamiento previamente aprendido que permite cumplimentar con las normas de bioseguridad, además de agilizar la tarea optimizando el tiempo del T.P.	1. AMBIENTE CONTEXTO 1.1 Preparar Anticiparse 1.2 Sala Clínica
“En general se ve a los alumnos desempeñarse con idoneidad, soltura y autonomía...” Se coloca los elementos de bioseguridad (guantes, barbijos, gafas)	¿Dan respuesta a las demandas de los pacientes? ¿Se sienten capacitados para trabajar solos? Tienen miedo de establecer el vínculo, hasta que arrancan... ¿Se controla estrictamente el cumplimiento de las normas de bioseguridad en cada cátedra? ¿Están concientizados de la importancia de dichas medidas? ¿Cuál es el	Actitud frente al paciente: en general se los observa seguros, autónomos. Se relaciona con la preparación o anticipación anteriormente mencionada y el entendimiento del principio de beneficencia para el paciente.	2. ACTOS - ACTIVIDADES 2.1 Trabajo con el paciente 2.2 Bioseguridad 2.3 Ética

<p>“..Intercambian diálogos breves y explicaciones del tratamiento, la docente pregunta a los alumnos como están trabajando y les da indicaciones para continuar...”</p>	<p>valor del diálogo? ¿Escuchan al paciente aplicando un modelo participativo? ¿Están atentos a los docentes?</p>	<p>Las conversaciones que compartes son : sobre el trabajo odontológico sobre temas varios lo cual refuerza el vinculo, distiende acerca...</p>	<p>3.RELACIÓN- PARTICIPACIÓN</p> <p>3.1 Diálogos</p>
<p>La docente se sienta en la silla del operador y revisa la paciente, mientras le explica cosas acerca de su tratamiento, pasos a seguir, los estudiantes escuchan atentos...</p>	<p>Toman el modelo docente como un ejemplo a imitar, aprenden el establecimiento de la relación terapéutica, observan el modo de preguntar para la obtención de datos valiosos, el trato profesional correcto, el mantenimiento de una distancia profesional.</p>	<p>La cooperación y el apoyo docente como contención al alumno y paciente y como modelo a imitar tanto en lo académico como en lo relacional, actitudinal.</p>	<p>3.2 Relación doc.- alumno-paciente</p>

