

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.

MISION MÉDICA CUBANA.

COORDINACIÓN NACIONAL DE DOCENCIA

Análisis de la Situación de Salud de 7 familias.

Consultorio Núcleo Endógeno.

Municipio San Diego. Carabobo.

Autora: Dra. Maylen Mendez Gonzalez

Tutora: Dra Bertha Gonzalez Fortes

Especialista en 2 Grado de EGI

Master en Urgencias Estomatologicas

Carabobo, Septiembre 2012

## **RESUMEN**

**Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo y transversal en el Consultorio Núcleo Endógeno , perteneciente al municipio de San Diego, durante el período octubre del 2011 a agosto del 2012. El universo de estudio estuvo constituido por 30 individuos, agrupados en 7 familias, realizándose el análisis de la situación de salud, con el objetivo de identificar el estado de salud bucal de la población. Se emplearon métodos como: la observación, encuestas, historia de salud bucal familiar y otras fuentes primarias y secundarias para recoger la información requerida. Se creó una base de datos en la aplicación Excel de Microsoft Office xp, en una microcomputadora Pentium 3. Se analizó el comportamiento de los componentes y determinantes del estado de salud bucal, encontrando que el 50% de nuestros pacientes son deficientes discapacitados, siendo la caries dental la enfermedad bucal predominante condicionado por la higiene bucal deficiente y los hábitos dietéticos nocivos. Se identificaron las necesidades sentidas de la población quedando como prioridad: la higiene bucal deficiente, proponiéndose un plan de acción y ejecución para la solución del mismo y el fortalecimiento del nivel de educación sanitaria en la comunidad a través de diferentes técnicas de educación para la salud**

## INTRODUCCIÓN

EL fomento de la salud es visto como el proceso social que se orienta hacia una mejoría de la calidad de vida y consecuentemente de la salud, que conlleva a elevar el bienestar, la autosuficiencia de los individuos, familias, organizaciones y comunidades, a reducir los riesgos y tratar enfermedades.

Desde hace más de 3 décadas en el país se han realizado diferentes acciones con el propósito de fomentar el desarrollo social, basados en la equidad y derecho de todas las personas a la salud y el bienestar, que constituyen hoy potencialidades para el desarrollo de la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

El Sistema Nacional de Salud ha desarrollado impetuosamente y mantenido un continuo perfeccionamiento. Durante mucho tiempo las personas consideraban que las pérdidas de sus dientes era algo natural y que era una característica más del avance de la edad. Con el desarrollo de la sociedad y el incremento del nivel educacional las poblaciones se fueron sensibilizando con la necesidad de mantener los dientes e incluso de mantenerlos sanos, pero esta filosofía no ha llegado a todos por igual, constituyendo un reto de la Estomatología, su extensión y logro.<sup>1</sup>

Las enfermedades bucales han sido tradicionalmente menospreciadas como problema de salud pública por no ocasionar mortalidad directa, cuando en verdad su frecuencia es elevada (afecta a más del 95 % de la población). Las molestias locales, repercusiones estéticas, trastornos digestivos e incluso graves complicaciones sistémicas como nefritis y endocarditis, en ocasiones justifican plenamente su particular atención.<sup>2</sup>

Además tiene gran importancia económica, por cuanto consumen recursos financieros para su prevención y tratamiento y restan aportaciones a causa del ausentismo laboral y escolar.<sup>3</sup>

Existen determinadas condiciones o factores de riesgo sistémicos que presentan una alta incidencia en la población y por consiguiente afectan el estado de salud general y repercuten también sobre el estado de salud bucal entre los que se encuentran: diabetes, hipertensión, cardiopatías, trastornos homeopáticos, embarazo y otros. Todos estos factores antes mencionados alteran el estado de salud bucal y el mismo puede agravarse o mejorarse según el medio ambiente que lo rodea.

Resulta de vital importancia el trabajo que desarrolla el estomatólogo para mantener con buena educación sanitaria a los pacientes, prevenir las enfermedades, restaurar la salud del enfermo y mantener como tal, sano al paciente, en fin motivarlo conjuntamente con su familia a mantener una buena salud bucal. Existen otros factores locales y bucales tales como: higiene bucal, ingestión de alimentos ricos en carbohidratos y hábitos deformantes que influyen de diferentes formas sobre la armonía del complejo bucal.<sup>4,5</sup>

La caries dental es considerada por la O.M.S como “la tercera plaga mundial” después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Es, según Bashkar, la más antigua, común y dolorosa afección que ha acompañado al hombre, de origen multicausal, es un proceso dinámico y crónico, cuya prevalencia abarca a más del 90% de la población.<sup>6</sup>

Las periodontopatías figuran entre las afecciones más comunes del ser humano, siendo un proceso progresivo y multicausal, que provoca alteración del color de la encía y daña la textura así como tendencia a la hemorragia al sondeo en el área del surco, (bolsa gingival)

Clínicamente la gingivitis se presenta como un proceso inflamatorio reversible que afecta a más del 80 % de los niños de corta edad y casi toda la población adulta ha padecido gingivitis o periodontitis. Esta última constituye, por encima de los 35 años la principal causa de pérdida dentaria. Su aumento se debe en la actualidad a la ingestión de alimentos blandos y poco fibrosos y al tabaco como agente agresor demostrado.<sup>6</sup>

Conociendo la importancia que reviste el control de la placa bacteriana para el mantenimiento de la salud bucal y que nuestra población necesita del fomento de hábitos adecuados de higiene bucal, se deduce la necesidad de que todos los que desempeñamos nuestra actividad dentro del campo de la Estomatología, emprendamos una amplia campaña educativa dirigida a mejorar los hábitos de higiene bucal de nuestra población.<sup>4,7,8</sup>

Los trabajos realizados entorno a las maloclusiones han sido numerosos sobre todo en el aspecto epidemiológico. Algunos autores plantean que mas del 70 % de los niños y jóvenes mayores de 11 años padecen maloclusiones.<sup>9</sup> Esta afección ocupa el tercer lugar entre los problemas de salud según la O.M.S. Múltiples pueden ser las causas de las maloclusiones o intervenir en ellos factores filogenéticos, herencia, factores embriológicos, traumatismos, hábitos deformantes, enfermedades y desnutrición. La maloclusión representa un intento de la naturaleza por establecer un equilibrio entre todos los componentes morfogenéticos, funcionales y ambientales.<sup>10,11,12</sup>

La mayoría de los autores, en los datos que hemos podido revisar sitúan la prevalencia de la maloclusión por encima del 80 %.<sup>13</sup> En 1989, en un estudio realizado en Niquero, Bilbao encontró una tasa de prevalencia de maloclusiones de 82,8%

A partir de esta recomendación y teniendo en cuenta que no se contaba con un adecuado diagnostico de salud bucal, la Dirección Nacional de Estomatología se

dio a la tarea de realizar una encuesta epidemiológica , con la finalidad de obtener una primera aproximación acerca del estado de salud bucal de la población <sup>14,15,16</sup>

En los últimos años se ha comenzado a trabajar sobre la base de que las acciones de salud son de carácter integral con especial acento preventivo, además de desarrollarse con la participación de la comunidad organizada.

La Dirección de Estomatología consciente de la necesidad de buscar soluciones a la aparición de enfermedades bucales ha desarrollado un Programa Nacional de Atención Integral a la población cuyo objetivo general esta dirigido a agrupar las acciones de salud encaminadas a mantener el hombre sano, el cual se complementa con la necesidad de que los estomatólogos y resto del equipo de salud comprenda que lo más importante es fomentar la salud de la población.

En el nivel primario del Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral se garantiza la atención sectorizada, regionalizada, dispensarizada, continua, integral y en equipo a la comunidad sobre la base de su participación activa en las acciones de salud. Por ello el estomatólogo tiene la necesidad de integrarse a la sociedad y valorar las demandas y los problemas que plantean los pacientes, solo así lograra prevenir y eliminar estados negativos, de modo que alcance avances duraderos en la salud de la comunidad.

Sólo a través de el análisis de la situación de salud es que se logra lo anteriormente expuesto, entendiéndose este como un proceso mediante el cual los servicios de salud junto con la comunidad realizan una descripción y explicación del perfil socio-epidemiológico de un área determinada, del comportamiento del proceso salud-enfermedad y las interrelaciones con el medio ambiente y entre ellos. Es un diálogo comunidad-sector salud que permite una correcta visión integral de la situación de salud, estableciendo a partir de ella y de forma conjunta planes de acción para su modificación positiva.<sup>17</sup>

Las respuestas del hombre, sano o enfermo, a las medidas y procedimientos que sugiere el equipo médico para que conserve o recupere su salud depende en alto grado de factores sociales y psicológicos. Esto obliga al médico a conocer las costumbres, tradiciones y opiniones que con relación a la salud, tiene la población a su cuidado: su modo de vida, sus motivaciones, sus valores sociales, así como sus actitudes. Sin estos conocimientos difícilmente podrá prever y modificar, cuando sea necesario, las respuestas a la población hacia la atención de salud. Es por eso que el futuro profesional de la salud debe estudiar estas disciplinas, que permiten entender e influir positivamente en la conducta del hombre hacia la salud.<sup>18</sup>

Motivados por los logros alcanzados en el campo de la salud y basándonos en la importancia que reviste el estudio de cada uno de nuestros pacientes desde el punto de vista de su salud general como un todo integral y sin separarla de la salud bucal y tomando en consideración que en el conocimiento actualizado de la enfermedad deviene un pilar fundamental de la planificación , organización y control de los programas de atención estomatológica.

Por todo lo antes expuesto y por formar parte de mi formación como Estomatóloga General Integral me propuse realizar este análisis de la situación de salud en 7 familias del Consultorio Nucleo Endogeno del Área de Salud de San Diego, teniendo como premisa que: “ La salud bucal es imprescindible para la salud general.”

## **OBJETIVOS**

### **General:**

- Caracterizar el estado de salud bucal en la población examinada del Consultorio Núcleo Endógeno, Municipio San Diego 2011- 2012.

### **Específicos:**

- Determinar la interrelación de los diferentes componentes y determinantes del estado de salud bucal de la población.
- Identificar las necesidades sentidas de la población, sus prioridades y establecer un plan de acción y ejecución.

## **MÉTODO**

### **Características Generales de la Investigación.**

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo y transversal en 7 familias del Consultorio Núcleo Endógeno, del área de salud de San Diego, durante el período mayo - agosto del 2012, el cual se llevó a cabo en tres pasos fundamentales:

1. - Recolección de la información.
2. - Procesamiento y análisis lógico de los resultados.
3. - Presentación del estudio.

El universo de estudio estuvo constituido por 30 individuos agrupados en 7 familias, cuya atención corresponde a la Clínica Estomatológica del Núcleo Endógeno.

### **Unidad de Observación y Análisis.**

Individuo-Familia-Comunidad.

### **Métodos utilizados.**

Observación visual y examen bucal, el cual se realizó con el instrumental necesario auxiliándonos de la luz natural o artificial de la vivienda (terreno), recogiendo los datos en la Historia de Salud Bucal Familiar (HSBF) (Anexo 1) Luego en la clínica se empleó el instrumental de diagnóstico previamente esterilizado, la luz artificial de la lámpara de la unidad dental, así como la jeringa de aire para el examen correcto, además del lavado de las manos antes y después de la atención al paciente.

### **Instrumental utilizado.**

- ◆ Depresores o cuchara.
- ◆ Torundas o gasas.
- ◆ Instrumental diagnóstico (espejo, pinza, explorador).



## **Metódica:**

Para dar cumplimiento a los objetivos trazados en esta investigación, se interrelacionaron los determinantes y componentes del estado de salud de la población para analizar su comportamiento.

### **Determinantes**

#### **I. Medio ambiente.**

##### **a. Físico.**

Incluye abasto y control de las aguas, disposición de los residuales líquidos y sólidos, presencia de vectores, condiciones higiénico- sanitarias del entorno y condiciones del medio ambiente.

- Abasto y control de las aguas:
  - \* Buena: Agua por tuberías y ciclos más o menos frecuentes de suministros.
  - \* Regular: Agua por sistemas de acueductos y suministros poco frecuentes o mediante pipas.
  - \* Mala: No abasto de agua por sistema de acueducto y suministro irregular mediante pipas alejadas de las viviendas.
- Disposición de residuales líquidos:
  - \* Bueno: Buen estado de alcantarillados, sin roturas ni salideros.
  - \* Regular: alcantarillados con roturas y salideros.
  - \* Malo: No existencia de alcantarillado.
- Disposición de residuales sólidos.
  - \* Bueno: Residuales sólidos tapados y recogida frecuente de los mismos.
  - \* Regular: Residuales sólidos tapados y ciclos de recogidas espaciados e irregulares.
  - \* Malo: Residuales destapados y aguas estancadas.
- Presencia de vectores:
  - \* Adecuado: Si el índice de vectores es menor de tres, según lo establecido por la campaña antivectorial.
  - \* Inadecuado: Si el índice de vectores es mayor que tres.
- Condiciones higiénico- sanitarias del entorno:
  - \* Buena: No existen microvertederos, vertederos, estancamientos de agua y las calles están limpias.
  - \* Regular: Existencia de microvertederos, solares yermos y calles limpias
  - \* Mala: Existen microvertederos, vertederos, estancamientos de agua y calles sucias.
- Condiciones del medio ambiente:
  - \* Buena: No presencia de ningún agente agresor.
  - \* Regular: Presencia de agentes agresores que originan daños a la salud.

- \* Mala: Presencia de agentes agresores que originan daños afectaciones graves a la salud.

## **b. Social.**

Están incluidos: participación comunitaria, condiciones estructurales de la vivienda, hacinamiento, nivel de escolaridad promedio, funcionamiento familiar y cultura sanitaria (nivel de conocimiento sobre salud bucodentaria).

### ➤ Condiciones estructurales de la Vivienda:

- \* Bueno: sólida, puntal de 2.5 metros y más. Elementos bien diferenciados. Buena ventilación e iluminación.
- \* Regular: sólida, puntal de 2.5 metros y más. Elementos bien diferenciados. Buena ventilación e iluminación. Requiere reparación.
- \* Malo: insegura (grietas y/o apuntalamientos). Puntal bajo sin clara separación entre los elementos. Mala ventilación e iluminación.<sup>19</sup>

### ➤ Hacinamiento:

- \* Bueno: Índice bajo cuando menor o igual a 2 y tiene la vivienda sala y comedor. Posible aislamiento de los habitantes y separación por dormitorios de los adolescentes y adultos de distintos sexos excepto matrimonios.
- \* Regular: Índice bajo cuando menor o igual a 2 y tiene la vivienda sala y comedor. No hay posibilidad de aislamiento de los habitantes o no hay separación entre los dormitorios.
- \* Malo: Índice alto cuando es mayor de 2 y la vivienda carece de sala y comedor. No hay posibilidad de aislamiento de los habitantes o no hay separación de los dormitorios.

$$\text{Índice de hacinamiento} = \frac{\text{No de personas que duermen en la vivienda}}{\text{No de locales en que duermen las personas.}}$$

### ➤ Tipos de familias:

Se tuvieron en cuenta los datos de la dispensarización del Médico de la Familia, además de las funciones básicas de la familia.

- \* Familia funcional: Cuando cumple con las funciones básicas de la familia, son familias saludables, óptimas y adecuadas.
- \* Familia disfuncional: Presenta alteraciones de la dinámica familiar (cohesión, armonía, afectividad, comunicación, adaptabilidad, rol y permeabilidad).

### ➤ Nivel de conocimiento sobre salud buco-dental:

Para evaluar este aspecto se utilizó una encuesta ( Anexo 2) que sólo se aplicó a los mayores de 12 años en plena facultad física y mental, evaluándose el resultado en las categorías de:

- \* Buena de 16 a 23 respuestas correctas.
- \* Regular de 8 a 15 respuestas correctas.

- \* Mal de 0 a 7 respuestas correctas.

## **II. Estilos de vida.**

Se describe el comportamiento individual y colectivo haciendo énfasis en los hábitos dietéticos e higiénicos nocivos, así como en los de riesgo y deformantes.

### ➤ Higiene de la Vivienda:

- \* Buena: Buen estado de orden y limpieza.
- \* Regular: Deficiencia en el estado de orden y limpieza.
- \* Mala: Pésimo estado de orden y limpieza.

### ➤ Hábitos dietéticos nocivos:

Se consideró al consumo abundante de carbohidratos preferentemente entre las comidas.

### ➤ Higiene bucal deficiente:

Para determinar la misma del Índice de Higiene Bucal Simplificado (IHB-S), desarrollado por Green y Vermillon, se utilizó el Componente de Detritus Simplificado (ID-S) (Anexo 3), para evaluar uno de los principales factores de riesgo: la placa dentobacteriana, en seis superficies de los dientes: 11, 31, 16, 26, 46, 36, con el empleo de un espejo y explorador.

Cuando los dientes a examinar no se encontraban en cavidad bucal se empleó la siguiente modificación:

- ☐ Incisivo central superior derecho (11), sustituible por el Incisivo Central superior izquierdo (21).
- ☐ Incisivo central inferior izquierdo (31), sustituible por el Incisivo Central inferior derecho (41).
- ☐ Primer Molar superior derecho (16), sustituible por el Segundo Molar superior derecho (17).
- ☐ Primer Molar superior izquierdo (26), sustituible por el Segundo Molar superior izquierdo (27).
- ☐ Primer Molar inferior derecho (46), sustituible por el Segundo Molar inferior derecho (47).
- ☐ Primer Molar inferior izquierdo (36), sustituible por el Segundo Molar inferior izquierdo (37).

En los pacientes comprendidos en las edades de 5 a 12 años donde no presentaban algún diente permanente de los referidos para el cálculo de este índice se tomaron los dientes temporales que deben ser sustituidos por los permanentes correspondientes.

Se adjudicaron puntajes a las superficies vestibulares de los molares superiores y a las superficies linguales de los inferiores y en los segmentos anteriores se consideran las superficies vestibulares de los incisivos centrales superior e inferior.

Para este componente de placa se asigna un rango de 0-3, cuyos puntajes y criterios para el Índice de Detritus son:

PUNTAJE

CRITERIO

- |   |   |
|---|---|
| 0 | Ausencia de detritus o pigmentación.  |
| 1 | Detritus blandos que no cubran más de un tercio de la superficie dentaria en examen o presencia de pigmentación extrínseca sin detritus, cualquiera que sea la superficie cubierta. |
| 2 | Detritus blandos que cubran más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta.   |
| 3 | Detritus blandos que cubran más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta.  |

El puntaje máximo de los seis segmentos es  $18/6=3$  y para determinar el puntaje final individual se suman los puntajes obtenidos en cada superficie examinada y se divide entre el número de segmentos examinados (6).

El tipo de higiene bucal se estableció atendiendo a las consideraciones siguientes:

Higiene Bucal buena: cuando el puntaje final se encontraba entre (0,0-0,1)

Higiene Bucal regular: cuando el puntaje final se encontraba entre (1,0-1,9).

Higiene Bucal mala: cuando el puntaje final se encontraba entre (2,0-3,0).

Se considero higiene bucal deficiente todos los que se encontraban en la categoría de higiene bucal regular y mala.

➤ Hábitos de riesgo:

\* Alcoholismo:

Se consideró al consumo incontrolado de bebidas alcohólicas, con interferencia en la salud físico-mental, social y/o familiar, así como en las responsabilidades laborales del individuo.

\* Tabaquismo:

Se consideraron fumadores aquellos individuos que referían fumar diariamente.

\* Hábitos deformantes:

Se consideraron los siguientes:

♦ Succión digital.

♦ Empuje o protracción lingual.

♦ Respiración bucal.

\* Prótesis inadecuadas:

Cuando un individuo es portador de cualquier tipo de prótesis desajustada y con más de 5 años de instalada y presenta o no alguna alteración de la mucosa.

### **III. Aspectos biogenéticos.**

Se tuvieron en cuenta aspectos tales como: factores hereditarios, biogenéticos, enfermedades crónicas no transmisibles que constituyen un riesgo en el tratamiento al paciente (diabetes, hipertensión arterial, enfermedades hematológicas, cardiopatías, fiebre reumática).

### **IV. Organización y funcionamiento de los servicios de salud.**

Se caracterizó el funcionamiento de la unidad asistencial, disponibilidad de recursos humanos y materiales existentes y su utilización. Se detalló la organización del servicio y, su integración a la comunidad. Además se determinó el grado de satisfacción de los usuarios y trabajadores con los servicios de salud.

- Nivel de satisfacción de la población con relación a los servicios recibidos:  
Para determinarlo se aplicó la Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud <sup>1</sup> (Anexo 4) en cuya calificación se tuvo en cuenta la evaluación de cada pregunta, resultando:
  - \* Satisfecho: “Satisfecho” en todas las respuestas.
  - \* Medianamente satisfecho: Al menos una respuesta “medianamente satisfecho”.
  - \* Insatisfecho: Al menos una respuesta “insatisfecho”.

Esta encuesta se aplicó a los pacientes que asistieron a la consulta en los últimos 15 días de la investigación.

- Nivel de satisfacción de los trabajadores:  
Para determinarlo se aplicó la Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud <sup>1</sup> (Anexo 5) a los trabajadores de la salud que se encontraban en la clínica en el momento que aplicamos la misma, analizando los resultados en una escala similar a la anterior.

### **Componentes.**

- I. Tamaño de la Población: Total de la población y su distribución por edad y sexo.
- II. Estructura de la población según variables demográficas:
  - Edad: Se consideró a partir del último cumpleaños expresado en años.
  - Grupos de edades: Los establecidos en el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral.
    - ☐ 0 – 4 años.
    - ☐ 5 – 11 años.
    - ☐ 12 – 14 años.
    - ☐ 15 – 18 años.
    - ☐ 19 – 34 años.
    - ☐ 35 – 59 años.
    - ☐ 60 y + años.
  - Sexo: Se clasificó en sus dos categorías biológicas:
    - \* Femenino
    - \* Masculino.
  - Nivel de envejecimiento de la población: Se establece a partir del Índice de Rossett

$$\text{Índice de Rosset} = \frac{\text{Población de 60 y más años}}{\text{Total de la población}} \times 100$$

Este mide el envejecimiento y se considera:

- \* 8 % = plena juventud demográfica.
- \* 8 - 10 % = umbral de envejecimiento.
- \* 11 - 14 % = envejecimiento propiamente dicho.
- \* 15 % o más = vejez demográfica.

III. Ocupación: Se tuvieron en cuenta los siguientes niveles:

- \* Trabajador.
- \* Estudiante.
- \* Jubilado.
- \* Ama de casa.
- \* Desvinculado.

IV. Morbilidad Bucal:

Se consideraron los siguientes aspectos:

- \* Periodontopatías: Pérdida de las características morfológicas normales de la encía, sangramiento gingival y / o movilidad dental.
- \* Maloclusión: Desviación del patrón normal que afecta la estética facial o la masticación considerando oclusión normal la relación entre el primer molar superior y el primer molar inferior, además de un resalte y sobrepase adecuado en el sector anterior. Sólo se evalúa este aspecto en la población menor de 19 años.
- \* Lesiones premalignas y malignas: Se consideraron la leucoplaquia y la eritroplaquia; así como aquellas lesiones con sospecha de malignización.
- \* Otras condiciones: Se señaló cualquier otra alteración que apareciera. Ejemplo: Estomatitis subprótesis. Se definió como la lesión eritematosa, lisa en bóveda palatina y / o rebordes alveolares asociados a las prótesis totales y parciales desajustadas.
- \* Disfunción masticatoria: Pacientes edentes totales o parciales que necesitan prótesis o aquel que presentara prótesis inadecuada.
- \* Alteración de ATM: Aquellas personas con evidencias de al menos uno de los síntomas y / o signos que se describen a continuación:
  - ◆ Chasquido: Lo evaluamos por la presencia de un ruido agudo, audible o por la palpación de las ATM, que puede ser uni o bilateral en la apertura y / o cierre.
  - ◆ Dolor a la palpación: Este síntoma se evaluó por la presión unilateral firme de dos dedos ejercidos dos veces sobre la parte más voluminosa de los músculos masetero y temporal anterior. Sólo se registró si apareció el reflejo de evitación.
  - ◆ Dificultad de los movimientos de apertura y cierre: Se consideró como la molestia, el dolor o el miedo de realizar estos movimientos porque se percibe una traba o dislocación mandibular.

- \* Caries dental (C): Lesión clínicamente visible en fosas, fisuras y superficies lisas de los dientes, obturaciones defectuosas temporales o permanentes, recidiva de caries y las diagnosticadas radiográficamente.
- \* Diente Obturado (O): Presencia de obturación permanente o cuando existe corona instalada.
- \* Diente perdido (P): Diente ausente en la cavidad bucal por caries, periodontopatías, traumas e indicación de especialidades (no se incluyen dientes exfoliados en dentición temporal) además de aquellos dientes presentes en la boca cuya destrucción coronaria no permite tratamiento conservador.

Basado en esta información se procedió a analizar la morbilidad dentaria mediante la interpretación de los índices coe-d y COP-D.

Dentición temporal:

$$\text{coe-d} = \frac{\text{cariados} + \text{obturados} + \text{extraídos}}{\text{total de personas}}$$

\*Se consideraron para determinar este índice, los pacientes de 0-4 años y los de 5-11 que presentaban caries y obturaciones en dientes temporales.

Dentición permanente:

$$\text{COP-D} = \frac{\text{cariados} + \text{obturados} + \text{perdidos}}{\text{total de personas}}$$

- ☐ Necesidad de tratamiento ortodóncico: Población menor de 19 años afectada por maloclusión.
- ☐ Necesidad de tratamiento protésico: Se consideraron aquellos pacientes edéntes totales o parciales no rehabilitados con afecciones de la estética y la función masticatoria; así como aquellos portadores de prótesis en mal estado y que reúna las condiciones para la instalación de un nuevo aparato.
- ☐ Necesidad de tratamiento conservador: Se utilizaron los datos obtenidos en el examen clínico incluyendo todas las personas con caries, obturaciones con recidivas, traumas que necesitaban reconstrucción y tratamientos endodónticos.<sup>21</sup>
- ☐ Necesidad de tratamiento periodontal: se consideraron aquellos pacientes con sangramiento gingival, sarro y bolsas periodontales.

Se evaluó también por su importancia la Dispensarización de la población según grupo de vigilancia epidemiológica:

#### Grupo I: Sano

Son aquellas personas que después de haber sido examinadas clínicamente no padecen enfermedades crónicas, orgánicas y/o psíquicas, ni están sometidas a factores de riesgo biológicos, psíquicos o sociales.

#### Grupo II: Sano con riesgo

Son aquellas personas que clínicamente no presentan ninguna enfermedad crónica en ese momento, pero están sometidas a la influencia de factores de riesgo: biológicos, psíquicos y sociales que pueden alterar estado de salud.

#### Grupo III: Enfermo

Son aquellas personas que después de haber sido examinada clínicamente se comprueba que padecen de una enfermedad crónica o aguda debidamente diagnosticada.

#### Grupo IV: Enfermo con discapacidad

Es toda restricción o ausencia- debido a una deficiencia- de la capacidad de realizar una actividad en la forma dentro del margen que se considere normal para un ser humano.

#### ☐ Comportamiento de los programas:

Programa de atención a la embarazada.

Programa de atención al menor de 19 años.

Programa de atención a la madre con niño menor de un año.

Programa de atención al adulto mayor.

\*Se tuvieron en cuenta aspectos como el COP-D, y la clasificación epidemiológica.

#### V. Mortalidad:

Se recogieron los siguientes datos:

Mortalidad por cáncer bucal

#### VI. Invalidez:

Es una consecuencia de la morbilidad y puede ser temporal o permanente.

#### VII. Crecimiento y desarrollo:

Se midió la incidencia de las maloclusiones en niños por desarrollo inadecuado del complejo bucal (micrognatismo, macrognatismo, malposiciones dentarias, estados nutricionales.)

Para dar cumplimiento al objetivo # 2 se identificaron los principales problemas o necesidades de la población mediante la técnica participativa de grupo nominal, para lo cual seleccionamos entre 7 y 10 personas, de ellas un facilitador y un registrador.

Posteriormente se repartieron las tarjetas entre los miembros del grupo, solicitándoles que, después de un tiempo de reflexión en silencio, procedieran a reflejar en ellas los principales problemas que percibían en su comunidad. Una vez concluida esta fase, se tomaron las ideas y procedimos a la reducción del listado unificando aquellas que poseían un sentido similar con lo cual quedaron conformados los principales problemas que el grupo identificó, estableciendo luego las prioridades de los mismos a través del método de Ranqueo del cual la fórmula es:

Prioridad = (A+B)C x D



Sus siglas significan:

A – Magnitud del problema.

B – Severidad del problema.

C – Resolutividad o eficacia del problema.

D – Factibilidad económica.

Para tener una mayor información sobre la influencia de las fuerzas positivas y negativas, externas o internas al sector de salud, que influyen en la población se elaboró la matriz DOFA, DAFO o FODA y basado en ella, creamos un plan de acción y ejecución con vista a dar soluciones a los problemas planteados.<sup>1</sup>

## **Técnicas y Procedimientos.**

### **A. De obtención y recolección de la información:**

#### ☐ **Obtención de la información.**

- Para lograr un óptimo nivel de validez científica se llevó a cabo una revisión bibliográfica, así como en Internet.

#### ☐ **Recolección de la Información.**

- Como vía de obtención de toda la información necesaria, para este trabajo, se empleó como fuente primaria la observación, que se corresponde con el examen realizado tanto en el terreno como en la clínica y el interrogatorio, cuyos datos fueron archivados en la HSBF (Anexo 1), encuesta exploratoria , otras encuestas utilizadas para la recolección de la información fueron las referentes a la salud bucodental y el grado de satisfacción de los pacientes y los trabajadores con los servicios de salud; no se puede dejar de mencionar las entrevistas con el médico de la familia y los pacientes que residen en el área a través de la técnica cualitativa de grupo nominal. Como fuente secundaria se utilizaron los datos archivados por el médico de familia y el estomatólogo general.

### **B. De procesamiento y análisis:**

- Se creó una base de datos en la aplicación Excel de Microsoft Office xp.
- Los datos fueron llevados a una hoja de cálculo elaborada en dicha aplicación y se procesaron mediante cálculos programados.
- Como medida resumen se utilizó el porcentaje y el índice.
- La presentación se realizó mediante Cuadros y Gráficos.

### **C. De discusión y síntesis:**

- Una vez realizado el análisis y la discusión de los resultados fueron comparados con los de otros autores a través de un método inductivo-deductivo, lo cual permitió alcanzar los objetivos propuestos y emitir las conclusiones y recomendaciones.

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.**

El Consultorio Médico de la familia del Núcleo Endógeno, de clasificación urbana, está ubicado en Avenida intercomunal, San Diego, Urbanización Campo Solo.

### **LÍMITES:**

**Norte:** urbanización Colinas de San Diego

**Sur:** Zona Industrial de San Diego

**Este:** Campo Solo

**Oeste:** Avenida Julio Centeno

Familias: 7

Muestra: 30

### **Medio Ambiente:**

El hombre forma parte del mundo y en consecuencia está sometido a una permanente variación que le permite adaptarse o no al medio ambiente que lo rodea. Las características de éste, donde el individuo se desarrolla en condiciones importantes de la salud. En nuestra comunidad los elementos integrantes del medio ambiente se comportaron de la siguiente forma:

#### **Físico:**

- El clima es cálido, la temperatura oscila entre 32 y 35 grados centígrados con abundantes precipitaciones.

- El abastecimiento de agua es regular. Éste se efectúa a través de sistema de acueducto de forma alterna, presentando dificultad en el tratamiento, pues no siempre está sometida a un proceso de cloración y el mayor porcentaje de la población no hierven el agua, sino que la filtran. A pesar de provenir de acueducto municipal es de muy mala calidad con gran cantidad de barro que se incrementa fundamentalmente en los días de lluvia y sin el tratamiento adecuado, llegando a las casas en días alternos acumulándolas en pipotes para su uso.

Disposición final de los residuales líquidos y sólidos:

- La totalidad de la población tiene servicio sanitario, el sistema de alcantarillado es eficiente.

- La disposición de residuales sólidos se evalúa de buena, pues se cuenta con servicio de recogida frecuente, y las disposiciones para la recogida de estos desechos en todas las viviendas visitadas están debidamente tapadas.

Condiciones higiénico - sanitaria del entorno:

- Las condiciones higiénico-sanitarias de la zona la consideramos como buena ya que no existe presencia de residuales líquidos y sólidos en las calles. Se observan agentes agresores como calor, ruido, polvos, que en ocasiones pueden originar afecciones a la salud.

El 70 % de las viviendas se consideran en buen estado el otro 20 % en estado regular; y el 10% restante de las viviendas visitadas se encuentran en mal estado, la gran mayoría mantiene buen estado de orden y limpieza por lo que evaluamos la higiene de las viviendas como buena. El índice de hacinamiento lo consideramos de bueno. La presencia de animales en las viviendas, se clasificaron como buenas de forma general, pues los animales existentes no afectaban la higiene.

#### **Social:**

El nivel de escolaridad influye de manera positiva o negativa en el establecimiento de la comunicación médico - paciente en el momento de realizar nuestras labores de promoción y prevención.

El nivel de escolaridad es uno de los componentes del medio social; en las familias estudiadas predominaron las personas con secundaria terminada y técnico medio

terminado, lo que nos permite desarrollar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, a través de la educación para la salud, pues el nivel de escolaridad presente en la población nos favorece el desarrollo de temas que eleven el nivel de conocimientos para proteger la salud bucal.

#### **Modo y condiciones de vida:**

El comportamiento individual y colectivo determina estilos de vida que influyen sobre la salud de las personas, entre los que resultan de gran importancia los hábitos.

#### **Organización y funcionamiento de los servicios de salud:**

Las instituciones de salud en nuestra comunidad están representadas por el equipo médico compuesto por: el médico general integral, la enfermera, el estomatólogo general integral, y otros miembros del equipo básico de trabajo que fortalecen la atención integral a la población. Las 7 familias del Consultorio Núcleo Endógeno, reciben atención estomatológica en El Núcleo Endógeno.

#### **Disponibilidad de los recursos:**

La consulta odontológica cuenta con 3 sillones, destinados solo a la atención primaria de la población.

#### **En cuanto a los recursos humanos el departamento cuenta con:**

- ✓ 4 Estomatólogo general básico.

Tabla 1. Distribución de la población según grupos de edad y sexo.

GRUPOS DE EDAD	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
0 – 4 años	0	0,0	1	6,7	1	3,3
5 – 11 años	2	13,3	2	13,3	4	13,3
12 – 18 años	0	0,0	1	6,7	1	3,3
19 – 34 años	2	13,3	3	20,0	5	16,6
35 – 59 años	3	20,0	6	40,0	9	30,0

60 y + años	8	53,3	2	13,3	10	33,3
TOTAL	15	50,0	15	50,0	30	100

Fuente: HCSBF

% columna final calculados en base al total de pacientes estudiados (N=30).

% columna interior calculados en base al total de pacientes según sexo (n=15).

La tabla 1, muestra el total de pacientes examinados por grupos de edad y sexo. En ella se encontró que de los 30 pacientes estudiados el grupo de edad de 60 y + años fue el de mayor representatividad con 10 para un 33,3%; seguido del grupo de 35 a 59 años con 9 para un 30,0% lo que demuestra que la población estudiada era mayoritariamente adulta; por lo que las acciones de la salud deben ser encaminadas en la promoción, prevención y tratamientos curativos para lograr la conservación de la salud bucal en esta edad.

En cuanto al sexo no existió predominio de uno sobre el otro, situación favorable ya que se ha demostrado que la mujer es mejor receptora de los mensajes educativos y es la principal educadora de la familia.

También hay que señalar que en las féminas predominó el grupo de 60 y + años (53,3), seguido del grupo de 35 a 59 años con 3 para un 20,0%; mientras que en los varones fueron el grupo de 35 a 59 años (40,0%) y el de 19 – 34 años(20,0%) en ese orden.

Tabla 2. Porcentaje de familias según estructura familiar.

ESTRUCTURA FAMILIAR	No	%
Nuclear	4	57, 1
Extensa	2	28,5
Ampliada	1	14,3

Fuente: HCSBF

% calculados en base al total de familias estudiadas (N=7).

Atendiendo a la distribución de las familias según su estructura, la tabla 2, muestra que las familias nucleares con un (57,1%) fueron las de mayor predominio, seguidas de las extensas (28,5%) y ampliadas (14,3%) en ese orden.

De las 7 familias estudiadas 5 son funcionales, y las restantes 2 son disfuncionales. Este es un dato muy positivo ya que permite que los mensajes que se les transmitan a cada individuo sean captados con mayor facilidad y fijación ya que cada miembro de la familia se preocupa por el otro y además encontramos que existe un ambiente de armonía en estos núcleos familiares, esto es de gran importancia ya que la salud físico-mental es un maravilloso coadyuvante en el tratamiento de cualquier enfermedad.

Tabla 3. Satisfacción de la población según grupo de edades.

GRUPOS DE EDADES	RESULTADOS			
	SATISFECHOS		INSATISFECHOS	
	Nº	%	No.	%
12 – 18 años	1	100	0	0,0
19 – 34 años	3	14,3	2	22,2
35 - 59 años	6	28,6	3	33,3
60 y + años	4	40	6	60
TOTAL	14	56	11	44

Fuente: HCSBF

% calculados en base al total de familias estudiadas (N=7).

La tabla 3, representa el grado de satisfacción de los pacientes, vemos que el 56% de los mismos se encontraban satisfechos con el servicio recibido a pesar de la carencia de materiales y los inconvenientes que a veces se presentaban como falta de agua y de materiales.

Tabla 4. Distribución de la población según grupos priorizados.

GRUPOS PRIORIZADOS	No	%
Menores de 19 años	6	20,0
Población adulto mayor	10	33,3

Fuente: HCSBF

% calculados en base al total de pacientes estudiados (N=30).

La tabla 4, hace referencia a la distribución de la población según los grupos priorizados, encontrándose 10 pacientes geriátricos para el 33,3%, seguido de los menores de 19 años con 6 para el 20,0%; por lo que se tienen que intensificar las acciones de salud en ambos grupos. Es de señalar que no encontramos en la población estudiada pacientes de los grupos de NAHO, Gestantes, Enfermos crónicos, Embarazadas ni Retrasados Mentales.

Tabla 5. Distribución de individuos según grupos priorizados y factores de riesgo para la salud bucal.

Factores de Riesgo	Menor de 18años		Mayor de 19 años		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Consumo de alimentos azucarados	3	50,0	4	40,0	7	23,3
Higiene bucal deficiente	3	50,0	18	18,0	21	70,0
Hábitos deformantes	1	16,7	2	2,0	3	10,0
Tabaquismo	0	0,0	6	6,0	6	20,0
Alcoholismo	0	0,0	1	1,0	1	3,3

Fuente: HCSBF

% columna final calculados en base al total de pacientes estudiados (N=30).

% columna interior calculados en base al total de pacientes en cada grupo priorizado.

La tabla 5, muestra la distribución de algunos factores de riesgo en menores de 18 años y mayores de 19 años que influyen en la aparición de enfermedades bucales donde se demostró que la higiene bucal deficiente (70,0%) y el consumo de alimentos azucarados (23,3%), fueron los dos factores de riesgo más predominantes en esta población estudiada. Además estos mismos factores se apreciaron de forma similar en cada grupo priorizado.

Tabla 6. Porcentaje de individuos según presencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

ENFERMEDADES CRONICAS	No.	%
Diabetes Mellitus	5	16,7
Hipertensión Arterial	6	20,0
Cardiopatía	2	6,7
Asma Bronquial	1	3,3
Otras	4	13,3

Fuente: HCSBF

% calculados en base al total de pacientes estudiados (N=30).

En la tabla 6, aparece el porcentaje de la población con presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, es importante conocer las mismas para tener las debidas precauciones en las conductas terapéuticas a seguir en los mismos.

La Hipertensión Arterial se presentó en el mayor número de pacientes con 6 (20%), seguida de la Diabetes Mellitus en 5 pacientes (16,6%). La presencia de estas enfermedades contribuye si no son controladas al empeoramiento de la salud bucal del miembro de la familia que la presente, de ahí la importancia de identificarlas y tratarlas.

Tabla 7. Comportamiento de las metas salud para el 2012.

METAS	CUMPLIMIENTO
70% de los niños de 5-6 años libres de caries.	Se cumple
El COP-D de los niños de 12 años igual o menor que 1,2.	-
El 93% de la población de 18 años conserven el total de sus dientes.	No se cumple
El promedio de dientes perdidos en la población de 35-44 años sea de 4,5	No se cumple
El promedio de dientes perdidos en la población de 60-74 años sea de 15,5.	No se cumple
El por ciento de población infantil sin maloclusión sea 70,1%	Se cumple
El por ciento aportado por periodontopatías sea menor del 70%	No se cumple

La tabla 7, muestra el comportamiento de las metas de salud en esta población. Se observa que de las metas trazadas se lograron en un primer momento el cumplimiento de 2 de ellas (meta 1 y 6), por lo que conlleva a reflexionar y proponer estrategias para lograr cambios en estos indicadores para próximos estudios.

Tabla 8. Porcentaje de población según edad y presencia de enfermedades bucales.

GRUPOS DE EDADES	PROBLEMAS DE SALUD BUCAL							
	Caries		Periodontopatías		Maloclusión		Disfunción masticatoria	
	No	%	No	%	No	%	No	%



5 – 11 años	3	27,1	1	11,1	0	0,0	0	0,0
12 –18 años	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0
19 –34 años	2	15,4	1	11,1	0	0,0	1	6,7
35 -59 años	5	38,5	7	77,8	0	0,0	4	26,7
60 y + años	3	27,1	0	0,0	0	0,0	10	66,7
TOTAL	13	43,3	9	30,0	1	3,3	15	50,0

Fuente: HCSBF

% fila total calculados en base al total de pacientes estudiados (N=30).

% columna interior calculados en base al total de pacientes afectados por cada entidad.

En la tabla 8, se relaciona la presencia de enfermedades bucales por grupos de edades, observándose que el grupo de 0-4 años no estuvo afectado por ninguna entidad oral, mientras que la disfunción masticatoria estuvo presente en un total de 15 pacientes para un 50,0%; seguida de la caries con 13 para un 43,3% del total de la población, las periodontopatías con 9 para un 30,0% y las maloclusiones con 1 persona para el 3,3% de la población.

Hay que señalar que la disfunción masticatoria estuvo presente en el 66,7 % de los pacientes del grupo de 60 y + años; la caries y las periodontopatías en el 38,5 y 77,8% de los pacientes de 35 -59 años; mientras que las maloclusiones estuvo presente en un pacientes del grupo de 12 –18 años.

Tabla 9. Higiene bucal según grupos de edades.

GRUPOS DE EDADES	HIGIENE BUCAL			
	BUENA		DEFICIENTE	
	Nº	%	No.	%
0 – 4 años	1	11,1	0	0,0
5 – 11 años	1	3,3	3	14,3
12 – 18 años	1	3,3	0	0,0

19 – 34 años	2	22,2	3	14,3
35 - 59 años	3	33,3	6	28,6
60 y + años	1	11,1	9	42,8
TOTAL	9	30,0	21	70,0

Fuente: HCSBF

% fila total calculados en base al total de pacientes estudiados (N=30).

% columna interior calculados en base al total de pacientes según tipo de higiene bucal presente.

La Tabla 9, muestra la distribución de la población según higiene bucal, la cual se halló mediante el Componente de Detritus Simplificado (ID-S), correspondiente al Índice de Higiene Bucal Simplificado (IHB-S), desarrollado por Green y Vermillon, demostrándose que el 70,0% de la población presentaba una higiene bucal deficiente, mientras que solo el 30,0% tenía una buena higiene oral.

El mayor porcentaje de pacientes con higiene deficiente se encontraron en los grupos de 60 y + años (42,8%) y 35 - 59 años (28,6%), por lo que este trabajo deberá inducir a la realización de intervenciones educativas encaminadas a modificar las actitudes y conocimientos sobre higiene bucal en esta población para así elevar la vida dentaria en un futuro de los mas jóvenes y alargar la permanencia de los mismos en los Adultos Mayores.

Tabla 10. Nivel de educación para la salud según grupos de edades.

Grupo de Edades	Educación para la Salud					
	Buena		Regular		Mala	
	No	%	No	%	No	%
12 – 18 años	0	0,0	1	33,3	0	0,0
19 – 34 años	0	0,0	1	33,3	4	23,5
35 – 59 años	3	60,0	1	33,3	5	29,4

60 y + años	2	40,0	0	0,0	8	47,1
TOTAL	5	20,0	3	12,0	17	68,0

Fuente: HCSBF

% fila total calculados en base al total de pacientes mayores de 12 años (n=25).

% columna interior calculados en base al total de pacientes según tipo de nivel de educación presente.

La tabla 10, muestra los conocimientos sobre salud bucal en la comunidad y para ello se utilizó la Encuesta de Conocimiento sobre Salud buco-dental establecida por la OMS, donde se observó que la mayoría no poseían los conocimientos básicos, lo cual nos dice que hay que hacer mucho trabajo por hacer en esta rama. Observándose el 68,0% con pobres conocimientos de salud bucal, encontrándose en el 47,1% de los individuos con 60 y + años, seguidos del 29,4% en los de 35 – 59 años y el 23,5% en los de 19 – 34 años.

Tabla 11. Clasificación Epidemiológica según grupos de edades.

GRUPOS DE EIDADES	Sano con Riesgo		Enfermo		Discapacitado Deficiente	
	No	%	No	%	No	%
0 – 4 años	1	11,1	0	0,0	0	0,0
5 – 11 años	2	22,2	2	33,3	0	0,0
12 – 18 años	1	11,1	0	0,0	0	0,0
19 - 34 años	3	33,3	1	16,7	1	6,7
35 - 59 años	2	22,2	3	50,0	4	26,7
60 y + años	0	0,0	0	0,0	10	66,7
TOTAL	9	30,0	6	20,0	15	50,0

Fuente: HCSBF

% fila total calculados en base al total de pacientes estudiados (N=30).

% columna interior calculados en base al total de pacientes según grupo epidemiológico presente.

La tabla 11, muestra la clasificación epidemiológica por grupos de edades pudiéndose observar que ninguna persona se encontraba Sana, mientras que la mayoría

eran Discapacitados Deficientes para un total de 15 (50,0%); por lo que se realizarán acciones rehabilitadoras en los mismos. Le continúo el grupo de Sano con Riesgo con 9 casos para un 30,0% y solamente el 20,0% de ellos se encontraba enfermo.

Tabla 12. Índice de coe-d según grupo de edades.

GRUPOS DE EDADES	PACIENTES EXAMINADOS	DIENTES TEMPORALES				
		c	o	e	coe	coe-d
0 – 4 años	1	0	0	0	0	0,0
5 - 11 años	4	5	8	1	14	3,5
12 – 18 años	1	0	0	0	0	0,0
19- 34 años	5	0	0	0	0	0,0
35 -59 años	9	0	0	0	0	0,0
60 y + años	10	0	0	0	0	0,0
TOTAL	30	5	8	1	14	3,5

Fuente: HCSBF

La tabla 12, muestra el índice de coe-d, en la dentición temporal, el que se comporta en un 3,5. Hay que señalar que en el grupo de 0-4 años solo se estudio un paciente y no tenia experiencia de afecciones bucales crónicas. Es en este grupo de edad (5 a 11 años), donde se exhibe la mayor incidencia de la caries dental concordando con las causas antes expuestas para esta dentición.

Tabla 13. Índice de COP-D según grupo de edades.

GRUPOS DE EDADES	PACIENTES EXAMINADOS	DIENTES PERMANENTES				
		C	O	P	COP	I
0 – 4 años	1	0	0	0	0	0,0
5 - 11 años	4	1	4	0	5	1,2
12 – 18 años	1	0	0	2	2	2,0
19- 34 años	5	0	15	8	23	4,6
35 -59 años	9	16	69	49	134	14,8
60 y + años	10	5	5	267	277	27,7
TOTAL	30	22	93	326	441	14,7

Fuente: HCSBF

La tabla 13 muestra el índice de COP-D. El índice más elevado correspondió al grupo de 60 y + años con 27,7; seguido del grupo de 35 a 59 años con el 14,8; correspondiendo estas edades con la mayor prevalencia de la caries dental, ya que en los mismos se agrupan el mayor número de pacientes y los dientes se encuentran mayor tiempo de exposición en la boca.

Tabla 14. Necesidad de prótesis de la población según grupos edades.

GRUPO EDADES	DE	Necesidad de Prótesis					
		Total		To- tal	Parcial		To- tal
		Sup.	Inf.		Sup.	Inf.	
		No	No		No	No	
19 – 34 años		0	0	0	2	1	3
35 - 59 años		0	0	0	6	2	8
60 y + años		8	6	14	1	3	4
TOTAL		8	6	14	9	6	15

Fuente: HCSBF

La tabla 14, expone la necesidad de aparatos protésicos según grupos de edades. Se puede apreciar que la población estudiada mostró necesidades similares para ambos tipos de aparatología 15 para prótesis parcial y 14 para prótesis total, mientras que la mayor necesidad de prótesis total se concentra como era de esperar en el grupo de 60 y + años, mientras que de parcial en el de 35 a 59 años.

## IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS

Para la identificación de los problemas existentes en la comunidad, se decidió optar por la técnica de lluvia de idea, con el objetivo de obtener y organizar la información brindada por los miembros de las familias, permitiendo así una definición detallada y completa de los problemas y condiciones de salud de la comunidad. Para la aplicación de la misma, se seleccionaron 15 personas, entre las que se incluían miembros de las familias, integrantes del equipo de salud y líderes formales e informales de la comunidad. Se seleccionó un facilitador, el cual fue el encargado de mantener el orden en el uso de la palabra y de lograr que se cumplieran las reglas de la técnica las cuales son: todas las ideas son válidas, no se permite la discrepancia, y no se dan explicaciones a las ideas expuestas. Se seleccionó también un registrador, el que fue el responsable de llevar la memoria gráfica del ejercicio, lo que se debe realizar en un lugar visible para todos los participantes, como pizarra o papelógrafo. El ejercicio no duró más de 40 minutos pues disminuye la creatividad del grupo.

## PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS

Una vez identificado los problemas, se hizo necesaria la priorización de los mismos, para lo cual se aplicó el Método de Trillaje, indicado cuando el número de problemas es muy grande, y resulta difícil ir directamente a la aplicación de algún método de priorización. Se seleccionaron informantes claves, líderes formales e informales y se llevó a cabo la lectura de todos los problemas a clasificar por los integrantes del grupo, los cuales se reflejaron en pancartas, lo que facilitó la evaluación y continuación del ejercicio, y finalmente se ubicaron por consenso:

### IMPORTANTES

- ☐ Higiene bucal deficiente
- ☐ Mala educación para la salud
- ☐ Disfunción masticatoria
- ☐ Caries dental

### MENOS IMPORTANTES

- ☐ Hábitos nocivos (tabaquismo)
- ☐ Enfermedades Crónicas no transmisibles
- ☐ Hábitos dietéticos incorrectos (ingestión con frecuencia de alimentos azucarados)

### RESIDUALES

- ☐ Horario de la clínica insuficiente para la demanda de los pacientes en edad laboral

Una vez reducido el listado a un menor número, fue imprescindible realizar una priorización definitiva de los mismos, para lo cual se utilizó la Matriz de Priorización o Método de Ranqueo.

### **METODO DE RANQUEO**

El método de ranqueo consiste en seleccionar un grupo de criterios y otorgarle a cada uno un valor entre 0 y 2 para cada uno de los problemas analizados. La puntuación mayor, se le otorga a: altas frecuencias, gravedad, repercusión en la población, recursos disponibles, etc. Los valores bajos se le otorgan a los que cumplan los requisitos en parte o no los cumplan.

<u>Problemas</u>	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>	<u>Total</u>
Enfermos por caries dental	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>12</u>
Deficiente nivel de Educación para la Salud	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>10</u>
Índice de higiene bucal deficiente	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>11</u>
Elevado número de pacientes con disfunción masticatoria	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>0</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>7</u>

**Donde:**

- (A) Tendencia
- (B) Frecuencia
- (C) Gravedad
- (D) Disponibilidad de los Recursos
- (E) Vulnerabilidad
- (F) Coherencia con la misión del que planifica

Al concluir esta operación con todos los criterios y problemas, se sumaron los valores obtenidos para cada criterio, con vistas a obtener la puntuación que corresponde a cada problema. Seguidamente los problemas se ubicaron comenzando por el de mayor puntuación y terminando por el de menor, quedando organizados por orden de prioridad. Aquí los problemas fueron:

Problemas de salud detectados en la comunidad por orden de prioridades:



- Caries dental.
- Higiene bucal deficiente.
- Mala educación para la salud.
- Disfunción masticatoria.

## **Caries Dental**

**Objetivo:** Disminuir la prevalencia de caries.

**Resultados esperados:** Sanear más del 60% de la población afectada.

<b>Actividad</b>	<b>Fecha</b>	<b>Lugar</b>	<b>Recursos</b>	<b>Participantes</b>	<b>Ejecutores</b>
Promoción de salud, esto incluye motivación instrucciones sobre higiene bucal importancia del cepillado. En los niños se efectuaran juegos de valores y demostraciones y con los adultos puede utilizarse el cine debate, la dinámica de grupo, las entrevistas etc.	Mensual	Escuelas primarias y secundarias. Comunidad. Consulta Estomatológica.	Papel, pancartas, cepillo de dientes, teipodont o modelos de yeso, televisión, videos etc.	Comunidad	Estomatólogo General Integral
Prevención control de placa dental bacteriana	Trimestral	Consulta Estomatológica .	Modelos de papel para el control de placa dental bacteriana, teipodont, cepillo dental, instrumental, sustancia reveladora de placa mesa y silla.	Comunidad	Estomatólogo General Integral
Aplicación de fluoruros: <input type="checkbox"/> Laca Flúor <input type="checkbox"/> Enjuagatorios Fluorados	Semestral  Quincenal	Escuelas que pertenecen al área de la Consulta Estomatológica.	Frascos de laca flúor, tabletas de flúor, recipientes plásticos, aplicadores estériles, vasos de plástico o cartón.	Niños de la comunidad	Estomatólogo General Integral

Aplicación de sellantes de fosas y fisuras	Semestral	Consulta Estomatológica.	Algodón, materiales dentales, instrumental y unidad dental	Niños con fosas y fisuras profundas	Estomatólogo General Integral
Control de dieta cariogénica	Mensual	Escuelas primarias y secundarias. Consulta Estomatológica I	Modelos oficiales de programa de control de dieta.	Comunidad	Estomatólogo General Integral
Curación de la población afectada por caries.	Permanente	Consulta Estomatológica.	Unidad dental, materiales dentales, instrumental necesario.	Toda la población afectada por caries	Estomatólogo General Integral



## CONCLUSIONES

- En la población investigada predominó el grupo de edades de 60 y + años y no hubo predominio de un sexo sobre otro.
- Los factores de riesgo que más influyeron fueron la higiene bucal deficiente y el consumo de alimentos azucarados
- En cuanto a la clasificación epidemiológica prevalecen los pacientes discapacitados deficientes principalmente del grupo de 60 y + años.
- El grado de satisfacción de la población estudiado permitió conocer que la mayoría de las personas se encontraban satisfechas.
- Para la población estudiada se cumplieron solo dos metas salud para el 2012.
- Según las necesidades de atención de la comunidad en el nivel primario el mayor porcentaje de individuos mayores de 19 y + años necesita rehabilitación protésica y restauraciones en la dentición temporal el grupo de 5-11 años y en la permanente los mayores de 35 y + años.
- Se diseñó un plan de acción y ejecución con el objetivo de satisfacer las necesidades de la población estudiada, así como aplicar medidas en base a erradicar los distintos factores de riesgo que encontramos mediante las actividades que mejorarán y solucionarán los problemas y necesidades detectadas y priorizadas, empleando para estos los recursos necesarios.

## BIBLIOGRAFIA

1. Sosa Rosales M, Mojaiber de la Peña A. Análisis de la Situación de Salud en las Comunidades. " Componente bucal". Una guía para su ejecución. La Habana: Dirección Nacional Estomatología. 2008: 26-65.
2. Bratos C.E, Rodríguez M.C, Alio S. F.: Prevención de las maloclusiones en: Bascones M.A. Tratado de Odontología. Madrid: Trigo, 1998: 2279.
3. Rodríguez, G; Suárez B.: Higiene bucal en un grupo de estudiantes de la enseñanza primaria y secundaria. Rev. Cubana. Est. 2007; 17(1): 31.
4. Asociación estadounidense para la salud mundial. Boca sana, vida sana (Folleto informativo ). Washington, DC. AAWA, 2009:5
5. Gestal Otero.: Caries y periodontopatía en medicina preventiva y salud pública 8 reimplantes. Barcelona: Sahat, 2007:762 - 82.
6. Batillero. L.J, Consejo L. S, Cattoni S. T, Yankelerich E. R, Calomari S. E, Azura A. J. Publ. Argent. 2009: 31(3): 272-81.
7. Cuenca E. S, Guanil S.S.: Planificación y programación en odontología comunitaria, en: Bascones M. A. Tratado de Odontología. Madrid: Trigo, 2007: 2333.
8. Mayoral L. G. Ortodoncia: Principios fundamentales y práctica. I Edición. La Habana: Editorial científico- técnica. 1986; 117.
9. Moyers Robert.: Manual de Ortodoncia. III Edición- Argentina. Editorial Mundi S.A.I.C y F. 1976; 2.
10. Aguilar L, R. Almenague.: Prevalencia de hábitos bucales deformantes en niños de 3 a 5 años de Ciudad de La Habana. Rev. Cub. Ort. 1980; 17(3): 137.
11. Santisa C. A, Díaz R. J, González P.A.: Diagnóstico ortodóntico del área de salud. Venezuela. Ciego de Ávila. Rev. Cub. Ortod. 2010; 11(1):22-5
12. Temas de Estomatología infantil y ortodoncia. La Habana S/:S.N. S.A. T1.
13. Organización mundial de la salud. Encuestas de salud bucodental. Métodos básicos 4ta ed. Ginebra O.M.S. 1997; 4-9, 21-52.
14. Delgado M.L, Rodríguez C.A, Sosa R.M, Felipe A. A.: Estado de salud bucal de la población cubana,1995. Rev. Cub. Est.2008;37(3): 217 - 29.

15. Sosa R. M, Mojaiber R.A.: Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana. Dirección Nacional de Estomatología. 2002.
16. MINSAP. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. España;2000-2001: 44 – 153.
17. Colectivo de Autores.: Sociedad y salud. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1986:167.
18. Goirilma G.F, Garricho G. B.: Promoción de la salud, en: Bascones M.A. Tratado de Odontología. Madrid Trigo:2007 T2: 2237.

[illegible]





[illegible]

## EVOLUCIÓN DE LA FAMILIA

[illegible]


## Anexo 2

### ENCUESTA DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL

Nombre:

Edad:

Sexo:

Dirección:

Calificación:

#### ESCOLARIDAD

Ninguna

Primaria

Primaria Incomp.

Secundaria

Enseñanza M.

Universitario

#### TRABAJA ACTUALMENTE

Si

No

Jubilado

No sabe

No responde

#### OCUPACIÓN

Ama de Casa

Obrero

Servicio

Técnico

Cuenta Propia

1.- ¿Creé UD. que las personas deben ir al Estomatólogo?

Si

No

No sabe

No responde

2.- ¿Cada qué tiempo UD. lo visitaría?

3.- ¿Acostumbra UD. a cepillarse los dientes?

Si

No

No sabe

No responde

4.- ¿Cuánta veces al día lo hace?

Ninguna

Una vez

Dos veces

Tres veces

Cuatro veces

11 (No sabe) 12 (No responde)

5.- ¿Lo hace después de comer cualquier alimento?

Si

No

11 (No sabe)

12 (No responde)

6.- ¿Para limpiarse los dientes usa UD. algo diferente al cepillo?

Si

No

¿Cuál?

7.- ¿Usa algún tipo de prótesis?

Si

No

No responde

8.- ¿Duerme UD. con la prótesis?

Si

No

11(no sabe)

12(No responde)

9.- ¿Con qué limpia la prótesis?

Cepillo dental

Agua corriente

La remoja con agua caliente por la noche

Con agua y jabón

Otra ¿Cuál?

(11) No sabe

(12) No responde

10.- ¿Cuántas veces al día la limpia?

Ninguna

Una vez

Dos veces

Tres veces

Cuatro veces

(11) No sabe

(12) No responde

11.- ¿Por qué creé UD. que a una persona le sangran las encías?

Porque no se cepilla bien

Porque se le mueven los dientes

Porque tiene infección en los dientes

Porque come cosas duras

Porque no visita al dentista

Por la edad

12.- ¿Cómo creé UD. que una persona puede evitar que le sangren las encías?

Conocer como cuidarse

Revisarse periódicamente para detectar enfermedades

Cepillarse bien los dientes

Usar hilo dental

Usar medicamentos

Comer alimentos blandos

Cepillarse después de cada comida

13.- Fuma                      Si                      No                      ¿Cuántos cigarros al día?

Menos de 10

De 10 a 20

De 20 a 30

Más de 30

14.- ¿Creé importante revisarse la boca para detectar enfermedades?

Si      No      11 (No sabe)      12 (No responde)

15.- ¿Considera UD. que esta persona deba visitar el estomatólogo?

Si      No      11 (No sabe)      12 (No responde)

16.- ¿Cómo cree usted que estén sus dientes y su boca en comparación con la de sus amistades?

Igual que todos

En peores condiciones

(11) No sabe      (12) no responde

17.- ¿Por qué cree usted que a una persona le sangran las encías. (No lea la lista de opciones, marque con una X las respuestas que dé el encuestado).

Por que no se cepilla

(2) Porque se le movían los dientes

Porque tenia enfermos los dientes

Porque come cosas muy duras

Porque no visita al dentista

Por la edad

Otra. Cual:

(11) No sabe      (12) No responde

18.- ¿Cómo cree usted que una persona que le sangran las encías puede evitarlo (No lea la lista de opciones, marque con una X la respuesta que del encuestado)?

Conocer como cuidarse

Revisarse periódicamente para detectar enfermedades

Cepillarse bien los dientes

Usar hilo dental

Usando medicamentos

Comiendo alimentos blandos

Cepillarse después de cada comida

Otra. Cual:

(11) No sabe (12) No responde

19.- ¿Para usted que significa que una persona pierda sus dientes? (No lea la lista de opciones, marque con una X la respuesta que del encuestado.)

Que se vea feo

Que no pueda hablar bien

Que no pueda masticar bien

Otra. Cual:

(11) No sabe (12) No responde

20.- ¿Le gusta comer dulces u otros alimentos entre las comidas?

(1) Sí (2) No (3) A veces (11) No sabe (12) No responde

21.- ¿Toma usted café o té? :

Sí (2) No

(Si responde Si pasar a la 22 y 23, si responde No pasar a la 24).

22.- ¿Cuándo?

Continuamente

Después de las comidas

Solo en las mañanas

Una vez al día

Otra. ¿Cuál? :

23.- ¿Cómo lo toma?

Muy caliente

Caliente

Tibio

Frío

(11) No sabe (12) No responde

24.- ¿Usted fuma? (1) Sí (2) No

(Si responde Si pasar a la pregunta 25, si responde No pasar a la 26).

25.- ¿Cuántos cigarrillos se fuma usted al día?

Menos de 10

De 10 a 20

De 21 a 30

Mas de 20

26.- ¿Cómo usted cree que una persona podría llegar a tener los dientes más limpios? (No lea la lista de opciones, marque con una X la respuesta que dé el encuestado).

Cepillándolos

Usando hilo dental

Usando pastas con fluoruro

Usando palillos

Usando bicarbonato para limpiarlos

Haciéndose profilaxis en el estomatólogo

Otra. ¿Cuál? :

(11) No sabe (12) No responde

27.- ¿Qué cree usted que le pasaría a esa persona si logra mantener sus dientes más limpios. (No lea la lista de opciones, marque con una X la respuesta que dé el encuestado).

No sentiría dolor

No tendría caries

No le sangran las encías

No tendría mal aliento

Se vería mejor

No perdería los dientes

Hablaría mejor

Otra. ¿Cuál?:

(11) No sabe (12) No responde

28.- ¿Usted cree que una persona de su edad, que no visita al estomatólogo frecuentemente, lograría ir al estomatólogo a revisarse la boca?

(1) Si (2) No (11) no sabe (12) No responde

29.- ¿Cree usted que es importante aprender a revisarse la boca para detectar algo 3diferente3?:

(1) Si (2) No (11) no sabe (12) No responde

30.- ¿Considera usted, que entonces esta persona debe visitar al estomatólogo?:

(1) Si (2) No (11) no sabe (12) No responde

31.- ¿Una persona que tiene pocos dientes o ninguno, y no tiene prótesis, cree usted que pueda comer cualquier tipo de alimento?:

(1) Si (2) No (11) No sabe (12) No responde

32.- ¿Cuándo usted cree que una persona debe comenzar a cepillarse los dientes? (No lea la lista de opciones, marque con una X la respuesta que del encuestado)

Desde que nace

Cuando brotan los primeros dientes

Cuando salen los dientes permanentes

Otra. ¿Cuál?  
(11) No sabe (12) no responde

33.- ¿Si una persona se hace una extracción dentaria, que cree usted que suceda? (No lea la lista de opciones, marque con una X la respuesta que de el encuestado)

Nada  
Se mueven los dientes  
No se puede comer bien  
Se ven feos  
Se soluciona el problema fácilmente  
(11) No sabe (12) No responde

34.- ¿Qué hábitos cree usted que afectan los dientes y los tejidos bucales? (No lea la lista de opciones, marque con una X la respuesta que de el encuestado)

Onicofagia  
Queilofagia  
Succión digital  
Respiración bucal  
Comer alimentos blandos y batidos  
Chupeteo del tete  
(7) Biberón  
(8) Otros. ¿Cuáles?  
(11) No sabe (12) No responde

35.- ¿En qué cree usted que beneficie al niño el que su madre lo lacte?. ? (No lea la lista de opciones, marque con una X la respuesta que de el encuestado)

Nada  
Mejor desarrollo de su organismo  
Mejor desarrollo de su boca  
Dientes más sanos  
Mas económica  
Mas sano el niño  
Otra ¿Cuál?  
(11) No sabe (12) No responde

### **Anexo 3**

#### **ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

Estimado usuario:



Los resultados de esta encuesta serán importantes en las acciones que se ejecutan para el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud. No es necesario que ponga su nombre.

Mucho agradeceríamos que marque con una x las opciones de respuesta que se ofrecen a continuación de acuerdo a la satisfacción que le produjeron. Esperamos su colaboración.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

Nivel escolar: Primaria no terminada: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Ama de casa: \_\_\_\_\_

Jubilado: \_\_\_\_\_

Trabajador: \_\_\_\_\_

Estudiante: \_\_\_\_\_

Desocupado: \_\_\_\_\_

Otra. \_\_\_\_\_ ¿Cuál?

Servicios utilizados:

Estomatología general: \_\_\_\_\_ Ortodoncia: \_\_\_\_\_

Periodoncia: \_\_\_\_\_ Prótesis: \_\_\_\_\_

Cirugía: \_\_\_\_\_ Urgencia: \_\_\_\_\_

Rx: \_\_\_\_\_ Consejería de salud bucal: \_\_\_\_\_

En la atención recibida, ¿cree UD que se contó con los recursos necesarios?

Todos: \_\_\_\_\_ Algunos: \_\_\_\_\_ Ninguno: \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Cómo valora UD. el trato brindado por el personal que lo atendió?:

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Estomatólogo general					
Especialista					
TAE					
Administración					
Otros					
Trabajador de información. (recepcionista)					

En cuanto a las condiciones físicas del lugar, diga si las considera:

	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
Limpieza					

Servicios Sanitarios					
Bebederos					
Asientos					
Ventilación					
Iluminación					

¿Cómo se ha sentido UD. con el servicio que se le brindó?

Satisfecho: \_\_\_\_ Medianamente satisfecho: \_\_\_\_ Insatisfecho: \_\_\_\_

De las situaciones que a continuación se le presentan señale las que le causaron molestias al ser atendidos en la unidad de salud.

Excesivo tiempo de espera para la consulta: \_\_\_\_

Falta de comodidad en las instalaciones: \_\_\_\_

Dificultades con el trato y la amabilidad del personal: \_\_\_\_

Inadecuada información acerca del problema de salud que le afecta: \_\_\_\_

Deficiente información acerca del funcionamiento de la unidad: \_\_\_\_

Falta del personal necesario para brindar la atención: \_\_\_\_

Carencia de materiales, placas u otros: \_\_\_\_

Dificultades con el instrumental y equipos: \_\_\_\_

No existencia de los medicamentos requeridos: \_\_\_\_

Desearía exponer algunas sugerencias o algún comentario de tipo general acerca de la atención que ha recibido en el servicio:

---



---



---



---



---



---

Provincia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Municipio:

Área de salud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Consultorio:

---

## Anexo 4

### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD

Estimado trabajador:

Los resultados de esta encuesta permitirán la valoración de diferentes aspectos relacionados con la satisfacción de los prestadores de los servicios de la salud. No es necesario que ponga su nombre.

Mucho agradeceríamos que marque con una x las opciones de respuesta que se ofrecen a continuación, de acuerdo a la satisfacción que le produjeron. Esperamos su colaboración.

Unidad de salud en que brinda servicios:

Clínica estomatología: \_\_\_\_ Departamento en policlínico: \_\_\_\_ Departamento en hospital: \_\_\_\_

Servicio Cirugía Maxilo - Facial: \_\_\_\_ servicio escolar: \_\_\_\_ centro trabajo:

Puesto médico: \_\_\_\_ Otro. ¿Cual?

\_\_\_\_\_.  
Especificar si pertenece al (Plan Turquino - Manatí).

Datos generales:

Edad: \_\_\_\_ Sexo: F \_\_\_\_ M \_\_\_\_

Categoría ocupacional:

Dirigente: \_\_\_\_ Estomatólogo: \_\_\_\_ Especialista Ortodoncia: \_\_\_\_ Especialista Prótesis: \_\_\_\_

Especialista Periodoncia: \_\_\_\_ Especialista Cirugía: \_\_\_\_ TAE: \_\_\_\_

Técnico de Prótesis: \_\_\_\_ Otro Técnico: \_\_\_\_ Administrativo: \_\_\_\_ Auxiliar:

\_\_\_\_  
Trabajador de información: \_\_\_\_ Estadístico: \_\_\_\_

Otros \_\_\_\_ ¿Cuál?

\_\_\_\_\_.  
El puesto de trabajo que actualmente ocupa cumple con sus expectativas.

Si: \_\_\_\_ En parte: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_ ¿Por que?

\_\_\_\_\_  
Cuenta, para desarrollar su trabajo, con los recursos materiales necesarios.

	Bien	Regular	Mal
Alimentación			
Agua para tomar			
Espacio de trabajo			
Limpieza			
Organización			
Servicios			
Ventilación			
Iluminación			

Ruido			
Transporte			
Otros factores			

Siempre: \_\_\_\_ Casi siempre: \_\_\_\_ Nunca: \_\_\_\_

Expli-

que: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Siente que sus inquietudes y necesidades personales o laborales son escuchadas por los directivos de la unidad:

Siempre: \_\_\_\_ A veces: \_\_\_\_ Nunca: \_\_\_\_

Expresa su valoración según corresponde de las siguientes condiciones de trabajo de la unidad:

Cuando se decide una actividad determinada relacionada con su trabajo, se tienen en cuenta sus criterios:

Siempre: \_\_\_\_ Casi siempre: \_\_\_\_ Algunas veces: \_\_\_\_ Nunca: \_\_\_\_

La dirección de la unidad donde trabaja tiene en cuenta sus necesidades de superación:

Siempre: \_\_\_\_ A veces: \_\_\_\_ Nunca: \_\_\_\_

En cuanto a las relaciones humanas que establece en su medio laboral exprese como las considera:

	Muy bueno	Buenas	Regulares	Mala	Muy mala
Con los compañeros De trabajo					
Con el jefe Inmediato					
Con el director					
Con los subordinados					

Por los resultados que UD. Obtiene en su trabajo le han

Ofrecido o entregado algún tipo de estímulo.

Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_ Estímulos morales: \_\_\_\_ Estímulos Materiales: \_\_\_\_  
Otros. ¿Cuál?

:\_\_\_\_\_.

Como se siente UD. Como trabajador.

Satisfecho: \_\_\_\_ Medianamente satisfecho: \_\_\_\_ Insatisfecho: \_\_\_\_

De las situaciones que a continuación se le presentan señale las que le causan molestias:

- \_\_\_\_ Las condiciones de trabajo.
- \_\_\_\_ Dificultades en las relaciones con sus compañeros.
- \_\_\_\_ Pobre estimulación por los resultados de trabajo.
- \_\_\_\_ Las posibilidades de superación técnica - profesional.
- \_\_\_\_ Difíciles relaciones con mi jefe.
- \_\_\_\_ El salario que percibo.
- \_\_\_\_ Los recursos materiales para desarrollar mi trabajo.
- \_\_\_\_ El trato recibido por parte de los usuarios.
- \_\_\_\_ Carga de trabajo.
- \_\_\_\_ Problemas organizativos de mi centro de trabajo.

Qué elementos o sugerencias quisiera aportar que pudiera mejorar su condición de trabajador en la unidad:

---

---

---

---

---

---

---



