

La formación de investigadores en la universidad: experiencia didáctica

Yajaira Romero

Universidad de Los Andes - Facultad de Odontología Mérida - Venezuela
ycruve@yahoo.es

Resumen

En esta investigación se describe el trabajo que se viene desarrollando en la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes desde el año 2000. Su propósito es impulsar un proceso alternativo en la formación de odontólogos para investigar, conocer y transformar su objeto de estudio y trabajo: el componente bucal del proceso salud-enfermedad. Ésta es una investigación cualitativa, planteada por objetivos, con un diseño no experimental. Al brindar al estudiante la posibilidad de intervenir sobre problemas concretos, aplicando técnicas de investigación científica, se desarrolló una estrategia innovadora en la enseñanza universitaria, rompiendo con la forma tradicional de enseñar metodología de investigación. Los estudiantes lograron modificar la interpretación del problema de la salud, puesto que lo abordaron de manera integral y dialéctica, involucrando a las personas como actores sociales capaces de asumir de manera organizada y comprometida, un papel protagónico en la conducción de su proceso salud – enfermedad. Esto constituye un aporte significativo para transformar el modelo de atención, obsoleto y excluyente que predomina en los servicios odontológicos. En esta experiencia quedó evidenciado que el docente universitario puede innovar en el aula de clase y producir conocimientos en relación con su objeto de trabajo.

Palabras clave: universidad, enseñanza de la investigación, investigación con la comunidad, formación de investigadores

Researcher's training in the university: a didactic experience

Abstract

This research describes the work being developed in the School of Dentistry of the University of Los Andes since the year 2000. Its purpose is to promote an alternative process in the training of dentists to research, know and transform their object of study and work: the oral component in the health-disease process. This is a qualitative research, designed by objectives, with a non-experimental design. By giving students the possibility to intervene on concrete problems, applying scientific research techniques, an innovative strategy was developed in university teaching, breaking with the traditional way of teaching research methodology. The students managed to modify the interpretation of the health problem as they approached it as a whole in a dialectical way, involving people as social actors capable of assuming in an organized and committed way, a leading role in their health-disease process. This constitutes a significant contribution to transform the attention model, which is obsolete and excluding, predominant in dentistry services. In this experience, we evidenced that the university teachers can innovate in the classroom and produce knowledge related to the purpose of their work.

Key words: university, research teaching, research with the community, researcher's training

Fecha de recepción: 10-06-04 Fecha de aceptación: 20-10-04

Este trabajo forma parte del proyecto: Efectos de un programa de capacitación que modifique las prácticas y costumbres legitimadas en el seno familiar para la atención de la caries dental con un grupo de familias que habitan en la comunidad de san isidro. Municipio Campo Elías. Mérida. Financiado por el CDCHT de la ULA, bajo el código: O- 085-02-04-C

Durante las últimas dos décadas se viene discutiendo en América Latina la redefinición de los objetivos propuestos para cada uno de los componentes de la práctica odontológica: la producción de servicios, la producción de conocimientos y la formación de recursos humanos. En las facultades y escuelas de Odontología, estos tres componentes se desarrollan, haciendo énfasis en la formación de recursos humanos.

El proceso educativo en el ámbito odontológico se define, según el Programa Latino Americano de Educación Odontológica – PROLADEO (1989: p. 1) como una práctica "...repetidora de información y exigente de comportamientos pre-determinados. Confinada a los ámbitos intramurales, unilateral y carente de compromiso crítico y científico frente a la condición socio-económica y de salud de los países. La formación del personal ha mantenido la parcialización del conocimiento, la subordinación lineal, el manejo teórico de la realidad y la aceptación de las leyes de la oferta y la demanda".

En cuanto a la práctica educacional que predomina en la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes (FOULA), Suárez y Hernández (1998) la definen como tradicionalista y bancaria, centrada en la transmisión y repetición mecánica de conocimientos y técnicas, con escasas experiencias de aprendizaje, lo cual estimula una conducta dependiente y memorística en el estudiante. El alumno no reflexiona sobre lo que hace, es acrítico, cuenta con escasa información básica necesaria para la reflexión científica de la situación de salud. Este modelo educativo dominante en salud reduce la formación del odontólogo e impide abordar su objeto de estudio y de trabajo integralmente para conocerlo y modificarlo, en función del bienestar de la población. Es decir, un profesional de la odontología cuenta con muy pocas herramientas que le permitan interpretar los componentes del proceso salud-enfermedad bucal (colectivo e individual) en el contexto histórico y social en el cual se desenvuelve. Esto impide la generación de respuestas eficaces y eficientes en el desarrollo de su práctica odontológica.

Enmarcado en este contexto, el presente trabajo muestra los resultados de una experiencia desarrollada en la unidad curricular Investigación Social, conjuntamente con el programa Eje de Práctica Odontológica Integral, unidades académicas ubicadas en el 2.^a año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes (FOULA), Mérida, Venezuela, en el año académico 2001- 2003. Se describe y analiza el proceso de inter-aprendizaje de metodología de la investigación a partir de problemas sociales concretos con la participación de tres actores: los estudiantes de la FOULA, los vecinos de la comunidad de Aguas Calientes del municipio Campo Elías, Edo. Mérida, y los docentes de la FOULA.

Objetivos de la investigación

Desarrollar un proceso alternativo para la enseñanza de la investigación con los estudiantes del 2.º año, creando equipos de trabajo con la comunidad y utilizando técnicas y procedimientos propios de la investigación, como herramientas de estudio y de trabajo para investigar, conocer y transformar la realidad.

Objetivos específicos

1. Caracterizar la conceptualización del proceso salud–enfermedad bucal en los estudiantes al inicio de la unidad curricular Investigación Social.
2. Caracterizar el encuentro entre los estudiantes investigadores y los vecinos en el diseño y ejecución de los proyectos de investigación en el eje de Práctica Odontológica Integral.
3. Analizar la participación de la comunidad en el diseño y ejecución de los proyectos de investigación.

Metodología

1. Diseño de investigación

Esta es una investigación cualitativa, planteada por objetivos, con un diseño no experimental, clasificada por Hurtado (1998) como una investigación de tipo interactiva, conocida también como Investigación–acción–participativa, tomando los fundamentos epistémicos del materialismo dialéctico. En la matriz de análisis nº 1 se representa el diseño de investigación para cada objetivo específico, a partir de las categorías analizadas, la perspectiva temporal, las fuentes de obtención de información, las unidades de estudio, las técnicas de recolección de datos y los instrumentos de recolección de información.

2. Actores sociales

Los estudiantes de odontología de segundo año, sección 2 que cursan las unidades curriculares Investigación Social y Eje de Práctica Odontológica Integral

3. Escenarios

Los escenarios para el trabajo de intervención fueron: el aula de clases de la FOULA, dos horas semanales por grupo, y la comunidad de San Isidro, municipio Campo Elías, estado Mérida, en la cual se trabajó 5 horas semanales por grupo, además de las actividades realizadas los fines de semana, de acuerdo con la programación de cada equipo de trabajo. También hubo participación en reuniones con las asociaciones de vecinos, asambleas de vecinos y reuniones de trabajo fuera del horario establecido.

4. Recolección de información

Para la recolección de información se utilizaron tres técnicas: la revisión documental, la observación participante y la entrevista no estructurada.

Revisión documental: Morales (2000) afirma que los documentos escritos constituyen un apoyo útil a la observación, y en algunos casos constituyen un cuerpo principal de datos. Para esta investigación los documentos incorporados como fuente de información fueron los ensayos elaborados por los alumnos que participaron en la investigación.

La observación participante: La naturaleza de un objeto de estudio tan rico en sus manifestaciones como lo es la participación de la comunidad y su intercambio con los estudiantes requiere de la utilización de esta técnica, ya que permite obtener la información, independientemente de la disposición que tengan los informantes de suministrarla. Hurtado (1998) define la observación como la apertura integral de la persona por medio de sus sentidos y de sus vivencias y percepciones, para captar los procesos estudiados y su contexto de desarrollo. El investigador debe incorporarse como parte del evento estudiado de la manera más natural posible.

Entre los elementos que intervinieron en el proceso de observación destacan:

- El observador: para el desarrollo de este proyecto la persona que asumió este rol fue la misma investigadora.
- La situación observada: la participación de la comunidad en el desarrollo del proyecto, para lo cual fue necesario diseñar una matriz de análisis (ver matriz de análisis N° 2) que incluye las categorías y los indicios o indicadores para la recolección de la información, así como los intervalos de tiempo para la observación.

La entrevista no estructurada: esta técnica fue utilizada para obtener información de cómo los vecinos comprenden, interpretan y valoran la participación en su comunidad, confrontando estas opiniones y percepciones con su actuación y desempeño en el desarrollo del proyecto. Se utilizó esta modalidad para permitirle a los entrevistados expresar abiertamente sus ideas opiniones y sentimientos. El investigador actuó como facilitador de la situación.

Descripción de la experiencia

La experiencia se realizó en dos (2) momentos: en un primer momento se estudiaron los aspectos conceptuales del proceso salud-enfermedad en el aula de clase y en un segundo momento se realizó la intervención en la comunidad.

Primer momento: conceptualización del proceso salud-enfermedad

Este primer momento se desarrolló en tres (3) fases, la primera de ellas en el aula de clase, con una primera actividad en la cual los estudiantes procedieron a la elaboración de un ensayo al inicio del año académico (febrero del 2002), cuyo tema a ser desarrollado fue la interpretación de la salud y de la enfermedad a partir de su definición, la explicación de las causas y de la respuesta social organizada. La selección de la bibliografía a ser consultada se dejó al libre criterio del estudiante.

Se aplicó la técnica de análisis del discurso a los ensayos elaborados, con el propósito de identificar la conceptualización de la salud y de la enfermedad que el estudiante tenía al inicio de las actividades.

Los resultados obtenidos indicaron el predominio de la concepción de la salud a partir de la definición de la OMS, asumida por el 100% de los estudiantes, y según la cual la salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad. En la matriz de análisis N° 3 se presentan las categorías utilizadas por los estudiantes para la explicación de las causas de la enfermedad; las cuales se fundamentan en la concepción biológica-multicausal.

El 80% de los estudiantes consideraron que la atención a la salud es responsabilidad directa del personal de salud y de los individuos. El otro 20% incorporó a otros actores como la escuela y señala la responsabilidad del Estado en garantizar la gratuidad en la prestación de los servicios clínicos curativos.

95% de los alumnos consideraron a la atención clínica-curativa como la única respuesta para la atención a los principales problemas de salud que afectan a la población, asociando la salud con el buen funcionamiento de los centros asistenciales. Solo 5% incorporó en la atención clínica la prevención específica y la educación para la salud, como medidas que contribuyen a mejorar la situación de salud en la población.

A partir de los resultados obtenidos se inició la segunda fase del primer momento, la cual consistió en el trabajo en aula, y la recolección de información con fines diagnósticos en la comunidad. Se realizaron clases expositivas, ejercicios de análisis y síntesis de los trabajos de Raúl Rojas Soriano, Jaime Breilh, Yadira Córdova, Asa Cristina Laurel, entre otros, que explican la salud como un proceso social e histórico, utilizando las categorías de análisis del materialismo dialéctico. Al iniciarse las visitas a la comunidad los estudiantes realizaron ejercicios de observación y descripción, entrevistas a los vecinos y líderes de la comunidad, visitas al Ambulatorio Los Cedros, entrevistas al médico de familia y a la promotora de salud.

Para recolección de la información los alumnos utilizaron cámaras fotográficas y de video, libretas de campo y grabador de audio. Con toda información recabada, se realizaron tres discusiones en grupos en el aula de clase, y se les solicitó a los estudiantes realizar nuevamente otro ensayo sobre el mismo tema, confrontando los postulados teóricos discutidos en clase, con los datos empíricos recolectados en la comunidad.

Los resultados del análisis del discurso, aplicados a los ensayos elaborados se resumen en la matriz de análisis n° 3. Solo 7% de los estudiantes continúan utilizando algunos de los elementos explicativos de la concepción biologicista multicausal, mas no incorporaron el concepto de salud de la OMS. El 93% de los estudiantes desarrollaron su explicación incorporando elementos explicativos y conceptuales de la concepción materialista dialéctica.

En cuanto a la aparición y la distribución de las enfermedades en la población, 90% de los estudiantes logró establecer las relaciones de determinación existentes con las condiciones sociales y económicas. 97% interpreta de la producción de salud – enfermedad como un hecho social, en el cual todos los actores involucrados tienen responsabilidad:

- En el ámbito general: el Estado que por medio de sus políticas sociales y económicas debe garantizar la calidad de vida de la población.

- En el ámbito particular: las instituciones educativas, de salud, deportivas, entre otras
- En el ámbito singular: las personas, las familias y las comunidades.

Los restantes, 3%, no lograron incorporar en forma coherente estos elementos de análisis.

Segundo momento: intervención en la comunidad

Los alumnos fueron distribuidos por sectores en grupos de 2 a 5 integrantes, cada grupo responsable de visitar y trabajar con un promedio de 20 familias. La estrategia utilizada fue la visita domiciliaria, suministrando información acerca de las actividades de promoción en salud bucal. Cada grupo de estudiantes tenía como primer objetivo captar a un grupo de vecinos que en su respectivo sector conformarían conjuntamente con los estudiantes equipos de trabajo para la promoción social de la salud y la vida. Cada equipo, estudiantes y vecinos, se reunió durante tres sesiones de trabajo para discutir y seleccionar los problemas que abordarían. Los temas de investigación trabajados fueron: las prácticas alternativas utilizadas en la comunidad para resolver los problemas dentales; el consumo del chimó; la caries dental, la deserción escolar; la nutrición y su relación con el recambio dentario

La observación del encuentro entre los estudiantes y vecinos de la comunidad se realizó a partir del enfoque cooperante como criterio de análisis y de las categorías: participación en planificación y ejecución de actividades, y la continuidad de las actividades, contenidas en la matriz de análisis N° 4. Las reuniones de trabajo se realizaban en la casa de algunos de los vecinos, con una convocatoria abierta para todos los que quisieran participar. Los alumnos actuaron como facilitadores, dirigiendo ejercicios de lluvia de ideas para seleccionar los principales problemas.

Cada equipo de trabajo debía seleccionar 3 problemas para ser abordados, de los cuales solo uno sería objeto de investigación, independientemente de que los tres problemas identificados fueran objeto de trabajo con la comunidad. Los estudiantes tuvieron la responsabilidad de hacer la revisión bibliográfica acerca del tema seleccionado, e incorporar algunos de los materiales para la discusión con el equipo de trabajo en la comunidad. La identificación de la información que debía ser recogida en la comunidad se hizo a partir de las discusiones colectivas. Los alumnos diseñaron los instrumentos y entrenaron a los vecinos que se incorporaron para la recolección de la información. Los datos fueron procesados por los alumnos ya que en la comunidad no se cuenta con los equipos necesarios y los resultados obtenidos fueron discutidos y difundidos a la comunidad por medio de reuniones de trabajo, asambleas y en materiales impresos.

Se observó la participación de los vecinos con relación al desarrollo del proyecto. Las observaciones fueron realizadas conjuntamente con las visitas domiciliarias hechas por los alumnos durante las cuatro primeras visitas, también se realizaron las entrevistas a las amas de casa y los jefes de familia.

A lo largo de la intervención en la comunidad se recolectó la información relacionada con la participación de la comunidad. La actitud de las familias visitadas

fue de no rechazo, la conducta predominante fue de recibir a los alumnos en sus casas y escucharlos con atención, fueron pocos los que voluntariamente manifestaron su disposición para colaborar con las actividades propuestas ofreciendo su casa para cualquier actividad a ser realizada.

Estas observaciones se corresponden con algunas de las opiniones expresadas por uno de los vecinos:

Informante 1: ...por lo menos aquí me han dicho por las partes de aquí, hay en estos días andaba por aquí una señora de la universidad con unos muchachos que van a ver los niños, que les van a revisar las muelas, y otros hay si a mí me las van a sacar, ¿ve? Es favorable y es una bendición de Dios, cuando las personas empiezan a trabajar por comunidad, porque no ven el dinero que hay en el bolsillo y es mucha la ayuda cuando tenemos una persona que trabaje por nuestra comunidad porque entonces ya no hay aquello, que mire yo no llevo a mi hijo al odontólogo porque no tenemos dinero, no señor, nosotros tenemos nuestra coordinadora de acá, aquí está funcionando tal cuestión, si el hijo suyo esta perdiendo sus dientes es por descuido suyo señor...

En estas opiniones se evidencia la esperanza de recibir atención, asociándose la presencia de los estudiantes y profesores de la FOULA con la atención odontológica clínica-curativa, y más específicamente mutiladora ya que esperan la realización de extracciones como única solución a sus problemas odontológicos y de manera gratuita. No se presentaron tampoco manifestaciones de compromiso para cooperar en la realización del trabajo, en este primer momento fue evidente en las manifestaciones de las personas, su percepción de que la realización del trabajo era competencia exclusiva de los profesores y estudiantes. Algunas personas, además mostraban su preocupación con relación a la continuidad del programa: *"pero es que vienen llenan planillas y se van"*.

La mayoría de las familias se mostraron receptivas, sin embargo, se percibió desconfianza en algunas de ellas; el señor Jesús nos refirió:

Informante 2: ...yo sinceramente participo poco, yo tengo 17 años en la comunidad y antes estaba dispuesto al trabajo, pero es que hay personas que les gusta figurar con el trabajo de los otros y son muy personalistas, si algo se logra es por ellos solamente y uno pues eso no le gusta y es mejor entonces que ellos hagan las cosas solos.

A pesar de la resistencia observada durante las primeras visitas por parte de algunos vecinos, una vez iniciadas las actividades, se logró la conformación de equipos de trabajo por sectores, para un total de 5 equipos de trabajo, en los cuales se incorporaron de manera permanente 16 vecinos, que próximamente serán capacitados como promotores de salud bucal. Progresivamente con los vecinos se ha incrementado la participación comprometida, es decir, asumiendo algunas tareas dentro de sus sectores.

En forma general la comunidad se ubica entre los niveles dos y tres de participación. Se logró la cooperación entre los vecinos y los estudiantes, expresados en el proceso de organización y desarrollo de las actividades programadas por cada uno de los equipos de trabajo, sin embargo, esta primera experiencia no permite asegurar que el trabajo iniciado pueda tener continuidad sin

la participación de la FOULA.

Resultados

La concepción sobre la salud-enfermedad, más allá de ser considerada como un aspecto teórico abstracto, define las acciones concretas para la atención a la salud, tanto en las instituciones, como en los actores individuales. Constituye un punto de partida para la definición de las políticas y los programas desde los cuales se abordan los principales problemas que afectan la salud de la población; y en el ámbito específico, se convierte en el marco de referencia que caracteriza la acción del equipo de salud y, en particular, la del odontólogo.

El cambio percibido en la concepción de la salud-enfermedad de los estudiantes quedó demostrada en la incorporación de las categorías de análisis histórico-sociales a la práctica de investigación-intervención. En las propuestas de trabajo de los proyectos se abordaron los condicionantes sociales específicos del contexto intervenido, se potenciaron las acciones de promoción de la salud y la vida y se desarrollaron medidas preventivas específicas para aportar en la solución de los problemas de salud identificados en la comunidad.

Las estrategias didácticas utilizadas en esta investigación facilitaron la producción de conocimiento significativo por parte de los estudiantes, miembros de la comunidad y los docentes a partir de la intervención en la comunidad para contribuir con la solución de los problemas concretos, lo que implica una ruptura con la forma tradicional de enseñar metodología de investigación.

Esta práctica contribuye con la formación del estudiante de manera coherente con el perfil profesional del odontólogo definido en el diseño curricular de la FOULA. Los alumnos como estudiantes investigadores lograron identificar la importancia de planificar el trabajo con las personas beneficiarias de los servicios prestados y de conocer el contexto sociocultural de la comunidad, su problemática, lo cual permite incrementar la eficacia de las acciones.

En cuanto a la participación de la comunidad, Briceño (1994) propone 3 niveles: el primero, está referido a la aceptación del proyecto, el segundo, se refiere al acompañamiento y, el tercero, contempla el momento en que los vecinos o integrantes de una comunidad se apropian de las decisiones y acciones necesarias para la conducción de cualquier proyecto.

En esta investigación se ha encontrado un cuarto nivel de participación: el rechazo. Independientemente de que en una comunidad existe un alto grado de aceptación, siempre estarán presentes algunos niveles de rechazo por parte de un sector de la población. Cuando las acciones emprendidas involucran la salud de la población, es necesario trabajar con estos niveles de rechazo, por muy bajos que puedan ser.

Estos cuatro niveles de participación van a estar presentes en forma simultánea en cualquier ámbito de trabajo. No se puede pretender que todos los integrantes de la comunidad se ubiquen en una sola condición, ya que las contradicciones existentes en la sociedad en general se expresan en todos los contextos. Se trata entonces de tener presente estos componentes en el trabajo con las comunidades para generar acciones que conduzcan progresivamente a consolidar espacios de poder popular

para la toma de decisiones.

La incorporación comprometida del grupo de vecinos participantes constituyó un ejercicio didáctico para los alumnos que aprendieron con ellos a interpretar la teoría y a trabajar en equipo con personas distintas a sus compañeros de clase. Como producto del trabajo en equipo hubo producción de conocimientos tanto para los alumnos como para los vecinos sobre problemas concretos de la realidad social venezolana.

Por otra parte, en esta experiencia quedó evidenciado que el docente universitario puede innovar en el aula de clase, y producir conocimiento con relación a su objeto de trabajo, asumiendo una actitud científica frente a la actividad docente.

Matriz de análisis nº 1 - Diseño operacional			
OBJETIVO ESPECÍFICO	Caracterizar la concepción del proceso salud – enfermedad bucal en los estudiantes de la unidad curricular. Investigación Social.	Caracterizar el encuentro entre los estudiantes investigadores y los vecinos en el diseño y ejecución de los proyectos de investigación	Participación de la comunidad en el proyecto.
VARIABLES Y CATEGORÍAS	Categorías. La salud como estado. La salud como proceso. Las causas. La responsabilidad en la atención. Respuesta a los problemas de salud	Categorías. Enfoque cooperante: Los vecinos y los estudiantes experimentan la capacidad de actuar	Categorías: No aceptación del proyecto. Aceptación del proyecto. Acompañamiento del proyecto. Apropiación del proyecto
PERSPECTIVA TEMPORAL	Diseño longitudinal de tendencia de grupos. Recolección de datos se realiza en dos momentos al inicio de las actividades de la unidad curricular y al finalizar las actividades	Diseño transversal: recolección de datos en un solo momento	Diseño longitudinal de tendencia de grupos. Recolección de datos se realiza en dos momentos al inicio de las actividades de la unidad curricular y al finalizar las actividades.
FUENTE DE INFORMACIÓN	Los alumnos de la sección nº2 del segundo año	Alumnos y vecinos	Alumnos y vecinos
UNIDADES DE ESTUDIO	Los alumnos de la sección nº2 del	Actividades realizadas por	Las familias de la comunidad.

	segundo año	estudiantes y vecinos	
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	Revisión Documental	Observación	Observación y la entrevista no estructurada
INSTRUMENTO	Categorización	Matriz de categorías	Matriz de análisis
TÉCNICAS DE ANÁLISIS	Comparativo	Descriptivo	Comparativo

MATRIZ DE ANÁLISIS Nº 2 - PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD	
EVENTO A ANALIZAR	Participación de la comunidad en el desarrollo del proyecto
CRITERIO DE ANÁLISIS	Nivel de compromiso con el proyecto
CATEGORÍAS	Niveles de compromiso: Nivel 1: rechazo del proyecto. Nivel 2: aceptación del proyecto. Nivel 3: acompañamiento del proyecto. Nivel 4. apropiación del proyecto.
SINERGIAS E INDICIOS	NIVEL 1: El rechazo al proyecto, no reciben a los alumnos en sus hogares, ni permiten el acceso a los niños. NIVEL 2: El no rechazar explícitamente las actividades propuestas, estar de acuerdo con ellas. Recibir a los estudiantes en sus casas, escucharlos y permitirles el trabajo con sus niños. No asisten a las reuniones de trabajo con los vecinos, ni asumen ninguna responsabilidad de participación. NIVEL 3: Los vecinos participan en las actividades propuestas por los alumnos, se incorporan al equipo de trabajo de su sector, asisten a las reuniones y manifiestan su deseo de colaborar con las actividades propuestas. NIVEL 4: Los vecinos asumen la conducción y el desarrollo del proyecto, son ellos quienes toman las decisiones, planifican, ejecutan o solicitan ayuda a otros actores para la ejecución y evalúan los

	resultados obtenidos, en forma continua.
INTERVALOS DE OBSERVACIÓN	Se realizarán dos observaciones fundamentalmente: La primera de ellas al inicio de las actividades en el momento de aplicar el censo. La segunda medición se realizará durante la ejecución de los proyectos, en el momento de recolectar la información en cada sector.
UNIDADES DE ANÁLISIS	Las madres o quien funja como jefe del hogar en el momento en que se estén desarrollando las actividades.

MATRIZ DE ANÁLISIS N° 3 CONCEPTUACIÓN DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD EN LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DEL SEGUNDO AÑO			
CATEGORÍAS	ELEMENTOS EXPLICATIVOS	PRIMERA MEDICIÓN	SEGUNDA MEDICIÓN
La salud como estado	Condición estática, asociado a la ausencia de enfermedad, con condiciones normales y con el equilibrio entre la salud y la enfermedad. Hecho biológico.	El 100% de los estudiantes asumieron esta concepción a partir del concepto de la OMS	Sólo un 7% de los estudiantes continúan utilizando algunos de los elementos explicativos. Aunque no incorporaron el concepto de la OMS
La salud como proceso	Condición dinámica, cambiante de la salud a la enfermedad de manera constante, la salud y la enfermedad como una unidad en constante oposición. Hecho histórico	Ninguno de los estudiantes utilizó estos elementos explicativos	El 93% de los estudiantes desarrollaron su explicación incorporando estos elementos explicativos y conceptuales.
Las causas	La explicación biológica, multicausal, incorporando algunas variables socio-económicas para caracterizar la distribución	El 100% de los estudiantes conceptúan las causas de la enfermedad a partir de la explicación biológica	El 90% de los estudiantes explica la aparición y la distribución de las enfermedades en la población a partir de las

	epidemiológica de las enfermedades. La determinación social del proceso salud enfermedad, con manifestaciones biológicas individuales. Las causas más generales ubicadas en los ámbitos laboral, cotidiano – familiar y del contexto ambiental.	multicausal	condiciones sociales y económicas
Responsabilidad en la atención y el cuidado de la salud	Del personal de salud: médico, odontológico, de enfermería, de laboratorio, etc. De las personas, las familias y las comunidades. De toda la sociedad y sus instituciones, incluyendo las personas, las familias y las comunidades, y el Estado venezolano	El 80% de los estudiantes consideraron que la atención a la salud es responsabilidad directa del personal de salud y de los individuos. El 20% incorpora a otros actores como la escuela y señala la responsabilidad del estado en garantizar la gratuidad de en la prestación de los servicios clínicos curativos	El 97% interpreta de la producción de salud – enfermedad como un hecho social, en el cual todos los actores tenemos responsabilidad: - General: el Estado que por medio de sus políticas debe garantizar la calidad de vida de la población. - Particular: las instituciones educativas, de salud, deportivas, entre otras. - Singular: las personas, las familias y las comunidades. El 3% restante no logró incorporar en forma coherente estos

			elementos
Respuesta a los problemas de salud	Atención clínica – curativa. Promoción de la salud y prevención Atención integral a la salud: Promoción de la salud, prevención y atención clínica – curativa	El 95% de los alumnos consideran a la atención clínica – curativa como la única respuesta para la atención a los principales problemas de salud que afectan a la población, asociando la salud con el buen funcionamiento de los centros asistenciales. Solo un 5% incorpora en la atención clínica la prevención específica y la educación para la salud como medidas que contribuyen a mejorar la situación de salud en la población	El 93% de los alumnos reconocen la necesidad de impulsar un modelo de atención que desarrolle conjuntamente acciones educativas y promocionales de la vida y de la salud, con la atención clínica curativa de calidad.El 7% restante

MATRIZ DE ANÁLISIS Nº 4 - ENCUENTRO ENTRE LOS ESTUDIANTES Y LOS VECINOS	
EVENTO A ANALIZAR	Caracterizar el encuentro entre los estudiantes investigadores y los vecinos en el diseño y ejecución de los proyectos de investigación
CRITERIO DE ANÁLISIS	CATEGORÍAS.Enfoque cooperante:Los vecinos y los estudiantes experimentan la capacidad de actuar
CATEGORÍAS	La planificación y ejecución de actividades con la participación colectiva de los vecinos. Las actividades realizadas pueden tener continuidad sin la presencia de los estudiantes.
SINERGIAS E INDICIOS	El encuentro entre los estudiantes y los vecinos está orientado a la activación de procesos sostenibles que permitan asegurar la continuidad de la programación en forma autónoma por los vecinos, actuando siempre de manera colectiva.

INTERVALOS DE OBSERVACIÓN	La recolección de la información se realiza en un solo momento: en la ejecución de las actividades educativas que debe realizar cada equipo de trabajo como parte del plan de intervención de cada proyecto
UNIDADES DE ANÁLISIS	Equipos de trabajo por sectores conformado por estudiantes y vecinos.

Bibliografía

1. Briceño, R. (1993-1994). Retos y problemas para alcanzar la participación comunitaria en el control de las enfermedades tropicales. *Fermentum*, 3 y 4 (8 y 9), 165-176.
2. Caricote, N. (1999). *Investigación acción en la enseñanza de la epidemiología*. Caracas: Facultad de Odontología de la Universidad de Venezuela.
3. División de Odontología del Ministerio de Salud y Asistencia Social (1998). *Informe de la Primera Reunión de Evaluación (Material mimeografiado Sin publicación)*. Caracas: Autor
4. Elliot, J. (2000). *El cambio educativo desde la investigación acción*. (3ª edición) Madrid: Ediciones Morata, S. L.
5. Goetz, J. y LeCompte, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Ediciones Morata, S.A.
6. Hernández, R., Fernández, P. y Batista, L. (1995). *Metodología de la investigación*. Buenos Aires: Editorial Amonurto Editores.
7. Hurtado, J. (2000). *Metodología de la investigación holística*. (3ª edición) Caracas: Servicios y Proyecciones para América Latina.
8. Martínez, M. (2002). *La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico-práctico*. México: Editorial Trillas.
9. Morales, O. (2000). *Actualización docente y cambios en las concepciones teóricas sobre la lectura y la escritura y su aprendizaje de docentes de Educación Básica*. Trabajo de Grado sin publicación: Mérida, Venezuela: Postgrado de Lectura y Escritura, Universidad de Los Andes.
10. Programa Latino Americano de Educación Odontológica (1989) *Cuadernos de Educación Odontológica*. (folleto) Autores Latinoamericanos. Caracas: Asociación de Facultades y Escuelas de Odontología
11. Rioboo, R. (2002) *Odontología preventiva y odontología comunitaria*. Tomo I. Madrid: Ediciones Avances.
12. Suárez, L. y Hernández, M. (1994). *Proyecto de Cambio Curricular para la Facultad de Odontología de la ULA*. Trabajo sin publicación. Mérida: Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes.

© **2009** *Universidad de los Andes*

Universidad de los Andes. Nucleo Universitario La Liria . Facultad de Humanidades y Educación, Edificio A, Piso 2. Oficina del PPAD. Telefono (58-274) 2401870. Fax: 2401870