



Universidad de Camagüey "Ignacio Agramonte y Loynaz"
Centro de Estudios de Ciencias de la Educación
"Enrique José Varona"



**FORMACIÓN DE LA COMPETENCIA ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA A NIÑOS Y ADOLESCENTES
CON ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES EN ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas

SOLEDAD YANEDY GARCÍA PELÁEZ

Camagüey, Cuba, 2018



Universidad de Camagüey “Ignacio Agramonte y Loynaz”
Centro de Estudios de Ciencias de la Educación
“Enrique José Varona”



**FORMACIÓN DE LA COMPETENCIA ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA A NIÑOS Y ADOLESCENTES
CON ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES EN ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas

Autora: MSc. Soledad Yanedy García Peláez

Tutores:

Prof. Titular, Lic. Silvia Colunga Santos, Dra. C.

Prof. Titular, Lic. Mayelín Soler Herrera, Dra. C.

Camagüey, Cuba, 2018

PENSAMIENTO

"Educar es depositar en cada hombre toda la obra humana que le ha antecedido; es hacer a cada hombre resumen del mundo viviente, hasta el día en que vive; es ponerlo a nivel de su tiempo, para que flote sobre él y no dejarlo debajo de su tiempo, con lo que no podrá salir a flote; es preparar al hombre para la vida"

José Martí

AGRADECIMIENTOS

Agradecer es uno de los actos más nobles de la vida humana, por ello, es imposible apreciar esta obra sin recordar a todos los que favorecieron su creación:

- ♥ A Dios, por permitirme llegar hasta aquí y sostenerme cada vez que intentaba caer.
- ♥ A mis hijos, por las tantas horas que no estuve a su lado y las caricias ausentes que aún guardo para ellos.
- ♥ A mis padres, por convertirme en la mujer que soy, por sus lecciones y la energía heredada.
- ♥ A mi hermana, por ser mi complemento, mi otra mitad, mi cuerpo entero.
- ♥ A mi tutora Silvia, por su maestría inigualable y por confiar en mí con tanto cariño.
- ♥ A Maye, por ser amiga, tutora, evangelio.
- ♥ A tata, por llegar a mi vida en el momento justo, solo Dios sabe por qué.
- ♥ A la profe Alisvech, por sus consejos y ayuda ilimitada.
- ♥ A la profe María Victoria y al profe Prieto, por su preocupación constante y desmedida.
- ♥ A los aspirantes hoy doctores, que fueron un ejemplo a seguir: Yanet, Yanetsy, Lida y Adonys.
- ♥ A Dayamy, por dedicarme parte de su tiempo.
- ♥ A mis profesores, por formar en mí el deseo de superarme cada día.
- ♥ A mis alumnos, por seguir mis consejos y ser la inspiración de este trabajo.
- ♥ A mis pacientes y sus padres, por tanto amor.
- ♥ En fin, a todos los que contribuyeron a alcanzar este sueño.

DEDICATORIA

Dedico esta obra:

A mis hijos Frank y Fabian por ser la luz de mis días y el motivo para seguir adelante.

*A mis alumnos, para que entiendan que la magnitud de lo que logremos no depende de lo que tengamos,
sino de las intenciones de lo que sepamos hacer, con lo que tenemos.*

A todos los niños y adolescentes, con el afán de que algún día comprendan que lo esencial es invisible a los

ojos.

SÍNTESIS

La tesis está encauzada a la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales en estudiantes de Estomatología, a partir de un modelo pedagógico y de un programa de intervención pedagógica como instrumento para su implementación práctica. La pertinencia de la perspectiva socio-psico-educativa en la atención estomatológica integral a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales, devino como cualidad sinérgica superior del constructo teórico. Algunos de los métodos teóricos empleados fueron: el histórico-lógico y la modelación sistémico-estructural-funcional. Dentro del nivel empírico se utilizaron: análisis de documentos, observación, entrevistas, composición, inventario de dificultades, escalas valorativas, taller de opinión crítica y construcción colectiva y un pre-experimento. De los métodos estadístico-matemáticos se acudió a la prueba no paramétrica de Wilcoxon y al análisis porcentual. Se comprobó la pertinencia de la propuesta mediante los talleres de opinión crítica y construcción colectiva y se validó su efectividad a través de un pre-experimento en los estudiantes de cuarto año de la carrera de Estomatología en la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey.

TABLA DE CONTENIDOS

Pág.

	INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	FORMACIÓN DE LA COMPETENCIA ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA A NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES, EN ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA. ANÁLISIS HISTÓRICO TENDENCIAL Y EPISTEMOLÓGICO	11
	1.1 Análisis histórico tendencial del proceso de formación profesional de los estudiantes de Estomatología en Cuba.	11
	1.2 Caracterización epistemológica del proceso de formación profesional de los estudiantes de Estomatología, con énfasis en la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales y su formación.	22
	1.3 Determinación del estado inicial de la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales, por estudiantes de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey.	36
	Conclusiones del capítulo I.	41
CAPÍTULO II	MODELO DE FORMACIÓN DE LA COMPETENCIA ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA A NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES EN ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA	42
	2.1 Fundamentos teóricos del modelo.	42
	2.2 Argumentación del modelo y sus relaciones.	48
	2.2.1 Descripción de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales en estudiantes de Estomatología.	48
	2.2.2 Argumentación del modelo de formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales.	55
	Conclusiones del capítulo II.	76
CAPÍTULO III	PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA PARA LA FORMACIÓN DE LA COMPETENCIA ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA A NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES EN	78

	ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA. VALORACIÓN DEL PROGRAMA Y EL MODELO	
	3.1. Descripción del programa de intervención pedagógica.	78
	3.2. Valoración de la factibilidad de implementación del programa, a través de los talleres de opinión crítica y construcción colectiva.	104
	3.3 Evaluación de la efectividad del programa, a través de la implementación de un pre-experimento pedagógico.	107
	Conclusiones del capítulo III.	117
	CONCLUSIONES GENERALES	118
	RECOMENDACIONES	120
	BIBLIOGRAFÍA	
	ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Para las instituciones de la Educación Superior, enfrentar el presente milenio constituye uno de sus mayores retos. Esta época está caracterizada por una serie de fenómenos y conflictos; a saber: la globalización, con sus consecuencias económicas, políticas y culturales; la rapidez de la aplicación tecnológica y los adelantos de la ciencia, entre otros (Horruitiner, 2012a).

A la luz de estas ideas y a partir de la Cumbre Mundial de Educación Médica celebrada en Edimburgo en 1993, se comenzó a desplegar un movimiento internacional para la búsqueda de un cambio articulado entre la educación, la práctica médica y la organización de salud. Esta evolución se encauzó a la posibilidad de formar un profesional que respondiera a las necesidades económico-sociales de su país.

De acuerdo con lo expresado, la sociedad cubana actual demanda la formación de profesionales competentes, para solventar con eficiencia los problemas de la práctica profesional. Lo anterior conduce a alcanzar un desempeño ético y responsable.

Resulta oportuno enfatizar que varios investigadores han dedicado sus estudios a la formación de competencias como uno de los paradigmas de la educación contemporánea. En este sentido se destacan: Fernández-Berrocal, Cabello y Gutiérrez (2017), Salas (2016), Espinoza, Rodrigo y Ticono, (2016), Colunga y García (2016), Cassullo y García (2015), Oropeza (2015), Parra, Colunga y Luque (2015), Parra et al. (2015), Tobón (2014, 2013b), Jaik y Barraza (2011), Tejeda y Sánchez (2010) entre otros.

En la producción científica cubana, también se puede apreciar la formación de competencias en el campo de la salud mediante los trabajos, dirigidos en su mayoría, a la enseñanza del postgraduado, no así, a la formación inicial, como los de Castro et al. (2017), Sarasa, Cañizares y Menéndez (2016), Blanco et al. (2015), Ortiz, Vicedo, Rodríguez y Sardiñas (2015), Salas, Díaz y Pérez (2014), Pérez y

Calderón (2014), Sánchez y Cisterna (2014), Trujillo et al. (2014) y Díaz (2013), por solo mencionar algunos.

De igual manera, la carrera de Estomatología, como parte del sistema educacional de las ciencias médicas, ha experimentado un importante desarrollo que se distingue de los modelos foráneos por asumir la salud humana de manera integral, desde un enfoque biopsicosocial. Desde esta visión se enfatiza en la promoción de salud y la prevención de enfermedades en el contexto de la Atención Primaria de Salud (APS).

El estudiante de esta carrera, al egresar de la universidad debe resolver uno de los principales problemas de salud bucal, las anomalías dentomaxilofaciales (ADMF), las que adquieren gran significación en la práctica profesional debido a sus consecuencias no solo funcionales y/o estéticas, sino también a su influjo en los aspectos psicosociales. Los grupos poblacionales más afectados suelen ser los niños y adolescentes (Otaño, 2014).

Sobre este particular se han realizado disímiles estudios que acusan a las ADMF como promotoras de reacciones sociales adversas y de un autoconcepto deficiente. Los sujetos afectados presentan en su mayoría, inestabilidad emocional y disminución de la autoestima al convertirse en víctimas de burlas (Hassan et al., 2017; Yi et al., 2016; Twigge et al., 2016; Bourzgui et al., 2015; Calzada et al., 2014; Samsonyanová & Broukal, 2014; Isiekwe, Onigbogi, Olatosi & Sofola, 2014; Rotheron, Head, Klineberg & Stansfeld, 2011).

En relación con lo expuesto, autores como Navarro et al. (2018), Calderón y Dueñas (2016), De Souza (2016) y Fernández et al. (2015), consideran como trascendental el papel de la familia en la percepción de la necesidad de tratamiento de las ADMF y en el afrontamiento de eventos que pueden perturbar el desarrollo emocional de niños y adolescentes. Por ello, resulta imprescindible involucrar a la familia durante el diagnóstico y tratamiento integral de estas anomalías, pues se ha demostrado que la

comunicación diaria con los padres es la herramienta más importante en el desarrollo mental y rendimiento personal de los hijos.

Es meritorio destacar que la salud bucodental es un componente de la salud general de las personas y es apreciada como vital para el adecuado crecimiento y desarrollo de niños y adolescentes, pues se asocia a la nutrición, a la fonación, a su estética y con ello a su autoestima. Por esta razón, constituyen uno de los grupos priorizados dentro de la atención estomatológica, la cual se garantiza a través del Sistema Incremental de Atención a la población de 0 a 19 años (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2011a).

Una de las misiones del estomatólogo en la APS es brindar atención estomatológica integral al menor de 19 años, desde una perspectiva biopsicosocial y en estrecha relación con la familia y la comunidad, (...) utilizando un enfoque clínico-epidemiológico y social (...) (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2011b).

En lo anterior subyace, que tanto los niños como los adolescentes reclaman una orientación bidimensional, es decir desde la psicología, para entender el significado y alcance de las transformaciones que intervienen en la manera de pensar, sentir y actuar de ambos grupos y, desde lo educativo, para argumentar las vías, formas y técnicas que contribuyan a alcanzar un mayor desarrollo emocional en relación con las ADMF.

Es oportuno resaltar los puntos de vista de Sánchez et al. (2013), quienes consideran que para que el estomatólogo sea capaz de trabajar en forma multidisciplinaria e interdisciplinaria se deben ampliar los límites de las disciplinas actuales (profesionales) e incorporar la formación de competencias en los estudiantes, que garanticen actuaciones necesarias para el desarrollo comunitario y de sensibilidad social. Lo anterior conlleva, que el estomatólogo general integral (EGI) es un profesional que se desdobra en varias funciones: estomatólogo, educador, comunicador, promotor de salud u otras.

A partir de estas interpretaciones teóricas, se realizó un análisis presuntivo al proceso de formación profesional del estomatólogo, desde lo cual se determinó que en la actualidad el modelo del profesional concurre a la expresión más esencial que demanda la sociedad. Sin embargo, al analizar los programas de asignaturas y disciplinas relacionadas con la temática, como: Psicología y Salud Bucal, Epidemiología en Estomatología, Atención Integral a la Familia, Odontopediatría y Ortodoncia, se pudo comprobar que:

- Existen carencias en el orden teórico-metodológico que obstaculizan la formación del estudiante, en función de minimizar las afectaciones emocionales de niños y adolescentes con ADMF.
- Los contenidos, en relación con la problemática, se encuentran fragmentados y son escasas las actividades diseñadas que le permitan al estudiante la integración de saberes y su posterior aplicación en la práctica.
- La bibliografía es insuficiente y dispersa, lo que dificulta la orientación hacia el estudio.

Bajo esta misma perspectiva, se realizaron observaciones durante la práctica profesional y entrevistas a profesores, lo cual permitió demostrar las siguientes insuficiencias:

- Los estudiantes no les atribuyen la verdadera significación a los índices epidemiológicos relacionados con las ADMF, así como al impacto psicosocial que estas tienen en los niños y adolescentes.
- La atención estomatológica a niños y adolescentes se limita a la resolución de problemas orgánicos y funcionales, aun cuando el modelo del profesional pondera la integralidad de aquella, desde un enfoque biopsicosocial.
- Los profesores no aprovechan las potencialidades de la práctica profesional en los centros asistenciales y la comunidad para desarrollar acciones integradoras en relación con las ADMF que

contemplan no solo los factores dentales, musculares y esqueléticos del conjunto estomatognático; sino también al propio individuo como personalidad única y a su entorno social.

La situación descrita permite asumir como **problema científico**: Insuficiente tratamiento a las afectaciones emocionales provocadas por las ADMF en niños y adolescentes, que limita la atención estomatológica integral, como expresión del desempeño profesional del estudiante de Estomatología.

Lo anterior evidencia la necesidad de una visión educativa transformadora, pues la sociedad exige un profesional que surja de un proceso formativo más contextualizado, que sea capaz de cumplir sus expectativas y necesidades crecientes; es decir, con competencias suficientes para un desempeño acertado (Borroto y Salas, 2017; Salas y Salas, 2014b, 2014d).

Con esta finalidad se adopta como **objeto de estudio**, el proceso de formación profesional del estudiante de Estomatología.

Es conveniente señalar, que en la Educación Superior los esfuerzos encauzados a elevar la pertinencia, el impacto y la optimización de todo el proceso, están estrechamente unidos al fortalecimiento de la formación profesional. Ello explica que la orientación del proceso desde la formación de competencias, surge para hacer de la educación un servicio más pertinente a las demandas sociales, en aras de brindar a los estudiantes aprendizajes socialmente productivos.

Por otra parte, la formación de competencias conlleva a integrar disciplinas, conocimientos, habilidades, prácticas y valores. De esta manera, se considera la interdisciplinariedad una pieza fundamental para alcanzar un proceso formativo integrador (Almidón, 2017; Llano et al., 2016; Díaz, Valdés y Boullosa, 2016 y Scrich et al., 2014).

En la investigación de Díaz (2013), se develan las competencias profesionales específicas del estomatólogo en formación, entre las cuales se incluyen las dirigidas a la promoción de salud bucal y estilos de vida saludables y la de prevención de enfermedades bucales. Desde la perspectiva de esta

investigadora, este estudio anticipa, de alguna manera, la importancia que tienen en materia de salud las acciones de información, comunicación, profilaxis y educación, que se ejercen sobre las personas, la familia, los grupos y la comunidad y que tributan a una atención estomatológica integral y, como ya se apuntó, dentro de los grupos poblacionales más vulnerables y necesitados de dicha atención, se incluyen los niños y adolescentes con ADMF. Ello justifica la necesidad impostergable de su atención, tratamiento y orientación, desde los ámbitos educativo y emocional.

De lo antes expuesto, se revela como **vacío epistémico**, las carencias en la sistematización, integración y sustentación teórico-metodológica relativas a la orientación psicoeducativa de niños y adolescentes con ADMF, que le permitan al estudiante de Estomatología brindar una atención integral durante la práctica profesional.

Se plantea como **objetivo** de la investigación: Valorar la efectividad de un programa de intervención pedagógica para la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología.

Este objetivo permite delimitar en calidad de **campo de acción**, la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF.

Resulta interesante destacar que, en esta trayectoria de cambios y transformaciones en la educación moderna, se pretende formar a profesionales poseedores de competencias que les permitan identificar, interpretar, argumentar y resolver problemas pertinentes al contexto. Estas ideas han sido promovidas de igual forma por Pimienta (2017) y Tobón (2017), quienes plantean que las competencias permiten el redescubrimiento del sentido de pertenencia y las necesidades de transformación del sujeto para equilibrarse de forma permanente con su contexto de actuación.

Asimismo, se connota el papel de la dimensión extracurricular como importante en este sentido, las reflexiones de García, García y González (2013) la distinguen como un proceso formativo, que

complementa la preparación general integral del estudiante y refuerza su sentido de pertenencia y de identidad al vincularlo con los actores sociales y sus problemas, vivencias y necesidades, en un accionar voluntario y consciente, que propicia la asimilación de aspectos de la cultura general y de la cultura local derivada de la actividad histórico-social de tales actores.

Por tanto, se asume como **hipótesis** que: Un programa de intervención pedagógica sustentado en un modelo de similar naturaleza y conducente a la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología, puede minimizar las insuficiencias en la atención estomatológica integral, como expresión del desempeño profesional del estudiante.

Para la concreción de los propósitos descritos se desarrollaron las siguientes **tareas científicas**:

1. Análisis histórico tendencial del proceso de formación profesional de los estudiantes de Estomatología en Cuba.
2. Caracterización epistemológica de la formación profesional de los estudiantes de Estomatología, con énfasis en la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF y su formación.
3. Determinación del estado inicial de la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF, por estudiantes de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey.
4. Elaboración de un modelo pedagógico de formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología.
5. Diseño de un programa de intervención pedagógica para la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología.
6. Evaluación del modelo pedagógico y el programa de intervención, a través de los talleres de opinión crítica y construcción colectiva.

7. Verificación de las transformaciones operadas en la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología, a través de un pre-experimento pedagógico con la aplicación del programa de intervención.

En la presente investigación se asume la dialéctica materialista como método general de la ciencia. Este método contribuyó a la determinación de las relaciones contradictorias que se dan en el objeto y que constituyen la fuente de su desarrollo.

Se utilizaron **métodos** del nivel teórico y del empírico para dar cumplimiento a las tareas científicas:

Métodos teóricos:

- **Histórico-lógico:** para el análisis del proceso de formación profesional de los estudiantes de Estomatología.
- **Análisis-síntesis:** para la interpretación de la información bibliográfica referida a los fundamentos teóricos del proceso formativo del estudiante de Estomatología y la caracterización epistemológica, con énfasis en la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF.
- **Modelación sistémica-estructural-funcional:** para la estructuración lógica del modelo y del programa de intervención pedagógica, dirigido a favorecer la formación de la competencia.

Métodos empíricos:

- **Análisis documental:** para la valoración de los planes de estudio, modelo del profesional, documentos normativos del trabajo metodológico, resoluciones ministeriales, programas de disciplinas y asignaturas.
- **Observación:** para obtener información acerca de la metodología utilizada por los profesores y el desempeño de los estudiantes en cuanto a la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF.

- **Entrevistas a estudiantes y profesores:** para determinar la forma y tratamiento que se le brinda a la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF desde el proceso formativo.
- **Método del análisis de los resultados de la actividad** (Composición): para indagar en los estudiantes la significación que le atribuyen a la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF y las dificultades que presentan para enfrentarse a esta durante su desempeño profesional.
- **Inventario de dificultades:** para precisar las limitaciones que presentan los estudiantes relacionadas con la orientación psicoeducativa, durante la atención estomatológica integral.
- **Escalas valorativas:** para la valoración del estado inicial y el estado final de la competencia.
- **Triangulación:** para el análisis de los resultados obtenidos en el diagnóstico.
- **Talleres de opinión crítica y construcción colectiva:** para la valoración de los resultados científicos alcanzados con la aplicación del modelo y el programa.
- **Portafolio:** para la recolección de evidencias durante la implementación del programa.
- **El pre-experimento pedagógico:** para la introducción en la práctica de la propuesta. Del mismo modo, se emplearon: la observación participante, la entrevista grupal y el análisis de los resultados de la actividad.

Dentro de los **métodos estadístico-matemáticos**, se emplearon, **de la estadística descriptiva**, tablas, gráficas y el análisis porcentual. **De la estadística inferencial**, la prueba no paramétrica de Wilcoxon para determinar la efectividad del pre-experimento.

Para la implementación del programa se tomó como población a 70 estudiantes (48.27%) de 4to año de la carrera de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Además, se consideraron diez de los docentes vinculados con el proceso de formación del propio año académico.

La contribución a la teoría de esta investigación, consiste en un modelo pedagógico de formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología.

El aporte práctico lo constituye el programa de intervención pedagógica como concreción del modelo, que permite favorecer la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología.

La novedad científica está dada por las nuevas relaciones que aporta el modelo pedagógico y que servirán en calidad de herramientas, al estomatólogo en formación, connotándose la pertinencia de la perspectiva socio-psico-educativa en la atención estomatológica integral a niños y adolescentes con ADMF, en calidad de cualidad sinérgica resultante del sistema modelado. Se describe la estructura conceptual de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de la carrera de Estomatología y se devela la lógica de su formación.

La tesis se estructura en introducción, tres capítulos, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos. En el primer capítulo se ofrece un análisis histórico tendencial, epistemológico y praxiológico del proceso formativo de los estudiantes de Estomatología, con énfasis en la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF. El segundo capítulo aborda la descripción de la competencia y el modelo pedagógico de formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en los estudiantes de Estomatología. En el tercer capítulo se describe el programa de intervención pedagógica, como concreción del modelo y se realiza la valoración teórica y práctica de los resultados científicos ofrecidos.

**CAPÍTULO I. FORMACIÓN DE LA COMPETENCIA ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA A NIÑOS Y
ADOLESCENTES CON ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES, EN ESTUDIANTES DE
ESTOMATOLOGÍA. ANÁLISIS HISTÓRICO TENDENCIAL Y EPISTEMOLÓGICO**

I. FORMACIÓN DE LA COMPETENCIA ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA A NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES, EN ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA. ANÁLISIS HISTÓRICO TENDENCIAL Y EPISTEMOLÓGICO

En el marco de este capítulo se abordan los elementos que caracterizan el proceso formativo de los estudiantes de Estomatología y el valor atribuido a la formación basada en competencias en la Educación Médica Superior, con énfasis en la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF a partir de la evolución histórica tendencial. A continuación, se presenta el análisis epistemológico del proceso y se argumentan las categorías pedagógicas esenciales de la investigación. Finalmente, se muestra la caracterización de la situación inicial del proceso de formación profesional de los estudiantes de Estomatología, en relación con la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales.

1.1 Análisis histórico tendencial del proceso de formación profesional de los estudiantes de Estomatología en Cuba.

En este epígrafe se presenta el desarrollo histórico del proceso de formación de los estudiantes de Estomatología, con énfasis en la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF. Para su análisis, se tomaron en consideración indicadores y etapas. La selección de estas últimas está proporcionada por hitos histórico-pedagógicos.

A partir de la recopilación teórica realizada por la autora en función del objeto y el campo de acción, se asumen los siguientes indicadores:

- Connotación otorgada a la atención de niños y adolescentes, desde los planes de estudio y programas de la carrera.
- Presencia del enfoque de competencias en la formación profesional del estudiante de Estomatología.
- Roles que adopta la atención estomatológica integral a niños y adolescentes portadores de anomalías dentomaxilofaciales.

A partir del análisis de los indicadores, se identifican tres etapas fundamentales por las que ha transitado el proceso de formación profesional del estudiante de Estomatología:

- **Primera etapa (1969-1991):** Enfoque integrador en la formación profesional del estomatólogo.
- **Segunda etapa (1992–2010):** Formación profesional en función de la atención estomatológica integral en el nivel primario de salud.
- **Tercera etapa (2011–actualidad):** Formación profesional general basada en la concepción de interdisciplinariedad.

Para la selección de las etapas, se asumieron algunos de los hitos históricos que marcaron el desarrollo del proceso de formación profesional en la carrera de Estomatología, a saber:

- ✓ Creación de las clínicas docentes estomatológicas con la integración del estudio, el trabajo y la investigación en 1969.
- ✓ Puesta en vigor del Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral en el año 1992.
- ✓ Transformaciones que debió asumir la Educación Médica Superior en Cuba en el 2011, para dar respuesta a las condiciones de globalización del conocimiento.

Primera etapa (1969-1991): *Enfoque integrador en la formación profesional del estomatólogo.*

La docencia estomatológica durante el período neocolonial se caracterizó por la inestabilidad de la enseñanza debido a la falta de los recursos adecuados, el déficit de profesores o por el agravamiento de

las condiciones políticas que llevaban a su suspensión. El plan de estudio imperante ponía énfasis en los aspectos meramente curativos y existía un divorcio entre la docencia y las necesidades de salud bucal de la población.

Con el triunfo de la Revolución Cubana en 1959, se da inicio a una nueva e importante fase identificada por profundas transformaciones sociales, económicas y políticas: la Reforma Universitaria del 10 de enero de 1962 (Companioni, 2009), donde se produjeron numerosos cambios en la enseñanza superior de las cuales no estuvo exenta la Estomatología.

Sin embargo, es en el curso 1969-1970 en que se evidencia el viraje de la educación estomatológica cubana al iniciarse la integración del estudio, el trabajo y la investigación; lo que posibilitó que el perfil del futuro graduado estuviera más en concordancia con las necesidades de salud del país. Con esta finalidad, se definían los objetivos que determinaban actividades concretas, de fácil control y evaluación, lo que garantizaba que los egresados adquirieran los conocimientos, habilidades y actitudes imprescindibles a su futuro perfil, definido por la política de salud existente en el país (Companioni, 2009).

A partir de 1979 se introduce un nuevo plan de estudio, el llamado plan A, que elevó el tiempo de la carrera de cuatro a cinco años con estancia en la atención integral al niño y al adulto, además de la rotación por investigaciones y especialidades.

Se considera acertado enfatizar que durante este periodo se impartían asignaturas como la Estomatología Infantil, que asumía dentro de sus objetivos instructivos el describir los aspectos generales, psicológicos y sociales de la población menor de 19 años y condicionar a estos el tratamiento estomatológico mediante procedimientos educativos y reeducativos.

Por su parte, la Ortodoncia, materia que se encontraba en estrecha relación con la anterior, se encargaba de realizar deducciones lógicas con acciones de salud referentes a la prevención e

intercepción de ADMF en niños y adolescentes. Desde esta perspectiva, se comenzó a develar la importancia brindada a la atención estomatológica integral de este grupo; así como la dependencia que podía existir entre el componente psicológico y las anomalías mencionadas.

Se aprecia que lo más novedoso de este plan se sustenta en la declaración, por vez primera, del modelo del profesional y en la organización del quinto año agregado a la carrera, lo que permitió que este se destinara a una práctica preprofesional en la que el estudiante perfeccionaba las destrezas y el desempeño alcanzado. Fueron estos los primeros pasos que evidenciaron la importancia otorgada a las habilidades y el desempeño profesional, aún sin referirse a las competencias.

Sin embargo, con el nuevo plan de estudios los esfuerzos realizados en función de avanzar en la integración de la docencia y su vinculación con lo social fueron afectados en gran parte, pues este se retrotraía a la década de los 60.

Durante esta etapa, aunque no se manejaba el término psicoeducativo en el proceso de formación, se hacía referencia a la educación y reeducación de la población menor de 19 años, desde un enfoque afín con la carrera.

Es válido dilucidar que en el curso 1983-1984, con la creación del plan de estudio B, la asignatura de Psicología Médica se traslada del segundo año al tercero y confería a los estudiantes los conocimientos básicos sobre cómo realizar con éxito la entrevista estomatológica, comprender las regularidades del desarrollo psíquico del niño en las etapas evolutivas del preescolar, escolar y adolescente y el papel del medio ambiente social y cultural en el proceso.

No obstante, aunque se acentuaba la importancia de ver al hombre como una unidad integral y, por ende, manifestar la necesidad de su atención como persona, no se individualizaba la valoración psicológica del paciente según la enfermedad estomatológica que este presentara.

Tales reflexiones suscitan al análisis de que la Psicología Médica aportaba los saberes elementales que permitían al estomatólogo en formación brindar una atención estomatológica desde un enfoque más holista, pero indudablemente aún eran insuficientes las herramientas para satisfacer, desde una perspectiva psicoeducativa, las demandas de los niños y adolescentes, en especial aquellos afectados por las ADMF, consideradas desde entonces como el tercer problema de salud bucal.

Resulta de interés destacar que en este nuevo plan de estudio el quinto año mantiene, en general, las mismas características que el plan anterior en cuanto a las prácticas profesionales que se realizaban en las clínicas estomatológicas docentes, en las comunidades atendidas y en los servicios especializados.

Los criterios demarcados anteriormente, conducen a afirmar que este fue un período de constante evolución en el componente académico de la Estomatología, pues se logró prescindir de la escuela meramente curativa que imperó durante varias décadas, para permitir el paso a la formación de un profesional con una visión más integral y que respondiera a las necesidades de salud de la sociedad. Por su parte, la atención a niños y adolescentes tuvo un lugar superior en esta etapa, pues varias asignaturas del plan de estudio tributaban al desarrollo de la misma. Se evidenció, además, la necesidad de egresar un profesional capaz de desempeñarse eficientemente en su contexto laboral.

Segunda etapa (1992–2010): *Formación profesional en función de la atención estomatológica integral en el nivel primario de salud.*

Con la introducción del modelo de atención primaria del "médico de la familia" en el Sistema Nacional de Salud (SNS), se hizo necesario desarrollar la atención estomatológica general integral y la vinculación del estomatólogo con el nuevo modelo.

Para la concreción de tales propósitos, se puso en vigor en 1992 el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral que tuvo como finalidad, agrupar las acciones de salud, fundamentadas en

propósitos y objetivos, dirigidas a mantener al hombre sano. Este nuevo enfoque condujo a la formación de un estomatólogo distinto, que fuera capaz de actuar no solo en la clínica, sino además en el medio social, preparado para identificar y controlar los factores condicionantes y determinantes de la salud bucal; es decir, un estomatólogo general básico de perfil amplio.

A partir de estas interpretaciones teóricas, se promovió la idea de confeccionar un nuevo plan de estudio, el plan C. Aunque es meritorio destacar que desde el año 1988 ya se había iniciado la preparación del mismo, cuyas premisas planteaban que este debía recoger las experiencias de universidades de éxito en el mundo y erradicar las deficiencias del plan vigente en la etapa. La responsabilidad fue asumida por el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 1992).

Algunos de los principios en los que se sustentó este plan fueron: establecer áreas de integración a la docencia, la vinculación temprana del alumno con el trabajo comunitario y clínico, destacar en el plan las asignaturas de contenido social y que la formación profesional estaría en función de la atención integral primaria de salud en Estomatología.

Resulta de interés señalar, que la población menor de 19 años constituyó un centro de atención dentro del Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral y dicha jerarquía se sustentó en un Programa de Atención Integral a la Salud del Escolar.

Así pues, se estableció un sistema de acciones estomatológicas a realizar en los niños y adolescentes sanos y sanos con riesgo, por parte del estomatólogo y el equipo de salud. Este sistema estaba dirigido esencialmente a la promoción y prevención de enfermedades, donde las ADMF ocupaban un papel significativo.

Desde esta dinámica, se apreciaron cambios en el proceso formativo que determinaron que en el segundo año y con carácter extensivo al tercero, se inició la educación de los estudiantes para

capacitarse en la atención a familias y grupos, en íntima relación con el médico de la familia. Esta disciplina constaba de cuatro asignaturas (Estomatología Social I, II, III y IV) que incluían aspectos de materias (no asignaturas) de carácter sociomédico tales como: epidemiológicos, higiénicos, sociológicos, psicológicos, legales, estadísticos, gerenciales y otros.

Lo anterior evidenció, que la Psicología Médica dejó de ser una asignatura independiente para formar parte de las materias que incluía la Estomatología Social. No obstante, abordaba temas de interés como el desarrollo socio-psicológico de las diferentes etapas de vida individual y familiar del paciente sano y/o discapacitado y su repercusión en el proceso salud enfermedad bucal, mas, aún no enfocaba el proceso a una enfermedad bucal determinada y se centraba fundamentalmente en el miedo y el estrés.

En una línea semejante, la Ortodoncia, que se encargaba de las acciones de salud relativas a la prevención e intercepción de ADMF, se convirtió en un tema de la estancia de Odontopediatría, cuya homóloga en el pasado lo constituyó la Estomatología Infantil.

Sin embargo, aunque las acciones eran muy precisas para la prevención de estas anomalías, no se abordaban con claridad las afecciones psicológicas implicadas, pues se obviaba un tanto que los niños y adolescentes con ADMF son susceptibles a presentar una autoestima baja, inseguridad y vergüenza. Por tanto, se desfavorecía la necesidad de una orientación psicoeducativa a estos pacientes antes, durante y después del tratamiento; razón por la cual el proceso de formación no se encaminó hacia esa dirección.

Por su parte, las funciones del estomatólogo general básico (EGB) al graduarse se consignaban a la atención estomatológica integral, educativa, investigativa, administrativa y especiales (militares y en casos de desastres naturales), esto conducía a que, en el plano instructivo, el EGB debía ser capaz, entre otras, de:

- Prestar atención estomatológica integral en la comunidad a individuos, familias y grupos de población en unidades asistenciales de salud, centros de trabajo, educacionales y de asistencia social.
- Aplicar acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación de secuelas y enfermedades que afectan el complejo estomatognático con un enfoque biopsicosocial; mediante el empleo de los métodos, técnicas y procedimientos de trabajo profesional.
- Participar en las actividades de educación para la salud que se realicen en la comunidad, orientadas a los individuos, familias y grupos de población según los factores de riesgos generales y específicos que se presenten; de educación de pregrado y postgrado como parte del equipo de trabajo de salud y de autoeducación en el proceso docente-educativo.

Durante esta etapa, se reafirmó e hizo palpable el enfoque de la formación profesional en función de la atención estomatológica integral en el nivel primario de salud. El currículo fue sometido a varios perfeccionamientos con el objetivo de mitigar las debilidades que se detectaban en la práctica y en virtud de formar un estomatólogo más competente; perspectiva que se vislumbró con el nuevo milenio, pues en este periodo todavía no se declaraban las competencias sobre las cuales debía formarse el futuro profesional y se ponderaba lo cognitivo y procedimental.

Los datos analizados revelan que los niños y adolescentes constituían uno de los grupos priorizados, sin embargo, aún se obviaban elementos indispensables, no solo en el programa de atención estomatológica; sino también en el proceso formativo que permitieran brindar una atención más integral a esta población, en particular, lo relacionado con las ADMF y su componente psicológico.

Es indiscutible que la estrategia formativa del estomatólogo en este período contribuyó a elevar la calidad de la atención estomatológica y, por tanto, a mejorar los indicadores de salud bucal de la

población cubana. No obstante, las condiciones sociales exigían a la universidad médica ponerse a tono con su tiempo y realizar una transformación curricular sin obviar las fortalezas de lo alcanzado.

Tercera etapa (2011–actualidad): *Formación profesional general basada en la concepción de interdisciplinariedad.*

En la última década del siglo XX y en los años que han transcurrido en la presente centuria, se produjeron en el país importantes cambios desde el punto de vista social que impactaron de forma considerable la Educación Superior, la Salud Pública y, por tanto, las carreras de las ciencias médicas.

En lo anterior subyace que el proceso de formación de los estomatólogos, cuyo pilar fundamental es la gestión de la calidad del currículo, se proyecte en lograr que los planes de estudio sean cada vez más pertinentes y su perfeccionamiento constituya una condición obligada para asegurar el encargo social.

Es por ello que ante estos preceptos la carrera de Estomatología, durante este período, debió asumir la creación e implementación de un nuevo plan de estudio, el D, cuyo currículo contempla objetivos generales que no solo incluyen conocimientos, habilidades y destrezas; sino también cualidades y valores que deben formarse en el profesional de la salud que necesita la sociedad cubana, por lo que tiene como fundamento principal la formación integral del estudiante desde el punto de vista científico-técnico, político-ideológico y humanista.

En correspondencia con lo expuesto, se evidencian algunos cambios favorecedores con respecto a su antecesor, a saber:

- Enfoque en sistema del proceso de formación: los objetivos y los contenidos esenciales se estructuran verticalmente en disciplinas y horizontalmente en años académicos.
- Establecimiento de la disciplina principal integradora.
- Formulación de siete estrategias curriculares.
- Énfasis en la interdisciplinariedad.

- Profundización del sistema de valores en cada disciplina y asignatura.
- Logro de un equilibrio entre el currículo base, currículo propio y el optativo-electivo.

Es meritorio destacar que uno de los principales logros de esta nueva propuesta curricular lo constituye la existencia de una disciplina principal integradora denominada Estomatología Integral, la que se erige como columna vertebral del proceso de formación del estomatólogo y la cual propicia la interrelación del conocimiento desde la perspectiva interdisciplinaria. Esta no responde a una ciencia en particular, sino a la lógica de la profesión.

Se considera acertado enfatizar que en este nuevo plan de estudio el tratamiento otorgado a los niños y adolescentes conserva una especial significación, pues las asignaturas de Ortodoncia y Odontopediatría son las encargadas de aplicar los procedimientos educativos y reeducativos para el acondicionamiento del niño a las acciones estomatológicas, se aborda además todo lo referente a la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las ADMF en ambos grupos poblacionales.

Para la concreción de tales propósitos se retoman los conocimientos y habilidades adquiridos en las diferentes disciplinas y asignaturas que las preceden, fundamentalmente de la Morfofisiología, Imagenología, Psicología Infantil, entre otras y se enfatiza en temas como: el comportamiento psicológico del paciente menor de 19 años frente al tratamiento estomatológico.

Mas, aún no se dedica suficiente atención al aspecto psicoeducativo con el carácter interdisciplinario que preconiza el nuevo modelo. No se reconoce, además, este enfoque como parte de la atención estomatológica integral en la formación profesional, a pesar de las potencialidades que ofrece metodológicamente el plan D.

Es importante puntualizar que, aunque en el perfil del profesional se nombren las diferentes competencias que debe poseer el egresado para ostentar el título de Estomatólogo General, el plan de estudio vigente no está concebido para este fin (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2010). Su diseño

tiene un acercamiento a esta perspectiva, pues declara un conjunto de valores propios del profesional de la salud que garantiza la formación de un estudiante más integral y comprometido, aunque no se declaran de manera explícita las competencias nombradas, ni los criterios y evidencias que indican los desempeños concretos y las pautas a tener en cuenta en la evaluación; es decir, aprendizajes esperados, atributos y resultados del aprendizaje (Tobón, 2013a).

En este plan de estudio se formula el significado que reviste la formación de competencias profesionales, pero aún no se define el logro de las mismas en la concepción de las disciplinas y asignaturas y se continúa trabajando por objetivos y en función de la formación de habilidades.

De una forma u otra, se puede apreciar que esta etapa representa un salto de gran significación dentro del proceso formativo del estomatólogo, pues el currículo sufrió modificaciones sustanciales que permiten perfilar un estomatólogo más integral.

De manera general el análisis histórico realizado permite visualizar las siguientes tendencias:

- La atención estomatológica a niños y adolescentes evolucionó desde una simple inserción en los planes y programas de estudio, hasta la creación de un Programa de Atención Integral a la Salud del Escolar. Sin embargo, aún se aprecia un insuficiente tratamiento a los problemas de salud bucal más frecuentes, desde la perspectiva biopsicosocial y su afinidad con otras disciplinas y asignaturas.
- El currículo de la carrera transitó desde la simple formulación de objetivos terminales, hasta un enfoque de sistema para la estructuración de los conocimientos, habilidades y valores. No obstante, aunque en el modelo actual se enuncian las competencias que identifican al profesional de esta ciencia, todavía se carece de una estructura que permita su formación y evaluación.
- La atención integral a niños y adolescentes con ADMF progresó desde un mero tratamiento curativo, hacia un enfoque más integral originado por la introducción de acciones de promoción, prevención e

intercepción. A pesar de ello, aún se desfavorece la atención al componente psicológico que caracteriza a estas anomalías y no se connota el carácter interdisciplinario para su tratamiento.

1.2 Caracterización epistemológica del proceso de formación profesional de los estudiantes de Estomatología, con énfasis en la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales y su formación.

El proceso de formación de los estomatólogos tiene dentro de sus encargos fundamentales, lograr la calidad del currículo definida en un acertado y consecuente trabajo metodológico, que se desarrolla y fortalece en los diferentes niveles y colectivos pedagógicos; en virtud de lograr la formación integral de un profesional que resuelva los problemas de salud bucal de la población cubana.

La conducción de este proceso formativo a lo largo de su historia ha buscado un acercamiento al contexto como respuesta a las necesidades sociales, al desarrollo de la ciencia en general y al de las ciencias médicas en específico. No obstante, se considera acertado según los fines de esta investigación, discurrir por las diferentes conceptualizaciones del término formación dentro y fuera del marco universitario.

Varios autores han prestado interés a este particular, entre ellos: López (2008), quien interpreta la formación como base del desarrollo y también como base y consecuencia de este. Por su parte, Bernard (2009) la considera como la función evolutiva del hombre y manifiesta que este se forma con todo aquello que interactúa; es decir, con los demás hombres, los objetos, los fenómenos de la naturaleza y de la vida social, los que dejan cierta huella en su conciencia, su conducta y determinan las cualidades de la personalidad.

Tal razonamiento es estimado por la autora por reconocer al hombre como ser biopsicosocial, en tanto asume, además, las consideraciones realizadas por Fuentes (2009) cuando concibe la formación como proceso y fin en la Educación Superior. La formación de los profesionales como proceso, debe tener un

carácter consciente, desarrollarse en el espacio de construcción de significados y sentidos por los sujetos que intervienen, lo que evidencia su holística y dialéctica.

Al respecto Horruitiner (2012a), plantea que la formación en la Educación Superior cubana, se emplea para caracterizar el proceso sustantivo desarrollado en las universidades, con el objetivo de preparar integralmente al estudiante en una determinada carrera universitaria y abarca, tanto los estudios de pregrado como los de posgrado. Además, identifica en esta, tres dimensiones esenciales, la instrucción, el desarrollo y la educación. La autora concuerda con esta declaración y la asume, además, como término en la presente investigación, debido a la interrelación revelada para designar un proceso abarcador y más completo.

Por otra parte, es meritorio destacar los puntos de vista de Llerena (2015), quien sustenta que en el proceso de formación profesional se deben tomar en cuenta las peculiaridades del desarrollo individual de los educandos para poder lograr la adquisición de determinados tipos de aprendizaje, teniendo en cuenta las condiciones contextuales, naturales y psicológicas idóneas para propiciar el impacto y resultados deseados de las tareas y actividades planificadas como resultado de dicho proceso. Esto se traduce en la atención a la situación social del desarrollo y a la zona de desarrollo potencial de cada educando.

Desde tal perspectiva, se realza el enfoque histórico cultural de Vigotsky (1987) y sus adeptos. El autor antes mencionado asume que el aprendizaje es un proceso social relacionado con el desarrollo de cada individuo debido a las relaciones existentes entre personalidad y actividad, aprendizaje y desarrollo; así como entre el ser social y el ser individual.

Debe destacarse entonces, que la institución escolar educa también a través de otros espacios y oportunidades muy diversas que escapan a la concepción del trabajo de aula, necesitan una organización individual-grupal diferente a la del grupo docente, la brigada o la clase, en la que se

atiende al talento, las preferencias, las experiencias del estudiantado y las necesidades del entorno social, es decir, a la dimensión extracurricular. El proceso educativo tiene como núcleo el proceso de enseñanza-aprendizaje, pero no se reduce a este, ni se identifica absolutamente con él (Alcántara et al., 2017; Núñez, Álvarez y Martínez, 2017; González y Ávila, 2016; González y González, 2015; Caride, Gradaílle y Caballo, 2015; Hermida y López, 2014).

A la luz de estas ideas, es pertinente señalar que en la actualidad no se admite hablar de la formación del profesional sin hacer alusión al término competencia, vocablo que se ha hecho universal en el discurso educativo actual. Sin embargo, las competencias como concepto, enfoque y paradigma educativo, emergen en la década de 1980 del pasado siglo y se inician como una cuestión que nace en los países industrializados, dada la necesidad de perfeccionar la dependencia existente entre el sistema educativo y el productivo.

Autores como Jaik y Barraza (2011) aseveran que es posible observar dos indicadores que se entrelazan y connotan su importancia para el pensamiento educativo contemporáneo: su multipresencia y su heurística. En el caso del primer indicador, se hace necesario reconocer que el término competencia aparece en diferentes ámbitos como son:

- en el caso de la formación profesional (Montes de Oca y Machado, 2014; Cerezo y Núñez, 2011; Tejeda y Sánchez, 2010)
- en el ámbito del diseño curricular (Huerta, Penadillo y Kaqui, 2017; García, López, López, y Aguilar, 2012)
- en el contexto de la investigación (Parra, 2016; Jaik, 2013)
- en el marco de la administración (García y García, 2011)
- en la formación de profesores (Valencia, 2018; Díaz, 2017; Zabalza, 2013; Stratulat, 2013; Tardif, 2008)

- en lo relacionado con las emociones (Ordán, 2017; Bisquerra, 2016; Cassullo y García, 2015; Díaz Barriga, 2011)
- en el vinculado con la comunicación (Sarasa, Cañizares y Menéndez 2016; Loor, 2015; Serna y López, 2014; Demonte, 2013; Reyzábal, 2012; Sag, 2010)
- en la educación para la ciudadanía (Capllonch y Monzonís, 2015; Puig y Morales, 2015; Gil, Chiva y Martí, 2013; Domínguez y Rama, 2012), entre otros.

El segundo indicador conduce a observar que la multipresencia del término competencia obliga a reconocer el carácter heurístico para los diferentes ámbitos y dimensiones que constituyen el fenómeno educativo.

Resulta imprescindible destacar, que han sido varias las definiciones acerca de las competencias; sin embargo, numerosos autores coinciden en que son el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que se ponen en funcionamiento en un contexto laboral determinado, a fin de solucionar un problema concreto de la práctica social, estas han sido asociadas a calidad, eficiencia, eficacia, pertinencia, responsabilidad, excelencia y acciones para lograr satisfacción (Ortiz, Vicedo, González y Recino, 2015).

De una forma u otra, las definiciones de competencia han evolucionado de manera progresiva según las exigencias del momento, por lo que, a partir de la sistematización realizada por la autora de la presente obra, se ofrecen algunas de estas:

Santos (2005) define que son un sistema de conocimientos, habilidades, valores y cualidades de la personalidad que se movilizan en función de las necesidades individuales y sociales, que permiten el desempeño satisfactorio en el ejercicio de la profesión y que solo pueden ser evaluadas a través del desempeño.

De igual modo, las ideas de González (2006), conciben la competencia desde la psicología como configuraciones funcionales de la personalidad que integran conocimientos, habilidades, motivos y valores, que se construyen en el proceso de interacción social. Resulta interesante, además, el criterio de considerarlas como constructo psicológico complejo, como las describe Juliá (2013).

Por su parte, Cejas y Pérez (2016) afirman que son los conocimientos, motivaciones, hábitos, valores, habilidades, actitudes y aptitudes que el individuo aplica en su trabajo, con un desempeño eficiente, donde debe saber, saber hacer y saber ser.

Es conveniente enfatizar que en la actualidad las universidades enfrentan el gran reto de ampliar su capacidad de respuesta a las exigencias sociales, lo que explica, que los procesos universitarios planificados, organizados, ejecutados y evaluados desde esta posición sociológica, forman al hombre para que en su constante desarrollo sea capaz de transformarse a sí mismo y a los demás. Estas reflexiones han sido promovidas por: Chávez (2017), Hernández (2015), García et al. (2013), entre otros.

En este marco surgen avances reveladores en diversos ámbitos de la sociedad del conocimiento, así como nuevas reformas y enfoques educativos como la socioformación. Esta nueva visión, “consiste en formar personas integrales para la sociedad del conocimiento con un sólido proyecto ético de vida, trabajo colaborativo, emprendimiento y gestión del conocimiento, con las competencias necesarias para identificar, interpretar, argumentar y resolver los problemas de su contexto” (Zabalza, 2017; Tobón, 2017; Pimienta, 2017).

Es por ello que se confiere significativa importancia al modelo de formación de competencias y a la definición ofrecida por Tobón (2014), la cual es asumida por la sustentante, al apreciarlas como desempeños integrales para identificar, interpretar, argumentar y resolver problemas del contexto, con

idoneidad, compromiso ético y mejoramiento continuo, integrando sistémicamente el saber ser, convivir, hacer y conocer.

En Cuba, sobre la formación de competencias profesionales, se reconocen los estudios dirigidos, fundamentalmente al ámbito de las investigaciones pedagógicas, entre los cuales se hallan los de:

Valencia (2018), Díaz (2017), Parra (2016), Márquez y Urbano (2014), Carvajal (2013), entre otros.

Asimismo, ganan relevancia en la educación médica los estudios de Castro et al. (2017), Vega (2016), Blanco et al. (2015), Pinilla y Cárdenas (2014), Champin (2014), Trujillo et al. (2014), Salas, Díaz y Pérez (2013, 2014), Díaz (2013) y Oramas, Jordán y Valcárcel (2013).

Sin embargo, resulta ineludible durante la formación de competencias la integración de disciplinas, conocimientos, habilidades, prácticas y valores. La integración disciplinar deviene como parte fundamental de la flexibilización curricular, particularmente de los planes de estudio, en aras de formar profesionales más universales, aptos para afrontar las rápidas transformaciones de las competencias.

Sobre este particular, la investigadora valora de manera positiva los criterios de Díaz et al. (2016), Llano et al. (2016), Planas et al. (2014) y Fiallo (2004), quienes plantean que la interdisciplinariedad está llamada a alcanzar un proceso formativo integrador, es un acto de cultura y no una simple relación entre sus contenidos, su esencia radica en su carácter educativo, formativo y transformador.

La Estomatología, como parte de las carreras de las ciencias médicas, también se ha visto influenciada por esta nueva tendencia. Resulta interesante que el enfoque basado en la formación de competencias profesionales se introdujo en el año 1993 en esta carrera en los Estados Unidos (EE. UU.) y Canadá, tanto en la educación de pregrado como de postgrado, a partir de la publicación, ese mismo año, del artículo: *Toward a competency – based curriculum*, en la revista *Journal of Dental Education* y de una sesión plenaria de la reunión anual de la *American Dental Education Association* (ADEA), donde se efectuó una búsqueda del impacto que tendría el enfoque de formación basado en competencias en

diversos aspectos de la educación en la profesión (Licari & Chambers, 2008; Gerrow, Murphy & Boyd, 2006; Chambers, 1993).

Se considera oportuno traer a colación, que en Cuba la carrera de Estomatología ha incursionado poco en este campo, en tanto son significativas las investigaciones concebidas por Trujillo et al. (2014); Sánchez y Cisterna (2014); Díaz (2013) y Mora et al. (2009). Sin embargo, resulta incomprensible este hecho, cuando en el modelo del profesional que pondera el plan de estudio vigente se declara como objetivo formar un estomatólogo competente; de este modo nombra las diferentes competencias a formar en el futuro profesional, aunque estas no aparecen descritas y carecen de estructura para su formación (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2010).

A partir de estas interpretaciones teóricas, constituye un aspecto esencial reflexionar sobre las competencias declaradas en el modelo del profesional de la carrera de Estomatología, a saber: competencias diagnósticas, terapéuticas, comunicativas, formativas, administrativas y de investigación e innovación. Como se puede apreciar en este modelo, se incluyen competencias profesionales específicas; es decir, las que son propias de cada profesión y le dan identidad a una ocupación y algunas competencias profesionales genéricas, aquellas que son comunes a una rama profesional o a todas las profesiones (Iñigo, Sosa y Vaga, 2006).

En lo anterior subyace que, por el grado de amplitud de algunas de las competencias específicas que presupone el perfil del profesional en Estomatología sería acertado instituir ejes procesuales en relación con las mismas, atendiendo a que como ciencia de la salud se ocupa del proceso salud-enfermedad, por lo que la generalización de sus problemas profesionales da lugar a una definición que ilustra las dificultades más comunes y frecuentes y que llevados a la concepción curricular de la carrera, contiene lo esencial de los saberes a demandar por el estudiante.

Con estas premisas, se expresa el siguiente problema de la carrera: necesidad de preservar la salud de las personas mediante acciones de atención integral del complejo bucofacial. Así pues, se definen los principales problemas a los que se tiene que enfrentar el egresado y dentro de ellos ocupan un lugar significativo las ADMF como tercer problema de salud bucal (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2011b).

Varios autores han dedicado especial atención a este tópico y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) asevera, según estudios realizados que, en Latinoamérica existe una alta incidencia y prevalencia de ADMF, cuyos niveles alcanzan más del 80% de la población. Según los criterios de Calderón y Dueñas (2016) y Tortolero (2015), un individuo con ADMF puede desarrollar un sentimiento de vergüenza por su apariencia dental y sentir timidez en situaciones sociales o perder oportunidades de carreras. Es válido señalar, que los niños y adolescentes suelen ser los más afectados por las características propias de estas edades.

Durante la etapa de la niñez, en la vida de toda persona se originan cambios importantes en el desarrollo intelectual y social, estos cambios se hacen más evidentes con el ingreso del niño a la escuela, suceso que significa la convivencia con seres de su misma edad. Entre los 5 y 6 años los niños comienzan a formar el autoconcepto, que dependerá de cómo lo vean sus padres, familiares, maestros y compañeros de clases (Alonso, 2016; Baña, 2015; Chico, 2015).

El autoconcepto físico permite conocer las autodescripciones o autorrepresentaciones que una persona tiene de sí misma, reflejadas en la condición física, la competencia deportiva, el atractivo físico y la fuerza (Tatlow & Guerin, 2010). El desarrollo del yo corporal en los niños inicia con la autoconciencia en el segundo año de vida y continúa con el desarrollo del autoconcepto durante la etapa preescolar y más allá. Un bajo autoconcepto puede minar la realización del pleno potencial humano de un niño haciéndolo susceptible a la estigmatización y poniéndose en riesgo su bienestar, debido a la ansiedad y la

depresión (Gaeta y Cavazos, 2017; Torres y Rodrigo, 2014; Alexis, 2014; Willows, Ridley, Eaine & Maximova, 2013; Fajardo, Méndez, Ángeles y Rodríguez, 2012).

Con el tiempo, el niño adopta nuevas posiciones sociales, determinadas, entre otros aspectos, por el sistema de comunicación con los que le rodean. La figura del maestro y el grupo escolar adquieren una importancia trascendental; ambos influyen en el desarrollo de la autovaloración del niño y en su bienestar emocional.

Por su parte, la adolescencia es un período del desarrollo etario que abarca aproximadamente entre los 10 y 19 años, con modificaciones corporales y adaptación a nuevas estructuras psicológicas y ambientales que conducen de la infancia a la adultez (Güemes, Ceñal e Hidalgo, 2017; Pérez y Pellicer, 2015; Soriano, 2015; Awuapara y Valdivieso, 2013).

La adolescencia se divide en tres etapas: temprana, media y tardía. La temprana (11 a 14 años) se da después de la niñez, ofrece oportunidades de crecimiento no solo en dimensiones físicas, sino también en competencias cognoscitivas y sociales, autonomía, autoestima e intimidad. El interés hacia el cuerpo, favorece la intervención en salud. En lo emocional, los adolescentes cambian la dependencia afectiva de los padres y la trasladan a los pares (Lomniczi, Wright & Ojeda, 2015; Hidalgo, Ceñal y Güemes, 2014).

En la media (14 a 16 años), la disminución del interés en el cuerpo limita las acciones en salud, sin embargo, el creciente interés en la búsqueda de pareja puede ser un objetivo relacionado. En la adolescencia tardía (17 a 19 años), la comunicación se facilita porque existe la influencia familiar y de los pares en la toma de decisiones.

Se aprecia que, de una manera u otra, la preocupación por el aspecto físico y la valoración personal de la estética ascienden de forma gradual durante el desarrollo de ambas etapas de la vida, afirman Miranda (2017), Tirado (2016), Feregrino y Gutiérrez (2016), Jiménez, Moreno, Leyton y Claver (2015) según estudios realizados.

Numerosas investigaciones como las de Florian, Carruitero, Bernabé y Flores (2016); Solís, Catril, Parra y Quemener (2014) y Bellagamba & Pearson, (2012) han refrendado, desde la ciencia, el papel que desempeña la dentadura en el atractivo físico global del individuo y la repercusión que las ADMF pueden tener en este.

La familia juega un importante papel en la problemática descrita, por lo que es sustancial determinar el grado de percepción de los padres sobre la maloclusión de sus hijos en la etapa escolar y así poder trabajar en conjunto con la familia en la interconsulta o tratamiento ortodóncico temprano.

En este mismo sentido, los estudios de Siccha (2017) y Arroyo y Morera (2012) evidencian que sensibilizar a las madres sobre la presencia de ADMF en sus hijos, permite identificar y conocer de una manera indirecta los factores etiológicos que originan esta deformación dentofacial y el impacto que tiene sobre el desarrollo académico, social y emocional de niños y adolescentes.

La fundamentación del enfoque centrado en la familia es doble. En primer lugar, esta es vista como el entorno básico para lograr mejores resultados en los niños y adolescentes. En consecuencia, si se ayuda a las familias a incrementar sus recursos y capacidades (empoderándolas), se puede proporcionar un ambiente que satisfaga las necesidades de sus hijos y apoyar su desarrollo, por lo que el principio del enfoque centrado en la familia es importante para forjar alianzas significativas (Aguirre et al., 2016; García, 2013; Gómez, 2007).

De igual forma, se reconoce como valioso el análisis de la situación de salud (ASS), como proceso mediante el cual los servicios de salud junto a la comunidad, realizan una descripción y explicación del perfil socio epidemiológico de un área determinada, del comportamiento del proceso salud-enfermedad y las interrelaciones del ambiente y entre ellos. En resumen, se diagnostican problemas y se explican las causas que los producen, para darles solución a los mismos a través de estrategias de intervención y programas apropiados.

Las consideraciones demarcadas con anterioridad, constituyen razones por la cual un estomatólogo general debe estar preparado para enfrentar con competitividad la situación referida. De esta manera cumpliría con el objetivo general integral de la carrera, que a los fines de esta investigación se concentra en aplicar la atención estomatológica integral a niños y adolescentes, donde se considera a cada uno como unidad biopsicosocial en estrecha relación con la familia y la comunidad. A los intereses de esta obra, se considera que la orientación psicoeducativa acontece como vía de solución a la problemática descrita.

Desde el surgimiento de la orientación ha constituido una dificultad su conceptualización en función de sus objetivos y campos de acción. En la literatura pedagógica y psicológica aparecen variadas definiciones que se sistematizan por autores de reconocido prestigio a nivel nacional e internacional: García (2013), Álvarez y Bisquerra (2012), Aparicio, Peña y Rodríguez (2011), Del Pino y Recarey (2006), Molina (2001), García (2001), Calviño (2000) y Collazo y Fuentes (1992). A pesar de la variedad de criterios, tales definiciones coinciden en los siguientes aspectos:

- Constituye una orientación psicológica con fines educativos y se la ubica en el límite entre la psicología educativa y la pedagogía.
- Se considera un proceso de ayuda en consecuencia con la teoría vigotskiana del desarrollo histórico-cultural, como una relación profesional intersubjetiva.
- Contribuye al logro de los fines de la educación: la formación integral de la personalidad.
- Es una condición o medio básico para el desarrollo psíquico.
- Se reconoce como un proceso que se desarrolla mediante el empleo de métodos y técnicas para algunos, y para otros, mediante instrumentos de orientación. En algunos casos se mezclan con las llamadas técnicas participativas, técnicas de trabajo grupal y de intervención psicológica individual.

Sin lugar a dudas, el concepto de orientación de los autores reseñados se enmarca en el desarrollo personal-social, dirigido a promover la autoestima, relaciones humanas, socialización y atención a las necesidades e intereses del individuo, de acuerdo con sus potencialidades, habilidades y destrezas; dimensión esta que la autora no desestima.

Sin embargo, se asume la definición de orientación psicoeducativa emitida por Ramírez, Álvarez y Almarales (2015), a partir de la sistematización que realizara la investigadora. Desde esta dinámica, es concebida como un proceso de mediación a través de niveles de ayuda que promueve y facilita en los sujetos la realización, apropiación y aprendizajes para alcanzar un nivel de desarrollo, que se revierte en la solución de los problemas que enfrentan en sus contextos de actuación.

A propósito, Del Pino (2013) reflexiona que, en las últimas décadas, diferentes corrientes de pensamiento psicológico y pedagógico han determinado nuevas perspectivas para la orientación, donde se destacan dos regularidades esenciales:

- Mayor integración de la orientación con la institución escolar y otros factores sociales, ampliándose el número de profesionales que desde sus roles específicos se plantean realizar acciones de orientación. Esto le ha otorgado un carácter pedagógico al proceso, además de su ya reconocida dimensión psicológica.
- Tendencia a integrar los aspectos positivos de las distintas corrientes. Esto ha ampliado las opciones de intervención de los profesionales, al plantearse las acciones de ayuda.

Por otra parte, la orientación, como relación de ayuda orientador-orientado, conlleva un vínculo, un contacto humano, que tiene implicaciones emocionales, intelectuales, éticas, actitudinales, compromisos, acuerdos, interés mutuo en un objetivo o tarea común; que suponen la clarificación de los roles de cada cual y también determinados límites, según lo expuesto por Sánchez (2017), Acevedo (2016) y Calviño (2010).

Este último reflexiona sobre la orientación en el ámbito comunitario, la cual comprende diversas funciones: asistencial, de acompañamiento, educativa, de crecimiento y desarrollo, privilegiándose estas últimas. La orientación comunitaria, desde una aproximación psicosocial, centra su actuación en los procesos de interacción entre el individuo, el grupo, la comunidad y la sociedad (Calviño, 2010); criterios significativos, según los fines de esta investigación.

La precisión de la orientación como proceso de mediación está en correspondencia con la teoría histórico-cultural de Vigotsky (1987) y sus continuadores, que coloca al sujeto en una posición activa, a través de la cual se apropia de la experiencia social acumulada por la humanidad, mediante la actividad y la comunicación. De ello se infiere que el desarrollo está influido por la acción de los otros, lo que demuestra que la orientación educativa es un proceso eminentemente interactivo, de mediación (García, 2013, p. 16). Los fundamentos que sustentan esta conexión son los siguientes:

- La personalidad tiene como premisa lo natural, lo social, lo heredado y lo aprendido; no es un segmento de la naturaleza humana, sino el resultado del desarrollo humano.
- El desarrollo de la personalidad discurre a través de etapas diferenciadas entre sí por las especificidades de las diferentes situaciones sociales del desarrollo.
- El papel rector de la educación en el desarrollo de la personalidad, lo cual es concretado en la noción de zona de desarrollo próximo, que expresa la relación de proporcionalidad entre lo que el alumno puede hacer con asistencia programada y lo que es capaz de realizar por sí mismo, cuando es independiente y autónomo.

La orientación es una función, no una persona; por lo que se plantea que los agentes de la orientación pueden ser: tutor, profesorado, familia, agentes sociales, etc.

Como consecuencia de lo anterior, el contexto de intervención no se limita a la escuela, sino que se extiende a los medios comunitarios y a las organizaciones. En definitiva, los contextos de intervención son cualquier ambiente donde se pueda desarrollar la vida de una persona.

A partir de estas interpretaciones teóricas, se puede asumir la idea de formar en el estudiante de Estomatología una competencia que permita orientar desde la psicología y con carácter educativo (partiéndose de herramientas pedagógicas) a los niños y adolescentes con ADMF.

Desde esta dinámica, se considera oportuno la formación de la competencia desde el enfoque socioformativo, a partir de los postulados descritos por Tobón (2013b). Este enfoque implica que todo proceso educativo se oriente desde las demandas de los diferentes contextos, así como las necesidades personales y sociales de crecimiento a partir de metas y valores.

Otro aspecto importante, lo constituye el valor de la comunicación efectiva entre el estudiante-profesor y estudiante-paciente. Este elemento se ha vuelto cada vez más relevante tanto en la estomatología general como en las especialidades clínicas, ya que establece la vía idónea para la transmisión de los saberes (Schwartz & Bohay, 2012).

De acuerdo con Tobón (2013a), el proceso de mediación del profesor es clave en la formación y evaluación de las competencias desde la perspectiva del desarrollo humano integral con base en el proyecto ético de vida y el abordaje de los diferentes retos del contexto. Consiste en brindar a los estudiantes la ayuda pedagógica de acuerdo con su nivel de desempeño en relación con la competencia, para que transiten de su zona de desarrollo real a la zona de desarrollo potencial.

Por último, en las reflexiones de Morán (2015) sobre la evaluación, se argumenta que el proceso de evaluación requiere colocar a los estudiantes ante situaciones significativas. Por tanto, no es lo que hace o sabe el estudiante lo que indica el aprendizaje, sino su empleo con éxito. En este sentido, estas situaciones tienen que ser abordadas poniendo en juego múltiples recursos integrados, a partir del

correspondiente ejercicio mental de la transferencia para que la acción (respuesta) sea holística y provenga de todos los ámbitos de la personalidad. En resumen, no es lo mismo “tener competencia” que “ser competente” en la acción real (desempeño) (Marrero y Lasso, 2017).

Resulta imprescindible esclarecer que en las fuentes revisadas por la autora no se encontraron referentes sobre la formación de esta competencia en el grupo profesional analizado. Sin embargo, se registran estudios que reafirman la necesidad de perfeccionar el proceso formativo de esta ciencia en relación con las ADMF (Pérez et al., 2017); la orientación empática del estomatólogo (Bullen, Salazar y Díaz, 2015); la evaluación de competencias clínicas en la atención estomatológica (Trujillo et al., 2014); el proceso de formación de competencias profesionales específicas en Estomatología (Pérez, 2013), la orientación educativa en la promoción y educación para la salud en instituciones educacionales (Gainza y Kerton, 2015) entre otras.

Asimismo, no se cuenta en la ciencia, con un marco teórico referencial que sustente la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología.

1.3 Determinación del estado inicial de la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales, por estudiantes de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey.

El proceso de formación en la carrera de Estomatología inició una transformación curricular con el Plan D a partir del curso 2011-2012 y quedó instituido durante el curso académico 2015- 2016. Este cambio ha determinado un mejoramiento en el perfil de salida del egresado, pues de estomatólogo general básico se convirtió en estomatólogo general y como consecuencia, se facilita una mejor preparación para la continuidad de los estudios en el postgrado.

Es importante puntualizar que una de las ventajas de esta propuesta curricular es permitir que cada centro de enseñanza superior la diseñe de acuerdo a la problemática de salud de su territorio, lo que la convierte en un complemento importante en la formación del egresado.

La intención del presente epígrafe es develar el estado inicial del proceso de formación de los estudiantes de Estomatología, basado en la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF. Se seleccionó como población a los 145 estudiantes de cuarto año de la carrera, tomándose una muestra intencional de 70 alumnos (grupo A), los que representan el 48.27% del total. De igual manera, se consideraron de forma deliberada 10 de docentes miembros de los colectivos de asignaturas afines con el tema y que conforman la disciplina integradora. Se eligió esta población para el diagnóstico inicial debido a que la atención al menor de 19 años comienza en este período, como parte de los objetivos a vencer según lo diseñado en el plan de estudios.

El análisis minucioso del objeto y campo de la investigación fue considerado como referencia significativa para la selección de los indicadores y métodos empíricos utilizados. Estos fueron enmarcados sobre la base de las dimensiones: cognitiva, afectiva y procedimental (Anexo 1).

El diagnóstico del problema se desarrolló mediante la aplicación de diferentes instrumentos, a saber: guía de observación durante la práctica profesional de los estudiantes (Anexos 2), entrevistas individuales y en grupo (véanse las correspondientes guías en los Anexos 3 y 4), un inventario de dificultades (Anexo 5) y la redacción de una composición (Anexo 6).

Se realizó la triangulación de los resultados de los métodos y técnicas empleadas, lo que facilitó la explicación de las derivaciones obtenidas:

El análisis de los indicadores de la dimensión cognitiva permitió apreciar que el 92.8% de los estudiantes desconocen los aspectos relacionados con las características esenciales de la relación

médico-paciente en la consulta estomatológica según la edad y las fases o etapas de la entrevista médica.

En esta misma dirección y con el objetivo de precisar cómo desde el punto de vista metodológico los docentes orientan a los estudiantes en la ejecución de tales acciones, se evidenció que el 40% de ellos omiten elementos básicos, por lo que la orientación al estudiante no es la más adecuada.

Se constató que el 100% de los estudiantes reconocen que la estética dental y facial es importante para el desarrollo emocional y social de los individuos, en especial de los adolescentes y se comprobó que las ADMF constituyen un eslabón importante en este proceso. Sin embargo, a pesar de valorar como significativa y necesaria esta temática, el 90% concuerda en que no les prestan especial atención durante la práctica profesional, es decir, se circunscriben solamente a la parte funcional del aparato masticatorio donde de manera ineludible se implica la estética, pero no vista como un agente causal del deterioro de la autoestima, la confianza en sí mismo y la sensación general de bienestar.

Al indagar en la dimensión procedimental, se pudo comprobar que el 100% no reconoce el empleo de modelos básicos de intervención para la orientación psicoeducativa, por su parte el 90% manifiesta dificultades para identificar las características esenciales del desarrollo psicológico y emocional de niños y adolescentes. Además, el 94,2% denota el desconocimiento de índices para determinar el grado de afectación estética de los pacientes con ADMF y su impacto psicosocial.

Unido a las consideraciones anteriores, los resultados relacionados con la dimensión afectiva develan la verdadera importancia que le atribuyen a la temática, así como, las opiniones y sentimientos avivados sobre este particular, a saber:

El 100% de los discentes reconocen que el tema es importante y necesario para su formación como futuros profesionales y consideran, además, que la atención estomatológica a niños y adolescentes

sería más integral como ponderan los programas y planes de estudio, si se incorporara la visión psicoeducativa al tratamiento.

Los estudiantes destacan en su gran mayoría la preparación y disposición que poseen para realizar la atención primaria del paciente con ADMF en cuanto a: conocimientos teóricos y habilidades prácticas. No obstante, declaran las insuficiencias que presentan en relación con el manejo de niños y adolescentes no cooperadores con el tratamiento ortodóncico y la utilización de técnicas que le permitan ganar la confianza de este grupo poblacional e implicar a padres o tutores en el proceso.

El 90% de los estudiantes aprecian la necesidad de elevar su preparación en el tema para desempeñarse de manera eficiente en la práctica profesional. Reflexionan acerca del hecho de que las asignaturas que reciben durante su formación y que son afines con la temática (Psicología y Salud Bucal, Atención Integral a la Familia, Epidemiología en Estomatología, Ortodoncia y Odontopediatría), no tratan explícitamente este contenido y desconocen a la orientación psicoeducativa como parte de la atención integral a niños y adolescentes con ADMF, por lo que suponen un vacío en la preparación en tal sentido, para desempeñarse de forma competente en la práctica profesional.

Por otra parte, el 80% de los docentes confirmó la pobre preparación que poseen respecto al uso de modelos y técnicas de intervención para la orientación psicoeducativa del paciente con ADMF, además, el 100% concuerda en lo desprovisto que se encuentran de material bibliográfico que les permita superarse. Asimismo, se pudo comprobar que el 90% entiende que la escasa preparación que poseen sobre este particular transgrede el proceso de formación de sus estudiantes.

No obstante, los educadores reconocen las potencialidades del plan de estudio imperante para el desarrollo de la competencia, así como la existencia de elementos teóricos en las asignaturas afines, que sirven como plataforma para la formación desde la interdisciplinariedad.

El 100% identificó al análisis de la situación de salud (ASS) como el instrumento científico-metodológico más útil para identificar, priorizar y solucionar problemas de salud comunitarios, donde las ADMF ocupan un papel significativo.

Luego del análisis de los resultados se concluye que existen insuficiencias en el proceso formativo de los estudiantes de Estomatología para la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF, lo que condiciona una limitación en su desempeño profesional. A partir del diagnóstico realizado se constatan las siguientes fortalezas y debilidades:

Fortalezas:

- ✓ Disposición de aprender y desarrollar actitudes dirigidas a mejorar el desarrollo emocional de niños y adolescentes con ADMF.
- ✓ Identificación de las potencialidades del plan de estudio vigente para favorecer el proceso formativo de los estudiantes en lo inherente al desarrollo de competencias, desde la interdisciplinariedad.
- ✓ Coexistencia de varios contextos para el desarrollo de la labor orientadora (clínica, comunidad y escuela).

Debilidades:

- ✓ Escaso abordaje de la problemática en el plan de estudio.
- ✓ Insuficiente tratamiento metodológico de esta problemática, desde el proceso de formación profesional.
- ✓ Los estudiantes no se sienten responsables de orientar en el orden psicológico y educativo a pacientes y familiares, como parte de la atención estomatológica.
- ✓ Limitada preparación teórico y práctica de los profesores para instruir al estudiante sobre la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF.

- ✓ Insuficiente bibliografía tanto para estudiantes como para profesores, que permita el estudio y/o superación en la materia.

Conclusiones del capítulo I.

- El análisis histórico tendencial del proceso de formación del estomatólogo con énfasis en la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF, evidenció la significación de este sector poblacional en el Sistema Nacional de Salud y, por ende, la dirección del proceso formativo hacia esa consideración. Se constató la intención de incursionar en la formación de competencias, en virtud de formar un estomatólogo acorde a las demandas de la sociedad cubana.
- El análisis epistemológico realizado mostró la existencia de carencias en la teorización acerca de la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología, en relación con la concepción del hombre como ser biopsicosocial y las exigencias de una atención estomatológica integral.
- La determinación de la situación inicial del proceso formativo de la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales, por estudiantes de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, indicó la presencia de insuficiencias, derivadas del escaso tratamiento teórico-metodológico que se brinda a esta desde la interdisciplinariedad.

**CAPÍTULO II. MODELO DE FORMACIÓN DE LA COMPETENCIA ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA
A NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES EN ESTUDIANTES DE
ESTOMATOLOGÍA**

II. MODELO DE FORMACIÓN DE LA COMPETENCIA ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA A NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES EN ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA

El presente capítulo está designado a revelar la contribución fundamental de la investigación a la teoría pedagógica. Contiene la sistematización de los sustentos epistemológicos del modelo que se aporta. Por otro lado, se describe la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales en estudiantes de Estomatología, objeto de análisis de la investigación. Finalmente, se argumenta el modelo de formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales en estudiantes de Estomatología y se develan las principales relaciones teóricas que del mismo se derivan.

2.1- Fundamentos teóricos del modelo.

El modelo que se expone es pedagógico, debido a que la naturaleza y propósitos del proceso que se figuran se corresponden con las características de su tipo. Como derivación del estudio sobre las tipologías de modelo, según Bardina (2015); Viamontes (2013); Córdova (2012) y Valle (2011), es posible reconocer que el modelo pedagógico es una construcción teórico formal que fundamentada científica e ideológicamente, interpreta, diseña y ajusta la realidad pedagógica que responde a una necesidad histórico concreta (Cf. Sierra, 2008).

El modelo que se presenta simboliza, desde la pedagogía, el proceso de formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología. En su confección se han tomado en consideración referentes teóricos desde disímiles ámbitos de las ciencias.

Fundamentos epistémicos generales.

Para la construcción del modelo de formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología, se asume como alternativa científica el paradigma sistémico y la modelación sistémico estructural funcional, lo cual permite revelar el comportamiento del proceso desde el reconocimiento de sus componentes y subsistemas, como expresión de las relaciones que se establecen entre ellos.

Es pertinente señalar, que a partir del análisis exhaustivo de la situación inicial del proceso de formación de los estudiantes de Estomatología con énfasis en la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF, se desprende que las carencias, tanto en el conducción por los profesores como en el desempeño de los estudiantes, se contraponen con las aspiraciones que se declaran en el modelo del profesional de la carrera de Estomatología, concebido para formar un profesional que brinde una atención estomatológica integral desde el enfoque biopsicosocial del hombre (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2010).

Fundamentos filosóficos.

El modelo pedagógico que se propone se sustenta, desde el referente filosófico, en los fundamentos de la dialéctica materialista, donde se supone el objeto de investigación en constante movimiento, cambio y desarrollo. La dialéctica reconoce el papel principal del individuo para transformar la sociedad a partir de condiciones histórico-concretas. Se aprecia que, de una manera u otra, el estudiante de Estomatología discurre como protagonista de su desarrollo social, profesional y personal; así como de la transformación de la sociedad, dado por el papel preponderante que desempeña en ella (Blanco, 2003).

Por otra parte, se connota la ley de la unidad y lucha de contrarios, la cual permite comprender que la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF propende a la contradicción, razón por la cual se estiman discusiones entre los enfoques teóricos y metodológicos que confluyen en la ciencia, a la vez que se manifiesta la intención de integrarlos. Se aprecia una relación contradictoria en la relación dialéctica entre la aspiración que encierra la satisfacción del encargo social y que se concreta en el objetivo y el modo de desarrollar el proceso.

Fundamentos sociológicos.

Constituye un aspecto esencial el criterio de respaldar la presente obra desde la Sociología, a partir de la relación de esta ciencia con el carácter desarrollador de la educación. Lo anterior explica, que el estudiante de Estomatología es influenciado por el medio social durante su desarrollo y aprendizaje, distinguiéndose al proceso formativo como causa de socialización e individualización del sujeto (Blanco, 2001).

Según Tunnermann (1999, p. 4) "la Educación Superior, es uno de los medios privilegiados con que cuenta un país para promover el desarrollo humano endógeno, fortalecer la identidad nacional y asegurar su autodeterminación".

Lo anterior evidencia que la Estomatología, deberá formar un universitario preparado para brindar una atención estomatológica integral, portador de valores éticos, humanísticos y revolucionarios en correspondencia con el encargo de la sociedad cubana actual (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2010).

Bajo esta misma premisa, la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF presume una correlación directa con varios agentes socioeducativos, donde se destaca la familia como célula fundamental de la sociedad. De ahí que se representan no solo las interacciones necesarias entre los sujetos inmersos en el proceso de formación en los diferentes

contextos de actuación profesional, sino también las que se producen entre otros agentes, (Chávez, 2017; Hernández, 2015; García et al., 2013). Se reconoce, además, el valor de la comunicación y las relaciones interpersonales en el proceso de formación de la competencia expresada, lo cual reafirma la necesidad de su comprensión desde una perspectiva sociológica.

Por otra parte, en la escuela los estudiantes no solo aprenden competencias académicas, sino que aprenden desde el punto de vista emocional a conocerse y vincularse consigo mismos y a valorarse; a relacionarse con sus compañeros y con otras figuras de autoridad diferentes a sus padres, así como a relacionarse con el mundo externo. Se asume que el aprendizaje es un proceso social relacionado con el desarrollo de cada individuo debido a las relaciones existentes entre personalidad y actividad, aprendizaje y desarrollo, así como entre el ser social y el ser individual.

Fundamentos psicológicos.

Desde la Psicología se asumen los presupuestos del enfoque histórico-cultural de Vigotsky (1995) y sus continuadores, debido a que estos ofrecen una base original y sólida, erigida desde una concepción filosófica marxista, dialéctica y materialista.

La concepción de Vigotsky sobre la situación social del desarrollo, destaca tanto la importancia de los determinantes sociales externos como del rol de la subjetividad ya formada. Su noción de zona del desarrollo próximo indica cómo el sujeto es capaz de crear activamente, a partir de lo ya asimilado. Sus puntos de vista sobre la enseñanza, destacan la necesidad de una participación activa y creadora del estudiante en sus aprendizajes.

Se toman, además, los postulados de Vigotsky sobre la mediación, donde concibe la relación entre el sujeto y el objeto como interacción dialéctica, en la cual se produce una mutua transformación mediada por los instrumentos socioculturales en un contexto histórico determinado. Para Vigotsky existen dos formas de mediación: la influencia del contexto sociohistórico (los adultos, compañeros, actividades

organizadas, etc.) y los instrumentos socioculturales que utiliza el sujeto (herramientas y signos). Las transformaciones cualitativas que muestran el desarrollo psíquico están relacionadas con cambios en el empleo de los instrumentos, como formas de mediación, lo que posibilita al sujeto realizar acciones más complejas, cualitativamente superiores sobre los objetos.

Desde esta dinámica se coincide con que las competencias al constituirse en una cualidad del sujeto, hacen de su formación un proceso complejo que se configura en la personalidad del estudiante y le concede un nivel de desarrollo determinado. Esto es resultado de un aprendizaje que transcurre en el marco de lo socio-cultural y profesional. Los saberes que conforman la competencia en su complejidad aparecen en primer lugar en un plano social interpsicológico y luego pasan a uno de carácter intrapsicológico, según la ley general del desarrollo (Vigotsky, 1995).

Sucede así un proceso de construcción y configuración que se viabiliza al tener en cuenta la zona de desarrollo próximo que Vigotsky (1995) define como: la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración de otro compañero más capaz.

Fundamentos pedagógicos.

Desde la perspectiva de la Pedagogía, el modelo que se propone se distingue por el carácter transformador y contextualizado del proceso formativo como lo establece Horruitiner (2012b), a lo que se suma la naturaleza compleja, sistémica, dialéctica, consciente y social de la formación del profesional, en función de educar a las nuevas generaciones, a través de la actividad y la comunicación (Horruitiner, 2012b; Fuentes, 2009 y Álvarez, 2004).

Se valora, además, de manera positiva, uno de los fundamentos esenciales de la Pedagogía cubana actual, el vínculo teoría-práctica, el que adquiere su máxima expresión en el vínculo estudio-trabajo. A

los intereses de esta investigación, su mayor exponente se muestra en la práctica profesional del estudiante, cuyo espacio de desarrollo es el servicio de salud y la comunidad.

Esta concepción educacional vista desde el proceso formativo de las ciencias médicas, exige de una conducción que considere como requisito esencial su carácter contextualizado, concretado en un enfoque sistémico y dinámico. Esta realidad impone un reto a la dirección del proceso enseñanza-aprendizaje y a los actores principales: estudiantes y profesores durante la formación de las competencias necesarias y suficientes que permitan el desempeño esperado en la solución de los problemas que afrontarán en su futura práctica profesional (Salas y Salas, 2014b).

En una dirección similar y tomándose como punto de partida el criterio de Horruitiner (2012b) en cuanto a la definición de proceso formativo, se asume la unidad de lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador, la que es congruente con la relación entre lo cognitivo, afectivo y conductual, de modo que los estudiantes no se centran solo en la adquisición de conocimientos, sino que intercambian experiencias y emociones, al tiempo que manifiestan una madurez y desarrollo personal de orden superior.

A su vez se toma el enfoque socioformativo propuesto por Tobón (2017), Zabalza (2017) y Pimienta (2017), que tiene como propósito esencial facilitar el establecimiento de recursos y espacios para promover la formación humana integral y dentro de esta, la preparación de personas con competencias para actuar con idoneidad en diversos contextos, tomándose como base la construcción del proyecto ético de vida, el aprender a emprender y considerándose las dinámicas sociales y económicas.

Asimismo, se consideran las aportaciones sobre la orientación psicoeducativa, que involucra las diversas dimensiones que conforman la formación integral del individuo: académica, laboral, social y personal, siendo esta última en la que coloca el mayor énfasis la presente investigación, (Ramírez, Álvarez y Almarales, 2015; García, 2013; Bisquerra, 2012 y Del Pino y Recarey, 2006).

Fundamentos didácticos.

A partir de la Didáctica, se enfatiza en el papel de los métodos, estrategias, procedimientos, recursos, formas de organización de la docencia y de evaluación del aprendizaje, elementos que durante el proceso de formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF, ocupan características específicas y una dimensión importante.

Se concuerda con la idea, de que un enfoque formativo interdisciplinario es una ruta eficaz para el logro de desempeños profesionales exitosos (Llano et al., 2016; Díaz et al., 2016 y Planas et al., 2014) y se acentúa su validez cuando se organiza con base en el contexto de la actividad práctica transformadora de los sujetos, lo cual posibilita establecer nexos entre los saberes previos y los nuevos contenidos adquiridos, enriqueciéndolos y corrigiéndolos durante su aplicación a nuevas situaciones.

Otro elemento didáctico-pedagógico a considerar, es la evaluación participativa (Pérez, 2005), que constituye una propuesta, para evaluar el proceso formativo del estudiante y de la comunidad. Permite reconocer la dirección del proceso e implementar los cambios pertinentes sobre la marcha, acercar a la realidad a los estudiantes de manera progresiva y los actores implicados, ya que asume una postura democrática y de participación plena y consciente.

2.2 Argumentación del modelo y sus relaciones.

2.2.1 Descripción de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales en estudiantes de Estomatología.

Es meritorio destacar que para la representación estructural conceptual de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología, se tomaron en cuenta los criterios de Tobón (2014).

La competencia que se describe se supone como una competencia asociada al desempeño profesional del estomatólogo general, cuya formación está ligada a la práctica de diferentes competencias relativas

a la profesión, como son la diagnóstica, comunicativa e investigativa, de las que este se sirve durante las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación del individuo. Desde esta dinámica se brinda su conceptualización, como prólogo a su descripción.

Definición: La competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales se concibe como el conjunto de saberes cognitivos, procedimentales y actitudinales que determinan el desempeño del profesional de la estomatología, alusivos al dominio de modelos básicos de intervención y de herramientas psicológicas y educativas para la labor orientadora, destinados a favorecer el desarrollo emocional de niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales, durante la consulta estomatológica y/o actividad comunitaria y erigidos sobre el principio de reconocer al hombre como un ser biopsicosocial.

Como resultado de la sistematización teórica realizada, se aporta la definición de la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología, considerada como:

Aquel proceso pedagógico que conduce a preparar al estudiante para brindar una atención estomatológica integral a niños y adolescentes con ADMF en el orden psicológico y educativo a partir de los modelos básicos de intervención, considerando además, las contingencias y limitaciones que pudiesen surgir en su contexto de actuación profesional.

Como elementos que comprenden su descripción se consideran: la identificación de la competencia, los problemas contextuales que aborda, los indicadores o criterios de desempeño y las evidencias requeridas.

Identificación de la competencia-objeto de análisis: Emplea herramientas psicológicas y educativas que permiten garantizar el desarrollo emocional de niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales en la consulta estomatológica y/o en la comunidad, mediante la utilización de

modelos básicos de intervención con responsabilidad y de acuerdo a los principios éticos de la profesión.

Problemas contextuales:

¿Cómo abordar las ADMF desde su componente psicológico?

¿Cómo emplear los métodos clínicos, epidemiológicos y socio-educativos a favor de la atención estomatológica integral, considerando al individuo como ser biopsicosocial en relación con las ADMF?

¿Cómo lograr una relación empática entre el profesional, los niños y adolescentes afectados?

¿Cómo alcanzar una comunicación asertiva durante la entrevista médica?

¿Cómo lograr, desde el ámbito educativo, un mejor afrontamiento de las ADMF en niños y adolescentes?

¿Cómo llegar a la determinación del impacto psicosocial de las ADMF en niños y adolescentes?

¿De qué manera estimular a los niños y adolescentes con ADMF a cooperar con su tratamiento?

¿Cómo lograr la comprensión y colaboración de la familia durante el tratamiento ortodóncico?

¿Cómo articular, en la práctica, los saberes de que dispone el estudiante para realizar una orientación psicoeducativa y promover la adquisición de otros?

¿A través de qué medios es posible lograr elevar la autoestima de niños y adolescentes con ADMF?

¿De qué manera se puede crear una alianza productiva entre pacientes, familiares y profesionales?

¿Qué herramientas es posible otorgar a los niños y adolescentes, de modo tal que les permitan ser más proactivos en la comprensión y tratamiento de su enfermedad?

¿Cómo fomentar actitudes positivas en los estudiantes de Estomatología en relación con la orientación psicoeducativa?

¿Cómo incentivar la creatividad, personalización e innovación del estudiante de Estomatología durante la atención integral de niños y adolescentes afectados desde el componente emocional, por la presencia de ADMF?

Ejes procesuales

A partir de los resultados de la búsqueda bibliográfica y el tratamiento de la información realizado por la autora, resultó posible develar los subprocesos que se derivan de la competencia objeto de análisis, definidos como ejes procesuales:

- Diagnóstico de necesidades psicoeducativas.
- Diseño de acciones psicoeducativas y programas.
- Ejecución de acciones transformadoras.

Con el fin de esclarecer el contenido al cual se refieren cada uno de los ejes procesuales, se continúa con su explicación:

- Diagnóstico de necesidades psicoeducativas: Comprende la articulación de los saberes necesarios para determinar los estados emocionales y afectivos desencadenados por la presencia de anomalías dentomaxilofaciales en niños y adolescentes; así como su impacto psicosocial y la percepción de los sujetos y familiares en cuanto a la dolencia y futuro tratamiento. Constituye la base para comprender la relación que existe entre la enfermedad como proceso y la naturaleza psicológica y social del hombre, garantizándose la formación en el estudiante de un enfoque integral en la atención estomatológica.
- Diseño de acciones psicoeducativas y programas: Enmarca el proceso previo de representación mental para minimizar la problemática. Se respalda desde el análisis e interpretación de la información primaria, las herramientas disponibles, los agentes socioeducativos implicados y el contexto en el que se desarrolla. Establece, por tanto, el asiento del principio médico de que no

existen enfermedades, sino pacientes. Permite al profesional elegir entre los ya reconocidos modelos básicos de intervención para la orientación psicoeducativa, la perspectiva más adecuada, modificarla si fuese necesario e incluso crear otras nuevas justificando sus propuestas.

- Ejecución de acciones transformadoras: Encierra el desempeño profesional del estomatólogo relacionado con la orientación psicoeducativa con un carácter transformador. Abarca, además, la flexibilización en la forma de pensar, actuar y sentir del profesional para reconsiderar y redireccionar el proceso de orientación, a partir de la retroalimentación, valoración y reciclaje de la actividad. Pondera de este modo uno de los objetivos de la carrera relativo a la disposición y pericia del estudiante para lograr la belleza y perfección en su trabajo profesional. Asume, además, la metacognición como plataforma de trabajo, provocándose un proceso de mejoramiento continuo en el profesional, caracterizado por la autonomía, perseverancia y actitud innovadora, como lo describe su perfil.

Criterios de desempeño:

Resulta necesario puntualizar que entre estos ejes procesuales se establecen relaciones recíprocas, de beneficio y dependencia mutua. A continuación, se representan los indicadores específicos derivados de cada eje procesual, en términos de desempeños deseables:

Diagnóstico de necesidades psicoeducativas

1. Aborda las ADMF, no solo como causantes de trastornos funcionales en el sistema estomatognático; sino también por su repercusión en la estética y el desarrollo emocional de niños y adolescentes.
2. Establece una relación médico-paciente, tomando en cuenta la etapa del desarrollo del individuo, sus características y forma de manejarlas.

3. Utiliza la entrevista médica como principal herramienta para la obtención de información, interpretación de las causas y mecanismos de producción de la enfermedad, considerándola como un proceso comunicativo de aprendizajes mutuos.
4. Interpreta índices epidemiológicos para determinar el grado de afectación estética y la necesidad de tratamiento ortodóncico en niños y adolescentes con ADMF.
5. Utiliza técnicas e instrumentos en la búsqueda de información sobre los estados emocionales producidos por las ADMF en niños y adolescentes, así como su impacto psicosocial.
6. Argumenta la relación existente entre los componentes biológicos, psicológicos y sociales de las ADMF en la población afectada, tanto desde la teoría como de la praxis.
7. Adopta una postura profesional investigativa, empática, humanista y ética.

Diseño de acciones psicoeducativas y programas.

8. Decodifica la información con una postura científica.
9. Reconoce el papel de cada uno de los agentes socioeducativos vinculado al niño o adolescente.
10. Selecciona los modelos de orientación psicoeducativa básicos considerando las singularidades del contexto y las herramientas de que dispone.
11. Establece objetivos realistas y razonados para la orientación psicoeducativa con un enfoque transformador.
12. Planifica las tareas y actividades resolutivas desde una perspectiva interdisciplinaria, implicando a los niños, adolescentes y sus familias.

Ejecución de acciones transformadoras.

13. Realiza las tareas orientadoras en los niños y adolescentes con ADMF, en correspondencia con las necesidades diagnosticadas.
14. Utiliza el código ético y deontológico de la profesión durante la orientación psicoeducativa.

15. Considera durante el desempeño la necesidad de rediseñar y reorientar la actividad transformadora, a partir de las posibles barreras y resistencias que puedan ofrecer los individuos y sus familiares.
16. Evalúa la dirección del proceso de acuerdo a los éxitos o fracasos manifiestos.
17. Controla la calidad de la labor orientadora mediante la confrontación de los cambios obtenidos y el empleo de medios calificados para este fin.
18. Reflexiona de forma sistemática sobre las experiencias vividas con un pensamiento abierto y renovador.
19. Resuelve situaciones en la atención estomatológica integral de niños y adolescentes, mediante la movilización de saberes relativos a la actividad orientadora.
20. Autorregula su propio proceso de aprendizaje, pensamiento y actuación.

Es conveniente señalar que la descripción de los niveles por los que transita la competencia, elemento que favorece su formación y evaluación, se explicitan en el capítulo III.

Evidencias requeridas:

- ✓ Registros del empleo de índices epidemiológicos, métodos, pruebas e instrumentos aplicados.
- ✓ Informe del análisis de la situación de salud (ASS).
- ✓ Informe escrito del diseño e implementación de las tareas y actividades programadas para la orientación psicoeducativa durante la atención estomatológica integral.
- ✓ Portafolio de evidencias.
- ✓ Simulación de la actividad.
- ✓ Videos.
- ✓ Informe emitido por el docente de Atención Integral a la Familia y en el que participan docentes de otras asignaturas como Odontopediatría y Ortodoncia, acerca de la actuación del estudiante durante

el ejercicio de la profesión y las actividades en la comunidad inherentes a la orientación psicoeducativa de niños y adolescentes con ADMF.

2.2.2 Argumentación del modelo de formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales.

El modelo que se describe ilustra la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF y enaltece la atención estomatológica integral como vía de solución a los problemas profesionales del contexto, bajo la premisa de reconocer al hombre como ser biopsicosocial. Surge de otorgar relevancia a la competencia objeto de investigación, a la vez que se establece como actividad necesaria en el desempeño profesional del estomatólogo.

A partir de estas interpretaciones, el modelo nace de la necesidad de formar un profesional de la Estomatología apto para brindar una atención integral a grupos priorizados del Sistema Nacional de Salud, como el de los niños y adolescentes.

Se sugiere la importancia de revelar las potencialidades de la orientación como rama de la intervención psicoeducativa; la cual tiene distintas fuentes disciplinares y es concebida como un proceso de ayuda que debe llegar a todas las personas y que no se encuentra delimitado en el espacio ni en el tiempo; pondera además que no es trabajo solo del orientador u orientadora, sino que la totalidad de agentes educativos y sociales deben estar implicados. Los principios de prevención, desarrollo e intervención social son los que caracterizan al proceso de orientación.

El modelo presentado integra la labor profesional de los estudiantes y expresa la interrelación de saberes desde la interdisciplinariedad, para abordar el proceso salud-enfermedad relativo a las ADMF con una visión integradora. De esta manera se podría favorecer una mejor formación profesional, al vincular al estudiante a las acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades, curación y

rehabilitación a través del empleo del método clínico y epidemiológico, desde un enfoque biopsicosocial y comunitario.

Para la determinación de los subsistemas del modelo que se describen a continuación, se tomaron en cuenta los resultados del diagnóstico inicial, la información obtenida de la bibliografía consultada y la experiencia de la investigadora como profesional de la rama, docente y metodóloga del proceso de formación profesional del estudiante de Estomatología.

Estos subsistemas median e interactúan de forma dialéctica y los componentes que los integran son semejantes en cuanto a la sinonimia de su naturaleza, al considerar su carácter procesual. Se considera oportuno dilucidar, que no solo se establecen relaciones entre los componentes (macro y micro) del sistema global, sino que de igual forma pueden observarse entre cada uno de ellos y el conjunto, a la vez que el mismo constituye un todo sistémico. Las relaciones se fundan como propuesta de carácter epistemológico para las ciencias pedagógicas y en especial para el proceso de formación profesional del estudiante de Estomatología.

Los subsistemas constitutivos del sistema que se modela son:

- 1) Comprensión del contexto psicoeducativo.
- 2) Representación teórico-metodológica de las acciones orientadoras.
- 3) Transformación profesionalizada de la realidad educativa.

El subsistema denominado **comprensión del contexto psicoeducativo** está enfocado en el reconocimiento por parte del estudiante de la realidad que circunda a los niños y adolescentes con ADMF, aspecto que demanda una orientación desde el ámbito psicológico y educativo. De esta forma, se comprende la reciprocidad que se establece entre las ADMF como problema de salud bucal y el comportamiento social y emocional de niños y adolescentes. Es garante de una visión integradora en la

atención estomatológica, desde la concepción biopsicosocial del hombre y los argumentos para el desempeño profesional del estudiante.

Este subsistema considera la clarificación de los problemas de la profesión y de las actividades para su solución. En él se enfatiza en la sensibilización del estudiante, a la vez que se reconocen sus carencias cognitivas, sin dejar de considerar las relaciones entre las asignaturas y disciplinas. Lo anterior respalda que la formación de la competencia debe constituir una primacía para el ejercicio adecuado de la profesión, en concordancia con las demandas de la sociedad.

Su función reside en penetrar en la captación integral del entorno, alusivo a los niños y adolescentes con ADMF, decodificar sus características desde el ámbito psicológico y educativo, en correspondencia con una visión totalizadora de la atención estomatológica, que garantice brindar un cuidado especializado a este sector poblacional.

El subsistema esboza la importancia de fomentar actitudes humanistas y empáticas en el estudiante; así como el dominio de las etapas del desarrollo psicológico de los individuos y la significación de la estética facial y dental para sus relaciones sociales. El estomatólogo deberá estar preparado para atender al niño o adolescente en su contexto familiar, escolar y comunitario, lo que implica el análisis de diversos factores condicionantes de la salud.

Se considera acertado señalar que el subsistema acentúa el rol del profesor en el proceso de formación de la competencia; este debe acompañar al estudiante y posibilitar que ejerza su libertad y responsabilidad frente a lo que dice y hace. Se convierte en mediador y, en consecuencia, brinda recursos y guía hacia el aprendizaje autónomo desde la motivación al trabajo independiente.

Conforme a la sistematización teórica realizada por la investigadora, los **componentes** de este **subsistema** son:

- 1) Identificación de las ADMF como problema de salud bucal.

- 2) Integración entre las ADMF y el desarrollo emocional de niños y adolescentes.
- 3) Gestión de la atención estomatológica integral a niños y adolescentes con ADMF.

Identificación de las ADMF como problema de salud bucal

Este componente explica la movilización, por parte del estudiante, de saberes relacionados con la definición y etiología de las ADMF, así como sus factores de riesgo. Resalta, además, las experiencias previas para caracterizar el tipo de ADMF presente en el niño o adolescente, a la vez que logra considerar los fundamentos que conllevan a su desarrollo.

Se revela, el aporte de las asignaturas y disciplinas precedentes, a partir de la interdisciplinariedad como segundo nivel de integración al proponer interacciones reales, es decir, un efectivo intercambio y, por consiguiente, un beneficio mutuo.

El componente connota la elaboración de marcos conceptuales más generales, a partir del reconocimiento de las ADMF como un problema real a resolver mediante la práctica profesional, no solo por lo que representan una vez instauradas, sino por la sumatoria de eventos vivenciados por el niño o adolescentes durante su aparición.

Desde esta dinámica, el componente esboza el desarrollo cognitivo del estudiante, a partir de la caracterización de las ADMF y el establecimiento de patrones que facilitan el reconocimiento de las principales peculiaridades faciales y bucales de los pacientes afectados.

Por otra parte, ofrece relevancia a la motivación y cooperación del niño o adolescente con el tratamiento estomatológico, condicionado por la preocupación marcada de padres y familiares y no del propio paciente. Para ello, el estudiante debe asumir un papel mediador y empático entre ambas posiciones.

Resulta interesante esclarecer, que la empatía se desarrolla a lo largo de la vida del individuo como parte de su proceso de educación y socialización; por lo que las propias experiencias profesionales del

estudiante son esenciales para comprender el sentimiento de las otras personas y entender sus estados mentales.

La empatía en el área de la salud, puede ser visualizada como una serie de atributos cognitivos y de comportamiento que requieren de la habilidad de comprender los sentimientos y experiencias del paciente y cómo estos influyen y, a la vez, son influenciados por su enfermedad y síntomas.

El componente sugiere, también, la presencia del profesor como mediador y guía experto, a través del diseño e identificación de situaciones relativas al tema y que sean susceptibles de ser resueltas en el ámbito académico. Es importante que este elabore u organice las mismas, porque la situación empuja a la acción y como resultado se muestra la competencia.

Se resalta la necesidad de que el estudiante asuma su papel dentro del proceso de mediación, la asesoría que recibe del profesor se reduce de manera gradual y deja la mayor parte de trabajo al estomatólogo en formación. Más que reducir el vínculo entre el profesor y estudiante, la mediación del aprendizaje consolida a lo largo de la carrera una estrecha relación de los actores del proceso educativo.

Integración entre las ADMF y el desarrollo emocional de niños y adolescentes

Este componente hace referencia a la conjugación de saberes por parte de los estudiantes, en concordancia con las emociones y comportamientos asumidos por los niños y adolescentes en el afrontamiento de su enfermedad.

Explica cómo el estudiante debe mostrar sensibilidad ante la problemática y reconocer que la estética facial y dental adquiere notable significación en el establecimiento de las relaciones sociales. Este hecho puede argumentarse, a partir de la asociación que se instituye entre la presentación personal y el estado de los dientes, acentuándose la alta valoración por aquellas piezas dentarias que se exponen en la interrelación social.

Resulta inconcebible que en los estudios sociológicos de las incapacidades físicas se ha mencionado poco el rostro; sin embargo, cualquier deformidad del mismo inhabilita a las personas desde el punto de vista social, lo que puede ser igual o más importante que la discapacidad física. Mientras más cercana esté la anomalía a la boca; más se fijarán las personas en ella.

A partir de estas interpretaciones teóricas, los estudiantes han de comprender que las ADMF son responsables de la aparición de conductas retraídas y temerosas, a la vez que producen malestar social, complejos de inferioridad y actitudes pesimistas que alteran el desempeño ante la vida en un porcentaje elevado de quienes la padecen.

A lo largo de la adolescencia, la persona es más capaz de cuestionarse diferentes aspectos sobre sí misma, es decir, de ser más autocrítica. Los adolescentes deben afrontar situaciones en relación con su estética, que dependen en mayor medida del juicio y valoración de padres, profesores y en especial de sus compañeros; en consecuencia, se producen variaciones en la autoestima. Los cambios biopsicosociales que acontecen en esta etapa de la vida contribuyen a la vulnerabilidad ante la aparición de problemas en el ajuste o adaptación y, por lo tanto, a diferentes dificultades emocionales. Asimismo, los niños desarrollan su autoconcepto desde la infancia, en virtud de las descripciones que hacen las personas acerca de ellos, en especial los padres.

Por otra parte, no es suficiente la sensibilización del estudiante y el reconocimiento de la realidad y se hace necesario otorgar valor a la relación médico-paciente por su preeminencia, desde el punto de vista psicológico y su carácter gnoseológico en relación con la visión integral del sujeto.

De igual modo, se acentúa la entrevista médica como mediadora de la relación médico-paciente. El estudiante debe tener en cuenta sus etapas y cómo manejarlas, constituye un proceso dinámico con diferentes momentos. De esta manera se resalta el pensamiento científico que culmina con un diagnóstico presuntivo.

Resulta importante la utilización de herramientas que permitan corroborar el nexo descrito dentro del marco profesional, a saber: pruebas proyectivas y otras (historietas de Madeleine Thomas, inventario de problemas juveniles), test para determinar estados emocionales (autorreporte vivencial, inventario de autoestima), u otros que no demandan de un gran esfuerzo o rendimiento cognitivo por parte del sujeto. Con esta finalidad, también resulta necesario la aplicación del cuestionario de impacto psicosocial de la estética dental. Este es un instrumento que se ocupa de los aspectos de la calidad de vida relacionados con la salud oral, en específico con las ADMF.

En este componente, se alude además al reconocimiento de los diferentes agentes socioeducativos involucrados y su colaboración. Para ello, es importante que los estudiantes dominen la relación existente entre los sujetos y los agentes, así como la jerarquía que los primeros le atribuyen en el desarrollo de su vida, personal, escolar y social.

La colaboración de los padres en cualquier proceso de desarrollo del niño o adolescente es un hecho y una realidad, la familia es un factor imprescindible. La misma estará presente en su desarrollo social, afectivo e intelectual, marcando su personalidad.

La escuela se convierte en un pilar básico para desarrollar diferentes aprendizajes, ya que es la única que acoge a todos los grupos etarios durante un período de la vida y puede trabajar aquellas actitudes y conocimientos necesarios para la sociedad.

En este sentido, se enuncia cómo la labor comunitaria desempeñada por los estudiantes desde el Análisis de la Situación de Salud (ASS), constituirá la plataforma de trabajo ideal para lograr un acercamiento a los diferentes agentes socioeducativos y establecer una relación directa y proporcional.

De forma sucinta cabe destacarse, que el ASS es un diálogo comunidad-sector salud que permite una correcta visión integral de la situación, estableciendo a partir de ella y de forma conjunta planes de acción para su modificación positiva. Además, se realiza en los servicios estomatológicos, la escuela,

trabajo, hogar y comunidad y comprende la naturaleza legal, reguladora, educativa y asistencial de la atención estomatológica.

De igual manera, resalta la implementación de índices epidemiológicos afines, con el objetivo de determinar la severidad de las anomalías, la necesidad de tratamiento y la evaluación de la afectación estética, todos sustentados desde la ciencia, a saber: índice de estética dental e índice de necesidad de tratamiento ortodóncico.

Gestión de la atención estomatológica integral a niños y adolescentes con ADMF

Este componente ofrece una comprensión de la asunción y ejercicio de responsabilidades sobre el proceso salud-enfermedad de niños y adolescentes con ADMF, es decir, el conjunto de acciones que durante la atención estomatológica debe desarrollar el profesional en estos grupos priorizados.

Sobre este particular, el componente describe la reflexión de estudiantes y profesores respecto a la marcada valía que durante la práctica estomatológica se debe otorgar a los problemas no solo orgánicos que aquejan al individuo, sino a las características de su personalidad, la percepción que tienen del problema y las condiciones sociales que lo rodean. Lo correcto es considerar todos los factores presentes, donde pueden predominar unos u otros, pero siempre estarán en intercomunicación y condicionamiento mutuo.

Lo anterior explica que las ADMF, al ser apreciadas como un problema de significativa importancia por tener una profunda huella en los individuos y la sociedad, no pueden encontrarse al margen de estas políticas, por lo que el estomatólogo en formación debe asumir una actitud conforme a estos preceptos.

Para la comprensión de este hecho, connota en los estudiantes una visión más integral del proceso para estimar el bienestar de los niños y adolescentes como transcendental en el impulso al progreso y desarrollo de la sociedad. Esta valoración, es la razón por la cual la atención estomatológica integral constituye una tarea obligada dentro de la profesión.

En este componente se implica la concepción en los estudiantes, no solo de diagnosticar la problemática; sino también de la necesidad de apoyar y ofrecer un soporte social como parte inherente del proceso formativo.

Asimismo, se enfatiza en la orientación psicoeducativa, como medio resolutivo para garantizar el desarrollo emocional de niños y adolescentes con ADMF.

Este componente también se distingue por la motivación hacia la investigación y disposición de aprendizaje; se acentúa, además, la autovaloración reflexiva. Supone el tomar en cuenta el enfoque interdisciplinario como escenario de trabajo, al valorar de manera positiva el aporte de otras asignaturas para la práctica orientadora, a saber:

De la Pedagogía, se enfatizan los métodos para el aprendizaje formativo durante el proceso de orientación; de la Psicología Médica se asumen las características del desarrollo psicológico de cada grupo poblacional; la Atención Integral a la Familia es el escenario ideal para la labor comunitaria, resaltada no solo desde la práctica profesional que establece el currículo, sino también desde la dimensión extracurricular.

La Epidemiología aporta todo lo relacionado con los índices epidemiológicos y su significación en el diagnóstico de salud, a partir, de la caracterización, medición y explicación, del perfil de la enfermedad.

La Odontopediatría y Ortodoncia son asignaturas que se complementan entre sí y de estas se derivan los saberes relativos a las ADMF, su atención en el nivel primario de salud y el manejo del niño y adolescente en la consulta estomatológica; estas a su vez, requieren de la contribución de otras disciplinas y asignaturas para concretar en la práctica una visión integradora del tratamiento.

Desde esta perspectiva, los estudiantes perciben la importancia de los saberes relativos a la competencia descrita para su futuro desempeño, pues su formación les permitirá brindar una atención

estomatológica integral desde un enfoque biopsicosocial. En tal sentido, privilegia la creación de un ambiente propicio para la enseñanza y la organización personal de disposición hacia el aprendizaje.

Los argumentos antepuestos exponen la instrucción y retención en el estudiante del conjunto de saberes esenciales para la orientación psicoeducativa, a la vez que destaca el rol de determinados componentes actitudinales hacia la profesión y la atención a grupos priorizados. Para ello, los estudiantes deberán adoptar una actitud empática y humanista.

Lo anterior evidencia, que el componente representa un proceso con carácter progresivo, pues los estudiantes se apropiarán de los saberes a medida que reflexionan y los integran. De esta forma, se estimula el logro del aprendizaje con autonomía. Se pretende, además, el empoderamiento de los estudiantes para que cumplan sus objetivos por medio del establecimiento de metas. Este componente esboza la antesala para el diseño de las tareas y actividades resolutivas a partir del análisis, decodificación y organización de la información, con una postura científica.

Las relaciones de coordinación y complementariedad que se establecen entre los componentes de este subsistema, singularizan la **decodificación de las ADMF, los pacientes que las portan y sus necesidades en términos de salud, educación y emociones.**

El subsistema caracteriza la introducción de la orientación psicoeducativa en la atención estomatológica integral a niños y adolescentes con ADMF. Ello refrenda las potencialidades del alumno para instaurar una fructífera relación médico-paciente y diagnosticar con acierto, a partir del empleo oportuno de la entrevista médica, la pesquisa de afectaciones psicosociales y el empleo de índices epidemiológicos con un enfoque interdisciplinario. No obstante, su creación no concluye el sistema que se modela, por lo cual se establece el siguiente subsistema.

El subsistema denominado **representación teórico-metodológica de las acciones orientadoras** establece la proyección intelectual para proponer una vía de solución a las necesidades reveladas en el

diagnóstico inicial del alumno, a partir de la concepción y justificación teórica de la problemática. Para alcanzar tales propósitos, el estudiante reconocerá a los niños y adolescentes como protagonistas del proceso y a los agentes socioeducativos como coadyuvantes del mismo. En tal orden, el subsistema tiene como función, reflexionar acerca de las herramientas de carácter psicológico y educativo, que permiten planificar acciones de orientación viables, según el contexto.

Este subsistema también tiene una visión centrada en los estudiantes y alude a la identificación de una actitud reflexiva, investigativa y creadora, a la vez que significa su autonomía para originar nuevos saberes (conocimientos, actitudes y procedimientos) sobre la temática. Entraña el diseño de estrategias que permitan complementar lo cognitivo y lo afectivo en la práctica profesional.

Para su función toma como término los conocimientos, metodologías y principios teóricos que fundamentan la planificación, diseño, aplicación y evaluación de la orientación psicoeducativa. La misma tiene una función preventiva, comprensiva, sistemática y continuada que se dirige a las personas, instituciones y al contexto comunitario, con el objetivo de facilitar y promover el desarrollo integral de los sujetos a lo largo de las distintas etapas de su vida.

Los **componentes** del **subsistema**, determinados a partir del tratamiento de la información se denominan:

- 1) Contextualización de la acción orientadora psicoeducativa a niños y adolescentes.
- 2) Proyección intencionada de las alianzas entre los agentes socioeducativos y el orientador.
- 3) Planeación de argumentos teóricos, recursos y metodologías para la intervención, desde una perspectiva interdisciplinar.

Contextualización de la acción orientadora psico-educativa a niños y adolescentes

Este componente supone el análisis de los datos obtenidos en el diagnóstico clínico y psicosocial de los niños y adolescentes afectados. De este modo, esboza las pautas para encauzar la actividad orientadora con una actitud científica, es decir, enuncia las metas a alcanzar y las vías para lograrlas.

Para la concreción de tales propósitos, el estudiante toma como punto de partida los modelos esenciales de orientación que servirán de guía para el diseño. Explicita de qué manera intervenir y representar la realidad sobre la que el orientador debe actuar. Indica además, los fines, métodos y agentes para su aplicación.

En correspondencia con lo expuesto, el estudiante concebirá un marco teórico de actuación que muestre las variables principales del diagnóstico. En virtud de la extensión de este marco teórico decidirá las áreas sobre las que puede incidir como profesional y orientador. Se incluirá, además el papel de los agentes socioeducativos y su participación en los procesos de toma de decisiones, expectativas y metas de los niños y adolescentes en relación con las ADMF.

Así pues, el componente que se describe agrupa los modelos básicos de intervención, el estudiante debe conocer y seleccionar el más acertado según las circunstancias e incluso realizar transiciones positivas fundamentadas desde la ciencia. No obstante, se debe fomentar el rol de los niños y adolescentes como actores principales del proceso. Para ello debe considerar, como un elemento esencial en el diseño, el establecer la distancia entre el estado real del sujeto y su estado ideal. De esta comparación saldrán aspectos importantes sobre los cuales el estudiante tendrá que reflexionar.

Este componente otorga relevancia a la mediación del profesor, quien debe actuar de manera intencionada para conseguir los propósitos del aprendizaje. El profesor tiene la responsabilidad de tomar en cuenta las características, el entorno en el que se desarrolla y se aplica el aprendizaje y las

características del estudiante. Es el mediador entre el aprendizaje de los contenidos y la actividad constructiva del estudiante.

Proyección intencionada de las alianzas entre los agentes socioeducativos y el orientador

Este componente deviene como eslabón esencial para el éxito de la orientación psicoeducativa, a partir del papel que juegan los agentes en la vida de los niños y adolescentes.

Desde esta perspectiva, la familia como principal espacio donde los sujetos aprenden y desarrollan la autoestima, requiere de ayuda y orientación para cumplir de forma acertada sus funciones educativas, protectoras y socializadoras. Según el tipo de relación que tenga el niño con sus seres queridos será su autoconcepto. La familia debe favorecer la motivación y cooperación del niño o adolescente con el tratamiento estomatológico integral.

Se justifica también cómo lograr una comunicación afectuosa y comprensiva, a la vez que el componente realiza el rol de la familia en el proceso de orientación. El niño o adolescente debe percibir lo importante que es para sus padres su bienestar y satisfacción, de igual modo ha de apreciar cómo contribuyen al desarrollo y mejoramiento de su apariencia física.

Muchas conductas de los padres pueden generar depresión del nivel de autoestima en los hijos, tales como la sobreprotección, la tolerancia excesiva, el rechazo, el dominio, la sumisión, la preferencia manifestada hacia alguno de los hermanos y las ambiciones que se tengan sobre su futuro. Desde esta dinámica el estudiante brindará las herramientas adecuadas al grupo familiar y estimulará su colaboración. Para ello puede auxiliarse de métodos y técnicas de orientación y mediación. Entre ellas se encuentran las siguientes:

- ✓ Citas informativas: mediante la cita familiar se trasmite información de tipo puntual que es de interés para algún miembro familiar, y/o para la familia en su conjunto.

- ✓ Sesiones informativas: esta técnica se utiliza para transmitir información sobre las intervenciones familiares, tanto las que se van a llevar a cabo, como las de seguimiento y evaluación. Permite operativizar el intercambio de información, así como hacer llegar a la familia los puntos de vista, negociar pautas a seguir y llegar a acuerdos y contratos.
- ✓ Sesiones de orientación y asesoramiento: es una técnica educativa-formativa. Estas sesiones tratan de ofrecer una perspectiva formativa de los aspectos sobre los cuales se centra la atención del programa. El contenido de estas sesiones es fundamentalmente educativo; su fin es ofrecer una formación teórico-práctica a los miembros familiares de cuestiones tanto de desarrollo personal, como relacional y/o de índole social.
- ✓ Sesiones de mediación: técnica que permite mediar entre las partes, ayudando a encontrar vías de negociación para la solución de los problemas.

Bajo esta premisa, la escuela también es garante del éxito del proceso orientador, pues esta constituye una forma particular de interacción, diseñada para facilitar el acceso a un amplio conjunto de habilidades, capacidades y cualidades necesarias para el desarrollo personal y convertirse así en un contexto privilegiado de progreso. La educación ocupa un lugar relevante en la transición de niños y adolescentes y favorece el camino a nuevas formas de pensamiento.

Los argumentos anteriores, justifican la actuación del estudiante de Estomatología inherente a la orientación psicoeducativa. Por tanto, el ámbito escolar y los maestros garantizan el espacio para fortalecer la relación interpersonal de niños y adolescentes. El papel de ambos, escuela y orientador, es apreciable para el reconocimiento, por parte de los niños y adolescentes, de su estado de salud bucal, su autoconcepto, autoestima, sus expectativas y su nivel de aspiración en relación con las ADMF.

A la luz de estas ideas, el componente resalta la interrelación y compromiso de los agentes socioeducativos y el estudiante, por ello, resulta imprescindible que se logre una triada de colaboración: orientador, familia y escuela.

Planeación de argumentos teóricos, recursos y metodologías para la intervención, desde una perspectiva interdisciplinar

Este componente describe la proyección de tareas y actividades para minimizar las limitaciones en el desarrollo emocional de niños y adolescentes con ADMF. El mismo se fundamenta, desde los argumentos teóricos-metodológicos analizados por el estudiante. Para ello, las disciplinas constituyen el soporte fundamental de la planificación y aunque el estudiante ha conducido el proceso con el empleo de explicaciones teóricas, recursos y metodologías provenientes de estas y sus asignaturas, se requiere de una integración concreta y objetiva.

Es oportuno puntualizar, que la interdisciplinariedad radica en la búsqueda sistemática de integración de las teorías, métodos, instrumentos y, en general, fórmulas de acción científica de diferentes disciplinas, a partir de una concepción multidimensional de los fenómenos y del reconocimiento del carácter relativo de los enfoques científicos por separado.

Por lo que se considera, que el profesor en su papel de guía, podrá concebir estrategias dentro del proceso formativo, en las que se evidencien los vínculos interdisciplinarios y se favorezca el desarrollo científico en los estudiantes. De esta forma, es factible promover el pensamiento innovador, prepararlos para comprender los problemas de manera integral y para cumplir con el encargo de los contextos sociales en los que se desenvuelven.

Desde este enfoque, el conjunto de tareas y actividades serán enfocadas según el escenario de actuación. El estudiante planificará acciones para el entorno comunitario donde incluirá a la escuela y el hogar. Estas acciones se complementarán también en la clínica estomatológica, de tal forma que el niño

o adolescente encuentre bienestar, escucha y ayuda en todos los medios sociales donde se desenvuelva. De igual manera, se sugiere la comprensión de las características de cada grupo poblacional desde la perspectiva psicológica y social para el diseño de las mismas. La atención estomatológica integral alcanza su máxima expresión al imbricarlas y consolidarlas de manera sistemática.

De un modo u otro, el estudiante estimará los aportes de la Psicología y Salud Bucal para profundizar en el proceso de socialización individual y colectiva, orientar y encontrar soluciones. Asimismo, servirá como instrumento teórico-práctico, al tener que aplicar de manera contextualizada todos los saberes en la atención a pacientes y familiares con una historia de vida única e irrepetible.

A partir de esta perspectiva, la Odontopediatría y la Ortodoncia constituirán el espacio ideal para las acciones curativas, a la vez que se orienta y confieren al paciente las herramientas que le permitan ser más proactivo en la comprensión y tratamiento de su enfermedad. El éxito estará respaldado por la cooperación de pacientes, familiares u otros agentes.

Es importante esclarecer, que la contribución de las diferentes asignaturas y disciplinas en su conjunto, permite que se logre una transformación de los conceptos y las metodologías. Implica también, la confección de marcos conceptuales más generales, en los cuales las diferentes disciplinas en contacto son a la vez modificadas y pasan a depender unas de otras. Sin lugar a dudas, este subsistema exalta el análisis, la interpretación y propuestas de actuaciones, teniendo en cuenta las estrategias educativas originarias de un contexto social dinámico y en continua evolución.

Las relaciones que se establecen entre los componentes de este subsistema, al igual que el anterior, son de coordinación y complementariedad, proporcionadas por la interconectividad armónica que se manifiesta entre los mismos, donde cada cual juega un papel determinante dentro del proceso de

formación de la competencia descrita. Estas representan la **simbolización del accionar orientador del estomatólogo en formación**, como su rasgo distintivo.

Este subsistema cumple un importante rol al explicar la necesaria integración entre los componentes sociales, afectivos y cognitivos para llevar a cabo la orientación psicoeducativa dentro de la atención estomatológica integral, a la vez que enfatiza en la necesaria conexión entre las diferentes materias de estudio que contribuyen a la formación del estudiante.

El subsistema denominado **transformación profesionalizada de la realidad educativa**, fundamenta la inclusión del estudiante en contextos simulados o reales de desempeño profesional, cuyos protagonistas sean los niños y adolescentes con ADMF y que requieran de un proceso de orientación psicoeducativa. Explica cómo los estudiantes deben manifestar el nivel de competencia alcanzado, a la vez que se establezcan las pautas para continuar su desarrollo progresivo.

Su función consiste en describir la lógica instrumental-contextualizada de la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF, desde las herramientas técnico-procedimentales que se necesitan para este fin. Igualmente, se realiza la evaluación como proceso clave en la formación de las competencias debido a la posibilidad de que el estudiante tenga retroalimentación sobre su desempeño con logros y aspectos a perfeccionar. Se toma como punto de partida la descripción de los niveles de desempeño y dignifica la evaluación participativa en sus variantes de autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación, connotándose el hecho de que la evaluación no solo sea realizada por el profesor, sino también por el propio estudiante y sus pares.

Se enfatiza el desarrollo de la metacognición como vía de mejoramiento continuo para alcanzar los objetivos futuros por medio de la reflexión constante en torno a lo que se hace.

Los **componentes** de este **subsistema**, definidos desde la sistematización teórica efectuada son:

- 1) Implementación continuada de las acciones orientadoras con un enfoque desarrollador.

- 2) Evaluación sistemática en beneficio del proceso orientador y la formación progresiva del estudiante.
- 3) Extrapolación de saberes inherentes a la orientación psicoeducativa hacia otras problemáticas estomatológica.

Implementación continuada de las acciones orientadoras con un enfoque desarrollador

Este componente representa la cúspide de las acciones transformadoras a partir de las tareas y actividades diseñadas por los estudiantes. Explica la posibilidad de la participación de estos de forma adecuada y productiva con compromiso y ética.

Describe cómo el futuro estomatólogo en su rol de orientador, interactúa con el contexto, en función de las herramientas y elementos con que cuenta para intervenir en la realidad psicoeducativa y desde los referentes que tiene sobre el campo de conocimiento. En sus acciones da cuenta de su experiencia, construida a partir de aproximaciones positivas donde la atención estomatológica integral constituye el escenario cognitivo, afectivo y comportamental para el sustento de sus interpretaciones acerca de la realidad, sus proyectos de intervención en ella, sus prácticas sustantivas y sus actuaciones cotidianas.

En lo que se refiere al enfoque por competencias, representa la necesidad de que el profesor elija el método en función de aquella que pretende desarrollar y del contexto en el que se desenvuelva; entre estos pueden identificarse el expositivo, estudio de casos, resolución de problemas, aprendizaje basado en problemas, aprendizaje orientado a proyectos, aprendizaje cooperativo, entre otros.

Se distingue, además, por exaltar el papel del profesor en el desarrollo de una pedagogía basada en el diálogo, en la vinculación teoría-práctica, la interdisciplinariedad, la diversidad y el trabajo en equipo; que es capaz de tomar iniciativas para poner en marcha ideas y proyectos innovadores; que desarrolla y ayuda a sus estudiantes a apropiarse de los conocimientos, valores y habilidades necesarios para aprender a conocer, a hacer y a convivir.

Enuncia la comprensión de los modelos básicos de intervención para la orientación psicoeducativa con los que el estudiante se familiariza durante la apropiación cognitiva, es decir, debe existir afinidad entre el método de enseñanza-aprendizaje y el modelo de intervención con que se va a trabajar, en la medida en que ambas se compensan. La ejemplificación siguiente muestra dicha analogía.

El método estudio de caso, caracterizado por un análisis intensivo y completo de un hecho, problema o suceso real con la finalidad de conocerlo, interpretarlo y resolverlo, a partir de la reflexión, diagnóstico y la de procedimientos alternativos de solución, puede ser utilizado para el estudio del modelo clínico o de atención individualizada, donde se realiza una ayuda personal, directa e individual. En esta intervienen dos agentes básicos: el profesional de la orientación (estomatólogo) y el orientado (niño o adolescente) y responde a un problema que ya ha aparecido, por lo que la intervención tiene un carácter remedial, reactivo y terapéutico. Las necesidades del individuo se satisfacen a partir de cambios conductuales o comportamentales, mediante el manejo de situaciones o problemas que superan o bloquean al sujeto (anomalía dentomaxilofacial).

La selección del caso o problema es importante, pues debe responder al tema de estudio y ser atractivo para los estudiantes. Incluye tres momentos: la introducción, el análisis y la presentación de conclusiones y recomendaciones. Como recursos se pueden utilizar: escritos en papel, videos, multimedia, rotafolio u otros.

Este componente convoca al estudiante a la estimación positiva de la necesidad de rediseñar y reorientar la actividad transformadora si fuese necesario, en estrecha relación con los individuos y los agentes socioeducativos involucrados. Constituye una muestra de la creatividad, la personalización y la innovación, para alcanzar el mejoramiento continuo y lograr un mayor impacto en el abordaje de las situaciones y afrontamiento de los retos del contexto.

Evaluación sistemática en beneficio del proceso orientador y la formación progresiva del estudiante

Este componente reafirma la evaluación como elemento clave en el proceso de formación de las competencias, debido a que posibilita que el estudiante tenga retroalimentación sobre su desempeño, con logros y aspectos a mejorar y de esta manera pueda corregir errores y tener una mayor claridad en cuanto hacia dónde orientar su actuación. En la evaluación formativa se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- ✓ Acuerdo con los estudiantes de las evidencias a presentar y los criterios a tener en cuenta en la evaluación.
- ✓ Retroalimentación oportuna de cada evidencia y posibilidad de mejorarla.
- ✓ Participación de los estudiantes en el diseño, adaptación o mejora continuada de los instrumentos de evaluación de las competencias.
- ✓ Toma de decisiones en torno a la mejora de los procesos de formación en el estudiante, así como respecto a las estrategias de enseñanza-aprendizaje y evaluación que mediatiza el docente.

Como garante del éxito de la orientación psicoeducativa, el estudiante deberá realizar una valoración continua de la dirección del proceso, de acuerdo con los éxitos o fracasos manifestados en la cooperación de los sujetos y los cambios en su actuar y forma de pensar, es decir la autoevaluación.

De igual modo, al estar inmerso en un grupo donde las relaciones sociales y el intercambio profesional con sus pares favorece la formación de la competencia, se confiere significación a la evaluación de los estudiantes entre sí (coevaluación). Asimismo, el profesor para realizar la evaluación toma en cuenta la autoevaluación y la coevaluación, coordina el análisis e interpretación de los resultados, realizado conjuntamente con los estudiantes (heteroevaluación).

De forma sucinta, cabe destacar que el componente explícita, con la sistematización, que se profundicen y amplíen los conocimientos, habilidades y actitudes relativos a la orientación psicoeducativa al admitir la vigilancia de las etapas, seguridad y calidad de la orientación, a través de la comparación de los cambios alcanzados.

Aunque la evaluación tiene dentro de sus propósitos la certificación u homologación de las competencias, se convierte esta en un mecanismo de reflexión, regulación y ayuda que permite la motivación del profesional evaluado para mejorar sus propias estrategias de aprendizaje y de desempeño.

Extrapolación de saberes inherentes a la orientación psicoeducativa hacia otras problemáticas estomatológicas

Este componente describe la posibilidad de que los acontecimientos continuarán en el futuro, convirtiéndose en una regla que se utiliza para llegar a una nueva conclusión. Es el proceso de estimar más allá del momento de observación única, asumiendo que se pueden aplicar métodos similares.

Esta perspectiva contribuye a la constancia en el proceso reflexivo del alumno, el cual ha de estar presente a lo largo de la formación de la competencia, nutriéndose de sus propias experiencias y las de sus compañeros. Estas consideraciones se fundamentan, en gran medida, a través de la metacognición como proceso continuo de reflexión y mejoramiento. Esta abstracción se aplica antes, durante y después de las actividades, constituyéndose en una estrategia para regular el desempeño en torno al logro de metas.

Este componente explica, asimismo, el desarrollo de otros saberes emergidos durante el proceso de orientación psicoeducativa, pudiendo ser utilizados en la solución de diferentes problemas profesionales con igual significación en la atención estomatológica integral a niños y adolescentes. Para ello, el docente deberá mantener una mirada amplia hacia las situaciones de salud bucal más frecuentes y

facilitar la creación por el estudiante de nuevas metodologías para la solución del mismo problema u otros similares desde un enfoque científico, investigativo e innovador. Las relaciones de dependencia recíproca y coordinación entre los componentes de este subsistema determinan el perfeccionamiento estratégico de la atención estomatológica integral de niños y adolescentes con ADMF, que se concreta en la preparación alcanzada por el estudiante para poder enfrentar con éxito al proceso de orientación psicoeducativa, teniendo en cuenta los contextos, los desempeños y la valoración de los resultados. Tales relaciones cualifican la **innovación en términos de la actividad orientadora, desde las vías de instrumentación, valoración y generalización en la actuación profesional estomatológica.**

Entre estos tres subsistemas se establecen relaciones de interdependencia, reciprocidad y coordinación, ya que todos tienen igual importancia, se aportan los unos a los otros y todos de forma íntegra, a la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF.

Como expresión de la red de relaciones establecidas entre los subsistemas y componentes del sistema, deviene como cualidad sinérgica superior, la **pertinencia de la perspectiva socio-psico-educativa en la atención estomatológica integral a niños y adolescentes con ADMF.** Esta es entendida, como la conciliación del proceso salud-enfermedad en la atención estomatológica integral con las necesidades en términos psicoeducativos de niños y adolescentes con ADMF, desde el enfoque biopsicosocial del hombre (Anexo 7).

Conclusiones del capítulo II

- Se develan los sustentos teóricos del modelo de formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF: epistemológicos generales, filosóficos, sociológicos, psicológicos, pedagógicos y didácticos.
- Se describe la competencia objeto de análisis, denominada "orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales", considerándose la identificación de la

competencia, los problemas contextuales a los que da respuesta, los indicadores de desempeño que la distinguen y las evidencias a recolectar que dan cuenta de su desarrollo.

- Se elabora el modelo de formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF como contribución a la teoría de la presente tesis, analizándose sus componentes y relaciones. Se distingue en calidad de relación más trascendental (sinergia) del sistema modelado, la pertinencia de la perspectiva socio-psico-educativa en la atención estomatológica integral a niños y adolescentes con ADMF.

**CAPÍTULO III. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA PARA LA FORMACIÓN DE LA
COMPETENCIA ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA A NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES EN ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA. VALORACIÓN
DEL PROGRAMA Y EL MODELO**

III. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA PARA LA FORMACIÓN DE LA COMPETENCIA ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA A NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES EN ESTUDIANTES DE ESTOMATOLOGÍA. VALORACIÓN DEL PROGRAMA Y EL MODELO

En el capítulo se describe el programa de intervención para la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología, como concreción del modelo. Se muestra, además, la valoración de la factibilidad de implementación del programa, a través de los talleres de opinión crítica y construcción colectiva y la evaluación de la efectividad del mismo con la ejecución de un pre-experimento pedagógico.

3.1. Descripción del programa de intervención pedagógica.

La intervención educativa es entendida como el conjunto de actuaciones de carácter motivacional, pedagógico, metodológico y de evaluación que se desarrollan por parte de los agentes de intervención. No obstante, cualquier intento de renovar la realidad educativa ha de partir de una reflexión acerca del tipo de intervención que se propone.

El programa que aporta esta tesis es de intervención pedagógica y está dirigido a contribuir a la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología, en correspondencia con la modelación teórica propuesta.

Está diseñado sobre la base de los resultados del diagnóstico y la consideración de la dimensión del problema descrito. Se estructura a partir del modelo del profesional de la carrera de Estomatología y en

concordancia con la formación integral que preconiza dicho modelo, se favorece así, el desarrollo de su concepción teórica y práctica.

La conformación del programa es resultado del estudio de varias propuestas realizadas por otros autores como Cabanes (2017), quien diseña un programa de intervención psicopedagógica para el desarrollo de las funciones ejecutivas en escolares primarios, desde el proceso docente-educativo de la Matemática y Bardina (2015), que presenta un programa para la formación de motivos relacionados con el magisterio en escolares del segundo ciclo de la Educación Primaria.

Del mismo modo, Badillo (2014) y Jordán (2011) acentúan el diseño de un programa de intervención educativa como momento trascendental para el éxito de su implementación. Del análisis de cada aporte científico mencionado se asumen las etapas que satisfacen al programa: fase inicial o de preparación, fase de ejecución y fase de valoración.

Resulta oportuno esclarecer que el programa de intervención beneficia la atención en otros ámbitos de aprendizaje fuera del escolar. Distingue las tres dimensiones del proceso formativo, la instructiva, la desarrolladora y la educativa, pues permite la actuación sobre el contexto social, el orientado y el contexto educativo. A continuación, se explica la estructuración sintetizada del programa.

Diseño del programa de intervención pedagógica

Título: El estomatólogo, un orientador psicoeducativo competente.

Fundamentación: Debido al hecho de que la boca está localizada en uno de los puntos focales de la cara, la sonrisa es uno de los principales aspectos involucrados en el concepto de una imagen estéticamente aceptada. Por lo tanto, las ADMF afectan no solo las funciones orofaríngeas, sino el atractivo y la psiquis de quienes padecen tales afectaciones, por lo que los niños y adolescentes con desarmonías dentofaciales importantes, tienen riesgo de presentar una autoestima negativa y mala adaptación social. Lo anterior evidencia que ambos grupos poblacionales requieren de una orientación

psicoeducativa que les permita afrontar la enfermedad y su tratamiento. Por esta razón, el estomatólogo debe estar preparado para brindar una atención integral.

Los fundamentos teóricos que respaldan la intervención se explicitan en la fundamentación filosófica, psicológica, sociológica, pedagógica y didáctica del modelo teórico y a partir de la importancia del programa en la formación profesional del estomatólogo. Del mismo modo, se puntualizan los tres subsistemas del modelo mostrado en el capítulo anterior, que revelan los elementos imprescindibles para reconocer la formación de la competencia como pertinente y necesaria.

El programa de intervención posee características esenciales:

- ✓ Promueve el reconocimiento de las ADMF como problema de salud bucal que preocupa a niños, adolescentes y familiares.
- ✓ Reconoce el papel del profesor como mediador en el proceso de formación de la competencia.
- ✓ Favorece la interacción grupal, la colaboración y la reflexión continua.
- ✓ Es dinámico, flexible y posee un alcance extracurricular e interdisciplinario.
- ✓ Existe coherencia entre las actividades que lo componen y los ejes procesuales e indicadores de la competencia.
- ✓ Posee tres fases fundamentales: inicial, de ejecución y valoración, las que componen la organización del programa y expresan las acciones transformadoras, como concreción del modelo pedagógico que sustenta teóricamente la práctica para la orientación psicoeducativa.
- ✓ Vislumbra un carácter progresivo en la formación de la competencia.

Objetivo general: Favorecer la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología.

Objetivos específicos:

- ✓ Contribuir al dominio de los saberes esenciales para el diagnóstico de las necesidades psicoeducativas en niños y adolescentes en los estudiantes de Estomatología.
- ✓ Promover el diseño de acciones dirigidas a la orientación psicoeducativa de niños y adolescentes con ADMF.
- ✓ Elevar el reconocimiento de la significación emocional de las ADMF en los estudiantes y profesores.
- ✓ Consolidar la adopción de una postura investigativa, creativa y transformadora en los estudiantes, desde la interdisciplinariedad, para la orientación psicoeducativa de niños y adolescentes con ADMF.

Contenido que prioriza: Orientación psicoeducativa.

Principales beneficiarios del programa: Estudiantes de Estomatología, profesores, niños, adolescentes y sus familias.

Localización física: Locales de la institución educativa con condiciones de amplitud para el trabajo grupal, clínica estomatológica y comunidad.

El programa se organiza en tres etapas o fases (inicial, de ejecución y de valoración), estas se consideran ejes medulares para el estudio y evaluación. Asimismo, se apoyan de forma mutua y constituyen un sistema integrado.

Descripción de las etapas o fases

Fase inicial (diagnóstica-motivacional): Dirigida al análisis sistemático de la realidad educativa. En ella se estudia el contexto y sus características, con la finalidad de revelar las necesidades existentes. Permite el desarrollo de la motivación de estudiantes y profesores en busca de un compromiso formativo al reconocer la trascendencia y utilidad de la competencia descrita.

Fase de ejecución (planificación-acción): Considerada la más significativa. Una vez estudiada la información y definidos los objetivos, se instituye un punto de partida, diseñar el programa propiamente

dicho y ponerlo en práctica. Es importante enfatizar que, en un programa educativo se incorporan todos los elementos del proceso docente educativo, encausado hacia el desarrollo humano (autoestima, trabajo en grupos, desarrollo de capacidades, planificación conjunta y responsabilidad compartida).

Para su consecución se requiere de la preparación del profesor y el desarrollo de actitudes reflexivas, objetivas, críticas y autocríticas para potenciar la interrelación estudiante-profesor y estudiante-estudiante.

Fase de valoración (evaluación): Se valora el logro del propósito del programa de intervención pedagógica en correspondencia con los objetivos planteados y sus resultados. Considérese que la evaluación como proceso se sistematizará en todos los momentos del programa. Asimismo, estará en relación con los criterios de desempeño de los ejes procesuales de la competencia, según la descripción contenida en el segundo capítulo de la tesis.

Para la determinación de los niveles de logro de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF (Anexo 8), se partirá del análisis de los indicadores de desempeño de cada eje procesual. Se considera que los estudiantes, a partir de la autoevaluación, la coevaluación y la heteroevaluación, deben ser situados en una escala valorativa (Anexo 9) que muestre los estadios por los que transitan durante el proceso de formación de la competencia. Para la clasificación de estos se asumieron los criterios de Tobón (2014), a saber: Preformal (P), Receptivo (R), Resolutivo (Rs), Autónomo (A) y Estratégico (E).

Metodología general del programa: El programa de intervención pedagógica tiene como propósito fundamental formar un estomatólogo competente para la orientación psicoeducativa de niños y adolescentes con ADMF, a partir del análisis e interpretación de la realidad y la dinámica del problema. Cabe destacar que el programa posee un espacio para la instrucción de los docentes implicados en el proceso formativo de la competencia descrita, guiado y controlado por el coordinador del mismo. Según

los criterios de Salazar, Chiang y Muñoz (2016), Espinoza (2016), Castillo y Canul (2015), González y Cardentey (2015), Chong y Mercedes (2013) y LlinaresInsa y González (2012) el profesor es el agente social que, con sus actuaciones, determina en gran medida que la actividad del alumno sea productiva. De este modo, el papel del profesor debe entenderse como un proceso mediador entre lo que aporta el propio alumno y el contenido del aprendizaje.

Para que la acción mediadora del docente sea efectiva se deben considerar algunos parámetros relativos a su proceder dentro del aula, como la intencionalidad y la mediación del significado. El docente debe propiciar el análisis de conflictos cognitivos en los estudiantes con la capacidad de extrapolar los conocimientos adquiridos a escenarios reales y de diferentes contextos, también es menester fomentar el trabajo cooperativo.

Es meritorio señalar que el trabajo metodológico interdisciplinario será una condición permanente, propiciándose la conexión de los saberes para alcanzar la integración básico-clínica-comunitaria y abordar el proceso salud-enfermedad de niños y adolescentes con ADMF, desde una perspectiva biopsicosocial.

Las diferentes disciplinas y asignaturas relacionadas con el tema serán el sustento cognitivo, procedimental y actitudinal para las acciones del programa, dentro de ellas se destacan: Psicología y Salud, Epidemiología, Atención Integral a la Familia, Ortodoncia, Odontopediatría, Promoción de Salud y Prevención en Estomatología. Desde esta perspectiva, se aprecia que la cooperación entre estas disciplinas y asignaturas conllevará a interacciones reales. Permitirá, además, la transformación de los conceptos y las metodologías e implicará la elaboración de marcos conceptuales más generales.

Dentro de los principales aportes se encuentran: el manejo psicológico del niño en la consulta estomatológica, la promoción y prevención de enfermedades más frecuentes en el menor de 19 años, el

desarrollo emocional y social de niños y adolescentes, la interpretación de índices epidemiológicos y el tratamiento de las ADMF en la atención primaria de salud.

Las diferentes formas de organización de la enseñanza que se proponen, están sustentadas en las tecnologías de la información y las comunicaciones. Se basan en el principio de contribuir a la adquisición de los conocimientos de los estudiantes de forma autónoma, por lo que el trabajo independiente cobra relevancia. Los encuentros, de acuerdo con la experiencia del profesor y su creatividad, podrán realizarse de manera interactiva, con la formación de equipos para discusiones grupales u otras modalidades.

Con la práctica profesional, como vía de formación integral, donde el estudiante interactúa de manera activa con el resto de los integrantes del equipo, se brinda la atención estomatológica y se contribuye a la transformación del estado de salud del individuo, la familia y la comunidad. Del mismo modo, adquiere significación la labor extracurricular, debido al trabajo comunitario que se formula y al nexo que se pretende entre el ámbito escolar de los niños y adolescentes, sus familias y el contexto social en el que se desenvuelven.

Para el desarrollo del programa de intervención se consideraron los ejes claves de la formación de competencias descritos por Tobón (2013b), a saber: sensibilización, saberes previos y visualización de metas, conceptualización, resolución de problemas contextualizados, valores y proyecto ético de vida, comunicación asertiva, trabajo colaborativo, creatividad, personalización e innovación, transversalidad, gestión de recursos, evaluación y metacognición.

La base bibliográfica dispone de textos de consulta y de literatura auxiliar impresa y en forma digital, se cuenta, además, con artículos, monografías y revistas para las actividades. Esta bibliografía tendrá un principio de actualización permanente y se garantizará que los estudiantes tengan acceso a bases de

datos especializadas. El programa cuenta también, con un CD-ROM que contiene información sobre la temática, situaciones problemáticas u otras tareas de entrenamiento.

La evaluación será sistemática e integradora, a través de la participación y desenvolvimiento del estudiante en los diferentes encuentros, el resultado del trabajo independiente y el desempeño profesional. Se tomará como referente la evaluación participativa (autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación).

Recursos humanos: Coordinador del programa, profesores, estudiantes, pacientes y familiares.

Recursos materiales: Hojas, cartulinas, libretas, pizarra, lápices, reglas y lápices de colores, televisores, computadoras o tabletas.

Temporalización: Se implementa durante el curso escolar, específicamente en el séptimo semestre de la carrera. Tiene una duración de 18 semanas para un total de 36 horas, distribuidas en dos horas semanales.

Descripción de algunas de las actividades diseñadas por fase.

Fase inicial (diagnóstica- motivacional)

Algunas de las acciones concebidas para esta fase son:

Diagnósticas

- ✓ Aplicación de una prueba pedagógica a los estudiantes (Anexo 10).
- ✓ Entrevista a los docentes (Anexo 11).
- ✓ Estudio de los productos de la actividad con la revisión del análisis de la situación de salud (ASS) realizado por los estudiantes en periodos anteriores (Anexo 12).
- ✓ Revisión exhaustiva al plan de estudio vigente y las orientaciones metodológicas del mismo, resoluciones e indicaciones ministeriales.

Motivacionales

- ✓ Realización de talleres participativos orientados a la comunicación como un equipo de trabajo dialógico, formado por profesores y estudiantes (Anexo 13).
- ✓ Charlas motivacionales donde se incite al aprendizaje desarrollador de los estudiantes y el papel mediador de los profesores.

La fase de ejecución (planificación- acción)

Algunas de las acciones concebidas para esta fase son:

Planificación

- ✓ Determinación de los niveles de logro para la formación y evaluación de la competencia en atención a los criterios de desempeño de cada eje procesual.
- ✓ Familiarización de los profesores con la formación de la competencia orientación psicoeducativa y las actividades preparatorias.

Metodología: Se ejecuta en dos sesiones de trabajo en un local de la propia facultad de Estomatología con condiciones para el intercambio de ideas y la organización voluntaria del grupo (taller pedagógico de iniciación). Se expone una presentación electrónica que contenga los elementos esenciales del programa para familiarizar a los profesores con las actividades a desarrollar y con su papel en el proceso. Se exhibe, además, un video que revele la acción orientadora psicoeducativa en un grupo de niños y adolescentes.

Resulta oportuno esclarecer, que se enfatizarán las diferencias de ambos grupos poblacionales desde la perspectiva psicológica y social, lo cual permitirá la individualización de las acciones orientadoras en virtud de los presuntos logros a alcanzar.

Bajo esta misma premisa, se diseña un curso de superación profesoral con un total de 44 horas lectivas, avalado y aprobado por el Consejo Científico de la facultad de Estomatología. Este curso

incluye todos los temas relativos a la orientación psicoeducativa de niños y adolescentes con ADMF y lo referente a la formación de la competencia descrita y el enfoque de competencias en la Educación Superior.

Es importante resaltar, que se requiere, además, de la potenciación del trabajo metodológico para permitir la superación, el intercambio y la propuesta de nuevas ideas, en aras de perfeccionar y enriquecer las actividades que a posteriori se desarrollarán con los estudiantes. Se diseñarán tareas y acciones basadas en contextos profesionales simulados o reales en correspondencia con los problemas identificados.

Para la concreción de tales propósitos, se determinaron ejes temáticos en concordancia con los ejes procesuales de la competencia y a la vez con los subsistemas del modelo.

Ejes temáticos para la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF:

- ✓ El niño y el adolescente en la consulta estomatológica.
- ✓ Las ADMF como un problema de salud bucal.
- ✓ La estética dental y su impacto psicosocial en niños y adolescentes.
- ✓ La orientación psicoeducativa como vía para la prevención y el desarrollo humano.
- ✓ La orientación psicoeducativa en la atención estomatológica integral a niños y adolescentes.

Es importante esclarecer que esta etapa está conformada por **tres módulos** y estos a su vez, contienen en su interior el diseño de actividades que están divididas en tres momentos esenciales.

Módulo 1: Acondicionamiento del niño o adolescente a la consulta estomatológica, desde la actitud empática del profesional.

Módulo 2: Reconocimiento de las ADMF desde una visión integradora.

Módulo 3: Empoderamiento del desempeño integral del estomatólogo, desde su rol como orientador.

A continuación, se describen los objetivos, fundamentos, algunas actividades, procedimientos, aplicación y evaluación de cada uno de los módulos.

Módulo 1: Acondicionamiento del niño o adolescente a la consulta estomatológica, desde la actitud empática del profesional.

Objetivo: Reconocer la importancia de la relación médico-paciente en la consulta estomatológica.

Fundamento: La comunicación efectiva es el eje vertical de la relación médico-paciente y para alcanzarla el profesional debe asumir una actitud empática, que, visualizada como un conjunto de atributos cognitivos y de comportamiento, asegura el éxito de la misma. Esta relación no sigue un esquema para su establecimiento, por cuanto el paciente es un niño o adolescente, la misma adquiere una connotación diferente.

Los pequeños serán escuchados con detenimiento y aunque parezca que su edad no les permite ofrecer datos de importancia, su información verbal y extraverbal podría ser valiosa en el diagnóstico y tratamiento.

Se deben considerar algunos aspectos:

- ✓ El niño es el principal protagonista como paciente, por lo que la entrevista, con todas sus etapas, es con él y no con sus padres.
- ✓ Lo primero que hará el profesional en esta relación, es ganarse la confianza del niño. Tendrá cuidado de no sobrereactuar o exagerar en el proceso de comunicación, los niños son muy sensibles y desconfían con facilidad, sobre todo si han tenido experiencias desagradables.
- ✓ Se deben tener en la consulta algunos juguetes, libros adecuados para los niños, hojas de papel y lápices que puedan ser facilitadores de la comunicación, despertándose en ellos la fantasía, para ganar su confianza.

- ✓ El niño cooperará en la medida que sepa qué se hará, qué sentirá, qué ocurrirá y cómo puede ayudar. Esto se reforzará con halagos a sus conductas adecuadas.

Por su parte, los adolescentes muestran cambios anatomofisiológicos que son muy evidentes y característicos, los que provocan un mayor esfuerzo del sistema nervioso, por lo que se puede observar en ellos irritabilidad frecuente, labilidad afectiva y cansancio.

El estomatólogo debe conocer estas características y cómo se condicionan unas a otras para poder establecer una relación adecuada y ofrecer a los padres y educadores, en los casos necesarios, una acertada y oportuna orientación.

Los servicios de atención de salud a adolescentes deben tener algunas características importantes: privacidad, confidencialidad, interacción, aspectos educativos, horario y localización adecuada y en especial, credibilidad y actitud positiva de todo el personal que los atiende.

Los aspectos a considerar son, entre otros, los siguientes:

- ✓ Iniciar la entrevista identificándose en forma agradable. Explicar quién es y qué hace.
- ✓ Escuchar atentamente y dejar salir sus problemas, mientras se observa su lenguaje extraverbal.
- ✓ Hacer las anotaciones mínimas, pues al escribir puede crear desconfianza y obstaculizar el desenvolvimiento de la entrevista.
- ✓ Usar un lenguaje que el adolescente entienda. Considerar sus comentarios seriamente y hacerle sentir que es en realidad una persona y no un niño o un caso.
- ✓ Evitar asumir un rol parental sustituto. Tratar de enfatizar en las características y habilidades positivas del adolescente, que no es lo mismo que apoyar conductas inapropiadas.

Actividad 1: Hoy soy tu amigo, mañana también.

Primer momento

Procedimiento: Comienza la actividad con una exposición sobre el tema, el cual ha sido abordado desde diferentes asignaturas y disciplinas precedentes como: Psicología y Salud Bucal en el tercer año de la carrera y dentro de la disciplina Estomatología General Integral, en la asignatura Atención Integral a la Familia I. Se recomienda el empleo de técnicas que contribuyan a facilitar el trabajo en grupo, donde impere una atmósfera agradable de trabajo y donde exista la mutua comprensión y aceptación. Se sugiere la técnica del Abanico de roles.

Esta técnica tiene como objetivo lograr que el grupo de estudiantes tome conciencia de los diferentes roles que pueden asumir durante su vida, sean estos atractivos o rechazados. Dentro de los roles no puede faltar el de enfermo o paciente.

Aplicación del procedimiento

El profesor invita a los estudiantes a reflexionar acerca de los diferentes roles que podrían asumir durante su vida.

Transcurrido el tiempo de reflexión, los estudiantes escribirán en la pizarra o pancarta los diferentes roles. Pueden escribir cuantos roles deseen, pero solo escribirán uno cada vez que se acerquen al pizarrón. El tiempo no debe exceder los 10 minutos.

Luego de 10 minutos más, los estudiantes volverán a la pizarra y subrayarán los roles que les resultan más atractivos. Finalmente, los estudiantes tendrán la oportunidad de tachar aquellos roles que no les gustaría desempeñar.

Concluida esta parte inicial, el grupo se dividirá en pequeños equipos para analizar los siguientes aspectos:

¿Cuáles son los roles más aceptados y cuáles los más rechazados? ¿Por qué?

¿Qué relación tiene esta aceptación o rechazo con los patrones socialmente establecidos?

¿Cuáles fueron sus reacciones cuando los roles que escribieron fueron tachados o subrayados?

Las conclusiones de cada equipo serán presentadas en sesión plenaria. El profesor, a partir de la observación del trabajo de los equipos elaborará preguntas, a modo de conclusión, que lleven al grupo a esclarecer sus dudas, inquietudes, a aclarar y cuestionar sus conceptos.

Observación: El profesor en su papel de mediador debe intencionar el rol de enfermo o paciente y observar si este es uno de los roles rechazados por los estudiantes. A partir de la selección de los estudiantes, el profesor iniciará el debate y ajustará la posición del enfermo en relación con los grupos de edades (niño o adolescente). Esta técnica permitirá estimular en el estudiante la autoreflexión, la sensibilización y la valoración de su papel como profesional de la salud.

Segundo momento

Destinado al trabajo independiente, el que permite la profundización en el tema, a partir de una guía facilitada por el profesor (Anexo 14).

Tercer momento

El tercer momento está dirigido a la puesta en práctica de lo aprendido, en una situación real durante la práctica profesional del estudiante en la atención estomatológica a niños y/o adolescentes. El profesor de la actividad clínica emitirá un breve informe que recogerá los aspectos esenciales de lo realizado por el estudiante.

Evaluación y cierre de la actividad: Para el cierre de la actividad los estudiantes deben reconocer que es fundamental establecer una relación empática con los pacientes, que según la edad de estos la RMP asumirá características diferentes y que todo el proceso en su conjunto será el motor impulsor para la motivación y cooperación del niño o adolescente con su tratamiento. Los estudiantes reafirman y comprueban los saberes precedentes y demandan una mejor preparación. La evaluación de la actividad se realizará con la recolección de evidencias de cada momento y a través de la evaluación participativa (autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación), se dará una evaluación integral al estudiante.

Es importante enfatizar que para el desarrollo de la esta actividad se consideraron de los ejes claves de la formación de competencias los siguientes: sensibilización, comunicación asertiva, valores y proyecto ético de vida, gestión de recursos, transversalidad, evaluación y metacognición.

Módulo 2: Reconocimiento de las ADMF desde una visión integradora.

Objetivos:

-Diagnosticar la afectación en el desarrollo emocional de niños y adolescentes con ADMF.

-Reconocer el papel de cada uno de los agentes socioeducativos vinculado al niño o adolescente.

Fundamento: En la colectividad una persona bella es percibida y aceptada fácilmente por sus padres, profesores, y amigos; de no ser así puede provocar complejos y baja autoestima. La familia es el primer factor determinante de los complejos, si el niño no se siente querido, valorado o respetado, su personalidad se tornará frágil e insegura. Los criterios demarcados con anterioridad, suponen que el estomatólogo, para prestar una atención integral a grupos vulnerables como los niños y adolescentes, debe precisar las posibles afecciones emocionales que la enfermedad pueda desencadenar en ellos y aceptar el significado de los agentes socioeducativos en el proceso.

Desde hace algún tiempo, se destaca el papel de la familia como principal agente socializador. Esta es considerada el primer y más permanente apoyo para el individuo, de su actuación van a depender muchas de las expectativas, posibilidades y el bienestar de la persona.

Por otra parte, varios autores destacan la importancia de que la educación e instrucción sean procesos de colaboración entre la escuela y las familias y además señalan, gran cantidad de efectos positivos sobre los niños y los adolescentes, los padres y madres, los profesores, el centro escolar y sobre todo para la comunidad en general (Ortuño, 2014).

Actividad 2: No me comprenden, mis dientes son responsables.

Primer momento

Procedimiento: Se comenzará la actividad con un recordatorio sobre el tema, el cual fue abordado por los estudiantes con anterioridad en la asignatura de Psicología y Salud Bucal en el tercer año de la carrera y dentro de la disciplina Estomatología General Integral, fue reforzado en la Atención Integral a la Familia I, de igual forma las asignaturas de Odontopediatría y Ortodoncia aportan saberes sobre la temática. Se recomienda el empleo de métodos de situaciones, cuya característica esencial es que los estudiantes enfrentan circunstancias muy cercanas a la realidad, con problemas concretos vinculados a su futura actividad profesional.

Sobre este mismo orden de ideas, la adecuada utilización de estos métodos contribuye a la asimilación de conocimientos e influye en el desarrollo de la expresión oral y la comunicación entre los miembros del grupo. Se empleará el "Conflicto".

Esta variante tiene un objetivo más bien motivacional: se insta al estudiante a analizar y evaluar determinada situación presentada, como ilustración del contenido que se imparte.

Aplicación del procedimiento

1. La situación conflictiva se presenta de forma oral y debe ser breve, contenida en no más de 8 oraciones.
2. Se pide a los estudiantes que mediten antes de formular sus consideraciones sobre la situación.
3. Dado el carácter parcial de la información que se brinda, el profesor debe estimular en los estudiantes la comprensión del carácter provisional de sus decisiones, de modo que acepten que pueden estar equivocados.
4. El análisis y discusión no debe prolongarse más de 10 o 15 minutos, para evitar que decaiga el interés.
5. Al analizar la solución a la situación conflictiva no debe valorarse si fue correcta o no, sino las posibles ventajas y desventajas de sus consecuencias.

6. Es posible utilizar medios para fijar las ideas principales o interesantes.

Situación conflictiva propuesta

A la consulta de EGI acude una paciente femenina de 11 años acompañada de su mamá. Usted inicia el interrogatorio y la madre es quien asume el protagónico de la conversación. Al parecer la preocupación de la mamá es la posición de los incisivos superiores, refiere, además, que la niña tiene los dientes tan feos como su papá y debido a ello no quiere ir a la escuela. La paciente se muestra callada y retraída del diálogo, solo niega con la cabeza para expresar que no desea el tratamiento. Al examen clínico usted observa que 11 y 12 presentan resalte invertido de -2 mm, la relación de molares es de clase I y además hay espacios a ambos lados de los dientes afectados. El labio superior es corto, el perfil cóncavo (aparente prognatismo mandibular) y la higiene bucal deficiente.

Aspectos a considerar: relación médico-paciente, pasos de la entrevista médica, posición de los participantes, posible afectación emocional, tipo de ADMF y su tratamiento.

Aunque esta variante del método de casos aparenta ser sencilla, puede ser muy útil, pues propicia entre los estudiantes el análisis y confrontación de diversos puntos de vista, que puede terminar o no en consenso. El problema presentado puede incluso tener un final abierto, si la información que se brinda a los participantes no les permite llegar a una conclusión óptima.

Segundo momento

Este segundo momento de la actividad está destinado al trabajo independiente, el que permite la profundización en el tema, a partir de una guía facilitada por el profesor (Anexo 15 y 16).

Tercer momento

El tercer momento está dirigido a la puesta en práctica de lo aprendido, en una situación real durante la práctica profesional del estudiante en la atención estomatológica a niños y/o adolescentes. Deberá realizar un diagnóstico integral y aplicar alguno de los instrumentos estudiados. El profesor de la

actividad clínica emitirá un breve informe, que recogerá los aspectos esenciales de lo realizado por el estudiante, que junto a la historia clínica individual del paciente constituirán las evidencias.

Evaluación y cierre de la actividad: Para el cierre de la actividad, los estudiantes deben admitir la escasa observancia que en la atención estomatológica se brinda a las afectaciones emocionales que provocan las ADMF y la necesidad del empleo de instrumentos, que permitan detectar las posibles afectaciones emocionales de los niños y adolescentes relativos a estas enfermedades. La evaluación de la actividad se realizará con la recolección de evidencias de cada momento y a través de la evaluación participativa (autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación).

Es importante enfatizar que para el desarrollo de la esta actividad se consideraron, de los ejes claves de la formación de competencias, los siguientes: sensibilización, conceptualización, comunicación asertiva, resolución de problemas contextualizados, valores y proyecto ético de vida, gestión de recursos, transversalidad, evaluación y metacognición.

Módulo 3: Empoderamiento del desempeño integral del estomatólogo, desde su rol como orientador.

Objetivos:

-Profundizar en el estudio de la orientación psicoeducativa como proceso ineludible a lo largo de la vida de los sujetos.

-Diseñar y aplicar acciones psicoeducativas y/o programas.

Fundamentos: La introducción del estudiante en el mundo de la orientación psicoeducativa, permite que se apropie de los saberes elementales para ejercer a posteriori esta función desde su enfoque profesional. Lo convoca, además, a estudiar, analizar y conocer a las personas en su conjunto. De esta manera, podrá optimizar, resaltar, acompañar o modificar aquellos ámbitos donde se mueven los sujetos: el trabajo, la familia, el ocio, las relaciones sociales, las amistades; así como los complejos procesos que se dan dentro de ellos: cognitivos, afectivos, comportamentales. El estomatólogo general,

como declara el modelo del profesional, al egresar de la universidad debe ser capaz de brindar atención estomatológica integral, lo que confirma la necesidad de que el estudiante diseñe y planifique programas de orientación psicoeducativa, que le permitan incidir de manera positiva en los niños y adolescentes con ADMF desde una perspectiva biopsicosocial.

Actividad 3: El mundo de la orientación psicoeducativa.

Primer momento

Procedimiento: Se comenzará la actividad con un preámbulo de la temática para motivar el aprendizaje. Está concebida para el trabajo en grupo, lo que permite socializar el conocimiento individual potenciándolo en el conocimiento colectivo. Se empleará la técnica para asimilación de conocimientos, *Phillips 66*.

Esta técnica es una variante de la discusión en pequeños grupos y tiene como objetivo obtener en tiempo corto, las ideas de un grupo de participantes sobre un determinado tema a través de la participación de todos.

Aplicación del procedimiento

1. Se pide a los participantes que se dividan en grupos de 6 personas.
2. Cada grupo nombra un jefe que dirija la discusión y si es necesario a un registrador.
3. Se plantea una pregunta o un tema de discusión, sobre el que cada grupo deberá discutir y llegar a conclusiones en 6 minutos (se entregarán monografías, artículos impresos, revistas sobre la temática).
4. Cada grupo da a conocer las ideas surgidas durante la discusión en sesión plenaria. Aquí quedan excluidas la interrogación o la crítica.
5. Después que todos los grupos dan a conocer sus ideas iniciales se realiza un breve receso.
6. El grupo se reúne nuevamente durante 6 minutos y elabora una nueva idea que será presentada, basada en un acuerdo común.

Al finalizar esta técnica el coordinador indicará la confección de un trabajo referativo basado en una de las aristas del tema. Para este momento los estudiantes deben alcanzar saberes elementales sobre la temática.

Segundo momento

Este segundo momento de la actividad está destinado al trabajo independiente para la confección del trabajo y la profundización en el tema, a partir de una guía facilitada por el profesor. Es importante especificar que los estudiantes se organizarán, al igual que en la actividad anterior, en grupos de cuatro a cinco, pero esta vez deberán intercambiar con los integrantes de otros grupos. Esto garantiza la heterogeneidad de los grupos (Anexo 17).

Tercer momento

Está dirigido a la exposición y debate de los trabajos. Los grupos espontáneamente decidirán el orden de la exposición y podrán utilizar medios auxiliares, que, en conjunto con el trabajo, servirán como evidencias del proceso de investigación. Mientras un grupo realiza la presentación el resto de los grupos deberán escuchar atentos, luego se iniciará el debate, donde deberá participar al menos un integrante por grupo.

Evaluación y cierre de la actividad: El cierre de la actividad se realizará al finalizar el tercer momento con un resumen general. Los estudiantes deberán emitir sus criterios, inquietudes y revelar las emociones vividas. La evaluación de la actividad se realizará con la recolección de evidencias de cada momento y a través de la evaluación participativa (autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación).

Es importante enfatizar que para el desarrollo de esta actividad se consideraron de los ejes claves de la formación de competencias, los siguientes: conceptualización, comunicación asertiva, valores y proyecto ético de vida, trabajo colaborativo, gestión de recursos, creatividad, personalización e innovación, evaluación y metacognición.

Actividad 4: Construyendo juntos.

Primer momento

Procedimiento: La actividad comenzará con la lectura de varias frases célebres sobre diseño y creatividad, escondidas en el auditorio. A partir de ese momento, se incitará a los estudiantes a que expongan sus ideas resolutivas a la problemática que desde encuentros anteriores se ha tratado. Es importante esclarecer que para este encuentro los estudiantes volverán a formar los grupos de trabajo anteriores, deben traer el resumen diagnóstico de los pacientes seleccionados durante la actividad 2 y 3. Se utilizarán métodos y técnicas participativas para la solución creativa de problemas; estos tienen entre sus objetivos romper esquemas y generar formas nuevas de enfocar los problemas, así como estimular el pensamiento divergente, de forma deliberada y efectiva. La técnica que se sugiere es la técnica: Considerar Todos los Factores (C.T.F.)

Se recomienda el uso de esta técnica cuando es necesario definir una situación o problema que implica múltiples aspectos o factores a tener en cuenta para tomar decisiones acertadas, ya que la misma persigue precisamente la valoración de cada uno de ellos para comprender el fenómeno en su complejidad.

Aplicación del procedimiento

Se revalidarán los modelos básicos para la orientación psicoeducativa, se realizará una breve descripción a través de una presentación de power point. Se dividirá el auditorio en grupos y se repartirán tarjetas que contengan la representación de los modelos básicos antes expuestos; los estudiantes analizarán todos los factores que consideran tienen que ver con los pacientes seleccionados por cada grupo, e iniciarán el diseño de sus acciones o programa de orientación.

Al culminar la actividad (porque se agoten las posibilidades de nuevas ideas), el profesor podrá agregar a la lista las ideas que faltaron y estimulará al grupo a completar las ideas vagas. También se podrá

designar a un subgrupo para que considere nuevos factores. En ese caso un representante del mismo expondrá las conclusiones a las que arribaron y acto seguido se agregarán a la lista. Todo debe registrarse en pancartas o en el pizarrón. La aplicación de la técnica puede concluir con un análisis por el profesor.

Frases que se proponen para la motivación inicial

- Mientras sea creador, por bajo que sea el nivel de su creación, un hombre puede considerarse verdaderamente libre. Gabriel Marcel (1889-1973). Filósofo católico, dramaturgo y crítico francés.
- Diseña todo aquel que idea medidas de acción dirigidas a cambiar situaciones existentes por situaciones preferibles. Herbert Simon (1916-2001). Economista, politólogo y teórico de las ciencias sociales estadounidense.

Segundo momento

Este segundo momento de la actividad está destinado al trabajo independiente de los grupos, para el perfeccionamiento de la idea inicial, donde incluya la redirección del proceso por posibles fracasos.

Tercer momento

Está dirigido a la ejecución de su propuesta, es decir, a la ejecución de las acciones transformadoras. Los estudiantes, para este momento, han debido trabajar con la población asignada en el ASS y han realizado diferentes acciones propias de su práctica profesional, incluidas las orientadas por el programa de intervención. Las historias clínicas familiares e individuales de los pacientes, así como los informes sobre la actividad clínica y comunitaria desarrollada por los estudiantes y supervisados por el profesor, constituirán las evidencias para la evaluación.

Evaluación y cierre de la actividad:

Para el cierre de la actividad los estudiantes deben tener esbozado su programa o acciones de orientación psicoeducativa. Deben aparecer representadas las tareas y actividades para cada

participante del proceso. Asimismo, se proponen las metas a alcanzar. El cierre de la actividad se realizará al finalizar el tercer momento con un resumen general. Los estudiantes deberán emitir sus criterios, inquietudes y emociones vividas. La evaluación de la actividad se realizará con la recolección de evidencias de cada momento y a través de la evaluación participativa (autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación).

Es importante enfatizar que para el desarrollo de esta actividad se consideraron, de los ejes claves de la formación de competencias, los siguientes: sensibilización, resolución de problemas contextualizados, comunicación asertiva, valores y proyecto ético de vida, trabajo colaborativo, gestión de recursos, creatividad, personalización e innovación, transversalidad, evaluación y metacognición.

Observaciones

Para el cierre final del programa el estudiante debe realizar la presentación de un caso donde se evidencie la transformación lograda, ya sea del niño o adolescente. Es importante aclarar que esta transformación no se logra en un pequeño lapso de tiempo, por lo que el estudiante tendrá todo el semestre para ejecutar la atención estomatológica integral al paciente. De no ser posible, la culminación del proceso podrá presentar los resultados obtenidos hasta el momento.

De manera sucinta, resulta oportuno resaltar la modalidad de portafolio para la organización de las evidencias de los estudiantes durante la ejecución del programa. Estas evidencias dan seguridad de la formación de la competencia. Se empleará en específico el portafolio de formato abierto, pues permite la recolección de todas las evidencias que los estudiantes consideren necesarias y su posterior evaluación.

Fase de valoración (evaluación)

Algunas de las acciones concebidas para esta fase son:

- ✓ Observación participante.

- ✓ Determinación de los niveles de logro de cada estudiante, antes y después de aplicado el programa.
- ✓ Análisis de los resultados de la actividad.

3.2 Valoración de la factibilidad de la implementación del programa, a través de los talleres de opinión crítica y construcción colectiva.

Para valorar el modelo pedagógico y la factibilidad de aplicación del programa de intervención pedagógica, se aplicó el método de talleres de opinión crítica y construcción colectiva (Cortina y Trujillo, 2009). En la planificación, desarrollo y valoración de los talleres se tuvo en cuenta:

- ✓ Selección de los participantes (particularidades de cada grupo) de acuerdo a los objetivos de los talleres.
- ✓ Distribución de los materiales necesarios en soporte digital para el análisis de la propuesta (modelo pedagógico y programa de intervención pedagógica).
- ✓ Implementación de los talleres de acuerdo a la estructura: introducción, desarrollo y conclusiones.
- ✓ Análisis de la información resultante de cada uno de los talleres.

Se planificaron tres talleres, para estos se solicitó la participación de docentes de la facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. El primer taller se desarrolló con miembros del Consejo Científico de la Facultad con experiencia investigativa relacionada con el objeto. El segundo se planificó con los profesores del Departamento de Estomatología General Integral (EGI). El tercer taller se desarrolló con los docentes del Departamento de Ciencias Clínicas, en especial de la especialidad de Ortodoncia.

Objetivos generales de los talleres:

- ✓ Valorar la pertinencia del modelo pedagógico, de los subsistemas que lo integran y sus componentes, así como las relaciones que se establecen entre estos.

- ✓ Valorar la factibilidad de implementación del programa de intervención pedagógica como concreción del modelo pedagógico.
- ✓ Enriquecer, desde el punto de vista teórico y práctico, el modelo pedagógico y el programa de intervención pedagógica que se presentan.

En cada uno de los talleres se realizó la presentación de los principales resultados de la investigación por parte de la autora y se propició el debate y el intercambio colectivo en relación a la temática. Se tomaron las intervenciones realizadas por los participantes, las que quedaron registradas en la relatoría de cada taller. Se realizaron las conclusiones y se enunciaron las ideas, que, a partir de los criterios emitidos, se tomarían en cuenta para el perfeccionamiento del modelo y el programa de intervención.

Primer taller de opinión crítica y construcción colectiva.

Se desarrolló en horas de la mañana en el salón de reuniones de la facultad de Estomatología. Participaron 12 profesores, todos miembros del Consejo Científico, con experiencia en la investigación pedagógica: un Doctor en Ciencias Pedagógicas, dos Máster en Educación Superior y siete Máster en Salud Bucal Comunitaria. El grupo de docentes posee una formación profesional que le permite reflexionar acerca del objeto y campo de investigación, así como en el trabajo con instituciones como la escuela y la familia.

Principales resultados del taller: Se reconoció el valor teórico y práctico de la investigación y su pertinencia para la formación de la competencia en los estudiantes. Se propuso continuar trabajando en los referentes sociológicos del modelo teórico. Se sugirió valorar la denominación de los componentes de cada subsistema, profundizar en las relaciones que se establecen entre los tres subsistemas que conforman el modelo y repensar el calificativo de la cualidad resultante.

Segundo taller de opinión crítica y construcción colectiva.

Se realizó en horas de la mañana en el salón de reuniones de la facultad de Estomatología. Participaron ocho profesores del Departamento EGI, todos especialistas de II Grado en EGI y Diplomados en Educación Médica Superior. Además de ellos, cuatro son Máster en Salud Bucal Comunitaria y dos poseen una vasta experiencia en la práctica clínica con niños y adolescentes. Se reconoce que los docentes tienen la formación que les permite reflexionar acerca del campo de acción que se plantea en la investigación, así como experiencia en estudios encaminados al desarrollo del proceso formativo. Al ser un grupo múltiple en la formación del pre y postgrado, proporciona una visión interdisciplinaria de la investigación.

Principales resultados del taller: Se reconoció la necesidad de la investigación para la formación integral del educando. Se propuso profundizar en los fundamentos sociológicos y pedagógicos del modelo. Se manifestó la importancia de ahondar en el papel de los agentes socioeducativos desde el modelo, en especial de la familia. Se enfatizó en la pertinencia de los subsistemas y sus relaciones.

Tercer taller de opinión crítica y construcción colectiva.

Se realizó en horas de la mañana en el aula de Postgrado de la facultad de Estomatología Participaron 10 profesores, pertenecientes al departamento de Ciencias Clínicas. De los profesores que participaron, nueve son especialistas de II Grado en Ortodoncia, de ellos, dos Doctores en Ciencias Médicas, dos Máster en Salud Bucal Comunitaria y cinco Diplomados en Educación Médica Superior. De manera general, todos presentan experiencia en el trabajo de niños y adolescentes con ADMF.

Principales resultados del taller: Se valoró como importante el trabajo con grupos poblacionales que constituyen prioridad para el Sistema Nacional de Salud. Se sugirió meditar en el empleo de otros índices epidemiológicos para la determinación de la necesidad de tratamiento ortodóncico. Se encontró relación entre el modelo teórico y el programa de intervención pedagógica.

En los talleres se promovieron discusiones que facilitaron el perfeccionamiento de la investigación. Estos acontecieron en un medio científico, que favoreció el intercambio de ideas y reflexiones atinadas. Los resultados de los talleres ratificaron la calidad de los principales alcances de la investigación. Se valoraron como adecuados tanto el modelo, como el programa. No se realizaron conjeturas que anularan la implementación del programa de intervención pedagógica para el desarrollo de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología.

3.3 Evaluación de la efectividad del programa, a través de la implementación de un pre-experimento pedagógico.

El pre-experimento pedagógico se dispuso con el objetivo de evidenciar, tanto la validez del modelo de la formación de la competencia objeto de estudio, así como la efectividad del programa diseñado para este proceso.

Se partió de la hipótesis que señala que un programa de intervención pedagógica sustentado en un modelo de similar naturaleza y conducente a la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología, puede minimizar las insuficiencias en la atención estomatológica integral, como expresión del desempeño profesional del estudiante.

El pre-experimento se realizó durante el primer semestre del curso escolar 2016-2017. La muestra seleccionada incluyó 70 estudiantes de 4to año de la carrera de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, lo que representa el 48.27% del total de estudiantes de ese año académico. De igual manera, se consideraron de forma deliberada 10 de docentes miembros de los colectivos de asignaturas afines con el tema y que conforman la disciplina integradora.

Es oportuno señalar que, se seleccionó este año académico por su relación con la atención al menor de 19 años según los objetivos instructivos y educativos establecidos en el plan de estudio. No obstante,

aunque se determinó implementar el programa de intervención pedagógica para la formación de la competencia durante un semestre, se debe tener presente que las competencias no se forman con rapidez, este proceso se extiende en el tiempo y solo se afianza y expresa con posterioridad, en la práctica profesional.

Al considerar la no existencia de un grupo de control para la comparación de resultados con uno experimental, se diseñó el pre-experimento de forma tal que el propio grupo ejecutara ambas funciones, para lo que se concibió una fase de control dirigida a la constatación de la situación inicial de los estudiantes y una fase experimental que terminó con la aplicación de instrumentos para la evaluación final.

En la muestra seleccionada fueron constatados los indicadores de desempeño, así como los niveles de logro por eje procesual de la competencia, lo cual permitió realizar una valoración general de la misma antes y después del pre-experimento; así como comprobar las transformaciones logradas (Anexo 8).

Mediante la técnica del portafolio, la investigadora recopiló las observaciones y anotaciones que resultaron del proceso y del análisis de los materiales que constituyeron evidencias de la participación de los estudiantes en la realización de la orientación psicoeducativa. Estos resultados brindaron criterios significativos para la validación del programa y posibilitaron la realización de reajustes, así como el rediseño de la superación de los profesores, de acuerdo con las nuevas situaciones que se presentaron a medida que se aplicaba el estímulo.

El desarrollo del pre-experimento se estructuró a partir de tres momentos esenciales:

- (1) Aplicación de instrumentos y observaciones como constatación inicial.
- (2) Introducción del estímulo y su comprobación sistemática a través de observaciones.
- (3) Aplicación de las pruebas de salida.

A continuación se muestran las acciones, su ejemplificación y principales resultados obtenidos.

1- **Determinación del estadio inicial** de la competencia en los estudiantes.

Para la concreción de esta acción se aplicó una prueba pedagógica de entrada para explorar los saberes que poseían en el área de la orientación psicoeducativa (Anexo10). Se realizó, además, la observación a actividades del proceso formativo relacionadas con la práctica profesional y el análisis de los productos de la actividad (Anexo 12) y se aplicó un cuestionario a profesores para evaluar su opinión sobre el desempeño profesional de los estudiantes en relación con la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF (Anexo 11).

Con base en la triangulación de los resultados obtenidos, fue posible establecer los niveles de logro inicial de la competencia (y sus ejes procesuales) en cada uno de los estudiantes, para lo cual se consideró el empleo de una escala valorativa (Anexo 9).

A continuación se exponen los principales resultados:

-Se mostraron insuficiencias en cuanto al dominio de los aspectos relacionados con las características esenciales de la relación médico-paciente en la consulta estomatológica según la edad y las fases o etapas de la entrevista médica.

-Por otra parte, se manifestaron dificultades, por los estudiantes, para identificar las características esenciales del desarrollo psicológico y emocional de niños y adolescentes.

-Se detectó desconocimiento de los instrumentos que permiten determinar estados emocionales o posibles afecciones psíquicas en relación con las ADMF. Asimismo, no se reconocieron los modelos básicos para la orientación psicoeducativa.

-Se apreció que en la realización de los ASS hay omisión del estudio epidemiológico de las ADMF y se circunscriben solamente al estudio de la caries dental.

-Se constata escasa preocupación por el desarrollo emocional de los niños y adolescentes con ADMF, a pesar de la postura integradora que preconiza el plan de estudio y las exigencias de la sociedad.

2- **Sensibilización** de profesores y estudiantes con la necesidad de formar la competencia.

Para el logro de esta acción se desarrollaron charlas motivacionales con estudiantes y profesores. En el caso de los estudiantes, la charla se dirigió a sensibilizarlos con la necesidad de formar la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF para perfeccionar su formación, donde su participación activa y consciente fuese determinante.

Las charlas dirigidas a los profesores no solo se encausaron hacia la sensibilización de estos con la necesidad de formar la competencia, sino también a brindar una pequeña panorámica de la formación de competencias en la educación médica superior, como vía de perfeccionamiento de los procesos formativos para hacerlos más pertinentes.

Es importante enfatizar que se realizaron charlas motivacionales conjuntas (profesores y estudiantes), estas permitieron el intercambio de ideas e intereses mutuos. Se apreció una participación activa de todos los involucrados y el compromiso de contribuir a la formación de la competencia. Además, se explicó la pertinencia de emplear la autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación en la valoración del desempeño profesional del estudiante.

Algunos de los logros obtenidos se evidencian a partir de las expresiones manifiestas por profesores y estudiantes, como las que se muestran a continuación:

-Creo en verdad que nos faltan cosas muy buenas por hacer para lograr la satisfacción de los pacientes.

-Tengo mucho que aprender aún.

-Nunca había pensado en esa arista del tratamiento estomatológico integral, me parece muy interesante.

-La feliz sonrisa de un niño, ha de ser lo más importante para todo aquel que decida entrar en el mundo de la estomatología infantil.

3- Aplicación del programa en la fase de planificación-ejecución.

Esta acción fue puesta en marcha, a partir de la familiarización de los profesores con la formación de la competencia orientación psicoeducativa. Para ello, se realizó en un primer momento, un trabajo metodológico con los profesores para la adecuación de los niveles de logro a las condiciones específicas (objetivos y saberes asociados) de las disciplinas, asignaturas y la práctica profesional (en atención a los criterios de desempeño de cada eje procesual de la competencia).

En un segundo encuentro se debatió sobre la caracterización de los problemas profesionales existentes en los contextos inmediatos en que se desarrolla el estudiante, para garantizar que la orientación psicoeducativa ejecutada por estos, estuviera dirigida a la solución de los problemas diagnosticados y poder lograr así, el impacto de las acciones transformadoras a través de la práctica profesional.

Con posterioridad, se procedió a iniciar la superación de los profesores para fomentar su papel mediador en el proceso de formación de la competencia. Para lo cual, se realizó un taller pedagógico de iniciación donde se expusieron las esencialidades de las acciones diseñadas y se brindó una visión panorámica de su papel en el proceso. Se exhibió un video que reveló la orientación psicoeducativa profesionalizada en un grupo de niños y adolescentes. Todo este proceso se afianzó con la impartición de un curso de superación profesoral de 44 horas lectivas, avalado y aprobado por el Consejo Científico de la facultad de Estomatología (Anexo 18). Este curso incluyó todos los temas relativos a la orientación psicoeducativa de niños y adolescentes con ADMF y lo referente a la formación de la competencia descrita y el enfoque de competencias en la Educación Superior.

Resulta oportuno declarar que también se garantizó la superación de los profesores a través de clases metodológicas instructivas y demostrativas, con el objetivo de esclarecer las vías y procedimientos concebidos en el programa para formar la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología.

Una vez preparados los profesores, se procedió a la implementación parcial del programa de intervención pedagógica propuesto. Para comprobar su efectividad, se utilizaron los mismos instrumentos que se aplicaron en la constatación inicial y se consideraron iguales niveles, al evaluar.

4- Continuación de la observación a actividades del proceso formativo relacionadas con la práctica profesional de los estudiantes y la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF dentro de la atención estomatológica integral.

5- Aplicación del programa en la fase de evaluación.

Para el cumplimiento de esta acción se analizaron todos los materiales recogidos en el portafolio de evidencias de los estudiantes. El proceso de análisis y procesamiento de la información involucró a: jefe de la disciplina integradora, jefe de colectivo de año, profesores principales de las asignaturas de Atención Integral a la Familia, Odontopediatría y Ortodoncia, profesor guía y profesores de clínica.

6- Aplicación de la prueba de salida para la evaluación.

Se utilizaron los mismos instrumentos que se aplicaron en la constatación inicial y se consideraron iguales niveles al evaluar. Los resultados de la triangulación de los instrumentos aplicados permitieron constatar las transformaciones ocurridas en cada uno de los estudiantes, según los indicadores seguidos.

Se tomó para la ejemplificación los indicadores del tercer eje procesual denominado **Ejecución de acciones transformadoras**. A continuación, se enuncia el indicador aludido y el aspecto que se corresponde en la prueba pedagógica.

Aspecto 8 de la prueba pedagógica (Anexo 10): Realiza las actividades orientadoras según resultados del diagnóstico; está vinculado al indicador 13 del tercer eje procesual de la competencia, según la escala valorativa del Anexo 9. Se pudo constatar que la puesta en práctica de las actividades o tareas orientadoras, complementa la atención estomatológica que el estudiante había desarrollado en su

práctica profesional hasta ese momento. Enriquece de esta manera, la formación pertinente e integral del estudiante.

Desde la aplicación de los instrumentos se pueden observar algunas respuestas.

Estudiantes que se ubican en los niveles estratégicos (E) y autónomo (A):

-Al principio sentí que me alejaba de mi profesión, pero al trabajar con los niños, adolescentes y sus familias, descubrí que puedo, desde mi profesión, enseñar todo lo que desconocen sobre las ADMF y su relación con las emociones.

-Con los adolescentes el trabajo se hace más complicado, pero son los que más lo necesitan, la familia debe ayudar; yo les ofrecí herramientas para eso.

-Muchos no quieren sonreír por culpa de sus dientes, pero les enseñé que reír es saludable y que todo pasará rápido, solo tienen que cooperar.

Un ejemplo de respuesta de alumno que se ubica en un nivel receptivo (R) es:

-Me cuesta trabajo llegar a los niños, siento que no conectamos bien, debo mejorar no solo por mi profesión, sino porque algún día seré padre.

En este contexto, algunos estudiantes escribieron cuentos y poemas que permitieron la motivación y comprensión de niños, adolescentes y padres sobre la importancia de la estética dental, la autoestima y el apoyo de la familia en el desarrollo emocional (Anexo 19).

Aspecto 9 de la prueba pedagógica (Anexo10): Valora los cambios logrados y la necesidad de perfeccionar las actividades; está vinculado al indicador 16 del tercer eje procesual de la competencia, según la escala valorativa del Anexo 9. Se pudo comprobar que la valoración de los cambios de forma sistemática desarrolla la capacidad reflexiva de los estudiantes y estimula la creatividad en busca de nuevas variantes para la orientación.

Desde la aplicación de los instrumentos se pueden observar algunas respuestas.

Estudiantes que se ubican en los niveles estratégicos (E) y autónomo (A):

-Algunos padres ofrecen resistencia, no aceptan que se equivocan, pero me gané su confianza y logré que me apoyaran, a mí y a su hija.

-La mamá no entendía para qué le preguntaba sobre el rendimiento escolar del niño, pero cambié mi estrategia y a través de un cuento infantil que escribí yo mismo, la hice comprender.

Un ejemplo de respuesta de alumno que se ubica en un nivel preformal (P) es:

-Mi técnica no funcionó, ahora el adolescente ni siquiera me escucha, creo que es normal a su edad.

Desde esta dinámica, los estudiantes enfrentaron algunas barreras, sin embargo, se pudo apreciar la búsqueda de soluciones para sortearlas. Realizaron actividades en las escuelas (primarias, secundarias y preuniversitarias), lograron la cooperación de profesores y auxiliares pedagógicas (Anexo 20).

Emplearon la ludoterapia y la pictografía como vías para la orientación psicoeducativa de niños con ADMF, pues estas permiten el desarrollo de habilidades, a la vez que trabajan aspectos de su mundo afectivo, social y cognitivo (Anexo 21).

En relación con los adolescentes, emplearon cuadernos de ejercicios para elevar la autoestima, estos fueron elaborados a partir de la búsqueda bibliográfica realizada. Crearon plegables con mensajes y consejos para la familia (Anexo 22).

Aspecto 10 de la prueba pedagógica (Anexo 10): Analiza la posibilidad de aplicar los resultados en otros problemas profesionales que afectan a niños y adolescentes; está vinculado al indicador 19 del tercer eje procesual de la competencia, según la escala valorativa del Anexo 9. Se evidenció que el conjunto de saberes (cognitivos, procedimentales y actitudinales) desarrollados por los estudiantes amplía el alcance de su trabajo profesional. Le conceden un sin número de herramientas en función de la atención estomatológica integral de niños y adolescentes inmersos en otras situaciones profesionales.

Desde la aplicación de los instrumentos se pueden observar algunas respuestas.

Estudiante que se ubica en el nivel autónomo (A):

-Es increíble cómo a través de la orientación de una niña succionadora del pulgar, también ayudé a su hermanita que estaba mudando los dientes y no se quería reír.

Unido a las consideraciones anteriores, se realizó una encuesta a padres y familiares de los niños y adolescentes que participaron en el programa de intervención, con el objetivo de verificar el grado de satisfacción que estos mostraban (Anexo 23). Los resultados obtenidos fueron alentadores, pues se pudo comprobar que la totalidad de estos mostraron complacencia con las diversas actividades desarrolladas por los estudiantes, a partir de las transformaciones vivenciadas por sus hijos.

Principales resultados alcanzados con la implementación del programa.

El análisis de los resultados logrados demostró un progreso del número de estudiantes ubicados en los niveles preformal y receptivo a los niveles resolutivo, autónomo y estratégico.

A continuación se comentan los resultados más significativos obtenidos a medida que los estudiantes fueron cumpliendo las acciones declaradas en el programa:

- ✓ Se constató un incremento en el dominio de las características esenciales de la relación médico-paciente según la edad y las fases o etapas de la entrevista médica. Se minimizaron las dificultades para identificar las características esenciales del desarrollo psicológico y emocional de niños y adolescentes.
- ✓ Reconocieron y aplicaron instrumentos para determinar estados emocionales o posibles afecciones psíquicas, entre ellos: Historietas de Madeleine Thomas, Inventario de problemas juveniles, Autorreporte vivencial e Inventario de autoestima.
- ✓ La gran mayoría se familiarizó con los modelos básicos para la orientación psicoeducativa y diseñaron sus propios programas de orientación. Fueron realizados adecuadamente en los ASS estudios epidemiológicos relacionados con las ADMF.

- ✓ Se promovieron diversos recursos personológicos y consolidaron saberes cognitivos, procedimentales y actitudinales como resultado de la actividad orientadora, movilizándolos durante la resolución de situaciones semejantes en la atención estomatológica integral.

Es importante esclarecer que, en cuatro estudiantes de los sometidos al pre-experimento, no hubo transformación, mantuvieron niveles similares relacionados con la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF antes y después del pre-experimento. Se asume que faltó mayor énfasis en el trabajo individual con ellos, en función de hacer necesario y significativo el tema, así como potenciar el trabajo grupal y las experiencias positivas de este.

Estos resultados permiten afirmar que en la constatación final del pre-experimento se produjeron cambios en relación con la constatación inicial, en los cuales tuvo un papel fundamental la implementación del programa de intervención pedagógica para la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología, pertenecientes a la muestra estudiada.

Se aplicó la escala valorativa (Anexo 9) para la evaluación de la competencia (vista en su totalidad) y para sus tres ejes procesuales, antes y después de la experimentación.

Una vez finalizado, se utilizó la prueba de los signos para muestras relacionadas y la prueba estadística no paramétrica para dos muestras relacionadas de Wilcoxon (Cf. Siegel, 1987) mediante el paquete estadístico SPSS, las que permitieron medir la significatividad de los cambios, a partir de los resultados obtenidos de la aplicación de la escala antes y después de la experimentación.

Los datos cuantitativos se muestran en el Anexo 25. Se tomaron como hipótesis estadísticas:

- H₀ (hipótesis de nulidad): No existen diferencias significativas entre los puntajes relativos a la formación de la competencia/o uno de sus ejes procesuales, antes y después de aplicarse el programa de intervención.

- H1 (hipótesis alternativa): Existen diferencias significativas en los puntajes relativos a la formación de la competencia /o uno de sus ejes procesuales, antes y después de la aplicación del programa.

Como la p obtenida resultó menor que $\alpha/2=0,1$ ($\alpha=0,05$ y se trata de una prueba de 2 colas), en todos los casos, se rechazó la hipótesis de nulidad y se aceptó la alternativa. Esto permitió verificar la efectividad del pre-experimento para favorecer la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología, en términos estadísticos.

Conclusiones del capítulo III.

- El programa de intervención pedagógica propuesto está estructurado en tres fases dedicadas al diagnóstico-motivación, la planificación-acción y a la evaluación de la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología.
- El valor teórico-metodológico y la pertinencia del modelo de formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología, del programa de intervención pedagógica que lo instrumenta y de los niveles de logro establecidos para su formación y evaluación, fueron evaluados por los talleres de manera positiva.
- Asimismo, el pre-experimento realizado a los estudiantes de la carrera demostró que el programa sustentado en el modelo favoreció la formación de la competencia objeto de estudio.

CONCLUSIONES GENERALES

- El análisis histórico tendencial, evidenció insuficiencias en el proceso formativo del estudiante de Estomatología, con énfasis en la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF, las cuales conducen al limitado desempeño profesional en la atención estomatológica integral.
- El análisis epistemológico del objeto y el campo de la investigación, develó la presencia de limitaciones en la fundamentación del proceso de formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología, con énfasis en su descripción.
- El diagnóstico de la situación inicial, indicó la presencia de insuficiencias manifestadas por estudiantes y profesores, las que denotan un escaso conocimiento sobre la temática, falta de compromiso para la orientación psicoeducativa y un exiguo tratamiento teórico-metodológico de la misma, desde una perspectiva interdisciplinar.
- La descripción estructural conceptual de la competencia objeto de análisis, permitió su identificación, el esclarecimiento de los problemas contextuales, sus ejes procesuales, sus indicadores de desempeño, las evidencias a recolectar y los niveles de logro, elementos que favorecen su formación y evaluación.
- El modelo que se propone revela la lógica de las relaciones de coordinación y complementariedad entre los tres subsistemas que lo componen, de ellas se deriva como relación más trascendental (sinergia), la pertinencia de la perspectiva socio-psico-educativa en la atención estomatológica integral a niños y adolescentes con ADMF.

- La valoración de la pertinencia de los principales resultados científicos a través de los talleres de opinión crítica y construcción colectiva, resaltó la correspondencia entre el modelo y el programa propuestos, así como los niveles de logro para la evaluación de la competencia.
- La implementación del pre-experimento permitió corroborar la efectividad preliminar de la introducción en la práctica del programa de intervención, a los fines de favorecer el proceso de formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología.

RECOMENDACIONES

- ✓ Generalizar la adaptación de la propuesta, en correspondencia con los cambios requeridos en la carrera de Estomatología, para favorecer el desempeño competente del estudiante.
- ✓ Brindar continuidad al presente estudio en las siguientes direcciones principales:
 - a) Profundización del trabajo metodológico de los colectivos de carrera y año, para continuar elevando el nivel de preparación de los profesores, en función de favorecer la formación de la competencia objeto de análisis.
 - b) Contribución, sobre la base de la construcción teórica propuesta, al tratamiento a la formación y desarrollo de la competencia descrita en la formación postgraduada del estomatólogo.
 - c) Movilización de los saberes adquiridos a otros grupos poblacionales como la tercera edad.

BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, A.M. (2016). Propuesta de intervención psicopedagógica dirigida a los estudiantes que se encuentran en el proceso de transición escolar, de la básica primaria a la secundaria de la institución educativa Gabriela Mistral del municipio de Copacabana. [en línea]. Medellín, Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana. Recuperado de <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/2708/TG.PROPUUESTA%20DE%20INTERVENCION%20ANAMARIA%20ACEVEDO%20SERNA.%20MAESTRIA%20EN%20PSICOPEDAGOGIA.%2014042016.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Aguirre, A.M., Caro, C., Fernández, S. y Silvero, M. (2016). Familia, Escuela y Sociedad. [en línea]. España: UNIR Editorial. Recuperado de <https://www.unir.net/wp-content/uploads/2016/03/Manual-familia-escuela-sociedad.pdf>
- Alcántara, F. de la C., Alcántara, A., Vara, E.J. y Fimia, R. (2017). Impacto de actividades extracurriculares de formación vocacional y orientación profesional en estudiantes de ciencias médicas. [en línea]. EDUMECENTRO, 9(2), 124-139. Recuperado de http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/913/html_224
- Alexis, A. (2014). Estudio comparativo del autoconcepto en niños prescolares en situaciones de pobreza y en ambientes más favorecidos. *Entretemas*, 12, 41-62.
- Almidón, I.R. (2017). El papel de la interdisciplinariedad en la enseñanza aprendizaje de la matemática. Recuperado de <https://www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/?El-papel-de-la-interdisciplinariedad-en-la-ensenanza-aprendizaje-de-la-matemática>
- Alonso, J.M. (2016). Influencia de la familia en el desarrollo de las Habilidades Socioemocionales de los niños de Educación Primaria. [en línea]. Sevilla, España: Universidad de Sevilla. Recuperado de <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/45103/TFG%20Jose%20Mar%C3%ADa%20Alonso.pdf?sequence=1>
- Álvarez, C. (2004). *El Proceso Docente Educativo*. Recuperado de <http://www.esimecu.ipn.mx/diplomado>
- Álvarez, M. y Bisquerra, R. (2012). *Orientación educativa. Modelos, áreas, estrategias y recursos*. Madrid: Wolters Kluwer.
- Aparicio, J.H., Peña, Y. y Rodríguez, D. (2011). A propósito de la orientación educacional. [en línea]. *Opuntia Brava*, 3(3), 10. Recuperado de <http://opuntiabrava.ult.edu.cu>
- Arroyo, Y. y Morera, H. (2012). Maloclusiones en niños de 8 a 12 años y la percepción de los padres de familia de la necesidad de una interconsulta con el ortodoncista a temprana edad. *Acta Odontol Venez*, 8(2), 19-24.
- Awuapara, S. y Valdivieso, M. (2013). Características biopsicosociales del adolescente. [en línea]. *Odontología pediátrica*, 12(2), 119-128. Recuperado de http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=99552&id_seccion=3917&id_ejemplar=9709&id_revista=240

- Baña, M. (2015). El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastorno del espectro del autismo. [en línea]. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 323-336. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000300009
- Bardina, M.I. (2015). *La formación de motivos relacionados con el magisterio en escolares del segundo ciclo de la educación primaria*. Tesis doctoral, Universidad de Camagüey "Ignacio Agramonte Loynaz", Camagüey.
- Bellagamba, H.P. & Pearson, J.B. (2012). Infantile psychology applied to orthodontic. [en línea]. *Arch Dischild*, 23(17), 1-8. Recuperado de <http://www.sporposite.com/art#173.htm>
- Bernard, H. (2009). Ética y civilización. Apuntes para el tercer milenio. *PRHSJ*, 16(3), 295-300.
- Bisquerra, R. (2016). 10 ideas clave. Educación emocional. Barcelona: Grao.
- Blanco, A. (2001). *Introducción a la sociología de la educación*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Blanco, A. (2003). Epistemología de la educación. Una aproximación al tema. En A. Blanco, (Ed.), *Filosofía de la educación*, (pp. 46-55). La Habana, Cuba: Pueblo y Educación.
- Blanco, M.Á., Rodríguez, H., Moreno, M.A., Díaz, L., Salas, R.S., Del Pozo, H., et al. (2015). Propuesta de competencias profesionales para el perfil del egresado en la especialidad de medicina interna en Cuba. [en línea]. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 14(6), 823-838. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2015000600012&lng=es&tlng=es
- Borroto, E., y Salas, R. (2017). El proceso docente educativo en el pensamiento de Fidel. [en línea]. *Educación Médica Superior*, 31(2), 12-21. Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1179>
- Bourzgui, F., Serhier, Z., Sebbar M., Diouny, S., Bennani, M. & Ngom, P. (2015). Adaptation and validation of the Moroccan Arabic versión of the Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire (PIDAQ). *The Saudi dental Journal*, 27, 180-186.
- Bullen M., Salazar L. y Díaz, V.P. (2015) Orientación empática en estudiantes de odontología de la Universidad de Panamá. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2015; 31 (2): 266-275
- Calderón, G. y Dueñas, C. (2016). Influencia de seis maloclusiones en la percepción de inteligencia, atractivo físico y habilidades interpersonales. *Revista Odontoinvestigación*, 2(2), 2-12.
- Calviño, M. (2000). *Orientación psicológica: esquema referencial de alternativa múltiple*. La Habana: Ciencia y Técnica.
- Calviño, M. (2010). La aproximación psicosocial en orientación comunitaria II. En A. M. del Rosario (Comp.), *Psicología y acción comunitaria. Sinergias de cambio en América Latina* (pp.177-202). La Habana: Caminos.
- Calzada, A., Mora, C., Calzada, A., Álvarez, I., Pérez, R. y Rodríguez, J. (2014). Necesidad de tratamiento ortodóncico en escolares. Aplicación del índice de prioridad de tratamiento de Shaw. *Medisur*, 12(4), 622-34.
- Capllonch, M. y Monzonís, N. (2015). Mejorar la competencia social y ciudadana: innovación desde educación física y tutoría. [en línea]. *RETOS. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 256-262. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345741428045>
- Caride, A., Gradaílle, R. y Caballo, B. (2015). La pedagogía social como educación, a la educación como Pedagogía. Perfiles educativos. *Pedagogía social y educación social*, XXXVII, (148), 23-36.

- Carvajal, B. (2013). *Competencias informacionales desde la formación inicial del docente*. Tesis doctoral. Universidad de Ciencias Pedagógicas José Martí, Camagüey, Cuba.
- Cassullo, G. L. y García, L. (2015). Estudio de las Competencias Socio Emocionales y su Relación con el Afrontamiento en Futuros Profesores de Nivel Medio. [en línea]. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 18(1), 213-228. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6018/reifop.18.1.193041>
- Castillo, S.E. y Canul P.Y. (2015). Docente mediador en la formación de competencias en educación Básica. [en línea]. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*. Recuperado de <http://pag.org.mx/index.php/PAG/article/viewFile/334/376>
- Castro, M., Díaz, P.A., Muñoz, A.L., Rodríguez, M., Escalona, L., y Rodríguez, M. (2017). La competencia investigativa del Licenciado en Imagenología: reto contemporáneo en el sector de la salud. *EDUMECENTRO*, 9(1), 31-47. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742017000100003&lng=es&tlnq=es
- Cejas, E. y Pérez, J. (2016). *Un concepto muy controvertido: competencias laborales* [en línea]. Valencia: Universitat de València. Recuperado de <http://www.uv.es/~selva/gestion/articulos/controcomplab.htm>
- CEPES. (1995). *Los métodos participativos ¿una nueva concepción de la enseñanza?* La Habana: Universidad de La Habana/Centro de estudios para el perfeccionamiento de la Educación Superior.
- Cerezo, R. y Núñez, J.C. (2011). Programas de intervención para la mejora de las competencias de aprendizaje autorregulado en educación superior. *Perspectiva Educacional*, 50(1), 1-30.
- Chambers, D.W. (1993). Toward a competency-based curriculum. [en línea]. *Journal Dentric Education*, 57(11), 67-74. Recuperado de <http://www.jdentaled.org/content/57/11/790.short#>
- Champin, D. (2014). Evaluación por competencias en la educación médica. [en línea]. *Revista peruana médica.salud pública*, 31(3), 566-571. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000300023&lng=es&nrm=iso
- Chávez, V.A. (2017). Enfoque sociológico de los modelos de formación del profesorado universitario. *Filosofía de la Educación*, (23), 119- 137.
- Chico, M. (2015). *Mejorar autoestima y autoconcepto a través del juego en el aula infantil*. Trabajo de grado, Grado de Maestro en Educación Infantil, Universidad Internacional de La Rioja, Barcelona, España.
- Chong, M. y Mercedes, A. (2013). *Sistema educativo en México: El modelo de competencias, de la industria a la educación*. México: Departamento de Geografía y Ordenación Territorial Universidad de Guadalajara.
- Collazo, B. y Fuentes, M. (1992). *La orientación en la actividad pedagógica*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Colunga, S. y García, J. (2016). Intervención educativa para desarrollar competencias socioemocionales en la formación académica. [en línea]. *Revista Humanidades Médicas*, 16(2), 317-335. Recuperado de <http://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/978/635>
- Companioni, F.A. (2009). *Contribución a la historia de la Estomatología cubana*. La Habana: ECIMED.

- Conferencia Regional de Educación Superior (CRES). (2008). *Declaración de la Conferencia Regional de la Educación Superior en América Latina y el Caribe* [en línea]. Ecuador: Declaración CRES. Recuperado de <http://www.udual.org/Anuncios/DeclaracionCRES2008.pdf>
- Córdova, C. (2012). *Estrategia pedagógica para el desarrollo de la competencia investigativa para el posgrado*. Recuperado de www.congresouniversidad.cu/revista/index.php/.../article/download/.../85
- Cortina, V., y Trujillo, Y. (2009). Talleres de opinión crítica y construcción colectiva: un método para corroborar resultados en la investigación pedagógica. Soporte digital. *Pedagogía 2009*. Las Tunas. Cumbre mundial de educación médica declaración Edimburgo 1993. [en línea]. *Educación Médica Superior*, 14(3), 125-142. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412000000300007
- Demonte, V. (2013, junio 27-29). *La gramática y la enseñanza del español. Competencias, interlingua e interfaces en la ELE*. [en línea]. Portugal: Universidad de Aveiro. Recuperado de http://www.Líneas.cchs.csic.es/lycc/sites/líneas.cchs.csic.es.lycc/files/competencias_e_interfaces_ensenanza_de_ele-aveiro_27-6-2013.pdf
- De Souza. (2016). Perception of children and mothers regarding dental aesthetics and orthodontic treatment need: a cross-sectional study. *Prog Orthod*, 17(1), 1-8.
- Díaz Barriga, F. (2011). *El desarrollo de competencias socioemocionales y su evaluación como elementos clave en los planes de formación docente.*: SIMCE.
- Díaz, C.A. (2013). *Modelo didáctico del proceso de formación de competencias profesionales específicas en la especialidad de Estomatología General Integral*. Tesis de doctorado inédita, Guantánamo, Cuba.
- Díaz, J.A. (2014). Rol del Orientador educativo en la gestión de los procesos de aprendizaje del estudiante: Caso, institutos oficiales de Educación Media del Distrito 20 de San Pedro Sula. Tesis de maestría no publicada, Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán, Tegucigalpa, Honduras.
- Díaz, J.A., Valdés, M.L. y Boulosa, A. (2016). El trabajo interdisciplinario en la carrera de medicina: consideraciones teóricas y metodológicas. [en línea]. *Medisur*, 14(2), 12-23. Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3214/2012>
- Díaz, L. (2017). *El proceso de evaluación de la competencia didáctica de los profesores de la carrera estomatología*. Tesis de doctorado inédita, Universidad de Sancti Spíritus "José Martí Pérez", Sancti Spíritus, Cuba.
- Domínguez, J. y Rama, C. (2012). *La Responsabilidad Social Universitaria en la Educación a Distancia*. Perú: Editorial Gráfica Real S.A.C.
- Espinoza, E.A. (2016). La formación docente en los procesos de mediación didáctica. [en línea]. *Revista Praxis*, 12, 90-102. Recuperado de <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/praxis/article/view/1850>
- Espinoza, E., Rodrigo, A. y Ticono, N. (2016). Formación de competencias investigativas en los estudiantes universitarios. [en línea]. *Atenas*, 1(33), 21-33. Recuperado de <http://atenas.mes.edu.cu/index.php/atenas/article/view/183/340>

- Fajardo, C., Méndez, V., Ángeles, G. y Rodríguez, F. (2012). Ludoterapia como método de orientación para el autocuidado en el paciente con trasplante renal. [en línea]. *Revista Horizontes en Salud*, 4(junio-diciembre), 26-42. Recuperado de <http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol4/LUDOTERAPIA.pdf>
- Feregrino, L. y Gutiérrez, J. (2016). Percepción y efectos psicosociales de las maloclusiones. [en línea]. *Revista Tamé*, 4(12), 443-447. Recuperado de http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_60/Tam1609-10r.pdf
- Fernández-Berrocal, P., Cabello, R. y Gutiérrez, M.J. (2017). Avances en la investigación sobre competencias emocionales en educación. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 88, 15-25.
- Fernández, I., Navarro, J., Ricardo, M., Martínez, M.R. y Arza, M. (2015). Aplicación del índice de estética dental en estudiantes de la Secundaria Básica "Alberto Fernández Montes de Oca". [en línea]. *MEDISAN*, 19(12), 15-22. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n12/san021912.pdf>
- Fiallo, J. (2004). *La interdisciplinariedad: un concepto "muy conocido"*. En M. Álvarez (Ed.), *Interdisciplinariedad. Una aproximación desde la enseñanza-aprendizaje de las ciencias*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Florian, K., Carruitero, M., Bernabé, E. y Flores C. (2016). La autoestima en los adolescentes con Clase I de Angle, II y III maloclusión en una muestra peruana. *Dental Press J Orthod*, 21(2), 59-64.
- Fuentes, H. (2009). *Pedagogía y Didáctica de la Educación Superior*. Santiago de Cuba: Centro de Estudio de Educación Superior "Manuel F. Gran".
- Gaeta, M.L. y Cavazos, J. (2017). Autoconcepto físico y académico en niños de contextos marginados en México. [en línea]. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 19(2), 114-124. Recuperado de <https://doi.org/10.24320/redie.2017.19.2.604>
- Gainza, M. y Kerton, L.A. (2015). La orientación educativa en la promoción y educación para la salud en instituciones educativas. [en línea]. *EduSol*, 15(53), 81-89. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475747194008>
- García, A. (2001). *Programa de orientación familiar para la educación de la sexualidad de adolescentes*. Tesis de doctorado inédita, Instituto Superior Pedagógico José de la Luz y Caballero, Holguín.
- García, M., y García, A. (2011). La formación de competencias generales de dirección desde la Universidad. *Revista Pedagogía Universitaria*, XVI (2), 1-5.
- García, J.A., López, J.M., López, N.M. y Aguilar, A. (2012). *Gestión curricular por competencias en la educación media y superior. La perspectiva humanística del enfoque socioformativo*. México: GAFRA.
- García, M., García, A. y González, N. (2013). La formación de competencias, análisis desde los referentes psicológicos. *Referencia Pedagógica*.
- García, A. (2013). *Programa de intervención familia-escuela*. Trabajo fin de Máster, Intervención e Investigación Socioeducativa, Oviedo.
- García, M.I. (2013). *La orientación educativa a adolescentes y sus familias para afrontar desafíos de la convivencia escolar en Secundaria Básica*. Tesis de doctorado inédita, Universidad de Ciencias Pedagógicas José de la Luz y Caballero, Holguín.

- García, M., García, A. y Ortiz, T. (2016). Formación de competencias de dirección para el desempeño eficiente de los profesionales. [en línea]. *Revista Estrategia y Gestión Universitaria*, 4(1), 85-100. Recuperado de <http://revistas.unica.cu/index.php/regu/article/view/415>
- Gerrow, J.D., Murphy, H.J. & Boyd, M.A. (2006). Competencies for the Beginning Dental Practitioner in Canada: A Validity Survey. [en línea]. *Journal Dentric Education*, 70(10), 12-21. Recuperado de http://www.jdentaled.org/cgi/external_ref?access_num=http://www.jdentaled.org/cgi/content/abstract/70/10/1076&link_type=GOOGLESCHOLAR
- Gil, J., Chiva, Ó. y Martí, M. (2013). La adquisición de la competencia social y ciudadana en la universidad mediante el aprendizaje-servicio: Un estudio cuantitativo y cualitativo en el ámbito de la educación física. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 2(2), 89-108.
- Gómez, A.L. (2007) *La orientación familiar: condición necesaria para la preparación de la familia del niño y de la niña con necesidades educativas especiales de tipo intelectual*. Recuperado de [Web www.ilustrados.com](http://www.ilustrados.com)
- González, V. (2006). La formación de competencias profesionales en la universidad. Reflexiones y experiencias desde una perspectiva educativa. [en línea]. *Revista de Educación*, (8), 12-26. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/magisterio/huelvacompet_1.pdf
- González, M. y González, R. (2015). *El proyecto extensionista como eje articulador de la gestión de la extensión universitaria*. [en línea]. Recuperado de <http://www.congresouniversidad.cu/revista/index.php/congresouniversidad/index>
- González, R. y Cardentey, J. (2015). Características de la comunicación educativa en la enseñanza médica. *Educación Médica Superior*, 29(4), 832-836. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000400016&lng=es&tng=es
- González, M. y Ávila, M. (2016). Concepción pedagógica de la actividad extensionista en el Centro Universitario Tlacaélel. *Revista Electrónica Educare*, 20(3), 350-364. Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-42582016000300350
- Güemes, M., Ceñal, M.J. y Hidalgo, M.I. (2017). Pubertad y adolescencia. [en línea]. *Adolescere*, V(1), 7-22. Recuperado de <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>
- Hassan W., Mohd Z., Zahirah S., Mohd A., Mohd S. & Mohamed M. (2017). Validation and reliability of the translated Malay version of the psychosocial impact of dental aesthetics questionnaire for adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, 23.
- Hermida, N.A. y López, M.M. (2014). La Universidad de Ciencias Pedagógicas y la escuela: relaciones necesarias en la formación inicial del docente. [en línea]. *Revista Conrado*, 10(47), 58-68. Recuperado de <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/154>
- Hernández, M., Toledo, B. y Cabañin, T. (2014). Currículo y actuación del Estomatólogo General ante situaciones de desastres. [en línea]. *Revista Edumecentro*, 6(1), Recuperado de <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/296/html>

- Hernández, T. (2015). La gestión de la calidad del proceso docente - educativo en las universidades, una mirada desde la sociología de la educación. *Revista Estrategia y Gestión Universitaria*, 3(2), 38-44.
- Hidalgo, M.I., Ceñal, M.J. y Güemes, M. (2014). Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. *Medicine*, 11(61), 3579-87.
- Horruitiner, P. (2012a). *La universidad latinoamericana contemporánea: retos y desafíos*. La Habana: Editorial Universitaria.
- Horruitiner, P. (2012b). *La Universidad Cubana. El modelo de formación*. La Habana: Editorial Universitaria del Ministerio de Educación Superior.
- Huerta, M., Penadillo, R. y Kaqui, M. (2017). Construcción del currículo universitario con enfoque por competencias. *Revista Iberoamericana de Educación*. 74, 83-106.
- Íñigo, Sosa, y Vega. (2006). *Acercamiento a una propuesta de relación y clasificación de competencias profesionales para la evaluación del desarrollo profesional de los egresados de la Educación Superior en Cuba*. La Habana: Instituto superior Pedagógico "Félix Varela".
- Isiekwe, G., Onigbogi, O., Olatosi, O. & Sofola, O. (2014). Oral health quality of life in a nigerian university undergraduate population. *Journal of the West African College of Surgeons*, 4(1), 54-74.
- Jaik, A. y Barraza, A. (2011). Competencias y educación. Miradas múltiples de una relación. México: Instituto Universitario Anglo Español A. C. y Red Durango de Investigadores Educativos A.C.
- Jaik, A. (2013). *Competencias investigativas: Una mirada a la Educación Superior*. [en línea]. México: ReDIE. Recuperado de <http://redie.mx/librosyrevistas/libros/competenciasinvestigativas.pdf>
- Jiménez, R., Moreno, B. Leyton, M. y Claver, F. (2015). Motivación y estadios de cambio para el ejercicio físico en adolescentes. [en línea]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47, 196-204. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S0120053415000151/1-s2.0-S0120053415000151-main.pdf?_tid=89159e41-d532-4648-87b4-2594e602ed78&acdnat=1531753721_0e0f2f36133ac3a3b96c63ff79a255bd
- Jordán, M. (2011). *Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa*. Recuperado de <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema17.htm>
- Juliá, M. (2013). *Competencias del Psicólogo en Chile. Propuestas desde las universidades estatales*. La Serena: Editorial Universidad de La Serena.
- Licari, F.W. & Chambers, D.W. (2008). Some Paradoxes in Competency-Based Dental. [en línea]. *Journal Dentric Education*, 72(1), 23-33. Recuperado de http://www.jdentaled.org/cgi/external_ref?access_num=http://www.jdentaled.org/cgi/content/abstract/72/1/8&link_type=GOOGLESCHOLAR
- Llano, L., Gutiérrez, M., Stable, A., Núñez, M., Masó, R. y Rojas, B. (2016). La interdisciplinariedad: una necesidad contemporánea para favorecer el proceso de enseñanza aprendizaje. [en línea]. *MediSur*, 14(3), 320-327. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000300015

- Llerena, O. (2015). El proceso de formación profesional desde un punto de vista complejo e histórico-cultural. [en línea]. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"* 15(3), 1-23. Recuperado de <http://www.ucr.ac.cr/>
- LlinaresInsa, L.I. y González, P. (2012). Metodológica docente para la formación en competencias: una propuesta didáctica. [en línea]. España: *I Congreso virtual sobre innovación pedagógica y praxis educativa*. Recuperado de <https://www.upo.es/ocs/index.php/innovagogia2012/linnovagogia2012/paper/viewFile/94/96>
- Lomniczi, A., Wright, H. & Ojeda, S.R. (2015). Epigenetic regulation of female puberty. *Front Neuroendocrinol*, 36C, 12.
- López, J. (2008). La maestría pedagógica: su perfeccionamiento a través del trabajo didáctico. *Islas. Revista Universidad Central Las Villas*, 103.
- Loor, B. (2015). Desarrollo del habla como competencia social del bachiller. [en línea]. *Revista Transformación*, 11(3), 17-30. Recuperado de <http://transformación.reduc.edu.cu/index.php/transformacion/article/view/167/152>
- Márquez, A. y Urbano, R. (2014). La formación y desarrollo de competencias investigativas desde una perspectiva sociocultural. [en línea]. *EF Deportes*, 19(191), 25. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd191/desarrollo-de-competencias-investigativas.htm>
- Marrero, O. y Lasso, M. del C. (2017). El proceso de enseñanza-aprendizaje por competencias. Una visión desde el enfoque sistémico. [en línea]. *Congreso Universidad*, 6(4), 28-46. Recuperado de <http://www.congresouniversidad.cu/revista/index.php/congresouniversidad/index>
- Ministerio de Salud Pública. (1992). *Plan de estudio integrado. Carrera de estomatología. Plan C*. La Habana: MINSAP.
- Ministerio de Salud Pública. (2010). *Modelo del profesional para la formación de estomatólogos. Plan de estudios D*. La Habana: MINSAP.
- Ministerio de Salud Pública. (2011a). *Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Ministerio de Salud Pública. (2011b). *Plan de estudio "D". Carrera de Estomatología. Área de Docencia*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.
- Miranda, A.R. (2017). Impacto psicosocial de la maloclusión en adolescentes de una institución educativa de Lince-Lima [en línea]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de http://200.62.146.130/bitstream/handle/cybertesis/6788/Miranda_pa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Molina, D. (2001). *Material de Apoyo Instruccional. Curso Orientación Educativa*. Barinas: Unellez.
- Montes de Oca, N. y Machado, E.F. (2014). Formación y desarrollo de competencias en la educación superior cubana. [en línea]. *Humanidades Médicas*, 14(1), 145-159. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v14n1/hmc10114.pdf>

- Mora, C.M. (2009). Competencias docentes básicas del profesor de estomatología: Su perfeccionamiento. [en línea]. *Medisur*, 7(1). Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/534/847>
- Navarro, J., Ricardo, M., Martínez, MR., López, MA. y Cobas, N. (2018). Percepción de la necesidad de tratamiento ortodóncico por parte de adolescentes y sus padres. [en línea]. *MEDISAN*, 22(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192018000100004&script=sci_arttext&tlng=en
- Núñez, A., Álvarez, B.L. y Martínez, C.M. (2017). La extensión universitaria y su relación con la formación inicial de las carreras pedagógicas en Cuba. [en línea]. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 17(3), Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/30280>
- Oramas, R., Jordán, T., y Valcárcel, N. (2013). Competencias y desempeño profesional pedagógico hacia un modelo del profesor de la carrera de Medicina. [en línea]. *Educación Médica Superior*, 27(1), 36-45. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000100015&lng=es&tlng=es
- Ordán, A.I. (2017). *Formación de la competencia regulación emocional en estudiantes de la carrera de Ballet*. Tesis de doctorado inédita, Universidad de Camagüey "Ignacio Agramonte Loynaz", Camagüey, Cuba.
- Oropeza, M. (2015). *Formación y desarrollo de la competencia investigativa en docentes de la Educación Media Superior*. Tesis doctoral, Universidad de Camagüey, Camagüey, Cuba.
- Ortiz, M., Vicedo, A., González, S. y Recino, U. (2015). Las múltiples definiciones del término «competencia» y la aplicabilidad de su enfoque en ciencias médicas. [en línea]. *EDUMECENTRO*, 7(3), 4-13. Recuperado de http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/617/html_55
- Ortiz, M., Vicedo, A., Rodríguez, I., y Sardiñas, M.E. (2015). Propuesta de competencias profesionales específicas para el perfil del egresado en Pediatría en Cuba. [en línea]. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 14(4), 516-526. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2015000400015&lng=es&tlng=es
- Ortuño, J. (2014). *Adolescencia: evaluación del ajuste emocional y comportamental en el contexto escolar*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de la Rioja, Logroño, España.
- Otaño, R. (2014). *Ortodoncia*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Parra, Y., Colunga, S. y Luque, J. (2015). Estrategia pedagógica para favorecer la formación de la competencia investigativa en los estudiantes de psicología, centrada en el dominio de recursos metodológicos cualitativos. *En Conferencia Científica- Metodológica 2015* [CD]. Camagüey, Cuba: Universidad de Camagüey.
- Parra, H., Benavides, J., García, V.M., Tobón, S., López, J.C., Monje, J., et al. (2015). Las competencias del docente de medicina y sus implicaciones en el desempeño académico del médico en formación. [en línea]. México: Pearson. Recuperado de www.pearsonenespañol.com
- Parra, Y. (2016). *Formación de la competencia investigativa en el estudiante de psicología de la modalidad semipresencial*. Tesis de doctorado inédita, Camagüey, Cuba.

- Pérez, L. M. y Calderón, M.M. (2014). Enfoque desarrollador en la enseñanza del diagnóstico clínico de anomalías dentomaxilofaciales. [en línea]. *Gaceta Médica Espirituana*, 16(2), 26-34. Recuperado de <http://revgmespirituana.sld.cu>
- Pérez, N. y Pellicer, I. (2015, mayo-junio). Necesidad de desarrollo emocional en la adolescencia. Comunicación presentada a Congreso on-line de Equipos de Orientación Educativa, Sevilla, España.
- Pérez, L., Calderón, M., Salvat, M., Concepción, J., Cáceres, I., y Pérez, S. (2017). Efectividad del empleo del método clínico en la enseñanza aprendizaje del diagnóstico de anomalías dentomaxilofaciales. *EDUMECENTRO*, 9(2), 157-178. Recuperado de <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/625>
- Pimienta, J. (2017, octubre). Modelo Educativo Capítulo Tamaulipas. Innovación de Política Pública. En L.G. Juárez-Hernández (Moderador), *II Congreso Internacional de Evaluación del Desempeño*. Congreso conducido por el Centro Universitario CIFE, Cuernavaca, México.
- Pinilla, A.E. y Cárdenas, F.A. (2014). Evaluación y construcción de un perfil de competencias profesionales en medicina interna. [en línea]. *Acta Médica colombiana*, 39(2), 165-173. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v39n2/v39n2a12.pdf>
- Pino, J.L. Del. (2013). Orientación educativa y profesional en el contexto cubano: concepciones, experiencias y retos. *Alternativas cubanas en Psicología*, 1(2), 48-54.
- Pino, J.L. Del y Recarey, S. (2006). *La orientación educacional y la facilitación del desarrollo desde el rol profesional del maestro*. La Habana: Material Básico de la Maestría Ciencias de la Educación.
- Planas, C.I., Wilson, A., Iznaga, H.L., Rodríguez, L. y Sánchez, J. (2014). Interdisciplinariedad en el proceso de enseñanza aprendizaje. [en línea]. *Revista de Información Científica*, 83(1), 7-15. Recuperado de http://www.gtm.sld.cu/imagen/RIC/Vol_83_No.1/interdisciplinariedad_en_el_proceso_de_ens_aprendizaje_tp.pdf
- Puig, M. y Morales, J.A. (2015). La formación de ciudadanos: conceptualización y desarrollo de la competencia social y cívica. *Educación XX1*, 18(1), 259-282.
- Ramírez, A.M., Álvarez, L. y Almarales, M. (2015). La orientación educativa como vía para la disminución de la violencia familiar. *EduSol*. 15(53), 70-80.
- Reyzábal, M.V. (2012). Las competencias comunicativas y lingüísticas, clave para la Calidad Educativa. *RINACE Revista Iberoamericana sobre calidad, Eficacia y Cambio en educación*, 10(4), 64-77.
- Rodríguez, M.A. (2008). *Relación Médico-paciente*. La Habana: ECIMED.
- Rothon, Head, Klineberg, & Stansfeld. (2011). Can social support protect bullied adolescents from adverse outcomes? A prospective study on the effects of bullying on the educational achievement and mental health of adolescents at secondary schools in East London. *Journal of Adolescence*, 34(3), 579-88.
- Sag, P. (2010). La competencia lingüística. *Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas*, 27, s/pc.
- Salas, R.S. y Salas, A. (2012). La educación médica cubana. Su estado actual. *Revista de Docencia Universitaria*, 10 (Número especial dedicado a la docencia en ciencias de la salud), 293-326.

- Salas, R.S., Díaz, L., y Pérez, G. (2013). Normalización de las competencias laborales de las especialidades médicas en el sistema nacional de salud. [en línea]. *Educación Médica Superior*, 27(2), 287-293. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000200015&lng=es&tlng=es
- Salas, R.S., Díaz, L., y Pérez, G. (2014). Evaluación y certificación de las competencias laborales en el Sistema Nacional de Salud en Cuba. [en línea]. *Educación Médica Superior*, 28(1), 50-64. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412014000100007&lng=es&tlng=es
- Salas, R.S. y Salas, A. (2014a). La educación en el trabajo y el individuo como principal recurso para el aprendizaje. *Edumecentro*; 6(1), 6-14.
- Salas, R.S. y Salas, A. (2014b). *Educación médica contemporánea. Retos, procesos y metodologías*. Bucaramanga: Universidad de Santander.
- Salas, R.S. y Salas, A. (2014c). Los modos de actuación profesional y su papel. En la formación del médico. *Edumecentro*, 2014, 6(2), 6-30. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742014000200002&lng=es&tlng=es
- Salas, R.S. y Salas, A. (2014d). Estado de la educación médica mundial en el siglo XXI. *Educación Médica Superior*, 28(3), 119-128.
- Salas, W. (2016). *Formación por competencias en educación superior. Una aproximación conceptual a propósito del caso colombiano*. Recuperado de <http://www.rioei.org/deloslectores/1036Salas.PDF>
- Salazar, C.M., Chiang a, M.M. y Muñoz, Y.A. (2016). Competencias docentes en la educación superior: un estudio empírico en la Universidad del Bio-Bío. [en línea]. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 6(1), Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/aie/v16n1/1409-4703-aie-16-01-00253.pdf>
- Samsonyanová, L. & Broukal, Z. (2014). A systematic review of individual motivational factors in orthodontic treatment: facial attractiveness as the main motivational factor in orthodontic treatment. *International Journal of Dentistry*, 2014,1-4.
- Sánchez, G. y Cisterna, F. (2014). La evaluación de los aprendizajes orientada al desarrollo de competencias en Odontología. *Educación Médica Superior*, 28(1). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/72>
- Sánchez, L., Padilla, M., Rivera, I., Zamorano, A. y Díaz, VP. (2013). Niveles de orientación empática en los estudiantes de odontología. *Educación Médica Superior*, 27(3), 216-225.
- Sánchez, P. (2017). La orientación educativa en la Universidad desde la perspectiva de los profesores. [en línea]. *Universidad y Sociedad*, 9(2), 39-45. Recuperado de <http://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus>
- Santos, J. (2005). *Modelo Pedagógico para el mejoramiento del desempeño pedagógico profesional de los profesores de Agronomía de los Institutos Politécnicos Agropecuarios*. [en línea]. La Habana: Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona. Recuperado de http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/tesis/import/Modelo_Pedagogico_Agronomia.pdf
- Sarasa, N.L., Cañizares, O. y Menéndez, B.M. (2016). Lo distintivo en la subcompetencia sociocultural de la comunicación en instituciones médicas. [en línea]. *EDUMECENTRO*, 8(1), 190-192. Recuperado de http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/rt/prinFRIENDLY/324/html_104

- Schrich, A.J., Cruz, L.A., Márquez, G. y Infante, I. (2014). Interdisciplinariedad en la formación académica, laboral e investigativa de los estudiantes de Medicina de Camagüey. [en línea]. *Humanidades Médicas*, 14(1), 2-7. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000100007&lng=es
- Schwartz B. & Bohay R. Can Patients Help Teach Professionalism and Empathy to Dental Students? Adding Patient Videos to a Lecture Course. *J Dent. Educ.* 2012; 76:174-184.
- Serna, R. M. y López, A. (2014). La competencia lingüística en la adquisición de la competencia social en alumnado susceptible de riesgo social. En: J. Navarro, M^a.D. Gracia, R. Lineros, y F.J. Soto (Coords.), *Claves para una educación diversa*. Murcia: Consejería de Educación, Cultura y Universidades. Recuperado de <http://diversidad.murciaeduca.es/publicaciones/claves/doc/rmserna.pdf>
- Siccha, LM. (2017). *Comparación de la percepción entre madres e hijos con respecto a maloclusiones dentarias*. Tesis para optar el título profesional de: cirujano dentista, Universidad privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.
- Siegel, S. (1987). *Diseño Experimental No Paramétrico*. La Habana: Edición Revolucionaria. Primera reimpresión.
- Sierra, R.A. (2008). *La Estrategia pedagógica: su diseño e implementación*. La Habana, Cuba: Editorial Pueblo y Educación.
- Solís, B., Catril, R., Parra, F. y Quemener, J. (2014). Impacto psicosocial asociado a presencia de maloclusiones en estudiantes de primero a cuarto medio de los colegios Marina de Chile y Santa Luisa. [en línea]. *Revista Médica Electrónica*, 12-27. Recuperado de <http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/1642/IMPACTO%20PSICOSOCIAL%20ASOCIADO%20A%20PRESENCIA%20DE%20MALOCLUSIONES%20EN%20ESTUDIANTES%20DE%20PRIMERO%20%20A%20CUARTO%20ME.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Soriano, L. (2015). Pubertad normal y variantes de la normalidad. *Pediatría Integral*, XIX (6), 38.
- Stratulat, I. (2013). El papel del profesor en la enseñanza de ELE: formación, competencias y actitudes. Tesis de maestría no publicada, Universidad de Oviedo, Asturias, España.
- Tardif, J. (2008). Desarrollo de un programa por competencias: De la intención a su implementación. Profesorado. [en línea]. *Revista de curriculum y formación del profesorado*, 12(3), 54-62. Recuperado de <http://www.ugr.es/local/recfprof/rev123ART2.pdf>
- Tatlow, M. & Guerin, S. (2010). Aspects of children's self-concept 'My favorite things to do and my favorite people': Exploring salient aspects of children's self-concept. *Childhood*, 17(4), 545-562.
- Tejeda, R. y Sánchez, P. (2010). *La formación basada en competencias profesionales en los contextos universitarios*. Holguín: Universidad de Holguín Osca Lucero Moya. Centro de Estudios sobre ciencias de la Educación Superior.
- Tirado, M.A. (2016). *Asociación entre autoestima y maloclusión en escolares de 12 a 18 años de edad*. [en línea]. Trujillo-Perú: Universidad privada Antenor Orrego. Recuperado de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2395/1/RE_ESTO_MARY.TIRADO_ASOCIACION_ENTRE.AUTOESTIMA.Y.MALOCLUSION_DATOS.PDF

- Tobón, S. (2013a). *Formación integral y competencias. Pensamiento complejo, currículo, didáctica y evaluación*. (4ta. Ed.). Bogotá: Ecoe.
- Tobón, S. (2013b). *Los proyectos formativos y el desarrollo de competencias*. México: Conferencia. Instituto CIFE.
- Tobón, S. (2014). *Proyectos Formativos. Teoría y Metodología*. México: Pearson Educación.
- Tobón, S. (2017, octubre). Metodología de la evaluación socioformativa. En L. G. Juárez- Hernández (Moderador), *II Congreso Internacional de Evaluación del Desempeño, Valora*. Congreso conducido por el Centro Universitario CIFE, Cuernavaca, México.
- Torres, A. y Rodrigo, M. J. (2014). La influencia del apego y el autoconcepto en los problemas de comportamiento de los niños y niñas de familias en desventaja socioeconómica. *Educación Siglo XXI*, 32(2), 255-278.
- Tortolero, M. (2015). La autoestima en niños y adolescentes con alteraciones dentarias. Revisión bibliográfica. [en línea]. *Rev ODOUS científica*, 8(6), 58-70. Recuperado de http://es.zapmeta.ws/ws?q=autoestima%20ni%C3%&asid=ws_es_gc2_10&mt=b&nw=s&de=c&ap=1t2
- Trujillo, Z.C., González, E., Concepción, N.S., y Sosa, H.P. (2014). Evaluación de competencias clínicas en estomatología como expresión de la calidad del proceso docente educativo. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 18(3), 492-501. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000300013&lng=es&tlng=es
- Tunnermann, C. (1999). *Conferencia Regional sobre políticas y estrategias para la transformación de la educación superior en América Latina y el Caribe*. Material bibliográfico de la Maestría en Educación Médica. La Habana: Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico.
- Twigge, E., Roberts, R., Jamieson L., Dreyer, C. & Sampson W. (2016). The psycho-social impact of malocclusions and treatment expectations of adolescent orthodontic patients. *European Journal of Orthodontics*, 38(6), 593-601.
- UNESCO. Conferencia Mundial de Educación Superior. (2009). *La Nueva Dinámica de la Educación Superior y la búsqueda del cambio social y el Desarrollo. Comunicado Final. 5-8 de Julio de 2009 París, Francia*. [en línea]. Venezuela: UNESCO. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/29657/1/articulo>
- Valencia, M.S. (2013). La formación de competencias docentes. *En XII Conferencia Internacional de Ciencias de Educación*. Centro de Estudios de Ciencias de la Educación “Enrique José Varona” de la Universidad de Camagüey “Ignacio Agramonte Loynaz”, Camagüey.
- Valencia, M.S. (2018). *Formación de la competencia de automotivación en estudiantes de la licenciatura en educación primaria*. Tesis de doctorado en Ciencias Pedagógicas, Universidad de Camagüey. “Ignacio Agramonte y Loynaz”, Centro de Estudios de Ciencias de la Educación “Enrique José Varona”, Camagüey, Cuba.
- Valle, A. (2011). *Resultados científicos en la investigación educativa*. La Habana, Cuba: Editorial Pueblo y Educación.

- Vega, N.C. (2016). Neocompetencias, nuevo enfoque de competencias laborales en Salud Ocupacional. [en línea]. *Educación Médica Superior*, 30(3), 627-638. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412016000300016&lng=es&tlng=es
- Viamontes, E. (2013). *Las actitudes pedagógicas en la formación profesional del profesor de educación media*. Tesis doctoral inédita, Universidad de Ciencias Pedagógicas “José Martí Pérez”, Camagüey, Cuba.
- Vigotsky, L.S. (1987). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Ciencia y Técnica.
- Vigotsky, L.S. (1995). *Obras Completas* (1ª ed.). La Habana, Cuba: Editorial Pueblo y Educación.
- Willows, N.D., Ridley, D., Eaine, K.D., & Maximova, K. (2013). High adiposity is associated cross-sectionally with low self-concept and body size dissatisfaction among indigenous Cree schoolchildren in Canada. *BioMed Central Pediatrics*, 13(118), 1-18.
- Yi, S., Zhang, C., Ni, C., Quian, Y. & Zhang. (2016). Psychosocial impact of dental aesthetics and desire for orthodontic treatment among chinese undergraduate students. *Dove Press Journal*, 10, 1037–1042.
- Zabalza, M.A. (2013). *Competencias docentes del profesorado universitario. Calidad y desarrollo profesional*. Madrid: Narcea.
- Zabalza, M.A. (2017, octubre). Evaluación del aprendizaje y papel del mediador. En L. G. Juárez-Hernández (Moderador), *II Congreso Internacional de Evaluación del Desempeño, Valora*. Congreso conducido por el Centro Universitario CIFE, Cuernavaca, México.

ANEXO 1

Dimensiones e indicadores para determinar el estado inicial de la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales, en estudiantes de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey.

Dimensión cognitiva

- Conocimientos relacionados con el manejo del niño y el adolescente en la consulta estomatológica que constituyen premisas para la orientación psicoeducativa.
- Conocimientos sobre la relación existente entre las ADMF, la estética dental y la aceptación psicosocial de la población afectada.
- Dominio de los aspectos teóricos relacionados con la orientación psicoeducativa y las potencialidades del proceso formativo que permiten su utilización como parte de la atención integral a niños y adolescentes.

Dimensión afectiva

- Motivación por aprender sobre cómo orientar desde un enfoque psicoeducativo a niños y adolescentes con ADMF.
- Establecimiento de un contexto propicio para la orientación psicoeducativa.
- Responsabilidad durante el proceso orientador como parte de la atención estomatológica integral.

Dimensión procedimental

- Empleo de índices epidemiológicos que permitan determinar la necesidad de tratamiento, el grado de afectación estética y el impacto psicosocial de las ADMF en los niños y adolescentes.
- Dominio de métodos, instrumentos y técnicas para la orientación psicoeducativa.
- Tratamiento metodológico a la orientación psicoeducativa a través de las clases, actividad comunitaria y práctica profesional.

ANEXO 2

Guía de observación a profesores (como mediadores del proceso formativo) y estudiantes durante la atención estomatológica integral a niños y adolescentes con ADMF.

Objetivo: Identificar las insuficiencias relativas a la metodología empleada por el profesor y el desempeño de los estudiantes durante la atención estomatológica integral a niños y adolescentes con ADMF.

Aspectos a observar:

- ✓ Utilización de métodos de enseñanza que permitan el pensamiento reflexivo y la integración de conocimientos para brindar una atención estomatológica integral al considerar al hombre como ser biopsicosocial.
- ✓ Empleo de la entrevista médica como principal fuente de información.
- ✓ Importancia atribuida al componente socio-emocional como parte de la atención integral.
- ✓ Dominio y utilización métodos, técnicas e instrumentos para determinar las posibles afectaciones psicológicas e impacto psicosocial de las ADMF en ambos grupos poblacionales.
- ✓ Saberes movilizados en el análisis de la información obtenida relativa a las necesidades psicoeducativas y la solución de estas.
- ✓ Cualidades que evidencia como futuro profesional (ética, empatía, responsabilidad, autonomía, independencia cognoscitiva y actitud transformadora).

ANEXO 3

Entrevista (individual) dirigida a los profesores de 4to año de la carrera de Estomatología.

Objetivo: Constatar la atención metodológica que se brinda a la orientación psicoeducativa de niños y adolescentes con ADMF dentro de la atención estomatológica integral, así como el aprovechamiento de las potencialidades del proceso formativo para su consecuente desarrollo.

Guía de interrogantes para la entrevista

1. ¿Cómo organiza su labor formativa en función de la atención estomatológica integral a niños y adolescentes?
2. ¿Cómo encauza a sus alumnos ante situaciones que requieran de una orientación psicoeducativa durante la práctica profesional?
3. ¿Qué reflexiones ha realizado sobre tales intereses cognoscitivos de los estudiantes en los colectivos de asignatura, año o carrera?
4. A su juicio ¿qué disciplinas y/o asignaturas tributan a lo largo del proceso formativo a la orientación psicoeducativa de niños y adolescentes con ADMF?
5. ¿Cómo aprecia en sus estudiantes el desarrollo de los elementos que son determinantes para la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF?
6. ¿Cómo proyecta en sus clases el desarrollo de estos elementos?
7. ¿Qué aspectos supone deben ser de esencial dominio para el futuro estomatólogo que le permitan orientar desde lo psicoeducativo, a partir del enfoque biopsicosocial que promueve el modelo del profesional?
8. ¿Cómo pueden ser aprovechadas las potencialidades del plan de estudio D en beneficio de la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF?

ANEXO 4

Entrevista (grupal) dirigida a los estudiantes de 4to año de la carrera de Estomatología.

Objetivo: Explorar en los estudiantes la importancia que le atribuyen a la orientación psicoeducativa de niños y adolescentes con ADMF como parte de su formación integral.

Guía de interrogantes para la entrevista

1. ¿Qué aspectos consideran de vital importancia para brindar una atención estomatológica integral desde el enfoque biopsicosocial a niños y adolescentes?
2. ¿Creen ustedes que son suficientes y abarcadores los conocimientos y destrezas adquiridas durante la práctica profesional para atender las necesidades sentidas de niños y adolescentes con ADMF desde las perspectivas biológicas, psicológicas y sociales?
3. ¿Cómo futuros profesionales de la estomatología se sienten motivados y responsables de orientar desde los aspectos psicológicos y educativos a este grupo poblacional? ¿Opinan que es necesario?
4. ¿Qué emociones experimentan ante situaciones que requieren de una orientación psicoeducativa?
5. ¿Cuáles son sus principales expectativas en torno a la temática?

ANEXO 5

Inventario de dificultades del alumno relacionado con la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales.

Lea cada una de las cuestiones que se mencionan a continuación de forma cuidadosa. Marque con una X aquellas que considere una dificultad para usted durante la práctica profesional. Le rogamos sea lo más sincero (a) posible.

Gracias.

En relación con la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales:

1. ___ No establezco una buena relación médico- paciente con este grupo etario.
2. ___ No encuentro las palabras precisas para ganar la confianza de niños y adolescentes.
3. ___ No domino técnicas que me permitan tomar el control y hacer placentera la entrevista médica.
4. ___ Me cuesta trabajo identificar las posibles afecciones emocionales de los pacientes, desencadenadas por la anomalía presente.
5. ___ Me resulta incómodo indagar con padres u otros familiares sobre el manejo en el hogar del niño o adolescente con anomalías dentomaxilofaciales.
6. ___ No sé qué índices epidemiológicos utilizar, ni cómo interpretarlos para determinar el grado de afectación estética.
7. ___ No sé cómo obtener la información necesaria para saber la magnitud de afectación psicológica (personal o social) que presenta el paciente con anomalías dentomaxilofaciales.
8. ___ Desconozco las herramientas psicoeducativas que me permitan orientar oportunamente a los pacientes que lo requieran.
9. ___ No sé cómo enfatizar en los aspectos importantes para lograr la cooperación de pacientes y familiares en cuanto a la aceptación y enfrentamiento del problema.
10. ___ No sé cómo elevar la autoestima y lograr cambios favorables en la autoimagen y bienestar social de los niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales.
11. ___ No me siento preparado para realizar la orientación psicoeducativa de esta población de manera eficiente.
12. ___ No me siento responsable como estomatólogo general de realizar la orientación psicoeducativa, por lo que prefiero remitir al segundo nivel de atención.
13. ___ No me siento motivado para llevar a cabo la orientación psicoeducativa, creo que es trabajo de un psicólogo.
14. ___ No cuento con el tiempo suficiente para realizar la orientación psicoeducativa durante la consulta estomatológica.
15. ___ No tengo materiales didácticos u otros instrumentos propios para niños y adolescentes que me permitan desarrollar actividades de orientación psicoeducativa.

ANEXO 6

Composición

Querido estudiante:

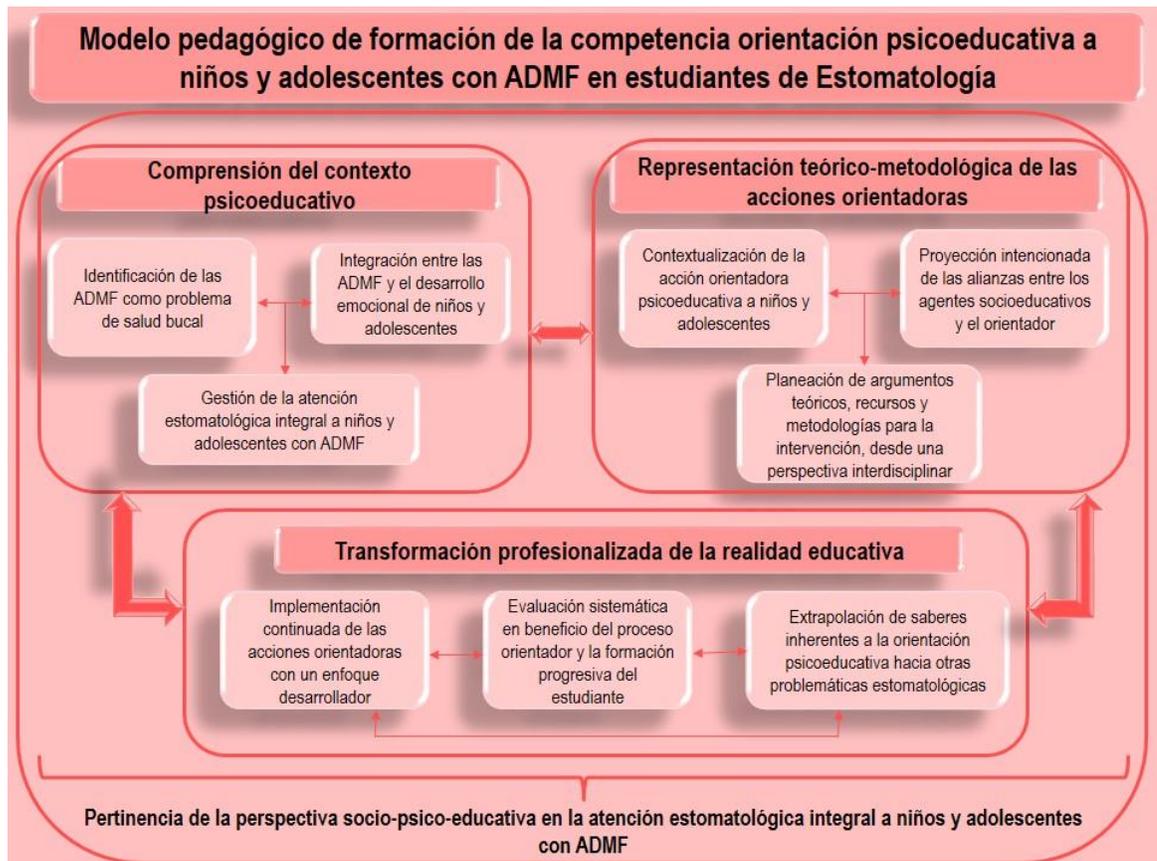
Como parte de una investigación científica relacionada con la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales, se propone un tema para que redacte una composición donde exprese las ideas que posee respecto al mismo.

Gracias por su colaboración.

"Mis debilidades y fortalezas en la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales, como parte de la atención estomatológica integral."

ANEXO 7

Representación del modelo pedagógico de formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en estudiantes de Estomatología.



ANEXO 8

Niveles de logro de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales según cada eje procesual.

- **Primer eje procesual:** Diagnóstico de necesidades psicoeducativas.

Nivel Preformal (P): Posee un conocimiento elemental sobre la repercusión de las ADMF en la estética y psiquis de niños y adolescentes, sin embargo, no establece una relación directa entre los componentes biológicos, psicológicos y sociales de las mismas, ni reconoce el papel de los agentes socioeducativos. Si bien instaura una relación médico-paciente y utiliza la entrevista médica como herramienta para la obtención de información, el enfoque investigativo y comunicativo de aprendizajes mutuos que la caracteriza no es el suficiente.

Nivel Receptivo (R): Posee un conocimiento básico acerca del rol que desempeña el deterioro estético en la psiquis de niños y adolescentes con ADMF y percibe que puede existir una relación directa y proporcional entre ambos elementos. Reconoce además, la importancia de esta analogía en aras de brindar una atención estomatológica integral. Acepta la objetividad e importancia del dominio de técnicas e instrumentos que permiten el acopio de información para alcanzar un diagnóstico certero e integral. Concientiza el papel de la familia y la escuela en este proceso.

Nivel Resolutivo (Rs): Puntualiza los diferentes enfoques de la relación existente entre las ADMF y la naturaleza psicológica y social del hombre. Describe la etapa del desarrollo del individuo y sus características. Distingue los instrumentos y técnicas a emplear en el diagnóstico y reconoce su papel transformador como profesional y el de los agentes socioeducativos implicados.

Nivel Autónomo (A): Argumenta la relación que se presenta entre los componentes biológicos, psicológicos y sociales de las ADMF en la población afectada; así como la necesidad de transformar la realidad como un problema profesional contextualizado. Precisa los diversos instrumentos y técnicas que se advienen al diagnóstico, realiza un análisis crítico y busca la significación de estos. Gestiona el reconocimiento de cada agente socioeducativo en el proceso.

Nivel Estratégico (E): Aborda las ADMF de manera integral al considerar todos los elementos que intervienen en el proceso salud-enfermedad relacionado con las mismas. Obtiene los datos necesarios y pertinentes para prescribir la necesidad psicoeducativa, a partir del empleo de herramientas diseñadas para este fin. Identifica la posición de cada agente socioeducativo y adopta una postura científica, empática y humanista.

- **Segundo eje procesual:** Diseño de acciones psicoeducativas y programas.

Nivel Preformal (P): Posee ideas básicas sobre la interpretación de la información y las posibles acciones a planificar, no obstante, no logra conectar la proyección con el encargo. Mantiene un aislamiento entre las asignaturas y disciplinas que aportan al proceso de orientación.

Nivel Receptivo (R): Interpreta los datos y visualiza una representación incipiente de las acciones transformadoras. Reconoce la necesidad de individualizar a los sujetos en relación con sus necesidades psicoeducativas. Mantiene una actitud ética y concede importancia al trabajo colaborativo.

Nivel Resolutivo (Rs): Expone la información adquirida y reconoce los modelos básicos para la orientación psicoeducativa como ejes claves en el diseño de las acciones transformadoras. Distingue las herramientas a su alcance y las características de los entornos donde se desarrollan los niños y adolescentes. Concibe a los agentes en el proceso de planificación y muestra la necesidad de interrelacionar los diferentes saberes que aportan las asignaturas y disciplinas.

Nivel Autónomo (A): Argumenta y organiza la información. Direcciona el proceso al análisis de los modelos básicos de orientación y selecciona el más cercano a la realidad. Incluye a los agentes socioeducativos como coadyuvantes en el proceso orientador y verifica la correspondencia entre los contextos y las herramientas de que dispone. Acentúa su posición investigadora, y junto a esto participa activamente en la conexión de las materias de estudio que contribuyen a su formación.

Nivel Estratégico (E): Fundamenta el diseño de las acciones y programas desde la instauración de metas y logros en cada grupo poblacional. La interdisciplinariedad es la visión que asume en la planificación intencionada y dirigida. Concibe una asociación continuada que involucra a los agentes socioeducativos, los niños y adolescentes y a él como profesional.

- **Tercer eje procesual:** Ejecución de acciones transformadoras.

Nivel Preformal (P): Realiza las tareas y actividades diseñadas en el programa con compromiso, pero sin confrontar los cambios en el curso del proceso orientador. No considera las posibles barreras y resistencias que puedan ofrecer los individuos y sus familiares.

Nivel Receptivo (R): Cumple con las tareas y actividades a la vez que supone la posibilidad de fracaso del proceso de orientación psicoeducativo y la desestimación del papel protagónico de los niños y adolescentes. Reconoce, además, la importancia del código ético y deontológico de la profesión para el trabajo grupal e individual. Admite la reflexión sistemática como una puerta lógica para caracterizar sus propios procesos cognitivos y emotivos.

Nivel Resolutivo (Rs): Identifica los obstáculos que pueden anteponerse al éxito de la orientación. Considera las experiencias vividas durante la aplicación de las acciones o programas como guías para el mejoramiento de la actividad; desarrolla un pensamiento abierto y renovador.

Nivel Autónomo (A): Ejerce su papel orientador con carácter transformador y expresa actitudes empáticas afectivas y cognitivas. Reflexiona y controla el proceso a través del análisis de las nuevas relaciones manifestadas por los niños, adolescentes y sus familias.

Nivel Estratégico (E): Desarrolla la orientación psicoeducativa de manera exitosa. Valora y recicla la información, cada vez que sea necesario redireccionar el proceso. Muestra resiliencia ante los cambios y desaciertos. Autorregula su aprendizaje y proyecta los saberes adquiridos a la solución de problemas similares durante la atención estomatológica integral a niños y adolescentes.

	posibles barreras y resistencias que puedan ofrecer los individuos y sus familiares.										
	16- Evalúa la dirección del proceso de acuerdo a los éxitos o fracasos manifiestos.										
	17- Controla la calidad de la labor orientadora mediante la confrontación de los cambios obtenidos y el empleo de medios calificados para este fin.										
	18- Reflexiona de forma sistemática sobre las experiencias vividas con un pensamiento abierto y renovador.										
	19- Moviliza los saberes relativos a la actividad orientadora durante la resolución de situaciones semejantes en la atención estomatológica integral de niños y adolescentes.										
	20- Autorregula su propio proceso de aprendizaje, pensamiento y actuación.										

ANEXO 10

Diagnóstico inicial del pre-experimento.

Prueba pedagógica para estudiantes de 4to año de la carrera de Estomatología.

Estimado estudiante, para dar continuidad a la investigación relacionada con la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales, que se lleva a cabo en la facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, solicitamos tu colaboración. Gracias.

De las familias asignadas para la práctica profesional que desarrollas en la asignatura Atención Integral a la Familia, elige dos pacientes con ADMF (niño y adolescente) y diseña para cada caso un plan de actividades para realizar una atención estomatológica integral. Para ello, debes precisar los siguientes aspectos:

1. Caracteriza ambos grupos según la etapa del desarrollo en que se encuentran, sus características psicológicas y rasgos, las relaciones que instauran con su familia y coetáneos.
2. Precisa la importancia que ambos grupos le atribuyen a la estética general y bucal, y si estas influyen en el establecimiento de sus relaciones sociales.
3. Determina en relación con las ADMF, su severidad, prioridad de tratamiento y su impacto psicosocial en la vida del niño y adolescente.
4. Comprueba si existe una relación entre las ADMF y el estado emocional de ambos, y qué papel juega la familia y el entorno escolar en este proceso.
5. Establece un diagnóstico integral a ambos pacientes, desde la visión del sujeto como ser biopsicosocial.
6. Realiza el abordaje teórico-metodológico general del problema.
7. Selecciona y/o construye las actividades orientadoras a desarrollar en el niño y el adolescente.
8. Realiza las actividades orientadoras según resultados del diagnóstico.
9. Valora los cambios logrados y la necesidad de perfeccionar las actividades.
10. Analiza la posibilidad de aplicar los resultados en otros problemas profesionales que afectan a niños y adolescentes.

Observaciones: Emplea el análisis de la situación de salud (ASS) como plataforma de trabajo.

ANEXO 11

Entrevista (grupal) dirigida a los profesores.

Objetivo: Constatar la opinión que poseen los profesores sobre el desempeño profesional de los estudiantes de Estomatología antes y después del pre-experimento. Guía de interrogantes para la entrevista.

1. ¿Cómo establecen los estudiantes la relación médico-paciente ante niños o adolescentes, durante la práctica profesional (clínica y comunitaria)?
2. ¿Los estudiantes toman en consideración las características del grupo etario para realizar la entrevista médica?
3. ¿Valoran la posibilidad de una afectación emocional en los niños o adolescentes con ADMF?
4. ¿Aplican instrumentos de diagnóstico psicológico para determinar estas posibles afectaciones?
5. ¿Emplean índices epidemiológicos relacionados con las ADMF y su impacto psicosocial?
6. ¿Los estudiantes orientan con un enfoque psicoeducativo a estos grupos poblacionales como parte de la atención estomatológica integral?

ANEXO 12

Elementos a considerar en el análisis de los productos de la actividad resultantes del análisis de la situación de salud (ASS).

Objetivo: Constatar las limitaciones que presentan los estudiantes en su desempeño investigativo, a través de la revisión de informes de investigaciones realizadas.

Elementos:

- ✓ Empleo de índices epidemiológicos relacionados con las ADMF (Índice de Estética Dental, Índice de Necesidad de tratamiento Ortodóncico).
- ✓ Aplicación del Cuestionario de Impacto Psicosocial de la estética dental.
- ✓ Actividades programadas en el plan de acción del ASS para orientar a niños, adolescentes y sus familias.

ANEXO 13

Programación del taller participativo

DATOS GENERALES:

- **Título:** “¿Por qué debo ser un orientador competente?”
- **Sede:** Aula de postgrado de la facultad de Estomatología de Camagüey
- **Fecha y Duración:** 6 y 13 de septiembre de 2016
- **Responsable:** Dra. Soledad Yanedy García Peláez
- **Participantes:**

1	Jefe de colectivo de 4to año
2	Profesor principal de la Disciplina Integradora (Estomatología General Integral)
3	Profesores principales de las asignaturas Psicología y Salud Bucal, Atención Integral a la familia I, Epidemiología en Estomatología, Odontopediatría y Ortodoncia
4	Profesor del departamento Metodológico de la facultad de Estomatología
5	Profesores del área clínica de 4to año de la carrera
6	Estudiantes de 4to año de la carrera

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN:

Los niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales presentan una estética afectada que con frecuencia son acompañadas por afectaciones emocionales que deterioran la autoestima y limitan la vida social de estos pacientes. El estomatólogo debe estar preparado para intervenir de forma competente y oportuna ante tales circunstancias y brindar una orientación psicoeducativa como parte de la atención estomatológica integral a grupos priorizados por el Sistema Nacional de Salud.

El presente taller pretende precisar la autopercepción del grupo sobre las carencias cognitivas, procedimentales y actitudinales referentes a la orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con anomalías dentomaxilofaciales. Permitir que tanto el profesor como el alumno se comprometan activamente con la realidad social en la cual está inserto el taller, buscando en conjunto las formas más eficientes y dinámicas de actuar en relación con las necesidades que la realidad social presenta.

OBJETIVO:

Estimular el proceso de formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF en profesores y estudiantes de la facultad de Estomatología como un equipo de trabajo dialógico.

ACTIVIDADES:

Actividad 1. Estará encaminada a la familiarización del grupo con la temática. Para ello, se evidenciará la necesidad de la formación de la competencia a través de la exposición de situaciones reales, vividas por niños y/o adolescentes con ADMF y sus familias, donde su bienestar socioemocional se haya visto afectado. Además, cómo el estomatólogo puede desde su posición contribuir a minimizar la problemática.

Se intencionará el debate, a partir de preguntas no dirigidas, sobre las historias presentadas; podrán participar todos los integrantes del grupo. Al finalizar las intervenciones se solicitará que tanto los profesores como los estudiantes hagan una autoreflexión sobre las limitaciones, que a su juicio, tienen sobre el tema y tendrán el derecho de exteriorizar sus sentimientos y emociones si así lo desean.

Se indicará la búsqueda de información sobre la temática (artículo, pensamiento, historietas, video, etc.) para exhibir en el próximo encuentro, además de un registro con los aspectos (contenidos) que consideran no deben faltar en el diseño del programa. Cierre de la actividad.

Actividad 2. Se iniciará con el recuento de la actividad anterior y se continuará con la presentación de los diferentes materiales traídos por los participantes, estos lo harán de forma espontánea, pero el coordinador facilitará una participación heterogénea (profesores y estudiantes).

Antes de concluir se solicitarán las opiniones del grupo sobre lo expuesto por sus compañeros y además, se recogerán las propuestas. Cierre de la actividad.

MATERIALES:

Pizarrón y tizas, TV y Computadora.

EVALUACIÓN:

Se realizará a través de la técnica Positivo, Negativo e Interesante (PNI) en el último encuentro.

ANEXO 14

Programa de intervención pedagógica para la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF

Guía para el trabajo independiente del Módulo 1 (actividad 1)

Estimado estudiante a continuación se le ofrecen una serie de preguntas que debe responder de forma independiente. La resolución de las mismas le permitirá profundizar en las temáticas siguientes: la relación médico-paciente (RMP) según el grupo de edad (niño o adolescente) y la actitud empática del estomatólogo como profesional de la salud.

¿Cuál es el concepto de niñez y adolescencia?

¿Cuáles son las características psicológicas del niño y el adolescente y cuáles las de su desarrollo emocional?

De la relación médico-paciente en la consulta estomatológica. Diga:

¿Cuáles son sus características esenciales a partir de: la posición de los participantes, los estados afectivos, la defensa de la autoestima y la comunicación?

¿Cuáles son las características de la entrevista médica para la atención al niño?

¿Cuáles son las características de la entrevista médica para la atención al adolescente?

No olvide al elaborar sus respuestas considerar la actitud empática que debe asumir el estomatólogo como profesional de la salud.

ANEXO 15

Programa de intervención pedagógica para la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF

Guía para el trabajo independiente del Módulo 2 (actividad 2)

Estimado estudiante a continuación se le ofrecen una serie de preguntas que debe responder de forma independiente. La resolución de las mismas le permitirá profundizar en las temáticas siguientes: problemas emocionales que provocan las ADMF, instrumentos que permiten detectar las posibles afectaciones, características faciales y bucales de los pacientes con ADMF y aparatos ortodóncicos empleados.

¿Cuáles son los problemas emocionales que provocan las ADMF?

¿Qué instrumentos le permiten detectar las posibles afectaciones emocionales de los niños y adolescentes? Describa alguno de ellos.

Sugerencias: Historietas de Madeleine Thomas, Inventario de problemas juveniles, Autorreporte vivencial e Inventario de autoestima.

¿Cuáles son las características faciales y bucales de los pacientes con ADMF?

¿Qué aparatos ortodóncicos se emplean con más frecuencia para la corrección de las ADMF?

¿Qué implicación tienen estos para la estética ya afectada del paciente?

¿Cuáles son las principales causas del rechazo al tratamiento ortodóncico por parte de los niños y adolescentes?

¿Qué elementos debe tener en cuenta el estomatólogo general para garantizar la cooperación a corto, mediano y largo plazo del paciente con ADMF?

ANEXO 16

Programa de intervención pedagógica para la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF

Guía para el trabajo independiente del Módulo 2 (actividad 3)

Estimado estudiante a continuación se le ofrecen una serie de preguntas; la resolución de las mismas le permitirá profundizar en las temáticas siguientes: Papel de la familia y la escuela en el desarrollo emocional de niños y adolescentes.

¿Cuál es la definición de familia y escuela como centro educativo?

¿Cuáles son las funciones de la familia y la escuela?

¿Qué acciones puede realizar la familia y la escuela para fortalecer y comprender los cambios emocionales que experimentan los niños y adolescentes?

¿Qué papel juega la familia y la escuela en la construcción de una adecuada autoestima de niños y adolescentes?

¿Qué acciones conjuntas puede realizar la familia, la escuela y el estomatólogo para fortalecer el desarrollo de una adecuada autoestima en niños y adolescentes con ADMF?

ANEXO 17

Programa de intervención pedagógica para la formación de la competencia orientación psicoeducativa a niños y adolescentes con ADMF

Guía para el trabajo independiente del Módulo 3 (actividad 4)

Estimado estudiante a continuación se le ofrecen una serie de preguntas; la resolución de las mismas le permitirá profundizar en la temática y confeccionar un trabajo referativo.

¿Cuál es la definición de orientación psicoeducativa?

¿Cuál ha sido la evolución histórica de la misma?

¿Cuáles son las tendencias actuales?

¿Cuáles son los modelos básicos de orientación psicoeducativa?

¿Cuáles son los contextos de para la orientación?

¿Quiénes son los orientadores?

El trabajo debe estar estructurado de la siguiente forma:

Título, autores, resumen, introducción, objetivos, métodos, desarrollo, conclusiones, recomendaciones (opcional) y referencias bibliográficas (actualizadas).



REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
LA RECTORA DE LA UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CAMAGÜEY

EXPIDE EL SIGUIENTE:

CERTIFICADO

A FAVOR DE: Sotela Yanedy Cristina Pérez

POR HABER IMPARTIDO: Curso

TITULADO: Orientación psicopedagógica a niños
y adolescentes con anomalías dentomaxilo-
faciales.

EFECTUADO A NIVEL: Provincial

CON UNA DURACIÓN DE: 44 HRS

FECHA: 23/12/16

RECTORA

SECRETARIO GENERAL

Registrado al Folio: 106 N° 4007 del Libro: 32 de La Secretaria General.

ANEXO 19

Poemas escritos por los estudiantes durante la actividad comunitaria y el trabajo en equipo.

¿Te sientes bien cómo eres?

Una gran diversidad
nos envuelve hoy en día,
con una inmensa armonía
en esta gran sociedad.

Muchos rostros y modelos
se presentan por doquier,
unos lindos, otros raros,
muchos tipos puedes ver.

Hay gente linda en la calle,
otras no quieren salir,
otras andan sin prejuicios
y algunas no quieren vivir.

La belleza es importante,
mas no es lo fundamental,
no busques al ser perfecto,
solo se tú el ideal.

Ser diferente es hermoso,
sin igual ni parecido
altos, gordos, amarillos
siempre encontramos partido.

Es bueno sentirse bello
y que la gente así lo vea,
pero más lindo es vivir
conforme a lo que uno sea.

Colectivo de autores
Estudiantes de 4to año

¿Cómo atender a un paciente?

Cuando vayas a atender
un paciente, compañero,
procura verlo primero
como amigo y confidente.

En la primera consulta
del niño debes tratar
buena relación lograr
entre estomatólogo y paciente.

Padres y familiares
enfoquen el tratamiento
como un pequeño momento
que resulta indispensable.

Para ello, la comprensión,
la tolerancia, el cariño
y el respeto en un niño
generará buenos frutos.

El es un diamante en bruto,
no lo vayas a avergonzar,
ni tampoco a maltratar,
tú tienes que ser paciente.

Espero estas palabras
te ayuden a ser mejor,
ya seas padre o doctor,
por favor, tenlo presente.

Belkys Fernández Gómez
Estudiante de 4to año

ANEXO 20

Imágenes de las actividades realizadas por los estudiantes en centros escolares.



ANEXO 21

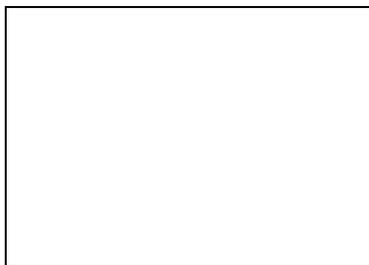
Carpeta de dibujos elaborada por los estudiantes para el trabajo con los niños.

**CARPETA DE DIBUJO: AYER, HOY Y MAÑANA
¡SOY ASÍ!**

Bob Esponja se vio AYER así



AYER me vi así



Bob Esponja se ve HOY así



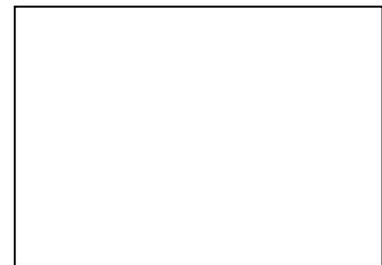
HOY me veo así



Bob Esponja se verá MAÑANA así



MAÑANA me veré así



Nombre y Apellidos: _____ **HC:** _____ **Fecha:** _____

INSTRUCTIVO:

El niño deberá dibujar como él se ve con la ADMF, representado en el recuadro del **AYER**, luego deberá dibujarse como él se ve con el aparato de ortodoncia, representado en el recuadro del **HOY** y finalmente se dibujará como él desea verse en el futuro, representado en el recuadro del **MAÑANA**.

Así cada mes el niño se irá dibujando según la evolución de su tratamiento y podrá ver como cada día se va acercando a su imagen deseada, es decir, el **MAÑANA**.

Si durante el transcurso del tratamiento el niño rompe el aparato deberá mostrarlo así en su dibujo y esto le demostrará que cuando no coopera su mejoría se frena y demora más en alcanzar su **META**.

Nota: Es importante reflejar la fecha de cada dibujo pues esto permitirá ver cómo avanza en el tiempo. Con esta sencilla técnica se logra motivar al niño, estimular su creatividad y lograr que sea más responsable con su tratamiento, esto se traduce en un niño cooperador al mismo tiempo que se distrae y eleva de forma paulatina su autoestima el sentirse participe y creador de su propia imagen.

ANEXO 22

Cuaderno de trabajo creado por los estudiantes para el trabajo con los adolescentes.

ELEVANDO LA AUTOESTIMA



Unidad Asistencial: _____

Nombre y Apellidos: _____ HC: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Grado Escolar: _____

1. **Yo soy bueno.** Haz una lista de las cosas que se te dan bien y de otras en las que desearías ser bueno. Esfuérzate por mantener tus habilidades y pide a tus padres y amigos que te ayuden a desarrollar aquellas con las que siempre has soñado

No.	Soy Bueno en:	Me gustaría ser bueno en:

2. **Elóciate tres veces al día.** No digas sólo: “Soy genial.” Sé específico, como: “Hoy fui muy buena amiga con Alicia” o “El examen me salió mejor de lo que pensaba.” Cuando estés haciendo esto, todas las noches antes de ir a dormir, enumera tres cosas que te hayan hecho realmente feliz ese día.

Fecha	Hoy me sentí feliz porque:
	1.
	2.
	3.
	1.
	2.
	3.
	1.
	2.
	3.
	1.
	2.
	3.

3. **Tu cuerpo es tuyo.** No importar qué forma, tamaño o color tenga. Si te preocupa tu peso, talla o sonrisa, puedes ir al médico para asegurarte de que todo está bien. Recuerdate a ti mismo qué partes de tu cuerpo son buenas, como: “Tengo unas piernas fuertes y sé patinar muy bien.”

No.	Las partes de mi cuerpo que me gustan son:	Estas me sirven para:

4. **Recuerda que hay cosas de ti mismo que no puedes cambiar:** Debes aceptarlas y amarlas (como el color de tu piel y el número de calzado) porque son parte de ti.

No.	Las cosas que no puedo cambiar son:	Las acepto y las amo	No las acepto



“Si te centras en las cosas buenas que haces y en tus grandes cualidades, aprenderás a amarte y a aceptarte a ti mismo... ¡ingredientes principales para una sólida autoestima! Incluso si aún puedes mejorar (y ¿quién no?), tu autoestima brillará cuando te des cuenta de que eres una persona valiosa e importante.”

ANEXO 23

Encuesta a padres o familiares

Estimado padre o familiar a continuación se le ofrecen una serie de preguntas que usted debe responder marcando con una X según su criterio.

¿Considera que fueron significativos los cambios ocurridos en el niño o adolescente, en relación con la aceptación de su apariencia física y sus relaciones sociales?

Mucho Poco Nada

¿Observó una mejor cooperación del niño o adolescente con el tratamiento estomatológico?

Mucho Poco Nada

¿Aprecia de manera positiva las diferentes actividades que se realizaron con el niño o adolescente en aras de mejorar su autoestima?

Mucho Poco Nada

¿Logró elevar su nivel de información sobre el desarrollo emocional del niño o adolescente y la importancia de la familia en este?

Mucho Poco Nada

¿Valora el papel de la escuela como trascendental en el proceso de orientación del niño o adolescente?

Mucho Poco Nada

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO 24

Resumen de datos descriptivos antes y después del pre-experimento y la prueba de los signos para muestras relacionadas y la prueba estadística no paramétrica para dos muestras relacionadas de Wilcoxon

Eje procesual 1: Diagnóstico de las necesidades psicoeducativas de niños y adolescentes con ADMF.

ANTES

N	Válido	70
	Perdidos	0
Media		1.17
Mediana		1.00

	Niveles de logro	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Preformal	58	82.9
	Receptivo	12	17.1
	Total	70	100

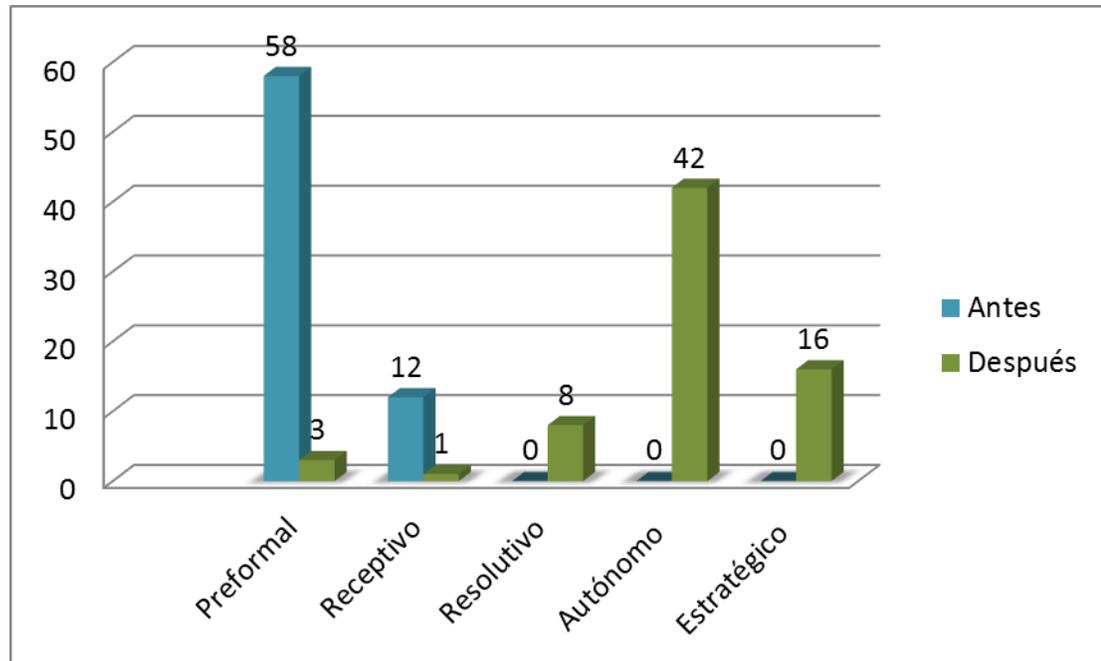
DESPUÉS

N	Válido	70
	Perdidos	0
Media		3.96
Mediana		4.00

	Niveles de logro	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Preformal	3	4.3
	Receptivo	1	1.4
	Resolutivo	8	11.4
	Autónomo	42	60.0
	Estratégico	16	22.9
	Total	70	100

		Eje procesual 1 Después				
Eje procesual 1 Antes	Niveles de logro	Preformal (recuento)	Receptivo (recuento)	Resolutivo (recuento)	Autónomo (recuento)	Estratégico (recuento)
	Preformal	3	0	8	41	6
	Receptivo	0	1	0	1	10
	Resolutivo	0	0	0	0	0
	Autónomo	0	0	0	0	0
	Estratégico	0	0	0	0	0
	Total	3	1	8	42	16

Eje procesual 1	Antes		Después	
	FA	FR	FA	FR
Preformal	58	82.9	3	4.3
Receptivo	12	17.1	1	1.4
Resolutivo	0	0	8	11.4
Autónomo	0	0	42	60.0
Estratégico	0	0	16	22.9
Total	70	100	70	100



Eje procesual 2: Diseño de acciones psicoeducativas y programas.

ANTES

N	Válido	70
	Perdidos	0
Media		1.17
Mediana		1.00

	Niveles de logro	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Preformal	58	82.9
	Receptivo	12	17.1
	Total	70	100

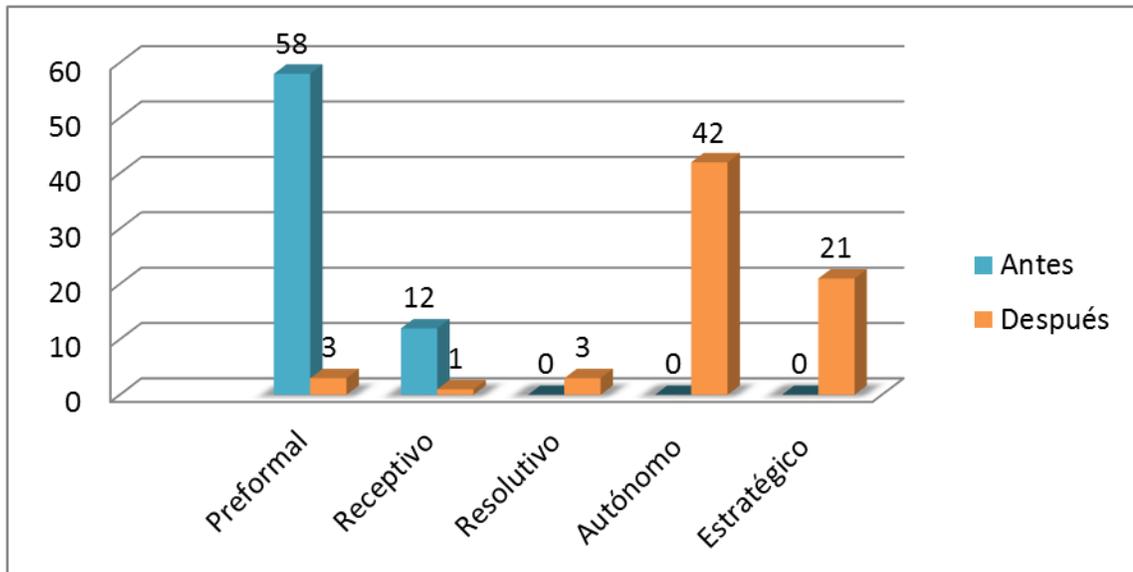
DESPUÉS

N	Válido	70
	Perdidos	0
Media		4.10
Mediana		4.00

	Niveles de logro	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Preformal	3	4.3
	Receptivo	1	1.4
	Resolutivo	3	4.3
	Autónomo	42	60.0
	Estratégico	21	30.0
	Total	70	100

		Eje procesual 2 Después				
Eje procesual 2 Antes	Niveles de logro	Preformal (recuento)	Receptivo (recuento)	Resolutivo (recuento)	Autónomo (recuento)	Estratégico (recuento)
	Preformal	3	0	3	33	19
	Receptivo	0	1	0	9	2
	Resolutivo	0	0	0	0	0
	Autónomo	0	0	0	0	0
	Estratégico	0	0	0	0	0
	Total	3	1	3	42	21

Eje procesual 2	Antes		Después	
	FA	FR	FA	FR
Preformal	58	82.9	3	4.3
Receptivo	12	17.1	1	1.4
Resolutivo	0	0	3	4.3
Autónomo	0	0	42	60.0
Estratégico	0	0	21	30.0
Total	70	100	70	100



Eje procesual 3: Ejecución de las acciones transformadoras.

ANTES

N	Válido	70
	Perdidos	0
Media		1.30
Mediana		1.00

	Niveles de logro	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Preformal	49	70.0
	Receptivo	21	30.0
	Total	70	100

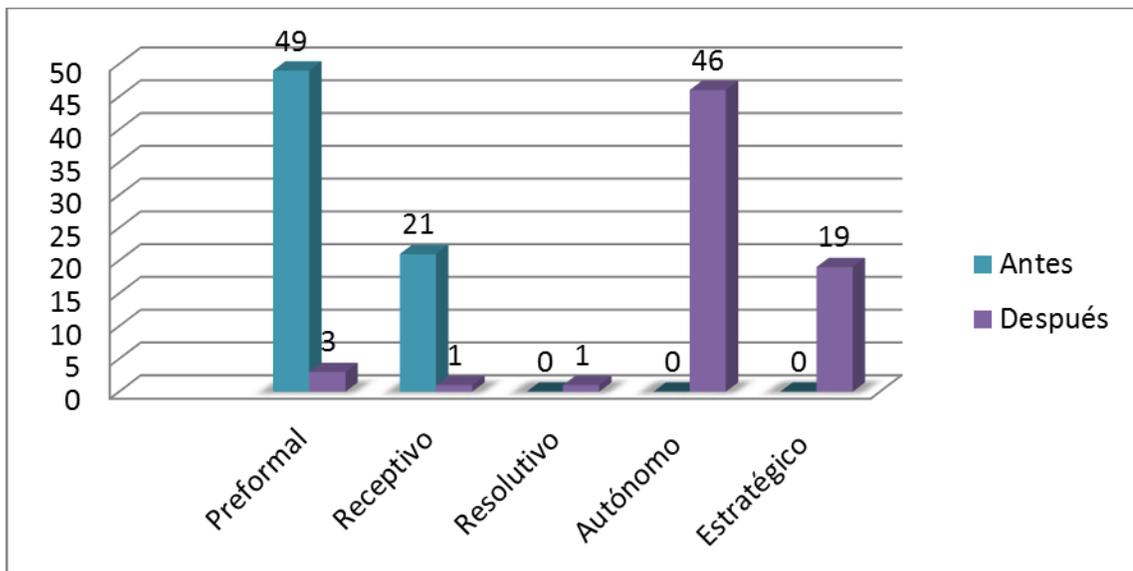
DESPUÉS

N	Válido	70
	Perdidos	0
Media		4.10
Mediana		4.00

	Niveles de logro	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Preformal	3	4.3
	Receptivo	1	1.4
	Resolutivo	1	1.4
	Autónomo	46	65.7
	Estratégico	19	27.1
	Total	70	100

		Eje procesual 3 Después				
Eje procesual 3 Antes	Niveles de logro	Preformal (recuento)	Receptivo (recuento)	Resolutivo (recuento)	Autónomo (recuento)	Estratégico (recuento)
	Preformal	3	0	3	33	12
	Receptivo	0	1	0	13	7
	Resolutivo	0	0	0	0	0
	Autónomo	0	0	0	0	0
	Estratégico	0	0	0	0	0
	Total	3	1	1	46	19

Eje procesual 3	Antes		Después	
	FA	FR	FA	FR
Preformal	49	70.0	3	4.3
Receptivo	21	30.0	1	1.4
Resolutivo	0	0	1	1.4
Autónomo	0	0	46	65.7
Estratégico	0	0	19	27.1
Total	70	100	70	100



Eje procesual 1: Diagnóstico de las necesidades psicoeducativas de niños y adolescentes con ADMF.

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre eje1 antes y eje1 despues es igual a 0.	Prueba de signos para muestras relacionadas	.000	Rechazar la hipótesis nula.
2	La mediana de las diferencias entre eje1 antes y eje1 despues es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.000	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05

Eje procesual 2: Diseño de acciones psicoeducativas y programas.

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre eje2 antes y eje2 despues es igual a 0.	Prueba de signos para muestras relacionadas	.000	Rechazar la hipótesis nula.
2	La mediana de las diferencias entre eje2 antes y eje2 despues es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.000	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05

Eje procesual 3: Ejecución de las acciones transformadoras.

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre eje3 antes y eje3 despues es igual a 0.	Prueba de signos para muestras relacionadas	.000	Rechazar la hipótesis nula.
2	La mediana de las diferencias entre eje3 antes y eje3 despues es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.000	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05