

# APRENDER EDUCANDO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

## EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE SERVICIO EN ODONTOLOGÍA Y MAGISTERIO

MARGARITA INIESTA ALBENTOSA (coord.)





INDIVISA

Depósito Legal: M-X

ISBN: 978-84-09-23464-6

Edita:

Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle

C/ La Salle, 10

28023 MADRID

Tlf: 917401980

Fax: 913571730

Correo electrónico: [ange@lasallescampus.es](mailto:ange@lasallescampus.es)

<http://indivisa.lasallecentrouniversitario.es>

<http://lasallecentrouniversitario.es>

Maquetación: Villena Artes Gráficas, S.A.U.

Diseño: Villena Artes Gráficas, S.A.U.

El contenido de los números puede ser consultado en la página web de la revista:

<http://lasallecentrouniversitario.es>

Indivisa, Boletín de Estudios e Investigación no se identifica necesariamente con las opiniones contenidas en la revista. Se permite la reproducción total o parcial siempre que se citen autores y fuente de procedencia.

Indivisa, Boletín de Estudios e Investigación acepta y promueve intercambios institucionales con otras revistas de carácter científico.

Los artículos aparecidos en Indivisa están recogidos en las siguientes Bases de Datos:

Latindex, Credi, Redinet, Cindoc, Dialnet, Unibe, Iresie, DOAJ y Redalyc.

# Índice de autores

## **ALONSO ÁLVAREZ, Bettina**

*Profesor Ayudante Doctor*

*Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas*

*Facultad de Odontología, UCM*

## **CARRILLO DE ALBORNOZ SAINZ, Ana**

*Profesor Asociado*

*Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas*

*Facultad de Odontología, UCM*

## **FIGUERO RUIZ, Elena**

*Profesor Contratado Doctor*

*Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas*

*Facultad de Odontología, UCM*

## **HERRERA GONZÁLEZ, David**

*Profesor Titular*

*Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas*

*Vicedecano de la Facultad de Odontología, UCM*

## **HIDALGO ARROQUIA, Juan José**

*Profesor Titular*

*Departamento de Odontología Conservadora y Prótesis*

*Facultad de Odontología, UCM*

*Coach (certificado por la ICF) con formación en Coaching SUN y Coaching ejecutivo y Sistémico de Equipos por CORAOPS*

**INIESTA ALBENTOSA, Margarita**

*Profesor Asociado*

*Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas*

*Facultad de Odontología, UCM*

**JIMÉNEZ DE LA HOZ, María del Carmen**

*Profesor Titular*

*Facultad de Educación y Ciencias Sociales del Centro Superior de Estudios  
Universitarios “La Salle”*

*Universidad Autónoma de Madrid*

**MATESANZ PÉREZ, Paula**

*Profesor Asociado*

*Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas*

*Facultad de Odontología, UCM*

**SANZ ALONSO, Mariano**

*Catedrático de Periodoncia*

*Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas*

*Facultad de Odontología, UCM*

**SANZ SÁNCHEZ, Ignacio**

*Profesor Asociado*

*Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas*

*Facultad de Odontología, UCM*

# Índice de contenido

ÍNDICE DE AUTORES .....	4
ÍNDICE DE TABLAS Y DOCUMENTOS .....	8
PRESENTACIÓN .....	10
RESUMEN .....	12
SECCIÓN I. APRENDIZAJE SERVICIO .....	13
Capítulo 1. <i>La educación actual en Odontología</i> .....	14
Capítulo 2. <i>Aprendizaje servicio y las competencias clave</i> .....	18
Capítulo 3. <i>Investigación</i> .....	25
Capítulo 4. <i>Planificación y preparación</i> .....	30
Capítulo 5. <i>Acción</i> .....	43
Capítulo 6. <i>Reflexión y evaluación</i> .....	48
Capítulo 7. <i>Celebración</i> .....	56

SECCIÓN II. EXPERIENCIA PRÁCTICA INTERPROFESIONAL .....	61
Capítulo 8. <i>Proyecto de promoción de la salud oral. Parte I</i> .....	62
Capítulo 9. <i>Proyecto de promoción de la salud oral. Parte II</i> .....	74
Capítulo 10. <i>Definición, clasificación y características de las personas con discapacidad intelectual</i> .....	80
Capítulo 11. <i>Material para facilitar al odontólogo la comunicación y comprensión de instrucciones comportamentales con el paciente con discapacidad intelectual</i> .....	101
Capítulo 12. <i>Directrices para intervenir con personas con discapacidad intelectual en el ámbito odontológico</i> .....	107
Capítulo 13. <i>La educación en valores con la metodología ApS para la consecución de competencias profesionales</i> .....	119

# Índice de tablas y documentos

Tabla 1. <i>Ficha identificativa del proyecto</i> .....	41
Tabla 2. <i>Fichas de planificación de las actividades</i> .....	41
Tabla 3. <i>Cronograma para la organización de las actividades</i> .....	42
Tabla 4. <i>Lista de comprobación para la fase de implementación</i> .....	47
Tabla 5. <i>Hoja de trabajo para planificar tareas de reflexión</i> .....	55
Tabla 6. <i>Hojas de evaluación</i> .....	55
Documento 1. <i>Consentimiento informado</i> .....	72
Documento 2. <i>Tratamiento de datos personales y deber de confidencialidad</i> .....	73
Tabla 7. <i>Conceptos clave relacionados con la definición de discapacidad</i> ...	96
Tabla 8. <i>Escala de gravedad LEVE de la discapacidad intelectual</i> .....	97
Tabla 9. <i>Escala de gravedad MODERADA de la discapacidad intelectual</i> ....	98
Tabla 10. <i>Escala de gravedad GRAVE de la discapacidad intelectual</i> .....	99

Tabla 11. <i>Escala de gravedad PROFUNDA de la discapacidad intelectual ...</i>	100
Tabla 12. <i>Formulario de recogida de información del paciente .....</i>	117
Tabla 13. <i>Procedimiento para que el paciente abra la boca .....</i>	117
Tabla 14. <i>Orientación para la maniobra del espejo. Técnica de modelado ....</i>	118

# Presentación

*Margarita Iniesta Albentosa  
Facultad de Odontología,  
Universidad Complutense de Madrid (UCM)*

Esta obra forma parte del Proyecto de Innovación Docente número 271 de la convocatoria 2018-2019, concedido por la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y realizado en la Facultad de Odontología de dicha Universidad.

El principal objetivo de este libro ha sido desarrollar el tema del **Aprendizaje Servicio (ApS)** en su contribución a la enseñanza a nivel universitario desde una perspectiva metodológica y educativa, por lo que es de interés para aquellos profesores universitarios que quieran utilizar esta metodología como marco de trabajo. Esta obra expone los fundamentos, procedimientos y elementos necesarios para trabajar con esta metodología, además de recoger nuestra experiencia práctica, para que pueda servir de ayuda a otros docentes.

La metodología ApS pretende que el alumno aprenda a desenvolverse como un profesional capaz de identificar, resolver problemas, de comprender el impacto de su propia actuación profesional, de diseñar estrategias; y a la vez, ha de ser capaz de movilizar el conocimiento teórico que está adquiriendo en su formación dando un servicio a la comunidad.

Se ha intentado presentar el ApS como una herramienta con la que explorar nuevas vías para el aprendizaje y poder experimentar la innovación educativa desde otra perspectiva.

Este libro no desarrolla los conceptos de definición y ventajas o desventajas de esta metodología. Hay mucha literatura sobre el tema. Simplemente ofrece una oportunidad de llevar esta forma de docencia al aula, de la forma más

práctica, para que cualquiera pueda aplicarla fácilmente. Por ello, esta obra se caracteriza por la organización del trabajo en un proyecto de ApS, donde los capítulos que versan sobre la parte más práctica contienen una explicación de cada componente del proyecto, preguntas para guiar el pensamiento, y otras fuentes para consultar más información si fuera necesaria, además de hojas de trabajo diseñadas para guiar en el proceso.

El libro está estructurado en dos secciones. Una primera parte, donde se trata de explicar cada fase en las que está compuesta el ApS, comenzando por la educación actual en Odontología y cómo puede encajar esta metodología en ella, las competencias clave que el ApS ayuda a desarrollar en nuestros estudiantes, para terminar analizando la fase de investigación, planificación y preparación, implementación del servicio, reflexión y evaluación y celebración. Estas fases están complementadas con hojas de trabajo que ayudarán al docente en la organización de las diferentes etapas.

La segunda parte del libro se centra en la experiencia concreta desarrollada en la Facultad de Odontología de la UCM. En esta parte también se explica el trabajo colaborativo realizado entre esta Facultad y la Facultad de Educación del Centro Superior de Estudios Universitarios “La Salle”, adscrito a la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Como este proyecto se ha llevado a cabo con personas con discapacidad, esta sección también incluye el material desarrollado para la promoción de la salud oral en estos sujetos, los conceptos para conocer qué es la discapacidad y las directrices para intervenir con personas con discapacidad intelectual en el ámbito odontológico. Además, en el último capítulo del libro se pretende hacer una reflexión sobre la educación en valores que se ha alcanzado al aplicar este tipo de metodología.

# Resumen

Este texto es fruto de un Proyecto de Innovación Docente de la convocatoria 2018-2019, llevado a cabo en la Facultad de odontología de la UCM.

El documento desarrolla la metodología ApS desde un punto de vista metodológico, y está estructurado en dos partes. En la primera parte se plantean las necesidades que cubre este tipo de aprendizaje, sobre todo en el área de las Ciencias de la Salud, y las competencias clave que, de forma general, puede ayudar a desarrollar. Además, se ha intentado realizar una guía para marcar las directrices necesarias a la hora de elaborar las distintas fases de este tipo de proyecto.

En la segunda parte se describe la experiencia práctica llevada a cabo por un equipo interprofesional formado por estudiantes de Odontología de la UCM y de Educación de la Salle.

# SECCIÓN I

## APRENDIZAJE SERVICIO

Indivisa 

# Capítulo 1

## La educación actual en Odontología

*M. Sanz, D. Herrera*

### 1.1. Diez años con el plan Bolonia en el Grado en Odontología

---

En el curso 2009-2010 se instauraron en España los planes de estudios universitarios asociados al Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES), más conocido como Plan Bolonia. Los primeros alumnos que recibieron el Grado en Odontología, por lo tanto, lo obtuvieron tras finalizar el curso 2013-2014. Es decir, han pasado ya diez años desde que empezara el Grado en Odontología y 6 años desde que se graduó la primera promoción. Este importante hito ha supuesto la adopción de un sistema de Grados y Títulos fácilmente comparables y transferibles en Europa, y el establecimiento del Suplemento al Diploma, que permite a nuestros graduados transferir sus credenciales en todos los países de la Unión Europea. En nuestro campo, un número relevante de graduados en Odontología trabajan hoy en día en el Reino Unido, Holanda o Francia, por ejemplo, con gran éxito profesional y sin ninguna traba en base a su formación universitaria.

Con la introducción del EEES, uno de los aspectos que más problemas ocasionó fue modificar nuestros sistemas tradicionales de aprendizaje universitario, con el establecimiento del sistema de créditos comunes (*European Credit Transfer and Accumulation System*, ECTS), donde lo que se mide no es la presencialidad del profesor y estudiante, sino la carga de tiempo que necesita el estudiante para adquirir sus competencias. Con este cambio, se tuvo que centrar el proceso de enseñanza-aprendizaje en el estudiante y diseñar múltiples procesos de auto-aprendizaje y aprendizaje dirigido, que han complementado

a las clásicas clases magistrales. Diez años después, vemos de un modo completamente natural que el estudiante combine procesos de aprendizaje presencial con interacción directa con el docente y otros, donde debe realizar su aprendizaje dirigido y tutorizado por un profesor o realizado individualmente mediante su propio acceso a la información.

El establecimiento del Plan Bolonia también obligó a desarrollar nuevos planes de estudios, no basados en unos objetivos docentes como en el pasado, sino en la definición de unas competencias que el estudiante debiera alcanzar al final de su proceso educativo y que fueran medibles y evaluables. No fue fácil, al principio, definir dichas competencias y organizar su sistema de evaluación, pero en una carrera tan profesionalizante, como es la Odontología, el plan de estudios basado en competencias ha permitido racionalizar la enseñanza y organizar toda la docencia práctica, fundamentalmente clínica, en la adquisición de dichas competencias. Esto ha tenido gran importancia para definir el perfil del odontólogo moderno y también para definir la formación postgraduada y especializada en las distintas áreas que definen las directivas europeas.

Algunos elementos docentes y organizativos, asociados al Plan Bolonia, siguen generando problemas y conflictos: la definición de la presencialidad de alumno y del profesor es una de ellas, no estando claras, ni siendo consistentes, entre los diversos centros educativos. Es especialmente relevante, además, que los programas de Grado en Odontología, tanto en España, como en Europa, no son tan intercambiables en sus programas como el EEES hubiera deseado. Eso crea ciertos problemas, tanto en los intercambios durante la formación, como en la vida profesional posterior. En España, los problemas de esa menor intercambiabilidad de la deseable, se agravan con la falta de reconocimiento legal a las especialidades odontológicas, que complica la vida profesional del odontólogo, tanto dentro de España, como en la movilidad laboral en Europa. Aun así, es evidente que los beneficios superan a las limitaciones, y que los problemas detectados se van resolviendo poco a poco, o son susceptibles de solucionarse si los agentes implicados realizan los pasos legislativos adecuados.

Diez años después, ¿hacia dónde vamos ahora en educación odontológica? En nuestra opinión, uno de los retos actuales es conseguir que la formación universitaria sea relevante para el entorno medioambiental en el que el graduado realizará su actividad profesional. Para ello, tendremos que abrir las puertas

de nuestras universidades y permitir que nuestros estudiantes también se formen en un entorno extramural, donde se fomente la interacción social directa entre los estudiantes y los futuros ambientes donde desarrollarán su actividad profesional. Uno de estos procesos educativos es el denominado Aprendizaje Servicio (ApS) donde el estudiante, dentro de su proceso formativo, está aportando un servicio social a la sociedad. Este proceso de aprendizaje permite además a los docentes planificar, organizar y evaluar una serie de competencias que serían imposibles alcanzar dentro de los muros de la propia universidad.

## **1.2. El valor social de la formación en Odontología**

De manera importante, la Odontología puede aportar un valor social relevante. Dado que la atención odontológica en España es fundamentalmente privada, y los costes de la misma deben ser cubiertos económicamente por el propio paciente (a diferencia de otras áreas de la Medicina, en donde están cubiertas por el Sistema Nacional de Salud a través de las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas), es fuente evidente de desigualdades sociales: muchos grupos poblacionales no tienen, por tanto, acceso a atención odontológica en España. Por ello, la Facultad de Odontología de la UCM, dentro de su compromiso con la sociedad, apuesta por la metodología ApS a dos niveles diferentes: uno intramural y otro extramural.

En la opción intramural, la Facultad de Odontología de la UCM ofrece algunos tratamientos sin coste para el paciente, para grupos desfavorecidos y/o en riesgo de exclusión social. Esto se realiza por procedimientos transparentes y organizados por los que entidades sin ánimo de lucro (por ejemplo, Centros de Atención Integral a Drogodependientes, Mensajeros de la Paz o Cáritas), a través de un Convenio con la UCM, que seleccionan y remiten para su evaluación y tratamiento a pacientes con necesidades evidentes y escasez de recursos. Tras ser evaluados, se realiza un diagnóstico y se propone un plan de tratamiento, en el que los procedimientos más críticos (aquellos asociados a infecciones y las restauraciones funcionales más relevantes), se realizan sin coste económico para el paciente. Este proceso tiene evidentes ventajas para las personas tratadas, que pueden re-integrarse en la sociedad y el mundo laboral al disponer de una boca sana, funcional y sin problemas estéticos; para las entidades mencio-

nadas, que amplían el catálogo de beneficios que aportan a las personas a las que protegen; para la UCM, por dar la oportunidad de devolver a la sociedad lo que esta invierte; y, finalmente, permite al alumno alcanzar sus competencias, en perfiles de pacientes a los que normalmente no tiene acceso, a la vez que combina, de manera muy clara, el aprendizaje con el servicio a la sociedad.

En la opción extramural, la iniciativa trata de acercar al estudiante a otros ambientes sociales fuera del ámbito universitario. De esta forma, nuestra Facultad adquiere el compromiso de formar personas conscientes y responsables con los problemas que les rodean de una manera crítica, reflexiva y con una participación ciudadana activa.

## Capítulo 2

# Aprendizaje servicio y las competencias clave

*M. Iniesta*

### 2.1. Las competencias clave

---

En la actualidad, más que nunca, el discurso de la Universidad está centrado en el aprendizaje permanente (“*lifelong learning*”), definido, por la Comisión y los Estados Miembros de la Unión Europea, como toda actividad de aprendizaje intencional, realizada de forma continua, con el objetivo de mejorar los conocimientos, habilidades y competencias de la persona. Además, promover la ciudadanía activa y fomentar la empleabilidad<sup>1</sup> se consideran igualmente importantes y están relacionados con el aprendizaje a lo largo de la vida.

En 2006, el Parlamento y el Consejo Europeo establecieron las ocho competencias clave que eran cruciales para preparar mejor a los ciudadanos frente a la sociedad en la que vivimos. Pero desde el 2006 a la actualidad han cambiado los requisitos en materia de competencias ya que, cada vez más, las tecnologías tienen una mayor relevancia en todos los ámbitos del trabajo y la vida, y las competencias emprendedoras, sociales y cívicas cobran una mayor importancia para poder asegurar la resiliencia<sup>2</sup> y la capacidad de las personas

---

<sup>1</sup> La empleabilidad se entiende como la aptitud de la persona para encontrar y conservar un trabajo, para progresar en él, y para adaptarse al cambio a lo largo de la vida profesional [Organisation internationale du Travail (OIT)]. En <http://www.ilo.org/public/french/standards/reim/ilc88/com-humd.htm#Resolution>

<sup>2</sup> Capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos (fuente: Real Academia Española).

para adaptarse al cambio. Por todo ello, en 2018 se realizó una revisión de las competencias clave y de la definición de las mismas.

Las competencias clave para el aprendizaje permanente, según el Consejo de la Unión Europea, se definen como aquellas que toda persona precisa para su realización y desarrollo personal, su empleabilidad, integración social, estilo de vida sostenible, éxito en la vida en sociedades pacíficas, modo de vida saludable y ciudadanía activa. Estas competencias clave se deben desarrollar desde la infancia hasta la vida adulta, y mediante el aprendizaje formal, no formal e informal, en todos los contextos (como la familia, el centro educativo, el lugar de trabajo, el entorno, etc.).

Todas las competencias clave se consideran igualmente importantes; cada una de ellas contribuye a una vida exitosa en la sociedad. Entre estas competencias se integran capacidades como el pensamiento crítico, la resolución de problemas, el trabajo en equipo, las capacidades de comunicación y negociación, las capacidades analíticas, la creatividad y las capacidades interculturales.

El marco de referencia establece las ocho competencias clave siguientes:

1. Competencia en lectoescritura
2. Competencia multilingüe
3. Competencia matemática y competencia en ciencia, tecnología e ingeniería
4. Competencia digital
5. Competencia personal, social, y de aprender a aprender
6. Competencia ciudadana
7. Competencia emprendedora
8. Competencia en conciencia y expresión culturales

## **2.2. Relación con el ApS**

---

Existen multitud de maneras y metodologías docentes para que los estudiantes adquieran las competencias clave, anteriormente citadas; y el ApS es una de esas metodologías que nos puede ayudar en esta labor. A priori, podemos considerar tres razones principales para aplicar esta metodología:

- a. Porque promueve la participación activa de los estudiantes en la sociedad al fomentar un sentido social y ciudadano.
- b. Porque les ayuda en su desarrollo profesional debido al tipo de experiencia (educativa y significativa), mediante la cual los estudiantes pueden planificar, diseñar y ejecutar planes de actuación para beneficiar a la comunidad.
- c. Para dar sentido al currículo, ya que hace tomar conciencia de los contenidos de las materias al mismo tiempo que fomenta aprendizajes éticos para el desarrollo de la persona como individuo y como parte de la comunidad.

A continuación, se describen las tres competencias clave que se adaptarían mejor a cualquier proyecto de ApS de manera general.

### **2.2.1. Competencia personal, social y de aprender a aprender**

Esta competencia hace referencia a la habilidad de reflexionar sobre uno mismo, gestionar el tiempo y la información eficazmente, colaborar con otros de forma constructiva, mantener la resiliencia y gestionar el aprendizaje y la carrera propios. Incluye la habilidad de hacer frente a la incertidumbre y la complejidad, aprender a aprender, contribuir al propio bienestar físico y emocional, conservar la salud física y mental, y ser capaz de llevar una vida saludable y orientada al futuro, expresar empatía y gestionar los conflictos en un contexto integrador y de apoyo.

Para desarrollar esta competencia hace falta generar una serie de actitudes que comienzan con la comprensión de los códigos de conducta y las normas

de comunicación generalmente aceptados en distintos ambientes, con el conocimiento de lo que es un estilo de vida saludable; y por supuesto, implica ser consciente de cuáles son las estrategias de aprendizaje que uno prefiere, sus fortalezas y debilidades, y buscar oportunidades de aprendizaje, formación y profesionales, así como una guía y/o la ayuda disponible.

El ApS estimula el desarrollo de varias capacidades como la habilidad de identificar las propias capacidades, concentrarse, abordar la complejidad, reflexionar de forma crítica y adoptar decisiones. Como normalmente en este tipo de proyectos se trabaja en equipos, también incluye la habilidad de aprender y trabajar de forma tanto colaborativa como autónoma, organizar el propio aprendizaje y continuar con él, evaluarlo y compartirlo, buscar apoyo cuando proceda y gestionar eficazmente las interacciones sociales. Por eso, deben ser capaces de comunicarse de forma constructiva en distintos entornos, colaborar en equipo y negociar.

Esta competencia se basa también en fomentar una actitud de colaboración con los demás, la seguridad en uno mismo y en la integridad. Ello incluye la capacidad de darse cuenta de la diversidad de los demás y sus necesidades y respetarlas, y estar preparados para superar prejuicios; que son actitudes claramente vinculadas con este tipo de proyectos.

Además, el ApS es una nueva oportunidad de aprender, ya que se estimula a aplicar lo aprendido y a desarrollarse en diversos contextos vitales.

### **2.2.2. Competencia ciudadana**

La competencia ciudadana se define como la habilidad de actuar como ciudadanos responsables y participar plenamente en la vida social y cívica, basándose en la comprensión de los conceptos y las estructuras sociales, económicas, jurídicas y políticas, así como la sostenibilidad y los acontecimientos mundiales.

Esta competencia cívica se basa en el conocimiento de los conceptos de democracia, justicia, igualdad, ciudadanía y derecho civil. Incluye el conocimiento de los acontecimientos contemporáneos, así como la

competencia crítica de los acontecimientos más destacados de la historia nacional, europea y mundial. También incluye la conciencia de los objetivos, valores y políticas de los movimientos sociales y políticos, además de los sistemas sostenibles, en especial del cambio demográfico y climático en el contexto mundial y sus causas subyacentes. También es esencial el conocimiento de la integración europea, así como la conciencia de la diversidad e identidades culturales europeas y mundiales.

Los objetivos de cualquier proyecto de ApS están íntimamente unidos a la habilidad de interactuar eficazmente con otras personas en el interés común o público, incluido el desarrollo sostenible de la sociedad. También, conllevan capacidades de pensamiento crítico y resolución de problemas, así como capacidades para el desarrollo de argumentos y la participación constructiva en las actividades de la comunidad, así como la toma de decisiones a todos los niveles, que puede ser local, nacional o internacional.

Por otro lado, esta competencia también implica la capacidad de acceder tanto a los medios de comunicación tradicionales como a los nuevos y entender sus funciones y papel en sociedades democráticas, tener una comprensión crítica de estos e interactuar con ellos.

El respeto de los derechos humanos como base de la democracia constituye el fundamento de una actitud responsable y constructiva, que es uno de los objetivos del ApS. La participación constructiva implica la disposición a participar en la toma de decisiones democrática a todos los niveles. Esto incluiría el apoyo a la diversidad social y cultural, el fomento de la cultura de la paz y la no violencia, así como la disposición a respetar la intimidad de los demás y a asumir responsabilidades por el medio ambiente. En pocas palabras, esta competencia pretende que el individuo supere sus prejuicios y se comprometa cuando sea necesario, para garantizar una equidad y justicia social.

### **2.2.3. Competencia emprendedora**

La competencia emprendedora se refiere a la capacidad de actuar con arreglo a diversas oportunidades e ideas, y transformarlas en valores para otros.

Se basa en la creatividad, el pensamiento crítico y la resolución de problemas, en tomar la iniciativa, la perseverancia y la habilidad de trabajar de manera colaborativa en la planificación y la gestión de proyectos de valor financiero, social o cultural. Y claramente, el desarrollo de un proyecto de ApS generalmente tiene un valor social muy alto.

La competencia emprendedora requiere saber que existen diferentes contextos y oportunidades para materializar las ideas en actividades personales, sociales y profesionales. Las personas deben conocer y comprender los distintos planteamientos de planificación y gestión de proyectos, que incluyen tanto procesos como recursos. Las capacidades emprendedoras se basan en la creatividad, que incluye la imaginación, el pensamiento estratégico, la resolución de problemas y la reflexión crítica y constructiva dentro de los procesos creativos y, por supuesto, la innovación. Incluye también la habilidad de trabajar tanto individualmente como en equipo y movilizar los recursos (personas y cosas).

No todos los proyectos ApS requerirán que se tomen decisiones financieras, pero por pequeño que sea el proyecto muchos de ellos sí necesitarán de una toma de decisiones relativas a la gestión del proyecto, y el valor que ello supone. Esto puede hacerse y debe hacerse incluyendo a los estudiantes en la toma de algunas de las decisiones de gestión. Por ello, es fundamental fomentar la habilidad de comunicarse eficazmente y negociar con otras personas, y de hacer frente a la incertidumbre, la ambigüedad y el riesgo como parte de la toma de decisiones tomadas. Del mismo modo, esta competencia incluye la habilidad de motivar a otros y valorar sus ideas, la empatía y cuidar de las personas y del mundo; y aceptar la responsabilidad de adoptar planteamientos éticos a lo largo de todo el proceso.

## **Texto adaptado de las siguientes fuentes**

---

*A Memorandum on lifelong learning* (30 de octubre de 2000). Recuperado de <https://uil.unesco.org/i/doc/lifelong-learning/policies/european-communities-a-memorandum-on-lifelong-learning.pdf>

Recomendación del Consejo de 22 de mayo de 2018 relativa a las competencias clave para el aprendizaje permanente (Texto pertinente a efectos del EEE). Diario Oficial de la Unión Europea número 189, de 4 de junio de 2018. Recuperado de [https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018H0604\(01\) &from=ES](https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018H0604(01) &from=ES)

# Capítulo 3

## Investigación

*I. Sanz Sánchez*

### 3.1. ¿Qué es?

---

La investigación es la primera fase que tenemos que llevar a cabo cuando queremos desarrollar un proyecto basado en el ApS. El objetivo principal de este proceso será identificar el problema que se quiera abordar en una comunidad determinada con el fin de poder realizar un servicio que devuelva a la misma un beneficio. Es interesante que los alumnos se impliquen desde esta primera fase, si fuera posible; en caso contrario, pueden ser los profesores los que valoren las necesidades del entorno. Muchas veces se elige esta segunda opción por la falta de tiempo. Pero, en líneas generales, esta fase es un proceso dinámico y ordenado que debe seguir los siguientes pasos:

1. Identificar la comunidad a la que se quiere prestar un servicio. En este paso se ha de definir si dicha prestación se va a realizar a nivel local, provincial, de la comunidad autónoma, nacional o internacional.
2. Realizar un estudio de las necesidades que tiene la comunidad (población diana) a la que va a ir dirigido el proyecto. Este análisis se puede realizar extrayendo información obtenida de entrevistas a expertos, presentaciones, congresos, informes en periódicos, tesis doctorales actuales, etc.
3. Emplear una serie de criterios objetivos que demuestren que la necesidad estudiada en la comunidad es realmente relevante, importante o urgente. En este paso la relevancia no solo es inherente a la comunidad y a sus

necesidades, sino también al interés que pueda suscitar en el aprendizaje de los estudiantes.

4. Reflexionar sobre la viabilidad del proyecto y sobre el plan de acción para satisfacer la necesidad observada. Por otro lado, el pensamiento crítico y reflexivo debe permitir desarrollar en los estudiantes competencias de responsabilidad social y de autonomía e iniciativa personal y a los docentes conectar la misión académica de la universidad con la comunidad, lo que podría aportar la oportunidad de encontrar nuevas áreas para la investigación.
5. Idear un plan que al final del proyecto permita evaluar el grado de aprendizaje adquirido por los alumnos.

### **3.2. El enfoque docente**

---

Al revisar un curso existente para incorporar el ApS, o al crear un nuevo curso de ApS, se deben considerar las siguientes preguntas sobre motivación, objetivos, preparación para el estudiante e implicaciones prácticas:

- ¿Cuáles son las razones por las que desea incorporar el ApS en su enseñanza?
- ¿Qué cambios le gustaría que se produjeran en sus estudiantes al incorporar actividades que incorporen el ApS?
- ¿Qué quiero que mis estudiantes sepan, sean capaces de hacer o valoren como resultado de su servicio?
- ¿Qué conocimientos, habilidades e intereses deben poseer los estudiantes para poder beneficiarse de esta metodología?
- ¿Qué resultados específicos de aprendizaje quiero que se cumplan?  
¿Quiero que mis alumnos profundicen su comprensión en un tema en particular o en conceptos más generales del curso?

- ¿Podría usarse el contenido del curso para abordar una preocupación real (abordar un tema ambiental, educativo o preocupación social; o desarrollar materiales que puedan ser útiles para las personas de la comunidad)?
- ¿Se podrían utilizar las habilidades que mis alumnos desarrollan en el aula para ayudar a las personas en otro entorno?
- ¿Podrían los alumnos enseñar lo que han aprendido a otros (ancianos, niños pequeños, personas con conocimientos/necesidades especiales)?

Además, de manera específica, se cuenta con una serie de preguntas que pueden ayudar al docente a la hora de desarrollar el proceso de investigación en un proyecto de aprendizaje servicio. Algunos ejemplos pueden encontrarse a continuación:

- ¿Cómo puede el docente facilitar la elección de la comunidad por parte de los estudiantes?
- ¿De qué actividades y recursos se disponen para ayudar a los estudiantes a evaluar las necesidades de la comunidad?
- ¿Cómo se pueden conjugar los objetivos de aprendizaje con la importancia del problema que se quiere abordar, y con el interés académico del estudiante?
- ¿Qué objetivos de aprendizaje cívicos y de otro tipo se esperan cumplir dentro del proyecto?

### **3.3. Los distintos abordajes**

---

En el proceso para investigar un problema determinado, dentro de una comunidad, existen distintos enfoques usados por los docentes para trabajar con los estudiantes. A menudo, los estudiantes pueden participar en una actividad de mapeo de la comunidad. En este tipo de actividad, los estudiantes consultan las necesidades de la comunidad utilizando un conjunto de preguntas

para guiar sus observaciones. Un ejemplo podría ser: En las áreas de mi ciudad con menos ingresos económicos, ¿tienen los niños el mismo acceso al dentista que en otras zonas? ¿Presentan más caries? ¿Usan pasta de dientes? ¿Conocen las técnicas de higiene oral? ¿Tienen una dieta equilibrada?

Otro enfoque común para investigar problemas de la comunidad es revisar el periódico. Esta actividad implica recolectar los periódicos de las últimas semanas, antes de evaluar las necesidades de la comunidad, para distribuirlos a los estudiantes. A continuación, se pediría a los estudiantes que identificasen los principales pros y contras de la comunidad al nivel que se quiera evaluar, recortando los artículos en el periódico y enumerándolos. Las investigaciones en los periódicos tienden a llevar a cabo actividades de servicio que son de naturaleza más global, tales como temas ambientales o asuntos relacionados con política.

Un tercer enfoque, que utilizan algunos docentes, consiste en realizar un intercambio de ideas en sesiones participativas en las que se trata de encontrar varios problemas de la comunidad. Estas sesiones permiten, de un modo reflexivo, determinar cuál va a ser el objetivo final del proyecto teniendo en cuenta la participación activa de los estudiantes. Es importante que los docentes ayuden a los estudiantes a documentar la naturaleza del problema que identificaron, y a reunir evidencia que lo sustente y que permita determinar un punto de partida a partir del cual se pueda medir el impacto del proyecto. Esta estrategia ayuda a los jóvenes a darse cuenta de que además de aprender, pueden devolver a la comunidad un beneficio, aumentando así su sentido de eficacia. Lo siguiente que el docente debe hacer es ayudar a los estudiantes a llegar a un consenso sobre los problemas de la comunidad que se han decidido abordar. Con el fin de aumentar la probabilidad de tener éxito es recomendable que los estudiantes trabajen en grupos, pues así se fomentará el trabajo en equipo y se adquirirán habilidades para colaborar entre ellos. En todo este proceso es fundamental que el profesor haga de guía, tratando a su vez que los estudiantes se sientan “dueños” del proyecto en todo momento. También hay que asegurarse de que los estudiantes tengan voz para tomar las decisiones y que planifiquen algo que sea significativo para ellos y para la comunidad.

## **Texto adaptado de las siguientes fuentes**

---

KAYE, CB. (2004). *The Complete Guide to Service Learning: Proven, Practical Ways to Engage Students in Civic Responsibility, Academic Curriculum, and Social Action*. Minneapolis: Free Spirit Publishing Inc.

RMC Research Corporation. (2009). *K-12 Service-Learning Project Planning Toolkit*. Scotts Valley, CA: National Service-Learning Clearinghouse. Recuperado de [http://montana4h.org/documents/volunteer/volunteer\\_webinars/2014.11.25\\_AK\\_Service%20Learning%20Tool%20Kit.pdf](http://montana4h.org/documents/volunteer/volunteer_webinars/2014.11.25_AK_Service%20Learning%20Tool%20Kit.pdf)

**Páginas Web:** The Corporation for National and Community Service (CNCS). Recuperado de <http://www.nationalservice.gov>

National youth leadership council. Recuperado de <http://www.servicelearning.org>

# Capítulo 4

## Planificación y preparación

*B. Alonso*

### 4.1. ¿Qué es?

---

Es la fase previa a la acción, en la que se organizan y se desarrolla el plan de todas las actividades de ApS que posteriormente se pondrán en práctica. De forma básica, sería “qué hacer (ordenar las ideas)” y “decidir cómo hacerlo”.

### 4.2. ¿Cuándo hacerlo?

---

Una vez realizada la investigación e identificado el servicio específico que se quiere llevar a cabo, es el momento de realizar la planificación o preparación para la acción. Sin embargo, según la literatura, se definen los bloques básicos de los proyectos ApS en diferentes etapas, considerando la planificación como el diseño del proyecto y situándola, según el autor, en diferentes momentos, siempre previa a la acción, matizando a veces si es la preparación del educador o del grupo.

Por ejemplo, en la página Web del Centro Promotor de Aprendizaje y Servicio Solidario en Euskadi se habla de diseño del proyecto para referirse a esta etapa:

1. Diagnóstico de la realidad
2. **Diseño**
3. Ejecución

#### 4. Monitoreo y evaluación

El Centro Nacional de Información sobre Aprendizaje y Servicio de E.E.U.U. entiende que la planificación y la preparación engloban todo el proceso:

### **Planificación y Preparación**

1. Determinar la naturaleza del servicio
2. Identificar los objetivos académicos, cívicos, etc.
3. Desarrollar un plan de acción
4. Reflexión
5. Desarrollo y evaluación

Según el grupo de investigación de la Universidad de Barcelona, la preparación incluye la planificación del proyecto por parte del educador, existiendo dentro de la fase de realización, de nuevo, una preparación del proyecto pero con el grupo:

#### **1. Preparación**

- a. Esbozo de la idea
- b. Establecimiento de alianzas
- c. Planificación del proyecto**

#### 2. Realización

- a. Preparación del proyecto con el grupo**
- b. Ejecución del proyecto

- c. Cierre del proyecto con el grupo

### 3. Evaluación

A su vez, dentro del anterior esquema se puede realizar una distinción más detallada entre lo que es la preparación por parte del educador y lo que conlleva la planificación haciendo participe al grupo de alumnos involucrados en el proyecto:

#### **I. Preparación del educador**

- a. Análisis del grupo y de cada alumno
- b. Detección de las necesidades y servicios
- c. Vinculación curricular

#### **d. Planificación del proyecto**

#### **II. Planificación con el grupo**

- a. Motivación del grupo
- b. Diagnóstico del entorno y definición del proyecto
- c. Organización de la tarea
- d. Reflexión sobre los aprendizajes de la planificación

En este capítulo se va a hablar de la planificación y preparación de forma conjunta, como el paso previo y necesario inmediatamente anterior a la fase de implementación del proyecto. No se va a hacer referencia en ningún caso a la planificación y preparación del proyecto por parte del profesor que sería, en pocas palabras, el diseño del proyecto en sí.

### 4.3. ¿Por qué se hace?

---

La fase de planificación y preparación permite disponer de todas las herramientas necesarias y dejar todas las actividades diseñadas, con anterioridad, para conseguir, en el momento de la acción o ejecución propiamente dicha del proyecto, que los objetivos se cumplan y los resultados sean los esperados, obteniendo un beneficio real para la comunidad.

El ApS, como toda actividad realizada para una comunidad, no se puede dejar a la improvisación, ya que en su realización existen posibles imprevistos, complicaciones e incluso obstáculos que deben ser tenidos en cuenta con anticipación, para minimizar su impacto y repercusión.

### 4.4. ¿Quién lo hace?

---

La planificación, como ocurre con todas o la mayoría de las fases del ApS se debe desarrollar de manera colectiva, participando de forma integrada todos los agentes implicados: la comunidad que se beneficia del proyecto, los docentes del mismo grado, y si es posible de otras disciplinas (para enriquecer mucho más los objetivos del proyecto) y, principalmente, los alumnos.

Inicialmente son los profesores los que coordinan y organizan (**planificación**), de forma general, toda la preparación, teniendo en cuenta su experiencia en el diseño de proyectos y en la de planificación pedagógica en el aula. Es conveniente que todo esto se haga bajo la orientación del profesor responsable del proyecto, que habrá hecho, antes de comenzar, una labor de distribución de funciones entre ellos.

Sin embargo, lo ideal es que, una vez distribuidas las tareas, el papel de los profesores sea simplemente de supervisores de los alumnos y dinamizadores de la actividad que hay que realizar. Es conveniente, deseable y determinante que sean los alumnos implicados los que lleven el peso de las reuniones y de la preparación del servicio (**preparación**); de esta manera se consigue mejorar la competencia de iniciativa personal y autonomía.

## **4.5. ¿Cómo hacerlo?**

---

El ApS, como proceso dinámico que es, siempre debe incluir un espacio para la flexibilidad y adaptación a los imprevistos que surgen cuando se realizan actividades para la comunidad. Hay que tener en cuenta que, en el proceso de planificación y preparación con el grupo pueden surgir problemas funcionales que comprometan la realización del proyecto. En ese caso, la idea primigenia del proyecto podría cambiar y evolucionar.

Con el fin de organizar bien esta fase del proyecto es necesario tener en cuenta los siguientes pasos:

### **4.5.1. Definición y explicación del proyecto**

Para poder comenzar con toda la preparación de esta fase se debe conocer al detalle el proyecto ApS que se va a realizar. Es importante que todos los alumnos tengan claro y entiendan la finalidad o tipo de proyecto que van a realizar; la organización comunitaria y los miembros que recibirán el servicio y el contexto en el que se desarrolla, así como los aspectos educativos (objetivos de aprendizaje, de servicio...). Para ello, puede venir bien que todos los alumnos tengan una ficha de identificación del proyecto que van a realizar, con todos los detalles básicos del mismo.

### **4.5.2. Distribución del trabajo**

Cada uno de participantes, responsable del proyecto, profesores y responsables de la comunidad a la que se dirige el proyecto, tiene su responsabilidad, función y compromiso con el proyecto, pero el actor principal de todo proyecto de ApS es el alumno. Por ello, se deben distribuir las tareas, asignando, si se considera necesario, responsabilidades o funciones específicas a los alumnos de forma individual y en equipo.

### **4.5.3. Descripción de las actividades y acciones que se van a realizar**

Es importante definir o especificar el trabajo concreto en cada una de las tareas. El alumno debe entender la acción que va a desarrollar, su utilidad social y lo que aprende con ello. Siempre teniendo en cuenta los recursos y el tiempo del que se dispone y, sobre todo, buscando cumplir el objetivo de todo proyecto ApS, combinar la acción social con los objetivos de aprendizaje.

Puede resultar práctico realizar fichas de las tareas teóricas o prácticas que se van a realizar, u organizar fichas de resumen de cada una de las actividades o sesiones del servicio, vinculado con su aprendizaje.

### **4.5.4. Definición de la metodología que se va utilizar**

Una misma actividad se puede realizar de diferentes maneras, por lo que es importante seleccionar el procedimiento que mejor se adapte a nuestro proyecto para conseguir su finalidad.

Aunque existen distintas metodologías, lo más utilizado suele ser el método expositivo (PowerPoint, vídeos), junto con la atención individualizada.

### **4.5.5. Logística y requisitos formales con la entidad social y los alumnos**

Como habitualmente un proyecto suele estar vinculado con una asociación o una entidad social es necesario contactar con ellos para conocer desde horarios, desplazamientos, recursos hasta los requisitos formales de permisos y autorizaciones. La mayoría de los proyectos de ApS también requieren la autorización y valoración de seguros de responsabilidad civil y otras medidas de seguridad por parte de alumnos y profesores, ya que suelen implicar un trabajo fuera del aula.

En este apartado, se valorará cual es el entorno ideal para llevar a cabo las actividades que se planifiquen, teniendo en cuenta el colectivo al que se dirigen. En caso de desplazamientos de los alumnos, es importante organizar el transporte (ya sea por cuenta del proyecto, o por cuenta propia de los alumnos).

#### **4.5.6. Valoración de las necesidades y recursos materiales**

Toda acción puede implicar materiales y gastos, que se deben haber valorado en la fase de investigación, para poder encontrar fuentes de ingresos que los cubran.

Es necesario realizar un presupuesto estimando el coste de las actividades (materiales de consumo fungible, herramientas o instrumentos, desplazamientos...), los recursos disponibles o los que hay que gestionar, ya que esto implicará buscar financiaciones externas privadas, de cooperación, donaciones o estatales.

#### **4.5.7. Realización de un calendario de actividades (cronograma)**

Es necesario valorar el número de reuniones que se necesitan para prepararlo todo, estableciendo en lo posible, de antemano, un calendario de trabajo, con fechas de los encuentros, de las tareas, actividades y el tiempo que se va a invertir en cada una de ellas. Un cronograma, con todo detallado, permite tener una visión global del proyecto y facilita la organización a nivel individual y del equipo. Se puede añadir al esquema de organización los datos que se consideren necesarios para facilitar la ejecución del plan de acción, como recursos, necesidades que se valoran, etc.

Un dato importante a tener en cuenta en todo momento es el calendario escolar y la disponibilidad de los alumnos, para no interferir en la época de exámenes o vacaciones.

#### **4.5.8. Reflexión sobre el aprendizaje de la planificación**

Aunque no se haya puesto en marcha el proyecto, sólo el hecho de prepararlo ya conlleva aprendizajes significativos que hay que tener en cuenta, y así poder valorar el impacto. Se debe dedicar tiempo a analizar los aprendizajes conseguidos, para poder reforzarlos si es necesario.

## 4.6. Preguntas para guiar el pensamiento

---

A la hora de definir las preguntas orientadoras de la fase de la planificación y preparación, se pueden plantear teniendo en cuenta las tres áreas organizativas del proyecto: el servicio, el aprendizaje y la gestión.

### 4.6.1. Preguntas clave para definir el servicio

Las preguntas se correlacionarían con los componentes del diseño del proyecto ApS. Por ejemplo:

- ¿Qué es lo que deseamos hacer y esperamos conseguir, de forma específica? Correspondería con los objetivos que hemos planificado en el proyecto ApS, que estarían relacionados directamente con el problema que hemos identificado. Es el **qué** y el **por qué**.
- ¿Conocemos todos los aspectos personales que rodean a las personas a las que va dirigida nuestro proyecto? Aquí se definiría el perfil de las personas que se beneficiarían del proyecto. Es el **para quién**.
- ¿Cuáles son las actividades que van a ser más efectivas para conseguir los objetivos que hemos definido? ¿Cómo llevaremos a cabo estas acciones o actividades? ¿Qué técnicas y métodos usaremos para su realización? Estas preguntas se corresponderían con las actividades y metodología a realizar durante el proyecto. Es el **cómo**.
- ¿Qué materiales necesitaremos? ¿Tenemos los recursos para hacer frente a nuestras necesidades? Este apartado se correspondería al apartado de presupuesto (gastos, ingresos). Es el **con qué**.
- ¿Dónde se realizarán las actividades? Aquí se describiría el entorno geográfico de la actividad. Es el **dónde**.
- ¿Cuánto tiempo debemos planificar en cada actividad? Podría ser útil realizar un cronograma con el calendario de las actividades. Es el **cuándo**.

#### **4.6.2. Preguntas clave para definir el aprendizaje**

Estas cuestiones pueden ayudar al profesorado a definir mejor el perfil y nivel académico inicial que se desearía en los alumnos que van a estar involucrados en el proyecto (conocimientos, actitudes, valores, etc.) y, al mismo tiempo, ayudarían a establecer las posibles vinculaciones curriculares por materias o por competencias.

- ¿En qué materia o materias se ubicará el proyecto?
- ¿Qué objetivos pedagógicos se persiguen: actitudes, conocimientos, valores, habilidades, competencias, etc.?
- ¿Cuál es la formación previa que se necesita para formar parte de un proyecto de ApS? y ¿Qué formación se necesita para ejecutar el servicio?
- ¿Qué aportará la entidad social a los aspectos pedagógicos?
- ¿Cuáles serán las funciones de los profesores?

#### **4.6.3. Preguntas clave para definir la gestión**

Este tipo de preguntas también son importantes para dejar organizado lo máximo posible un proyecto de esta envergadura.

- ¿Qué permisos y seguros se necesitan?
- ¿Cómo se informará e implicará a las personas que rodean a los beneficiarios del proyecto, es decir, a las familias, cuidadores, etc.?
- ¿Qué recursos humanos se necesitan? número y tipo (alumnos, profesores, etc.)
- ¿Cómo se relacionarán la entidad y el centro educativo?

- ¿Qué materiales e infraestructuras se necesitan?
- ¿Qué presupuesto tiene el proyecto? Y ¿Con qué fondo se cuenta? ¿Es suficiente?
- ¿Cómo se va a registrar la experiencia?
- ¿Cómo se va a difundir el proyecto y los resultados?

## Texto adaptado de las siguientes fuentes

---

BATLLE, R. (sin fecha). *Guía práctica de aprendizaje-servicio*. Madrid: Santillana Educación S.L. Recuperado de <https://roserbatlle.net/wpcontent/uploads/2018/09/Guia-practica-ApS.pdf>

Centre Promotor d'Aprenentatge Servei, Zerbikas Fundazioa (2010). ¡Práctica APS! Guía práctica de aprendizaje-servicio para jóvenes. Recuperado de [http://www.zerbikas.es/wp-content/uploads/2015/07/Guia\\_APS.pdf](http://www.zerbikas.es/wp-content/uploads/2015/07/Guia_APS.pdf)

DOWNEY, D., PACHECO & P., COTTON, K. (Sin fecha). California State University Channel Islands The faculty guide to service-learning. Recuperado de <https://www.csuci.edu/servicelearning/cce-fac.pdf>

GALLAGHER, L., PLANOWSKI, E. & TARBELL, K. (Sin fecha). University of Colorado Denver faculty guide to service learning: Information and resources for creating and implementing service learning courses. Recuperado de <http://www.ucdenver.edu/life/services/ExperientialLearning/foremployers/Documents/UC%20Denver%20Faculty%20S-L%20Guide.pdf>

Instituto de Comunicación y Desarrollo (ICD) (2003). *Aprendizaje-servicio: el diseño de proyectos*. Recuperado de <http://www.zerbikas.es/wp-content/uploads/2015/09/0406INSapr.pdf>

JANÉ, M. (2015). *Diseño de una guía práctica para emprender proyectos de aprendizaje servicio para los docentes del grupo de diversificación curricular de 3º de ESO del instituto Daniel Blanxart de Olesa de Montserrat*. [Trabajo

fin de máster]. Universidad Internacional de la Rioja, Facultad de Educación, Barcelona (España).

PUIG, J.M., MARTÍN, X. & BATLLE, R. (2008). Cómo iniciar un proyecto de aprendizaje y servicio solidario. Recuperado de <http://www.zerbikas.es/wp-content/uploads/2015/07/1.pdf>

PUIG, J.M., BATLLE, R., BOSCH, C. & PALOS, J. (2007). Aprendizaje servicio: educar para la ciudadanía. Barcelona: Editorial Octaedro S.L.

RMC Research Corporation. (2009). *K-12 Service-Learning Project Planning Toolkit*. Scotts Valley, CA: National Service-Learning Clearinghouse. Recuperado de [http://montana4h.org/documents/volunteer/volunteer\\_webinars/2014.11.25\\_AK\\_Service%20Learning%20Tool%20Kit.pdf](http://montana4h.org/documents/volunteer/volunteer_webinars/2014.11.25_AK_Service%20Learning%20Tool%20Kit.pdf)

**Página Web:** Fundazioa Zerbikas. Recuperado de <http://www.zerbikas.es>

**Tabla 1.** Ficha identificativa del proyecto (adaptada de Jané 2015)

Descripción general			
<b>1. Tipo de proyecto</b>			
Escolarización	Ayuda a otras personas	Intercambio generacional	Medio ambiente
Solidaridad y cooperación	Promoción de la salud	Patrimonio cultural	Participación ciudadana
<b>2. Breve descripción del proyecto</b>			
<b>3. Aspecto curricular</b>			
Afecta a una sola asignatura	Transversal (varias asignaturas)		Asignatura propia
Aspectos educativos			
Objetivos del aprendizaje			
Objetivos del servicio			
Aspectos del servicio			
Nombre de la entidad social			
Lugar del servicio			

**Tabla 2.** Fichas de planificación de las actividades (adaptada de Jané 2015)

<b>Sesión nº:</b>		
<b>Fecha:</b>		
<b>Tareas teóricas</b>	Conocimientos a aprender	
	Conocimientos a ampliar/ reforzar	
<b>Tareas prácticas</b>	Destrezas a aprender	
	Destrezas a ampliar/ reforzar	

<b>Sesión nº:</b>												
<b>Fecha:</b>												
<b>Previo al servicio</b>	Tareas programadas											
	Material necesario											
<b>Durante el servicio</b>	Tareas realizadas											
	Evaluación del servicio (profesor)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Posterior al servicio</b>	Grado de satisfacción del alumno	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Incidencias											
	Observaciones											

**Tabla 3.** Cronograma para la organización de las actividades

Fecha	Actividad	Objetivos	Tiempo estimado

# Capítulo 5

## Acción

*A. Carrillo de Albornoz*

### 5.1. ¿Qué es?

---

La fase de implementación de un proyecto de ApS es aquella en la que los estudiantes llevan a cabo o ejecutan las actividades que previamente han planificado tras identificar un problema que afecte a la comunidad y hayan planteado un proceso de actuación.

La acción de un proyecto de ApS es una de las partes más destacadas. Es crucial que, tanto profesorado, como estudiantes y miembros de la comunidad realicen correctamente las actividades programadas para dar sentido a esta actividad pedagógica y solidaria. También es interesante plantear preguntas que establezcan una conexión entre el servicio y el aprendizaje académico y cívico. Como por ejemplo, preguntar a los estudiantes cómo se sienten desarrollando el servicio y cómo sus aportaciones pueden marcar diferencias positivas. Durante la fase de acción, es importante asegurar que los alumnos:

- Se involucran, exploran activamente, se plantean preguntas y ejecutan la actividad con interés.
- Reciben la oportunidad de trabajar en equipo con adultos diferentes a su entorno habitual (familiares y profesores).
- Están abiertos a conocer otros puntos de vista diferentes.

- Se les da la oportunidad de ver que el servicio prestado atiende a las necesidades de la comunidad.
- Sean conscientes de que la actividad que están realizando les permite desarrollar otras habilidades que las clases expositivas no les permite, como el liderazgo, la empatía y la comunicación verbal.

Las siguientes preguntas son de utilidad para la fase de actividad del servicio:

- Ante el problema social evaluado, ¿Qué tipo de actividades de servicio directo pueden hacer los estudiantes?
- En las actividades de ApS, los alumnos tratarán de comprender las causas del problema social y buscar soluciones. ¿Se podría hacer algo y dar un mayor sentido de eficacia al proyecto y que los alumnos se sientan útiles?
- ¿Qué se debe hacer para asegurar que todos los estudiantes se benefician de las actividades del proyecto de ApS y que comprenden su importancia y significado?
- ¿Qué se debe hacer para asegurar que todos los estudiantes perciben el beneficio mutuo de la actividad?
- ¿Qué se debe hacer para asegurar que la actividad de servicio juega un papel positivo en la vida de los estudiantes?
- ¿Qué se debe hacer para que los alumnos permanezcan involucrados tras la finalización del proyecto?
- ¿Cómo se podría implementar el proyecto para que profesores y otros adultos también encuentren el proyecto gratificante e importante?

## 5.2. ¿Cuándo hacerlo?

---

La acción o implementación del proyecto debe realizarse una vez se hayan concluido las fases previas de planificación, selección de la institución y preparación. Asimismo, es conveniente que se realicen los simulacros previos necesarios para la detección de posibles fallos durante la puesta en marcha del proyecto y su consiguiente subsanación. Incluso ante planes de acción excelentes, hay que tratar de anticipar los problemas que puedan surgir y plantear posibles soluciones para solventarlos.

## 5.3. ¿Quién lo hace?

---

Los estudiantes serán los encargados de la ejecución de la actividad de ApS. Estos serán acompañados del correspondiente profesorado.

## 5.4. ¿Cómo hacerlo?

---

La fase de acción o ejecución del proyecto presenta diferentes etapas:

- Realización de la actividad social. La acción requiere que el alumno se comprometa a realizar correctamente la actividad, con compromiso, motivación, actitud y esfuerzo. También son importantes otros aspectos de la actividad, como la asistencia y la puntualidad.
- Relación con las personas del entorno. La acción fomenta que el estudiante se relacione con personas diferentes de su entorno habitual, aumentando su empatía y sus habilidades sociales.
- Registro de la actividad desarrollada, para posterior análisis y difusión. Durante la ejecución, el estudiante deberá registrar (según la planificación previa) todo el proceso.
- Reflexión durante la ejecución. Como todas las fases del ApS, debe haber un componente de reflexión mientras se ejecuta el proyecto. Es importante que los estudiantes tengan la oportunidad de valorar la

actividad que están realizando, y así poder reconocer las sensaciones percibidas y la consciencia del beneficio propio y del beneficio a la comunidad que se está realizando.

- Evaluación. Es muy recomendable establecer algún tipo de evaluación por parte del profesorado, y la autoevaluación del estudiante durante esta fase.

## Texto adaptado de las siguientes fuentes

---

BATLLE, R. (Sin fecha). *Guía práctica de aprendizaje-servicio*. Madrid: Santillana Educación S.L.. Recuperado de <https://roserbatlle.net/wpcontent/uploads/2018/09/Guia-practica-ApS.pdf>

RMC Research Corporation. (2009). *K-12 Service-Learning Project Planning Toolkit*. Scotts Valley, CA: National Service-Learning Clearinghouse. Recuperado de [http://montana4h.org/documents/volunteer/volunteer\\_webinars/2014.11.25\\_AK\\_Service%20Learning%20Tool%20Kit.pdf](http://montana4h.org/documents/volunteer/volunteer_webinars/2014.11.25_AK_Service%20Learning%20Tool%20Kit.pdf)

**Página Web:** Fundazioa Zerbikas. Recuperado de <http://www.zerbikas.es>

**Tabla 4.** Lista de comprobación para la fase de implementación  
(adaptada de RMC Research Corporation)

	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>Sí/No</b>
<b>1</b>	Entrenamiento previo. Los estudiantes conocen su trabajo activo y lo que se espera de ese trabajo	
<b>2</b>	Todos los estudiantes tienen una función relevante asignada	
<b>3</b>	El compañero de la comunidad está al corriente de todas las actividades	
<b>4</b>	Se han planteado posibles problemas con los alumnos previamente, con posibles soluciones	
<b>5</b>	El transporte de los alumnos está organizado	
<b>6</b>	Los materiales para emplear en la actividad son seguros y se han revisado	
<b>7</b>	Existen suficientes supervisores de la actividad	
<b>8</b>	Si es necesario, las autorizaciones de los padres se han obtenido	
<b>9</b>	Se han obtenido los permisos para la posterior publicación de fotografías y contenidos	
<b>10</b>	Durante la realización de la actividad, hay tiempo para la reflexión de la actividad realizada	
<b>11</b>	La metodología ApS se ha añadido al currículum de los alumnos	
<b>12</b>	La Universidad ha dado los permisos para la realización de la actividad	

# Capítulo 6

## Reflexión y evaluación

*P. Matesanz*

### 6.1. ¿Qué es?

---

Antes, durante y tras la implementación un proyecto de ApS se requiere dos formas de análisis:

- a) Por una parte, el alumno debe reflexionar acerca de lo que el proyecto le está aportando a él; y
- b) Por otro lado, el profesor deberá, a su vez, evaluar los conocimientos que el alumno ha demostrado adquirir durante el desarrollo del proyecto. Estos dos análisis son la reflexión y la evaluación.

En la fase de **reflexión**, las diferentes partes del equipo revisan de forma crítica los procesos que se han llevado a cabo para evaluar qué y cómo se ha hecho, y ser capaces de convertir el servicio desempeñado en aprendizaje. En materia de educación, la reflexión es un proceso metacognitivo; insta a pensar en pensar. Tiene lugar antes, durante y después de la acción y hace posible un mayor desarrollo de la comprensión de la acción y del papel de uno mismo dentro de esta, promoviendo una mejora de las acciones futuras.

La reflexión es el punto clave que transforma el servicio en un proceso de aprendizaje a través de la experiencia, e incluye compartir cualquier impulso o reacción, emociones, sentimientos, observaciones o ideas sobre cualquier aspecto relacionado con la actividad.

La reflexión es un pensamiento estructurado, que conecta a los estudiantes, y les proporciona una oportunidad para ser críticos con sus experiencias, examinar y analizar sus valores personales, sus creencias y sus opiniones, al tiempo que les proporciona un espacio para preguntar, compartir ideas y experiencias a partir de las cuales desarrollar nuevos enfoques para su aprendizaje.

La valoración de la ganancia o mejora de las capacidades del alumno a la hora de integrar sus conocimientos con la experiencia adquirida representa la **evaluación**. No consiste solo en medir la ganancia de conocimientos del alumno, sino de medir cómo ha sido capaz el alumno de integrar la ganancia de conocimiento con la experiencia. Conocimiento y experiencia deben combinarse, y eso es lo que debe valorarse en la evaluación final de un proyecto de ApS. La evaluación del alumno y del propio proyecto de ApS resulta fundamental para el enriquecimiento y la progresión favorable del proyecto. Sin embargo, hay que tener siempre presente que el objetivo principal de esta metodología es ayudar a la comunidad, no la formación teórica, por lo que los criterios de evaluación deben enfocarse a esta circunstancia.

Una manera de plantearse el servicio en un proyecto de ApS es que este proporciona el “temario” que el alumno debe aprender. Mientras que en una asignatura convencional, existen unos textos y documentos elaborados antes del comienzo de la asignatura, en ApS la materia a estudio se va desarrollando con el ejercicio el servicio. Por ello, la evaluación se suele plantear de manera diferente a como se haría dentro de una asignatura. La evaluación tendrá que ser específica para el proyecto de ApS.

## **6.2. Reflexión**

---

Como se ha comentado anteriormente, se debe realizar una reflexión después de cada una de las fases de las que consta un proyecto de ApS. Pero este capítulo se centra en la reflexión que ocurre después del servicio.

La evaluación de un proyecto de ApS debe venir también del estudiante; son necesarias herramientas para poder medir cuánto les ha aportado el proyecto a los ejecutores del mismo. Debe llevarse a cabo un proceso de

revisión de lo que se ha hecho para evaluar qué se ha ganado y cómo pueden sentarse las bases para mejorar el conocimiento adquirido a partir del servicio desempeñado.

De esta manera, el proceso de reflexión permitirá:

- a) Reforzar los conocimientos aprendidos, conectando el aprendizaje en el aula con el ApS. De esta manera, se le da a ambos un mayor significado.
- b) Potenciar el pensamiento crítico de los estudiantes sobre sus experiencias, valores personales, creencias y opiniones. Les ayuda a desarrollar una comprensión de sí mismos y sus responsabilidades como ciudadanos.
- c) Conectar a los estudiantes entre sí para que puedan sentirse cómodos a la hora de preguntar, compartir ideas o narrar sus experiencias.

Existen diferentes herramientas de reflexión propuestas en la literatura, de manera individual y colectiva, para así fomentar por una parte el análisis en grupo, lo que les forzará a trabajar en un ejercicio de síntesis estructurado y ordenado de lo que han podido aprender en el proyecto.

A continuación se exponen una serie de ejemplos de cómo sería posible llevar a cabo la fase de reflexión.

### **6.2.1. Diarios**

*Diario personal:* en el que escriban libremente sus sensaciones y experiencias, y que periódicamente se entreguen al instructor.

Otras formas de diario: con preguntas y respuestas que van completando los alumnos con el profesor, diario de palabras clave, diario de sucesos o incidentes, etc. Son, en definitiva, compilaciones de pensamientos organizados de una manera diferente.

### **6.2.2. Tormenta de ideas**

En la que los estudiantes tengan un tiempo concreto para escribir cuáles eran sus ideas iniciales, previas al comienzo del ApS, y cuáles fueron sus sensaciones, tras el primer día del servicio. Tras esto, pueden reflexionar sobre lo que sienten en el momento presente, en relación al proyecto.

Deben tratar de identificar si sus emociones encajan dentro de la alegría, la tristeza o el desconcierto, y saber explicarlo tanto por escrito como verbalmente.

### **6.2.3. Citas y citas musicales**

Es posible que los estudiantes puedan querer recurrir a canciones y citas célebres que resuman sus sentimientos en relación a alguna de las partes del ApS.

### **6.2.4. Ensayos**

Es un formato de reflexión similar al diario, pero más formal, que pueden entregarse al profesor en un par o tres de ocasiones durante el curso.

Se les puede proporcionar a los estudiantes alguna guía de puntos que les ayude a explicarse, para organizar mejor sus pensamientos.

### **6.2.5. Cuestionario abierto**

Otra opción es dirigir de forma más enfocada la reflexión de los participantes, usando preguntas con respuestas abiertas. Por ejemplo:

- ¿Cuáles eran tus expectativas sobre el proyecto cuando te uniste a él?  
¿Qué esperabas conseguir?
- ¿Cómo describirías la experiencia vivida con este proyecto?

- ¿Cuáles son los sentimientos, creencias que has descubierto o experimentado? ¿Cuáles son los prejuicios o miedos que has explorado?

### **6.2.6. Lecturas dirigidas**

Las lecturas dirigidas sirven para que los alumnos sean capaces de contextualizar su experiencia de aprendizaje dentro del marco social en el que se encuadra su servicio. Además, estas lecturas pueden también servir de base para trabajar en dinámicas de discusión en clase o en documentos que redacten posteriormente los estudiantes.

### **6.2.7. Discusiones en clase**

En el tiempo de clase, los participantes en el ApS pueden plantear dudas y consideraciones que se les hayan presentado en la ejecución del servicio y en su análisis posterior. La retroalimentación por parte del resto de compañeros puede servir para resolver dudas o para sacar más partido a su participación en el proyecto; a entender mejor el concepto del servicio y el logro alcanzado. Es útil también para los estudiantes compartir sus propias historias.

Por otro lado, pueden ser una forma de identificar claramente los puntos a mejorar del proyecto, entendiendo y atendiendo a las sensaciones y pensamientos experimentados por los participantes.

### **6.2.8. Portfolios o memorias**

Son recopilaciones de testimonios, documentos gráficos, evaluaciones de los supervisores, etc, organizados de una forma ordenada, que sintetizan al detalle el contenido del proyecto y la retroalimentación de los diferentes participantes: estudiantes, profesores, comunidad a la que se le presta el servicio, etc.

### **6.2.9. Foros**

Los foros pueden ser presenciales o a través de plataformas digitales, en las que los alumnos en grupos, abran temas de debate y todos se animen a responder.

### **6.2.10. Presentaciones de clase**

En el formato que deseen, los estudiantes pueden presentar todas estas reflexiones al resto de sus compañeros y abrir un turno de preguntas al final, para enriquecer la presentación y la reflexión.

## **6.3. Evaluación**

---

En el proceso de análisis del proyecto, una parte deberá ir también dirigida a la evaluación de la adquisición de conocimientos por parte de los estudiantes. El punto de análisis importante debe ser la valoración de la ganancia o mejora de la capacidad de integración del conocimiento junto con la experiencia; no solo el aumento de conocimientos.

En un proyecto ApS no puede aprenderse de la teoría. El servicio pasa a ser la guía de la que nutrir el conocimiento, por lo que la evaluación del estudiante deberá hacerse *in situ*, de acuerdo a lo que los instructores perciban en la ejecución del servicio por parte del alumno.

A la hora de medir este aprendizaje, los profesores deberán atender a unos criterios comunes. Hay muchas formas de medición, como por ejemplo:

- Horas dedicadas al servicio
- Partes del servicio implementadas
- Documentación recopilada durante el servicio: gráfica y escrita
- Entrevistas personales con los instructores

- Retroalimentación de la comunidad o el colectivo que ha recibido el servicio
- Apariciones en prensa y redes sociales

De esta forma, el profesor será capaz de valorar el grado de implicación y dedicación del estudiante al proyecto; de ver en qué medida ha puesto en práctica, durante el servicio, sus conocimientos teóricos; y, algo mucho más importante, valorando el resultado de la integración de su conocimiento y la praxis, para proporcionar un servicio a la altura de lo necesario.

## Texto adaptado de las siguientes fuentes

---

DOWNEY, D., PACHECO, P., COTTON, K. (Sin fecha). California State University Channel Islands The faculty guide to service-learning. Recuperado de <https://www.csuci.edu/servicelearning/cce-fac.pdf>

GALLAGHER, L., PLANOWSKI, E. & TARBELL, K. (Sin fecha). University of Colorado Denver faculty guide to service learning: Information and resources for creating and implementing service learning courses. Recuperado de <http://www.ucdenver.edu/life/services/ExperientialLearning/foremployers/Documents/UC%20Denver%20Faculty%20S-L%20Guide.pdf>

RMC Research Corporation. (2009). *K-12 Service-Learning Project Planning Toolkit*. Scotts Valley, CA: National Service-Learning Clearinghouse. Recuperado de [http://montana4h.org/documents/volunteer/volunteer\\_webinars/2014.11.25\\_AK\\_Service%20Learning%20Tool%20Kit.pdf](http://montana4h.org/documents/volunteer/volunteer_webinars/2014.11.25_AK_Service%20Learning%20Tool%20Kit.pdf)

SANDARS, J. (2009). The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Medical Teacher*, 31 (8), 685-695.

Why reflexión is important? Recuperado de <https://www.linfield.edu/assets/files/community/WHY%20REFLECTION%20IS%20IMPORTANT.pdf>

**Tabla 5.** Hoja de trabajo para planificar tareas de reflexión  
(adaptada de RMC Research Corporation)

Fase del ApS	Tema/ Palabras clave	Modo de reflexión	Longitud	Autores	Audiencia
Criterios	Pueden ser datos sobre el tema del servicio, citas, noticias de los afectados por el problema, música, etc.	Puede ser leer, escribir, hablar	Puede ser respuestas cortas en clase, diarios, reflexiones finales, etc.	Pueden ser los estudiantes, los estudiantes y el miembro de la comunidad que recibe el servicio, la entidad social, etc.	Pueden ser los profesores, los compañeros, los destinatarios del servicio, la entidad social, etc.
Planificación y preparación					
El servicio					
Fin del proyecto					

**Tabla 6.** Hojas de evaluación

	Auto-evaluación del alumno										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Cómo has hecho el servicio?											
¿Cómo ha sido tu trabajo dentro del equipo?											
¿Has alcanzado tus objetivos?											

	Evaluación del profesor										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Cómo ha hecho el estudiante el servicio?											
¿Cómo ha sido su trabajo dentro del equipo?											
¿Ha conseguido los objetivos establecidos?											

# Capítulo 7

## Celebración

*E. Figuero*

### 7.1. ¿Qué es?

---

La celebración del aprendizaje y del impacto del proyecto es una parte importante del ApS y hay que tenerla presente cuando se esté planificando un proyecto de estas características.

Hay que tener en cuenta que, la propia experiencia de ApS lleva implícita elementos de reconocimiento a la acción del alumnado. Según Rovira y Kwast, se puede observar este reconocimiento en tres acciones:

1. Las actividades de ApS ofrecen a los estudiantes la oportunidad de ser protagonistas y responsables de una aportación a la comunidad, por tanto, querer ayudar y que te dejen hacerlo, es ya un modo de reconocimiento.
2. Por otro lado, los educadores activan otro de los componentes del reconocimiento, la confianza en que los alumnos van a ser capaces de hacerlo, y eso se puede considerar también un reconocimiento.
3. Por último, tanto los educadores, como los destinatarios del servicio sienten la necesidad de agradecer a los alumnos lo que están haciendo, y les reconocen a ellos como responsables.

Sin embargo, existen actos específicos de celebración que son considerados una fase más de la experiencia de ApS, siendo una de las mejores formas de cerrar

este tipo de proyectos. No es necesario que estos actos de celebración sean algo moderno, caro y que impliquen mucho tiempo. Lo realmente importante es que se dedique el tiempo necesario para que se reconozca el esfuerzo invertido y el éxito conseguido por los estudiantes y por la comunidad. Por ello, debería definirse la fase de celebración como actos programados para agradecer y valorar explícitamente al alumnado participante su dedicación y ayuda a la comunidad.

## **7.2. ¿Cuándo hacerlo?**

---

Se realiza habitualmente una vez que las fases previas (acción, reflexión y evaluación) han sido realizadas, aunque también podría realizarse inmediatamente tras la acción, de forma previa a la reflexión y evaluación.

## **7.3. ¿Por qué realizar actos de reconocimiento?**

---

Según Puig y cols. la celebración tiene como objetivos:

- Gratificar el esfuerzo y reforzar la autoestima
- Comunicar los resultados a los demás compañeros
- Consolidar vínculos con las entidades con las que se haya trabajado (si se ha realizado)
- Difundir el trabajo realizado

## **7.4. ¿Quién lo hace?**

---

El acto de celebración lo debe preparar el profesor responsable del proyecto de ApS, pero puede ser ayudado por los alumnos que hayan participado en el proyecto guiados por el tutor.

Durante el proceso de celebración en sí mismo, pueden intervenir todas las personas que han intervenido en el proyecto:

- Alumnos voluntarios
- Sujetos destinatarios del servicio
- Educadores (profesores)
- Entidades organizadoras: facultades, colegios, asociaciones. En el caso de tener el apoyo de alguna entidad financiadora, también podría participar en esta fase aportando, por ejemplo, el material necesario para la misma, o colaborando mediante aportación económica o cediendo un lugar para realizarla.

## 7.5. ¿Cómo hacerlo?

---

Los actos de celebración no tienen un patrón de realización y organización común establecido, sino que están basados en tres fuentes de diversidad: diferentes dinámicas formativas, diferentes participantes y múltiples formas de concretar las tareas de reconocimiento.

Sin embargo, y a pesar de esta variabilidad, se puede decir que todos los actos de celebración tienen una serie de puntos en común:

- Son momentos preparados con antelación, con una duración concreta, que sirven para celebrar el final de una actividad y agradecer la participación a las personas involucradas en el mismo.
- Se viven como una atribución en valor a los participantes.
- Están pensados para celebrar y destacar la acción de los participantes, pero pueden estar mezclados con otras fases como la reflexión y evaluación.

Lo importante es que cada uno de los participantes se queden con el mensaje: “*Has hecho un buen trabajo y mereces un reconocimiento por ello*”.

A continuación, se enumeran algunas opciones de actos de celebración, teniendo en cuenta que pueden usarse varias, de forma simultánea.

### **7.5.1. Certificación**

Se puede preparar un certificado para cada uno de los participantes en el proyecto, que serán entregados en un acto público. Es muy importante en este caso dedicar a cada sujeto su tiempo específico de aplauso y reconocimiento.

### **7.5.2. Foto grupal**

El hecho de juntar a todo el mundo que ha intervenido en el proyecto ya constituye en sí mismo un acto de celebración. Es importante que dicha foto sea luego expuesta de manera pública, lo que permitirá que exista un proceso de admiración hacia los participantes.

### **7.5.3. Exposición**

Si el proyecto de ApS implica la creación de algo, que sea expuesto de manera pública (ejemplo: cuadros, collages, fotos...) es una forma muy especial de celebrarlo.

### **7.5.4. Comida**

En el formato que se quiera, bien aportando comida en un aula o celebrándolo en un restaurante.

### **7.5.5. Celebración con el resto de los miembros de la comunidad**

Es importante puesto que sirve para reconocer que el resto de los miembros de la comunidad ha contribuido al proceso de aprendizaje. Al mismo tiempo, servirá para identificar las necesidades de la comunidad para proyectos futuros.

En este proceso es importante por tanto que en este encuentro final se invite a los colaboradores, que los estudiantes escriban cartas de agradecimiento o que se den premios.

## 7.6. Selección del acto

---

Como se ha visto más arriba, hay multitud de opciones entre las que escoger para realizar esta última fase del proyecto de ApS, pero ¿cómo saber cuál escoger? Para ello, es conveniente plantear una serie de preguntas, cuya respuesta ayudará a seleccionar la o las opciones oportunas:

- ¿Quién es el objetivo diana del acto de celebración? ¿el alumno, el receptor del servicio, las entidades organizadoras...?
- ¿Qué acto/s concretos de celebración pueden ser los más oportunos para esos participantes?
- ¿Qué dinamismo formativo queremos emplear?

## Texto adaptado de las siguientes fuentes

---

PUIG, J.M. & BÄR B. (2016). Reconocimiento y aprendizaje servicio. *RIDAS, Revista Iberoamericana de Aprendizaje y Servicio*, 2, 139-165. doi: 10.1344/RIDAS2016.2.7

PUIG, J.M., MARTÍN, X. & BATLLE, R. (2008). Cómo iniciar un proyecto de aprendizaje y servicio solidario. Recuperado de <http://www.zerbikas.es/wp-content/uploads/2015/07/1.pdf>

GALLAGHER, L., PLANOWSKI, E. & TARBELL, K. (Sin fecha). *University of Colorado Denver faculty guide to service learning: Information and resources for creating and implementing service learning courses*. Recuperado de <http://www.ucdenver.edu/life/services/ExperientialLearning/foremployers/Documents/UC%20Denver%20Faculty%20S-L%20Guide.pdf>

## SECCIÓN II

# EXPERIENCIA PRÁCTICA INTERPROFESIONAL

Indivisa 

# Capítulo 8

## Proyecto de promoción de la salud oral. Parte I

*M. Iniesta*

### 8.1. Introducción

---

El proyecto de ApS que aquí se presenta es una propuesta metodológica transversal y extracurricular aplicada en el Grado de Odontología de la UCM por primera vez durante el curso 2017-2018.

El propósito era el de poner en marcha un proyecto que ayudara a los estudiantes a tener una visión diferente del mundo que les rodea a la vez que pudieran captar todos los matices de servir a los demás, al interactuar con la sociedad. El objetivo propuesto era estimular en ellos las actitudes para aprender de una manera diferente, para visualizar la diversidad que nos rodea y para fomentar la inclusión. Por ello, se decidió adoptar una metodología de ApS, ya que se ajustaba completamente a estos objetivos.

En este capítulo se refleja el proceso que se realizó hasta darle forma al proyecto que se ha ido desarrollando en los años sucesivos.

### 8.2. Fase de investigación

---

En el proceso de investigación se realizó una valoración sobre los sectores de la población de la Comunidad de Madrid que se podrían ver más beneficiados de este proyecto. Los profesores, recabamos la información disponible que existía en la Comunidad de Madrid sobre la atención bucodental en niños, personas mayores y personas con discapacidad.

Después de realizar una sesión de reflexión entre estudiantes y docentes se decide que de entre todos los candidatos, el proyecto va a estar destinado a realizar un servicio directo a personas con discapacidad de nuestra comunidad. Un alto porcentaje de este colectivo no tiene higiene oral o no es la adecuada, y esta sería la comunidad que más podría beneficiarse con el servicio. Por lo tanto, se centró el proyecto en la importancia de concienciar sobre la salud e higiene oral y de su práctica diaria, en este colectivo.

En conclusión, el servicio por el que se optó fue el de la enseñanza y motivación de la salud oral.

### **8.3. Fase de planificación**

---

Durante esta fase se plantearon dos dudas:

1. Cómo implementar el programa, si se hacía dentro de un curso con la asistencia de todos los alumnos matriculados en una asignatura, o de forma voluntaria; y,
2. De manera horizontal, para un curso, o de manera transversal, para varios cursos.

#### **8.3.1. Obligatorio *versus* voluntario**

El hacer un programa de ApS de forma obligatoria para todos los estudiantes de una asignatura tiene sus ventajas e inconvenientes.

La principal ventaja sería que los profesores pueden estar implicados en el ApS más directamente y más frecuentemente, realizando diversas clases, discusiones, etc. sobre el tema a lo largo del curso. También, de esta forma, el ApS se centra en el aula ocupando horas lectivas del profesorado y del alumnado.

Expertos en el tema aducen que los estudiantes deberían tener la oportunidad de participar en este tipo de programas, donde estuvieran

expuestos a la diversidad, y así poder experimentar por sí mismos como ser una persona socialmente responsable. De esta manera, se podría conseguir que estudiantes que nunca se hubieran planteado hacer este tipo de trabajo llegaran a apreciar los beneficios que derivan de participar en el servicio a la comunidad.

Una de las desventajas más importantes es que algunos estudiantes pueden ser reacios a verse involucrados en un proyecto de estas características. Si este tipo de metodología no se enfrenta con entusiasmo y motivación, se puede hacer más mal que bien en la comunidad en la que se pretende dar un servicio. Incluso puede que el estudiante, al sentir este servicio como obligatorio, pueda obtener el efecto contrario y dejar de ser socialmente activo en el futuro. Por otro lado, siempre puede haber algún estudiante con circunstancias especiales en alguna asignatura, como por ejemplo que estén matriculados en asignaturas de dos cursos diferentes cuyas horas lectivas se solapen entre sí y con el proyecto. O podría darse el caso de estudiantes que tengan trabajos a tiempo parcial que les impida añadir horas extra, entre los estudios y el trabajo, para dar un servicio a la comunidad.

De la misma manera, el ApS de forma voluntaria puede presentar diversas ventajas y desventajas, que suelen ser las variantes opuestas a las mencionadas previamente.

Una de las mayores ventajas de que un estudiante elija de manera autónoma esta opción es que tendría una mayor probabilidad de que fuera un mejor voluntario, y abordara el trabajo con entusiasmo y motivación; y, de la misma manera, el estudiante reacio no tendría que ser forzado a realizar un trabajo en la comunidad con la apatía y desinterés que podría llevar asociados. Además, las personas voluntarias serían plenamente conscientes de lo que se espera de ellas, y podrían planificar con antelación su disponibilidad para el proyecto.

Por el contrario, los profesores tienen que hacer más horas extraordinarias de forma también voluntaria, ocupando más tiempo en actividades extracurriculares. Además, sería difícil saber cuántos alumnos van a presentarse voluntarios, por lo que la planificación con los sectores de la comunidad a los que se les pretende dar el servicio se hace muy difícil *a priori*.

### **8.3.2. Horizontal versus transversal**

Una vez que se eligió la opción voluntaria para el reclutamiento de estudiantes, se nos planteó la siguiente duda: la ganancia para los alumnos si el programa se realizaba de manera horizontal, sólo para un curso, o de manera transversal, para varios cursos.

El beneficio de crear un programa horizontal estribaría en que todos los participantes tendrían unos conocimientos adquiridos semejantes entre ellos, por lo que el punto de partida sería el mismo para todos, y la fase de preparación del proyecto se desarrollaría de manera más fácil y sencilla.

La virtud de establecer un programa transversal residiría en que los estudiantes de cualquier curso podrían tener la oportunidad de engancharse en este tipo de proyecto y beneficiarse de él. Los alumnos de los primeros cursos podrían ser introducidos en ese momento en temas que todavía no se han visto en clase, y podrían aprender de forma simbiótica de sus compañeros de cursos superiores. De esta manera, los estudiantes ya tendrían algún conocimiento y experiencia cuando estudiaran esos conceptos en clase. Por otro lado, los alumnos de cursos superiores tendrían que desarrollar aptitudes de empatía hacia sus compañeros de cursos inferiores, y la paciencia necesaria para enseñarles los conceptos y procedimientos necesarios para el desarrollo del programa.

### **8.3.3. Definición y explicación del proyecto**

Viendo las ventajas y desventajas de una y otra organización, se eligió el reclutamiento voluntario y la estructura transversal para mayor ganancia de los estudiantes.

El proceso de captación de voluntarios se realizó de formas distintas:

- a) Los primeros años se preparó un cartel anunciador que fue colocado a lo largo de la Facultad durante varios días con el fin de captar voluntarios para el proyecto.

- b) El tercer año, se preparó un PowerPoint con las experiencias de alumnos que ya habían participado en anteriores convocatorias, y ellos mismos fueron a través de los diferentes cursos haciendo la presentación del proyecto y la captación de estudiantes.

#### **8.3.4. Objetivos del proyecto**

Se establecieron objetivos a dos niveles:

1. Los estudiantes (objetivos de aprendizaje)
2. La comunidad (objetivos del servicio)

Objetivos de aprendizaje

##### **A. Competencia nuclear**

- a. Reconocer la diversidad y comprender y tolerar contextos culturales diversos, aprovechando sus valores y potencialidades, respetando en todo momento las costumbres y formas de pensar de personas de distintos orígenes y capacidades, así como promover la igualdad y los principios de accesibilidad universal y el respeto a los derechos humanos y libertades fundamentales.

##### **B. Competencias generales**

- a. Manejar recursos didácticos y de comunicación que favorezcan la relación interpersonal y la comprensión de conceptos por parte de personas con diferentes capacidades.
- b. Tener capacidad para elaborar un juicio diagnóstico inicial y establecer una estrategia diagnóstica razonada, siendo competente en el reconocimiento de las situaciones que requieran una atención odontológica urgente.

- c. Plantear y proponer las medidas preventivas adecuadas a cada situación clínica.
- d. Reconocer el papel del dentista en las acciones de prevención y protección ante enfermedades orales, así como en el mantenimiento y promoción de la salud, tanto oral como general.
- e. Construir recursos metodológicos que favorezcan la educación inclusiva.

C. Competencias específicas

- a. Proporcionar un enfoque global de los cuidados orales y aplicar los principios de promoción de la salud y prevención de las enfermedades bucodentales.
- b. Educar y motivar a los pacientes en materia de prevención de las enfermedades bucodentales, controlar los hábitos orales patogénicos, instruirlos sobre una correcta higiene bucal, sobre medidas dietéticas y nutricionales y, en resumen, sobre todos los métodos de mantenimiento de la salud oral.
- c. Elaborar y ejecutar programas de salud oral, con especial énfasis en personas con necesidades especiales.

Objetivos del servicio

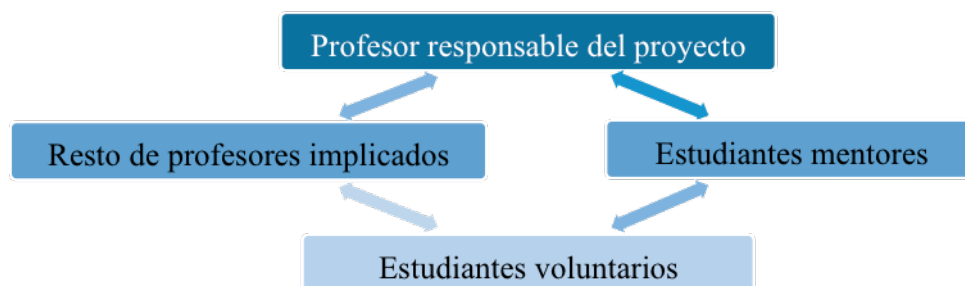
- A. La educación en materia de salud oral, haciendo especial hincapié en la prevención de hábitos orales nocivos, enseñanza de técnicas de higiene oral y medidas dietéticas.
- B. La motivación de la persona con discapacidad para favorecer una autonomía en sus hábitos de higiene oral.

### 8.3.5. Distribución del trabajo

Desde el primer año se vieron enseguida las ventajas de contar con la opinión de los alumnos en la fase de planificación. Pero fue a partir del segundo año cuando se pudo establecer una serie de alumnos mentores que ya habían participado en la anterior convocatoria. Los beneficios de tener estudiantes mentores se podrían resumir en tres puntos:

- Mejorar la organización del proyecto, ya que el punto de vista del alumno es imprescindible para el éxito del proyecto.
- Aumentar el rendimiento del programa porque ellos, desde el punto de vista de una persona que ya ha participado en el servicio, son los más objetivos a la hora de establecer mejoras organizativas y ver si el resultado es satisfactorio para el resto de compañeros.
- Fortalecer las relaciones entre el resto de voluntarios debido a que ante el profesor un alumno puede sentirse intimidado, pero un estudiante puede comunicarse con sus compañeros en su mismo lenguaje. Saben las dificultades que hay en los distintos cursos de Grado y pueden aconsejar a sus compañeros sobre cómo compaginar el proyecto y los estudios. Y sobre todo, están a su nivel por lo que les es más fácil comunicarles opiniones, ideas, etc. que luego serán reportadas al profesor por los mentores.

El esquema organizativo que hemos desarrollado ha consistido en:



### **8.3.6. Selección de las instituciones**

El primer año se realizó el servicio en un colegio de niños con discapacidad que estaba en una población cercana a Madrid pero con difícil acceso en transporte público, por lo que entre profesores y alumnos se concluyó que este problema era un impedimento para el éxito del proyecto de ApS a largo plazo.

Para el segundo año, se hizo una selección apropiada de las instituciones donde los alumnos iban a ir a prestar el servicio. Con la elección del lugar nos aseguramos de que iba a haber un buen ajuste entre los objetivos del aprendizaje de los estudiantes y las oportunidades que la comunidad ofrecía; y, que el desplazamiento no fuera muy largo desde la Facultad de Odontología, puesto que había que articular este proyecto con el resto de los horarios lectivos que los estudiantes tenían y con los horarios de los centros de atención a personas con discapacidad.

### **8.3.7. Logística y requisitos formales con la entidad social y los alumnos**

El profesor responsable del proyecto firmó un contrato de cesión de datos con las entidades sociales involucradas; y a su vez las personas que iban a recibir el servicio o sus tutores tenían que firmar el consentimiento general estándar que se usa en la Facultad de Odontología de la UCM. La historia de salud se recogía a través de los tutores de las personas con discapacidad o sus cuidadores.

Los alumnos tenían que firmar un contrato de tratamiento de datos personales y deber de confidencialidad para con los pacientes, y un consentimiento informado para participar en el programa.

En cuanto a la logística, se les explicaba a los estudiantes que tenían que llegar de forma autónoma al lugar donde se iba a impartir el servicio, puesto que no había presupuesto para contratar ningún medio de transporte privado. Para la fase de preparación de los alumnos se solicitó un aula, la misma durante todo el semestre, para tener un lugar común de reunión.

### **8.3.8. Recursos necesarios**

#### Recursos humanos

**Profesores:** varios profesores de varias asignaturas de la Facultad de Odontología participaron en el proyecto de forma voluntaria.

Después del primer año de puesta en marcha del proyecto, y tras una sesión de reflexión y evaluación acerca del mismo (ver diagnóstico y reconocimiento de la situación actual, capítulo 9), se optó por invitar a profesores de la Facultad de Educación (de la UCM y del Centro Superior de Estudios Universitarios “La Salle”).

Un profesor fue el responsable del proyecto y el encargado de la organización y coordinación de las distintas fases. El resto de docentes actuaron como instructores de los estudiantes en temas odontológicos, pedagógicos, y de sensibilización y diversidad.

**Estudiantes:** En todas las convocatorias se han incluido varios estudiantes en esta fase de planificación, que ejercen un doble papel: el de toma de decisiones, conjuntamente con los docentes, como representantes de la parte estudiantil; y, en los años sucesivos (los que repetían en el proyecto) como alumnos mentores para sus otros compañeros, proporcionándoles guía y ayuda.

**Personal auxiliar:** también se contó con una persona del personal de administración y servicios que estaba encargada del apoyo y asistencia en materia de gestión, y del mantenimiento y esterilización del material.

#### Recursos materiales

Para la exploración oral de los pacientes se necesitó material inventariable (como juego de exploración oral y linternas frontales con LED para la cabeza) y material fungible como guantes y mascarillas, además de productos para la desinfección.

La compra del material no fue hecha toda al mismo tiempo porque la dotación económica, durante el primer año, no lo cubría. El material fue completándose con los presupuestos concedidos en años posteriores. Se agradece el esfuerzo y apoyo que se obtuvo por parte de la Facultad de Odontología por ayudarnos, al principio, con la prestación de parte del material.

Los cepillos y pasta de dientes, así como el revelador de placa, fueron suministrados por una casa comercial, que amablemente contribuyeron al proyecto con este material.

### **8.3.9. Cronograma**

Se estableció un día a la semana, siempre el mismo, como día elegido para llevar a cabo el proyecto de ApS, tanto las reuniones entre profesores y estudiantes como para la implementación del servicio, con un horario que interfiriera lo menos posible en el desarrollo normal del Grado. También se eligió el primer semestre del año escolar como período idóneo para su implementación por las mismas causas.

Se realizó un cronograma consensuado con los profesores y las asociaciones que iban a recibir el servicio para establecer los seminarios, reuniones y días de ejecución del servicio. En él se incluyeron todas las actividades relacionadas con el proyecto comenzando con la información a los alumnos voluntarios, continuando con los días de preparación del material para el servicio, seminarios relacionados con diversos temas, hasta las reflexiones, evaluaciones y día de celebración.

## Documento 1. Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Convocatoria Proyectos Aprendizaje-Servicio Complutense:** "Aprender educando: experiencia ApS de promoción de la salud oral integrada en una asignatura. Proyecto piloto".

El estudiante acepta:

- Participar en todas las actividades pertinentes por el profesor/ tutor del proyecto de ApS.
- Ser responsable a la hora de cumplir con las horas de servicio acordadas.
- Encontrar el transporte adecuado para ir y volver del lugar donde se realizará el servicio a la comunidad.
- Completar todas las encuestas y preguntas para la evaluación del proyecto de ApS.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre y apellidos)

He podido hacer preguntas sobre el proyecto  
He recibido respuesta satisfactoria a mis preguntas  
He recibido suficiente información sobre el proyecto

He hablado con \_\_\_\_\_ (nombre y apellidos)

Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del proyecto avisando al profesor con suficiente antelación para no alterar las actividades programadas: 1) cuando quiera; 2) sin tener que dar explicaciones.

Permito que mi imagen sea usada como material de exposición (en cursos, congresos, web, etc.)

Estoy de acuerdo

No estoy de acuerdo

Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto en,

Madrid \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma del participante

\_\_\_\_\_

## Documento 2. Tratamiento de datos personales y deber de confidencialidad

### TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DEBER DE CONFIDENCIALIDAD

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le pasamos a informar de los deberes y/o obligaciones que tiene respecto al tratamiento de datos de carácter personal responsabilidad de la Facultad de Odontología (en adelante, "el Centro") y el deber de confidencialidad de los mismos:

Si en el desempeño de sus labores académicas, accede, usa y/o trata datos personales queda obligado al cumplimiento de las siguientes obligaciones:

- a. Sólo tratará y utilizará aquellos datos personales que sean necesarios para el desarrollo de las labores que le sean encomendadas.
- b. Queda obligado a seguir las instrucciones fijadas por el Centro en todo lo que respecta al tratamiento de los datos personales, no pudiendo utilizar y/o tratar los datos para fines distintos de los expresamente indicados.
- c. Queda obligado al cumplimiento del deber de secreto respecto de los datos de carácter personal a los que tenga o haya tenido acceso durante o como consecuencia del desempeño de las labores académicas en el Centro, incluso una vez extinguida su relación con la citada entidad. Este deber de secreto incluye la prohibición de utilizar información a la que se haya tenido o tenga acceso para fines no relacionados estrictamente con el desempeño de sus labores académicas dentro del ámbito del Centro.
- d. Queda obligado a tratar dichos datos confidencialmente, quedando expresamente prohibida cualquier tipo de utilización, comunicación, cesión, transferencia, almacenamiento, envío o entrega no autorizadas expresamente, de cualesquiera datos personales a los que tenga o haya tenido acceso en el desempeño de sus labores académicas, tanto en formato físico como en formato electrónico. Tampoco podrá grabar datos personales en CDs, USBs u otros soportes magnéticos, ni su impresión así como su extracción que no sea expresamente autorizada.

Las obligaciones de confidencialidad establecidas en la presente cláusula tendrán validez durante toda su relación con la entidad y una vez terminada ésta.

El incumplimiento por parte del Usuario de cualesquiera de los términos, condiciones y obligaciones del presente documento determinará la responsabilidad que su actuación negligente lleve aparejada.

Nombre:  
Apellidos:  
DNI:

Fecha:

Firma:

## Capítulo 9

# Proyecto de promoción de la salud oral. Parte II

*M. Iniesta*

### 9.1. Fase de preparación del servicio

---

Tras el primer año de ejecución del proyecto ApS y la reflexión y evaluación acerca del mismo, se realizó un diagnóstico de la situación con la intención de definir qué problema o problemas tenía el proyecto, y declarar las intenciones de mejora, que al final afectaron de manera muy valiosa a la fase de preparación del servicio.

#### 9.1.1. Diagnóstico y reconocimiento de la situación

La valoración del proyecto durante el curso 2017-2018 fue muy positiva, obteniendo resultados favorables a nivel personal, social y de ciudadanía. Los resultados fueron extraídos de la observación de los participantes, de los grupos de discusión con los estudiantes, cuestionarios y contacto directo con los agentes implicados.

El 100% de los estudiantes sintieron que este tipo de proyecto les hizo más consciente del papel que puede tener un odontólogo en su comunidad, y que le enseñó o mostró una forma de poder involucrarse más en los problemas de su entorno. También, todos los estudiantes observaron que este proyecto les ayudó a ver las necesidades que existían en la comunidad y despertó en ellos la responsabilidad de servir a los demás. También el 100% de los estudiantes estuvo a favor sobre que ellos podían marcar una diferencia en la sociedad. En cuanto a la comunicación de ideas, el 64% observó una mejora en su

comunicación con los demás; y El 100% de los estudiantes observaron que este proyecto les había enseñado a trabajar con personas de ámbitos y culturas diferentes.

Pero también se recogieron algunas observaciones, con intenciones de mejora, que giraban en torno a dos focos importantes: 1) falta de formación y habilidad por parte de los estudiantes para interactuar y comunicarse con personas con diferentes capacidades; y, 2) mayor organización para que el estudiante supiera cuánto tiempo tenía que invertir en este tipo de proyecto (ya que durante el primer año piloto se dejó al estudiante total libertad para que manejase su tiempo para realizar la preparación y planificación del servicio).

Por lo tanto, los cambios que se pretendieron realizar fueron, por un lado, una mejora en los conocimientos y habilidades de comunicación con personas con capacidades diferentes, que era el punto más débil del programa; y, por otro lado, estructurar los encuentros entre los estudiantes para planificar y preparar el trabajo. La opción que se eligió para solucionar el problema de la formación fue trabajar con la Facultad de Educación; y para el segundo cambio se optó por elegir un día y una hora, siempre la misma, durante el primer semestre del curso.

### **9.1.2. Qué hacer para la preparación del servicio**

Pretendíamos que los estudiantes se prepararan para el diagnóstico de la salud bucal de personas, en este caso, con discapacidad intelectual y la educación en materia de salud oral. Para ello, la formación de los estudiantes giraba en torno a tres puntos:

1. Salud oral y prevención de enfermedades bucodentales.
2. Didáctica y pedagogía para personas con diferentes capacidades.
3. Diversidad y sensibilización para la inclusión de personas con otras capacidades.

### **9.1.3. Cómo hacerlo**

**Seminarios:** Se realizaron varios seminarios a lo largo del semestre para discutir temas relacionados con la salud oral, con la diversidad en general y con la discapacidad en particular.

**Talleres:** Los estudiantes voluntarios de Odontología, junto con los estudiantes de la asignatura de Discapacidad Intelectual y Altas Capacidades de la Facultad de Educación y Ciencias Sociales del Centro Superior de Estudios Universitarios “La Salle”, prepararon el material educativo que ellos mismos propusieron (PowerPoint, videos, juegos, actividades, etc.), para que el servicio del proyecto ApS fuera un servicio directo de interacción con miembros de la comunidad. El material didáctico se basó en los objetivos principales del servicio, detallados en la fase anterior.

Los profesores actuaron como guías durante este proceso. El trabajo de los alumnos fue colaborativo; y se realizaron distintas reuniones entre profesor y grupo de trabajo para definir los objetivos del tema, el modo de presentación, etc. Los profesores estuvieron a disposición de los estudiantes para aclarar dudas, y dar apoyo y retroalimentación. Los profesores se aseguraron que los estudiantes estuvieran adecuadamente preparados para la experiencia de servicio, estructuraron oportunidades de reflexión a lo largo del curso, y evaluaron el desempeño de los estudiantes y del proyecto de ApS en relación con los objetivos del curso.

## **9.2. Fase de implementación del servicio**

---

Los estudiantes acudieron a los lugares previamente establecidos de la comunidad para realizar su labor de servicio. Los profesores visitaron esos emplazamientos junto con los estudiantes para vivir de primera mano la experiencia y dar apoyo y retroalimentación cuando hiciera falta.

La dinámica del servicio se basó en el siguiente esquema:

### 9.2.1. Primer día del servicio



Primeramente, se realizó una educación y motivación en materia de salud oral de la persona con discapacidad, prestando una atención individualizada (tándem formado por alumno de Odontología y alumno de Educación trabajando con una persona con discapacidad). Se instruyó en prevención de hábitos orales nocivos, medidas dietéticas y enseñanza de técnicas de higiene oral. También se motivó al paciente para desarrollar una autonomía en su higiene oral, dependiendo de las capacidades motoras que presentase.

En segundo lugar, se realizó una exploración de la cavidad oral, con registro de caries y de otros problemas bucodentales.

En tercer lugar, se identificaron los principales problemas orales del paciente y se establecieron una serie de recomendaciones para el paciente, tras la exploración básica, que servía de guía para los cuidadores, familiares y/o personas a cargo de la persona con discapacidad.

Por último, se registro el índice de placa, para objetivar la higiene oral del paciente e individualizar la enseñanza en higiene oral.

### **9.2.2. Segundo día del servicio**

En cada una de las entidades a las que se fue a prestar el servicio, se realizó una segunda visita para repetir las nociones de prevención en materia de salud oral, volver a motivar al paciente en instrucciones en higiene oral, y registrar el índice de placa para valorar sus progresos.

Al finalizar la segunda sesión, y como elementos de refuerzo de la motivación, al paciente se le otorgaba un diploma con su nombre y una frase alabando su esfuerzo, además de una pasta y un cepillo de dientes.

## **9.3. Fase de reflexión y evaluación**

---

**Tiempo:** Se registraron el número total de horas atendidas en el proyecto (formación y servicio a la comunidad), y las tareas realizadas por cada uno de los estudiantes y profesores.

**Reflexión:** Se fomentó en el alumno la reflexión sobre la experiencia vivida para promover un aprendizaje cognitivo, ya que el pensamiento reflexivo es clave en la teoría del aprendizaje experiencial y el eje operacional de la pedagogía del ApS. La reflexión es el ingrediente clave para transformar las experiencias de servicio en aprendizaje. Se propusieron dos estilos de cuestionarios para permitir la reflexión, mediante respuestas abiertas y mediante respuestas cerradas, y en dos momentos del proyecto, al inicio y a la finalización del mismo.

**Evaluación:** El proyecto se evaluó al término del mismo, también mediante un cuestionario.

## **9.4. Fase de celebración**

---

Se estableció un reconocimiento público mediante la entrega de un diploma acreditativo para los estudiantes integrantes del proyecto en el acto académico que se realiza todos los años en la Facultad de Odontología de la UCM por el día de Santa Apolonia, patrona de Odontólogos y Estomatólogos.

Por otro lado, para fomentar el espíritu de equipo y celebrar el trabajo realizado, todos los años se ha concretado un encuentro fuera de la Facultad para tomar algo todos juntos. De esta manera, los profesores y estudiantes participantes establecen lazos que salen fuera del ámbito puramente académico.

# Capítulo 10

## Definición, clasificación y características de las personas con discapacidad intelectual

*C.J. de la Hoz*

### 10.1. Introducción

---

A la hora de conocer cómo son las personas con discapacidad intelectual existen diversos autores y manuales que realizan clasificaciones basándose en un grado de discapacidad intelectual concreto (ligero, moderado, grave y completo) y en función de ello se establecen unas características determinadas. Esto es debido a que uno de los propósitos es determinar un diagnóstico, con la finalidad de establecer, con la mayor precisión posible, las necesidades que presenta y los apoyos que una persona requiere en todos los ámbitos de su vida.

Así, por un lado, si nos basamos en el enfoque de diversidad funcional podemos indicar que los autores que apuestan por este enfoque no atienden a clasificaciones o estructuras graduales que encasillen a las personas en una determinada categoría de gravedad de discapacidad. Se defiende que todos son susceptibles de requerir unos apoyos temporales o permanentes, pero desde el concepto de personas. No parte de una catalogación gradual médica de discapacidad.

Por otro lado, el enfoque médico-rehabilitador todavía impera en nuestra sociedad porque en la actualidad, se realizan clasificaciones de las discapacidades en base a manuales que las catalogan. Por consiguiente, nos damos cuenta que para determinar las características que presenta una persona con discapacidad intelectual tenemos que basarnos en la evaluación diagnóstica que se realiza, basada a su vez en unos manuales clasificatorios.

No obstante, y es importante tenerlo en cuenta, este diagnóstico no deja de ser un diagnóstico, es decir, que hay que ver esta clasificación como una orientación, puesto que la personalidad concreta de la persona con discapacidad intelectual juega también un papel importante y puede influir en su comportamiento. Por ello, es importante recoger datos de la persona en particular, ya que dentro de un mismo diagnóstico no hay dos personas iguales. Somos seres individuales, con una personalidad concreta y unas particularidades específicas que, en función del contexto social, entorno familiar, experiencias de aprendizaje y desarrollo psicológico nos vamos conformando como seres únicos.

Estos datos los tiene la familia y es ella la que tiene que facilitar al odontólogo la información pertinente para una buena intervención en consulta con el paciente.

Los manuales con los que, a nivel internacional y nacional, actualmente se cuenta para emitir un diagnóstico de las personas con discapacidad intelectual, son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-V (2013); la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud, CIF (2001); la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, CIE-10 (2018) de la Organización Mundial de la Salud (formato electrónico); o un manual que sigue otra estructura diferente, que es el Manual de Discapacidad Intelectual: definición, clasificación y sistemas de apoyo de la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (2010), que está diseñado de manera exclusiva para el diagnóstico de la discapacidad intelectual.

Para resumir todo esto, y por su similitud, se seleccionan tres manuales muy consultados en la elaboración de diagnósticos en el ámbito educativo:

1. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. CIF (2001).
2. Manual de Discapacidad Intelectual: definición, clasificación y sistemas de apoyo de la Asociación Americana de Discapacidades Intelectual y

del Desarrollo. Asociación Americana de la Discapacidad Intelectual y del Desarrollo, AAIDD (2010).

3. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría. DSM V (2013).

En el análisis de cada uno de ellos se va a exponer la definición de discapacidad intelectual que establecen, los grados de afectación que conforman la clasificación y las características que presentan estas personas en función de esos grados.

## **10.2. Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud de la Organización Mundial de la Salud, CIF (2001)**

Antes de exponer la definición de discapacidad intelectual que aporta este manual hay que señalar una serie de conceptos básicos previos que es necesario conocer y tener en cuenta a la hora de tratar este término.

Este manual establece como conceptos claves el término de funciones y estructuras corporales donde las primeras hacen referencia a las funciones fisiológicas y las segundas a la anatomía corporal. El término de deficiencia lo sigue empleando para definir aquellos problemas que se presentan en las funciones o estructuras corporales. Las limitaciones que puede presentar una persona a la hora de involucrarse en una actividad se refieren a las dificultades que puede presentar el individuo para el desempeño de estas.

En cuanto a las restricciones en la participación, se hace referencia a la limitación que puede presentar una persona a la hora de realizar una determinada actividad en su entorno. Este término está muy relacionado con la exigencia de que los entornos, sean accesibles para que todas las personas puedan utilizarlos<sup>3</sup>.

Por otro lado, este manual describe el calificador de capacidad como “*la aptitud de un individuo para realizar una tarea o acción*”. Por consiguiente, y

<sup>3</sup> Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad, LIONDAU.

siguiendo este manual, el concepto de discapacidad queda definido como la alteración de la aptitud que presenta un individuo para realizar una tarea o acción. Es decir, cualquier persona puede presentar una discapacidad en el momento en el que no tenga aptitudes para realizar una tarea o acción, por ejemplo, las personas que no saben escribir, cantar, dibujar, coger un autobús, desplazarse por el metro, etc.

La Organización Mundial de la Salud también recoge aquí una definición de las funciones intelectuales, indicando que estas son “*funciones mentales generales necesarias para comprender e integrar de forma constructiva las diferentes funciones mentales, incluyendo todas las funciones cognitivas y su desarrollo a lo largo del ciclo vital*”. Las funciones mentales tienen que estar alteradas para que se considere que una persona tiene discapacidad intelectual.

Así mismo, este manual hace referencia a otras funciones mentales que pueden estar alteradas, como por ejemplo funciones de atención, de memoria, psicomotoras, del lenguaje o del pensamiento, entre otras. Es decir, las personas con discapacidad intelectual tienen alterados estos procesos cognitivos.

En cuanto a la clasificación de la discapacidad intelectual, este manual la realiza mediante la cuantificación, utilizando la misma escala de los componentes que valora: funciones y estructuras corporales, actividades y participación, y factores ambientales. En función del constructo del que se trate, tener un problema puede referirse a una deficiencia, a una limitación, a una restricción o a una barrera. En función de dicha cuantificación, según la Organización Mundial de la Salud, el problema se clasificará en:

- NO hay deficiencia (ninguno, ausente, insignificante...) 0-4%
- Deficiencia LIGERA (poca, escasa...) 5-24%
- Deficiencia MODERADA (media, regular...) 25-49%
- Deficiencia GRAVE (mucha, extrema...) 50-95%
- Deficiencia COMPLETA (total...) 96-100%

- Sin especificar
- No aplicable

Los valores que aparecen en cada categoría (ligera, moderada, grave y completa) suponen el porcentaje de afectación que presenta una persona.

Este manual tiene un uso notable en el campo de la medicina, puesto que recoge todas las afectaciones que se pueden presentar en una persona a lo largo de su ciclo vital.

### **10.3. Manual de discapacidad intelectual: definición, clasificación y sistemas de apoyo de la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo, AAIDD (2010)**

---

La Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (AAIDD) se centra en la financiación, la investigación, la prestación de servicios y apoyos y en la comunicación en relación con las características de las personas y sus entornos con discapacidad intelectual.

En la 11ª edición del este manual se actualiza el enfoque conceptual desde una perspectiva socio-ecológica y multidimensional, exponiendo una definición operacional y otra constitutiva de la categoría. Se presentan, además, las premisas que lleva implícita la definición de discapacidad intelectual, así como los criterios psicométricos que se utilizan para establecer los límites del diagnóstico. La clasificación se enfoca también desde una perspectiva multidimensional basada en las diferentes dimensiones del enfoque propuesto. Verdugo y Schalock indican que la definición operativa de discapacidad intelectual engloba tres aspectos clave:

- a) La definición y premisas subyacentes
- b) Los límites del constructo

- c) El uso del concepto estadístico de error típico de medida para establecer un intervalo de confianza donde están las puntuaciones verdaderas de la persona.

En cuanto a la definición constitutiva, cabe indicar que este manual define el constructo en relación con otros ítems. La definición constitutiva de discapacidad intelectual se basa en términos de limitaciones en el funcionamiento humano, implica una comprensión de la discapacidad con una perspectiva multidimensional y socio-ecológica, y subraya el rol significativo que los apoyos individualizados desempeñan en la mejora del funcionamiento humano.

Al igual que el manual anterior de la Organización Mundial de la Salud esta definición constitutiva, que plantean los autores de este manual, se centra en las limitaciones en el funcionamiento humano, es decir, los individuos presentan unas dificultades a la hora de desempeñar una actividad o acción. También se destaca de manera significativa la importancia de los apoyos individualizados que va a precisar la persona con discapacidad intelectual para la mejora de su funcionamiento humano y desenvolvimiento en su entorno.

Verdugo y Schalock definen los apoyos como los recursos y estrategias que se dirigen a promover el desarrollo, educación, intereses y bienestar personal de un individuo, así como para mejorar su funcionamiento individual. Un sistema de apoyos es el uso planificado e integrado de las estrategias de apoyo individualizadas y de los recursos que acompañan los múltiples aspectos del funcionamiento humano en múltiples contextos. Ejemplos de ello son los sistemas organizativos, incentivos, apoyos cognitivos, instrumentos, ambiente físico, habilidades/conocimiento y habilidad inherente. Los apoyos son el eje vertebrador para un buen funcionamiento de las personas con discapacidad intelectual.

Por tanto, la definición operacional de la discapacidad intelectual según la AAIDD se define como las limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado, en habilidades adaptativas de tipo conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años.

También conviene indicar que existen cinco premisas indispensables, que forman parte explícita de la definición, ya que nos informan del contexto en el que surge el concepto para la aplicación operativa de la definición de discapacidad intelectual:

- Premisa 1: Las limitaciones que se presenten en el funcionamiento deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos a los iguales en edad y cultura. El funcionamiento de la persona suele darse en ambientes cotidianos y acordes a su edad como suele ser el parque, el colegio, el barrio, etc.

Se tendrá en cuenta el entorno cercano de la persona con discapacidad intelectual para que, en su relación con los demás, se determinen las limitaciones en su funcionamiento. De la misma manera se tendrá en cuenta la cultura a la que pertenezca la persona puesto que es un aspecto clave a la hora de establecer dichas limitaciones funcionales; ya que la cultura de una persona engloba un conjunto de saberes, creencias y pautas de conducta de un grupo social que tienen que ser tenidos en cuenta a la hora de realizar el análisis funcional de la persona.

- Premisa 2: Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales (AAIDD). A la hora de evaluar se tienen que tener muy en cuenta aspectos relacionados con la diversidad. Por ejemplo, atender a las diferentes costumbres que pueden presentar en función de su cultura y pueden modificar de alguna forma los resultados de la evaluación.

El aspecto lingüístico y comunicativo no se desarrolla igual en todas las culturas, de ello se deriva la necesidad de ser tenido en cuenta a la hora de la evaluación de la discapacidad intelectual. De la misma manera hay que prestar atención a aspectos sensoriales, motores y conductuales propios de la persona.

- Premisa 3: En una persona, las limitaciones coexisten habitualmente con capacidades. Esta premisa hace referencia a que, al igual que el resto de personas, un individuo con discapacidad intelectual tiene capacidades, talentos, destaca en algún aspecto, etc.

Suele ocurrir que las evaluaciones tienden a centrarse en las limitaciones que presenta la persona, quizás por la influencia del enfoque médico-rehabilitador y la patología que está siempre presentes en el diagnóstico. Aunque hay que conocer las limitaciones, se debe también centrar la atención en determinar las capacidades que presenta la persona para que, partiendo de ellas, se marquen las líneas de acción y se pueda elaborar un programa individual de apoyos.

- Premisa 4: Un propósito importante de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo. El objetivo de averiguar y analizar las limitaciones de una persona con discapacidad intelectual no es sólo detectarlas, sino elaborar un programa de apoyos específicos con el objetivo de que esta mejore en su funcionamiento.

Esta premisa persigue determinar correctamente las ayudas apropiadas que precisa la persona. Hacer una buena evaluación y detección de ayudas es lo que va a favorecer el funcionamiento de la persona. Esto será uno de los aspectos que asegurará el éxito del programa individual de apoyos.

- Premisa 5: Si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con discapacidad intelectual generalmente mejorará. Es muy importante llevar a cabo un apropiado programa individualizado de apoyos que ayude a la persona a desenvolverse en diferentes circunstancias, típicas de la vida diaria.

Cada persona necesita un tiempo determinado para que el plan de apoyos sea efectivo. Hay que ser pacientes, especialmente con las personas con las que, por su grave afectación, se avanza poco y lentamente. Si los apoyos están bien definidos se obtendrá una evolución favorable.

Estas son las premisas que hay que tener en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico de discapacidad intelectual en una persona. Pero, además, para que una persona sea diagnosticada con discapacidad intelectual debe presentar necesidades de apoyo en la mayoría de las siguientes dimensiones:

### **10.3.1. Dimensión 1: Capacidades intelectuales**

Esta dimensión conserva la clasificación basada en rangos de habilidad intelectual, en la línea de los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (2013) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (1992).

Por habilidades intelectuales se entiende la capacidad mental general que incluye razonamiento, planificación, solución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprender con rapidez y aprender de la experiencia.

La valoración de las habilidades intelectuales se realiza a través de pruebas psicométricas. Existen multitud de escalas adaptadas o destinadas a cada edad. Las escalas Wechsler y Stanford-Binet son los dos instrumentos utilizados con mayor frecuencia para evaluar la inteligencia.

### **10.3.2. Dimensión 2: conducta adaptativa**

Los autores entienden por conducta adaptativa el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas de una persona, que han aprendido y practican en su vida cotidiana.

Por habilidades conceptuales se entiende, por ejemplo, todo lo relativo al lenguaje (receptivo y expresivo), lectura y escritura, conceptos de dinero o autodirección. Por habilidades sociales se entiende la responsabilidad, la autoestima, la credulidad (probabilidad de ser engañado o manipulado), la ingenuidad, seguir las reglas, obedecer las leyes, evitar la victimización, etc. Finalmente, por habilidades prácticas se entiende la realización de actividades de la vida diaria (comida, movilidad, aseo y vestido), actividades instrumentales de la vida diaria (preparación de comidas, mantenimiento de la casa, transporte, toma de medicinas, manejo del dinero, uso del teléfono), habilidades ocupacionales o el mantenimiento de entornos seguros.

La conducta adaptativa se fundamenta en tres puntos clave:

- a. La evaluación de la conducta adaptativa se centra en el rendimiento diario, y no máximo, que hacen las personas en sus actividades diarias;
- b. Las limitaciones y los puntos fuertes de las habilidades adaptativas habitualmente conviven; y,
- c. Estas limitaciones y puntos fuertes en las habilidades adaptativas, convendría que fuesen fundamentados en los contextos de ambientes habituales en función de sus edades y de las necesidades de apoyo individualizadas.

Para evaluar cada una de estas habilidades se cuenta con diferentes instrumentos, por ejemplo; las escalas Vineland de conducta adaptativa; las escalas de conducta adaptativa de la AAMR (*ABS-Adaptive Behavior Scales*); el inventario de Desarrollo Battelle que se divide en cinco áreas: Área Personal/Social, Área Motora, Área Adaptativa, Área Cognitiva y Área Lenguaje; el Sistema *West Virginia*-UAM; el Sistema para Evaluar a Sujetos con Necesidades Educativas Especiales (SESNEE); el Inventario para la planificación de servicios y la programación individual (ICAP), etc.

### **10.3.3. Dimensión 3: Salud**

La Organización Mundial de la Salud define el concepto de salud como un estado integral de bienestar físico, mental y social. La salud de una persona influye de forma directa o indirecta en el funcionamiento del resto de dimensiones.

En esta dimensión se incluye la etiología, la salud física, la salud mental y las prácticas positivas de salud. El desarrollo de esta última es la más importante junto con los diferentes niveles de apoyos físicos y mentales relacionados con la salud.

A la hora de realizar la evaluación es necesario tener en cuenta que el estado de salud física y mental pueden afectar a la evaluación de la inteligencia y la conducta adaptativa (por ejemplo, padecer trastornos del sueño o problemas de nutrición), las medicaciones que esté tomando (anticonvulsivos, drogas

psicotrópicas, etc.) pueden afectar el rendimiento (por ejemplo, cansancio y fatiga que influyen en la ejecución de los test). También la conducta adaptativa puede verse afectada por medicaciones que alteran las habilidades motoras finas y gruesas, o las habilidades de comunicación. Las personas con discapacidad intelectual pueden necesitar apoyos relacionados con la salud para mejorar el funcionamiento y la participación, (por ejemplo, para superar limitaciones de movilidad: lugares de trabajo accesibles a sillas de ruedas) o seguridad (por ejemplo, adaptaciones para prevenir daños relacionados con crisis o convulsiones).

#### **10.3.4. Dimensión 4: participación**

Este manual entiende por participación el desempeño de la persona en actividades reales, en ámbitos de la vida social que se relacionan con su funcionamiento en la sociedad. La participación se refiere a los roles e interacciones en el hogar, trabajo, ocio, vida espiritual y actividades culturales. Consiste en la participación en actividades cotidianas, imprescindibles para el aprendizaje, y constituyen la base esencial del desarrollo humano. Se deben establecer los apoyos necesarios para que se produzca la interacción del individuo con su entorno, de lo contrario no se conseguirá un desarrollo adecuado del individuo.

Esta dimensión refleja una clasificación basada en la participación de las personas con su medio.

#### **10.3.5. Dimensión 5: contexto**

En el contexto tienen lugar las interrelaciones que una persona tiene con los demás, en la convivencia en el día a día. En el contexto se incluyen factores ambientales (como por ejemplo, físicos, sociales, actitudinales) y personales (como motivación, estilos de afrontamiento, estilos de aprendizaje, estilos de vida) que representan el ambiente completo de la vida de una persona.

Esta dimensión conlleva una clasificación basada en las interacciones de la persona con su entorno.

Evaluar a la persona en estas cinco dimensiones, además de tener en cuenta las premisas citadas, es imprescindible para poder diagnosticar si una persona presenta o no discapacidad intelectual. Una vez realizado el diagnóstico por el psicólogo, psiquiatra, etc. el resto de profesionales deben conocer este diagnóstico para intervenir consecuentemente.

Este manual es más reconocido en entornos educativos. Los profesionales que realizan la evaluación psicopedagógica de las personas suelen tener en cuenta este manual de la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo para evaluar las necesidades y establecer los apoyos.

## **10.4. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM V (2013)**

---

Este último manual que vamos a explicar define la discapacidad intelectual o el trastorno del desarrollo intelectual como un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Según este manual se deben cumplir los criterios siguientes:

1. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas e individualizadas.
2. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

3. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.

En cuanto a la clasificación de la discapacidad intelectual, este manual distingue entre cuatro categorías: leve, moderado, grave y profundo.

Por otro lado, establece las características de la persona con discapacidad intelectual en función del grado de afectación que presente y en función de tres dominios: conceptual, social y práctico.

En el dominio conceptual podemos destacar que las personas con discapacidad intelectual **leve** presentan dificultades en el aprendizaje de aptitudes académicas relativas a la lectura, la escritura, la aritmética, el tiempo o el dinero. También presentan alteraciones en el pensamiento abstracto, la función ejecutiva y de la memoria a corto plazo, así como del uso funcional de las aptitudes académicas.

En cuanto al dominio social, puede aparecer dificultad para percibir de forma precisa las señales sociales de sus iguales; la comunicación, la conversación y el lenguaje son más concretos o inmaduros de lo esperado por la edad y puede haber dificultades de regulación de la emoción y el comportamiento de forma apropiada a la edad. De la misma manera, también puede existir una comprensión limitada del riesgo en situaciones sociales; el juicio social es inmaduro para su edad, y la persona corre el riesgo de ser manipulado por los otros (ingenuidad).

Finalmente, en el dominio práctico, pueden funcionar de forma apropiada a su edad cronológica en lo relativo al cuidado personal, aunque en ocasiones requieren de apoyos, especialmente en el inicio de ese aprendizaje. Requieren de ayudas para actividades como el ocio, cuidado de la salud, aspectos legales, realizar la compra, el transporte, actividades domésticas, gestiones bancarias o del dinero, y del cuidado de hijos, si se tuvieran.

En el grado **moderado**, encontramos que las personas con discapacidad intelectual, en el dominio conceptual, durante todo el desarrollo, tienen notablemente afectadas las habilidades conceptuales en comparación con sus iguales. El lenguaje y las habilidades pre-académicas se desarrollan lentamente,

así como el desarrollo de la lectura, la escritura, las matemáticas, el tiempo de comprensión y el dinero. Necesitan ayuda continua para todas las habilidades académicas, laborales y en su vida personal.

En el dominio social se encuentran diferencias en el comportamiento social y comunicativo a lo largo del desarrollo. Utilizan un lenguaje sencillo en comparación con sus iguales. Sus relaciones se concentran al ámbito familiar y de amigos pudiendo establecer relaciones de amistad, así como relaciones sentimentales en la etapa adulta. Tienen dificultad para interpretar con precisión señales sociales. El juicio social y la capacidad para tomar decisiones son limitados y precisan de apoyos.

En lo referente al dominio práctico, después de un tiempo de aprendizaje, ellos mismos pueden responsabilizarse de sus necesidades personales, de las funciones excretoras, y de la higiene, así como de las tareas domésticas. Se puede asumir un cargo independiente en trabajos que requieran habilidades conceptuales y de comunicación limitadas, pero se necesita una ayuda significativa de compañeros, supervisores y otras personas. Pueden llevar a cabo actividades recreativas. En general, estas personas necesitan ayuda adicional y oportunidades de aprendizaje durante un largo periodo de tiempo. En ocasiones, algunas personas presentan comportamientos inadaptados a nivel social.

En lo referente a la escala de gravedad grave, las personas con discapacidad intelectual el dominio conceptual lo tienen reducido. Presentan poca comprensión del lenguaje escrito o de conceptos que implican números, cantidades, tiempo y dinero. Requieren un apoyo continuado a lo largo de toda la vida para la resolución de las actividades de su vida.

El dominio social también está limitado. Tienen un lenguaje reducido en cuanto a vocabulario y gramática. El habla puede consistir en palabras sueltas o frases, pero puede trabajarse para que aumente su desarrollo lingüístico. Principalmente, el lenguaje se utiliza para la comunicación social más que para la explicación. Son capaces de comprender el habla sencilla y la comunicación gestual.

El individuo necesita ayuda y supervisión constante para todas las actividades de la vida cotidiana. La persona con discapacidad intelectual no

puede tomar decisiones responsables en cuanto al bienestar propio o de otras personas. La adquisición de habilidades implica un aprendizaje a largo plazo y con ayuda continuada. En ocasiones pueden aparecer comportamientos inadaptados que incluyen autolesiones.

La Asociación Americana de Psiquiatría, en el grado profundo, establece que las personas con discapacidad intelectual tienen las habilidades conceptuales reducidas al mundo físico, no son capaces de comprender aspectos simbólicos. Pueden adquirir algunas habilidades viso-espaciales, como la concordancia y la clasificación basada en características físicas. Existen alteraciones motoras y sensitivas que impiden un uso funcional de los objetos.

A nivel social, las personas con discapacidad intelectual tienen una comprensión muy limitada de la comunicación simbólica en el habla y la gestualidad, pueden comprender algunas instrucciones o gestos sencillos. Pueden expresar su propio deseo y sus emociones mediante comunicación no verbal y no simbólica. Inicia y responde a interacciones sociales a través de señales gestuales y emocionales. La existencia concurrente de alteraciones sensoriales y físicas puede impedir muchas actividades sociales.

El dominio práctico se caracteriza por un apoyo constante en el cuidado físico diario; la salud y la seguridad se sustentan bajo el apoyo continuado de otras personas. Si no tienen alteraciones físicas graves participan en tareas de la vida diaria. Pueden manipular y utilizar objetos de manera sencilla. Participan en actividades recreativas con ayuda. La existencia concurrente de alteraciones físicas y sensoriales es un impedimento frecuente para la participación en actividades domésticas, recreativas y vocacionales. En ocasiones, puede existir comportamiento inadaptado.

Estos tres manuales tienen bastante uso y vigencia actual para realizar los diagnósticos de las personas con discapacidad intelectual. El manual de la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo creemos que está más en consonancia con el ámbito educativo, ya que no se centra exclusivamente en el aspecto de la inteligencia (cociente intelectual), sino que tiene en cuenta o evalúa otras dimensiones importantes de la persona para realizar un diagnóstico más ajustado de discapacidad intelectual. En cambio, el

manual de la Asociación Americana de Psiquiatría se centra en la valoración del funcionamiento intelectual y las conductas adaptativas en el dominio conceptual, social y práctico.

Por el contrario, el manual de la Organización Mundial de la Salud está muy vinculado con el ámbito de la salud y por ello realiza una clasificación exhaustiva y más precisa de catalogación de las discapacidades. Centra su atención en las limitaciones de las estructuras y funciones corporales.

Por consiguiente, el manual de la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo tiene en común con el manual de la Organización Mundial de la Salud la importancia de tener en cuenta las limitaciones en el funcionamiento intelectual. En cambio, el manual de la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo coincide con el manual de la Asociación Americana de Psiquiatría en la importancia de analizar el funcionamiento intelectual y los dominios conceptuales, sociales y prácticos.

## **Texto adaptado de las siguientes fuentes**

---

American Association of Intellectual and Developmental Disabilities. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports (11th Edition)*. Washington, D.C: AAIDD.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Consejería de Educación de la Junta de Andalucía. (2008). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de discapacidad intelectual*. Sevilla: Junta de Andalucía.

GÓMEZ, M. (2001). *Retraso mental y necesidades educativas especiales*. Recuperado de <http://campus.usal.es/inico/actividades/actasuruguay2001/6.pdf>

LUENGAS, M. I., LUENGAS, E. y SÁENZ, L. P. (2017). Atención odontológica a personas con discapacidad intelectual: una cuestión de derecho. *Revista ADM*, 74 (5),

269-274. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2017/od175j.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 11ª Revisión*. Ministerio de Sanidad de España. Formato electrónico. Recuperado de <https://icd.who.int/>

VERDUGO, M. A. y SCHALOCK, R. I. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. 41 (4), 236, 7-21.

**Tabla 7.** Conceptos clave relacionados con la definición de discapacidad (Organización Mundial de la Salud)

<b>Funciones corporales</b>	Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).
<b>Estructuras corporales</b>	Son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.
<b>Deficiencias</b>	Son los problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.
<b>Actividad</b>	Es el desempeño/realización de una tarea o acción por parte de un individuo.
<b>Participación</b>	Es el acto de involucrarse en una situación vital.
<b>Limitaciones en la Actividad</b>	Son las dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.
<b>Restricciones en la Participación</b>	Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.
<b>Factores Ambientales</b>	Constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que la personas viven y conducen sus vidas.

**Tabla 8.** Escala de gravedad LEVE de la discapacidad intelectual

Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
<ul style="list-style-type: none"> <li>- En niños de edad preescolar, puede no haber diferencias conceptuales manifiestas.</li> <li>- En niños de edad escolar y en adultos, existen dificultades en el aprendizaje de aptitudes académicas relativas a la lectura, la escritura, la aritmética, el tiempo o el dinero, y se necesita ayuda en uno o más campos para cumplir las expectativas relacionadas con la edad.</li> <li>- En adultos, existe alteración del pensamiento abstracto, la función ejecutiva (es decir, planificación, definición de estrategias, determinación de prioridades y flexibilidad cognitiva) y de la memoria a corto plazo, así como del uso funcional de las aptitudes académicas (p. ej., leer, manejar el dinero).</li> <li>- Existe un enfoque algo concreto a los problemas y soluciones en comparación con los grupos de la misma edad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En comparación con los grupos de edad de desarrollo similar, el individuo es inmaduro en cuanto a las relaciones sociales. Por ejemplo, puede haber dificultad para percibir de forma precisa las señales sociales de sus iguales.</li> <li>- La comunicación, la conversación y el lenguaje son más concretos o inmaduros de lo esperado por la edad.</li> <li>- Pueden haber dificultades de regulación de la emoción y el comportamiento de forma apropiada a la edad; estas dificultades son apreciadas por sus iguales en situaciones sociales. Existe una comprensión limitada del riesgo en situaciones sociales; el juicio social es inmaduro para la edad y el individuo corre el riesgo de ser manipulado por los otros (ingenuidad).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El individuo puede funcionar de forma apropiada a la edad en el cuidado personal.</li> <li>- Los individuos necesitan cierta ayuda con tareas de la vida cotidiana complejas en comparación con sus iguales. En la vida adulta, la ayuda implica típicamente la compra, el transporte, la organización doméstica y del cuidado de los hijos, la preparación de los alimentos y la gestión bancaria y del dinero.</li> <li>- Las habilidades recreativas son similares a las de los grupos de la misma edad, aunque el juicio relacionado con el bienestar y la organización del ocio necesita ayuda.</li> <li>- En la vida adulta, con frecuencia se observa competitividad en trabajos que no destacan en habilidades conceptuales.</li> <li>- Los individuos generalmente necesitan ayuda para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud y legales, y para aprender a realizar de manera competente una vocación que requiere habilidad. Se necesita típicamente ayuda para criar una familia.</li> </ul>

**Tabla 9.** Escala de gravedad MODERADA de la discapacidad intelectual

Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante todo el desarrollo, las habilidades conceptuales de los individuos están notablemente retrasadas en comparación con sus iguales.</li> <li>- En preescolares, el lenguaje y las habilidades preacadémicas se desarrollan lentamente.</li> <li>- En niños de edad escolar, el progreso de la lectura, la escritura, las matemáticas y del tiempo de comprensión, y el dinero se produce lentamente a lo largo de los años escolares y está notablemente reducido en comparación con sus iguales.</li> <li>- En adultos, el desarrollo de las aptitudes académicas está típicamente en un nivel elemental y se necesita ayuda para todas las habilidades escolares, en el trabajo y en la vida personal.</li> <li>- Se necesita ayuda continua diaria para completar tareas conceptuales de la vida cotidiana, y otros pueden encargarse totalmente de las responsabilidades del individuo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El individuo presenta notables diferencias respecto a sus iguales en cuanto al comportamiento social y comunicativo a lo largo del desarrollo.</li> <li>- El lenguaje hablado es típicamente un instrumento primario para la comunicación social, pero es mucho menos complejo que en sus iguales.</li> <li>- La capacidad de relación está vinculada de forma evidente a la familia y los amigos, y el individuo puede tener amistades satisfactorias a lo largo de la vida y, en ocasiones, relaciones sentimentales en la vida adulta. Sin embargo, los individuos pueden no percibir o interpretar con precisión las señales sociales.</li> <li>- El juicio social y la capacidad para tomar decisiones son limitados, y los cuidadores han de ayudar al individuo en las decisiones de la vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El individuo puede responsabilizarse de sus necesidades personales, como comer, vestirse, y de las funciones excretoras y de la higiene como un adulto, aunque se necesita un período largo de aprendizaje y tiempo para que el individuo sea autónomo en estos campos. Se puede necesitar ayuda de otras personas para que le recuerden lo que tiene que hacer.</li> <li>- De manera similar, se puede participar en todas las tareas domésticas en la vida adulta, aunque se necesita un período largo de aprendizaje, y se requiere ayuda continua para lograr un nivel de funcionamiento adulto.</li> <li>- Se puede asumir un cargo independiente en trabajos que requieran habilidades conceptuales y de comunicación limitadas; pero se necesita ayuda considerable de los compañeros, supervisores y otras personas para administrar las expectativas sociales, las complejidades laborales y responsabilidades complementarias, como programación, transporte, beneficios sanitarios y gestión del dinero.</li> </ul>

Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La amistad con los iguales en desarrollo con frecuencia está afectada por limitaciones de la comunicación o sociales. Se necesita una importante ayuda social y comunicativa en el trabajo para obtener éxito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se pueden llevar a cabo una variedad de habilidades recreativas.</li> <li>- Estas personas necesitan típicamente ayuda adicional y oportunidades de aprendizaje durante un período de tiempo largo.</li> <li>- Una minoría importante presenta comportamiento inadaptado que causa problemas sociales.</li> </ul>

**Tabla 10.** Escala de gravedad GRAVE de la discapacidad intelectual

Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las habilidades conceptuales están reducidas. El individuo tiene generalmente poca comprensión del lenguaje escrito o de conceptos que implican números, cantidades, tiempo y dinero.</li> <li>- Los cuidadores proporcionan un grado notable de ayuda para la resolución de problemas durante toda la vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El lenguaje hablado está bastante limitado en cuanto a vocabulario y gramática. El habla puede consistir en palabras sueltas o frases y se puede complementar con medidas de aumento. El habla y la comunicación se centran en el aquí y ahora dentro de acontecimientos cotidianos. El lenguaje se utiliza para la comunicación social más que para la explicación. Los individuos comprenden el habla sencilla y la comunicación gestual.</li> <li>- La relación con los miembros de la familia y otros parientes son fuente de placer y de ayuda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El individuo necesita ayuda para todas las actividades de la vida cotidiana, como comer, vestirse, bañarse y las funciones excretoras. El individuo necesita supervisión constante.</li> <li>- El individuo no puede tomar decisiones responsables en cuanto al bienestar propio o de otras personas.</li> <li>- En la vida adulta, la participación en tareas domésticas, de ocio y de trabajo necesita apoyo y ayuda constante.</li> <li>- La adquisición de habilidades en todos los dominios implica un aprendizaje a largo plazo y ayuda constante.</li> <li>- En una minoría importante, existe comportamiento inadaptado que incluye autolesiones.</li> </ul>

**Tabla 11.** Escala de gravedad PROFUNDA de la discapacidad intelectual

<b>Dominio conceptual</b>	<b>Dominio social</b>	<b>Dominio práctico</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las habilidades conceptuales implican generalmente el mundo físico más que procesos simbólicos. El individuo puede utilizar objetos dirigidos a un objetivo para el cuidado de sí mismo, el trabajo y el ocio.</li> <li>- Se pueden haber adquirido algunas habilidades viso-espaciales, como la concordancia y la clasificación basada en características físicas. Sin embargo, la existencia concurrente de alteraciones motoras y sensitivas puede impedir un uso funcional de los objetos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El individuo tiene una comprensión muy limitada de la comunicación simbólica en el habla y la gestualidad. El individuo puede comprender algunas instrucciones o gestos sencillos.</li> <li>- El individuo expresa sus propios deseos y sus emociones principalmente mediante comunicación no verbal y no simbólica.</li> <li>- El individuo disfruta de la relación con miembros bien conocidos de la familia, cuidadores y otros parientes, y da inicio y responde a interacciones sociales a través de señales gestuales y emocionales. La existencia concurrente de alteraciones sensoriales y físicas puede impedir muchas actividades sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El individuo depende de otros para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud y la seguridad, aunque también puede participar en algunas de estas actividades.</li> <li>- Los individuos sin alteraciones físicas graves pueden ayudar en algunas de las tareas de la vida cotidiana en el hogar, como llevar los platos a la mesa.</li> <li>- Acciones sencillas con objetos pueden ser la base de la participación en algunas actividades vocacionales con alto nivel de ayuda continua.</li> <li>- Las actividades recreativas pueden implicar, por ejemplo, disfrutar escuchando música, viendo películas, saliendo a pasear o participando en actividades acuáticas, todo ello con la ayuda de otros.</li> <li>- La existencia concurrente de alteraciones físicas y sensoriales es un impedimento frecuente para la participación (más allá de la observación) en actividades domésticas, recreativas y vocacionales.</li> <li>- En una minoría importante, existe comportamiento inadaptado.</li> </ul>

## Capítulo 11

# Material para facilitar al odontólogo la comunicación y comprensión de instrucciones comportamentales con el paciente con discapacidad intelectual

*C.J. de la Hoz*

### 11.1. Introducción

---

Los materiales fueron creados pensando en las características concretas que presentaba cada participante con discapacidad intelectual para, de esta manera, conseguir una adaptación completa y ajustada a las necesidades de apoyo que presentaban.

Se valoró el desarrollo lingüístico, comunicativo, de expresión y comprensión de cada persona con discapacidad intelectual que participó en el proyecto, así como determinadas características de su personalidad (tímido, colaborador, le cuesta el contacto físico, etc.), su nivel de movilidad y autonomía y su nivel de lecto-escritura. Esta información fue imprescindible para la creación del material y la intervención en todos los procesos llevados a cabo.

Detallamos a continuación cada uno de los materiales utilizados por los estudiantes y su funcionalidad dentro del proceso de intervención odontológica.

### 11.2. Pictogramas

---

Los pictogramas ayudan en gran medida en la interacción con los pacientes, ya que facilita la comunicación.



Dependiendo del paciente estos pictogramas son más sencillos, más gráficos, de mayor tamaño, con contrastes de color, en blanco y negro, más grandes, acompañados de palabras, etc. Aunque, ante todo, los pictogramas deben ajustarse a la edad y nivel de comprensión de la persona con discapacidad intelectual.



Para el ámbito odontológico, se deben elaborar pictogramas que apoyen, por un lado, la explicación de determinados conceptos: diente sano, diente enfermo, mal aliento, encías inflamadas, sonrisa fea, sonrisa bonita, etc. para posteriormente compararlo con la boca del paciente, así este puede identificar el estado de su boca y a qué se debe. Y por otro lado, habría que realizar pictogramas que apoyaran la explicación de las tareas a realizar, como es la higiene bucal. En este caso, se deben utilizar pictogramas concretos con

los instrumentos de uso en el lavado de los dientes, como cepillo de dientes, pasta dentífrica, hilo dental, vaso y agua. También se deben utilizar los materiales reales para hacer la asociación imagen-objeto.

### **11.3. Secuenciación de la tarea**

Cuando la tarea es compleja, como en el caso del cepillado de los dientes, debe fraccionarse en un número de pasos más sencillos, lo que facilitará el aprendizaje.

Un material muy útil para ello son los tableros. Una vez plastificados los pictogramas, y con una tira de velcro pegada por detrás, se pueden poner y



que el paciente lo va memorizando. No se debe pasar al siguiente paso sin estar bien asentado el anterior.

La actividad se realiza de la siguiente manera: primero, habría que explicar el proceso del cepillado de dientes enseñando el pictograma de cada acción; segundo, el instructor colocaría los pictogramas en el tablero en el orden correspondiente mientras se le vuelve a explicar al paciente; tercero, el paciente intentaría colocar los pictogramas con apoyo del instructor y, finalmente, se iría retirando el apoyo hasta que el paciente consiga encadenar todas las acciones de la tarea de manera autónoma.

Los pictogramas se deben acompañar de objetos reales: cepillo y pasta de dientes, vaso y agua, etc.

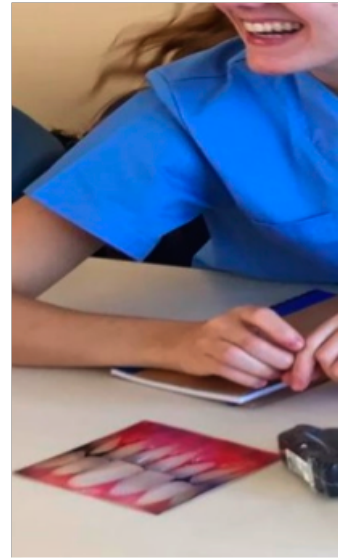
quitar los pictogramas del tablero las veces que sean necesarias, hasta que el paciente memorice la tarea completa. Durante este aprendizaje es preciso trabajar individualmente cada uno de los pasos de los que se compone la tarea para posteriormente ir encadenando cada paso al siguiente, a medida



## 11.4. Imágenes

Utilizar imágenes impresas y reales, donde aparezcan personas de su misma edad, favorece la comprensión de la tarea que se tenga que realizar. Para facilitar la visión por parte del paciente deben tener un tamaño medio/grande

y ser muy claras y precisas dando información específica del concepto a trabajar. Por ejemplo, las imágenes se podrían utilizar para hacer una comparativa con la boca del paciente y, de esta forma, la persona puede darse cuenta de si su boca se asemeja o no a la boca sana que muestra la imagen; o por el contrario ser consciente de que tiene más parecido a la boca enferma de la foto.



## **11.5. Fichas de actividades**

Otro recurso puede ser la elaboración de fichas atractivas para explicar conceptos clave, como por ejemplo las partes de un diente, su crecimiento, la importancia de la higiene para que dure muchos años, comparativa entre un diente de leche y uno definitivo, etc. Para ello, es importante el uso de imágenes grandes, sencillas, sin demasiados detalles, sin elementos distractores,

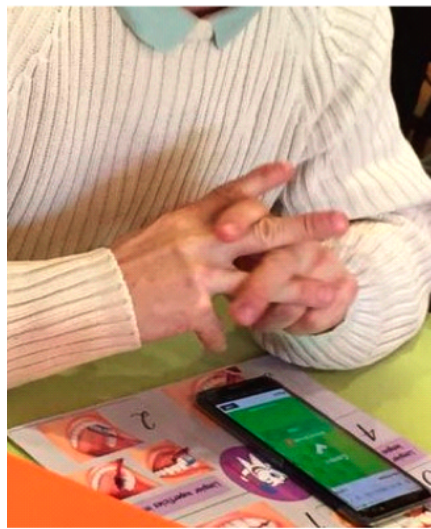


sobre una base blanca, ajustadas al concepto a explicar. Cada ficha debe contener pocas imágenes, por lo que es mejor utilizar varias fichas que una o dos muy cargadas de conceptos.

Estas fichas pueden ir acompañadas de más o menos texto en tinta o sólo de imágenes. Dependerá de si el paciente tiene adquirida o no la lecto-escritura o se está iniciando.

## **11.6. Recursos tecnológicos**

En el mercado tecnológico se pueden encontrar multitud de aplicaciones y programas que permiten y favorecen el diseño de actividades, juegos, etc. y que al mismo tiempo facilitan, de una manera lúdica, el aprendizaje.



En nuestro proyecto, se ha utilizado la herramienta tecnológica Kahoot. Es una plataforma gratuita de aprendizaje que te permite crear test. Esta plataforma puede utilizarse para realizar evaluaciones y comprobar si realmente la persona con discapacidad intelectual ha adquirido los conocimientos que se han trabajado previamente de otro modo. Es un recurso muy lúdico, favorece la concentración, la atención, les gusta mucho esta clase de interacción y les hace pensar rápidamente para pulsar la respuesta correcta. También es muy apropiada para trabajar en grupo o parejas.

## 11.7. Dispositivos móviles

El visionado de vídeos en el móvil, tableta o PC, donde se puede enseñar paso a paso cualquier concepto, comportamiento o tarea a realizar, es una ayuda inestimable. Este material facilita que, de manera simultánea, el paciente visualice la tarea o el concepto a trabajar en el dispositivo y lo vaya practicando. Lo que permite ir corrigiendo y moldeando al paciente para que adquiera el aprendizaje.



En otros casos, se pueden utilizar estas herramientas para sensibilizar al paciente sobre aspectos, como la importancia de la higiene oral, donde se podía visualizar bocas sanas y enfermas, enfermedades específicas de la boca, prevención de las enfermedades bucales, por qué se caen los dientes, consejos odontológicos, etc.

## **11.8. Material tridimensional**

---



Los tipodontos de diversos tamaños, que están en venta en el mercado, son un material muy manipulable, con una alta calidad en los detalles, y un elemento que se puede encontrar en cualquier consulta dental para explicar a los pacientes cómo debe realizarse el cepillado de dientes. Es un material importante a tener en cuenta como apoyo en la consulta para determinados aprendizajes.

## **11.9. El modelado**

---

Una vez que el paciente ha comprendido todo el proceso de la tarea a realizar se puede utilizar un lavabo y un espejo de pared para trabajar los pasos del cepillado de dientes. El paciente debe efectuar el cepillado de su boca delante de un espejo para comprobar por él mismo si lo está realizando correctamente, mientras el instructor está efectuando los ajustes pertinentes (modelado) hasta conseguir el aprendizaje de la tarea.



## Capítulo 12

# Directrices para intervenir con personas con discapacidad intelectual en el ámbito odontológico

*C.J. de la Hoz*

### 12.1. Introducción

---

La literatura ha mostrado que los pacientes con discapacidad intelectual frecuentemente presentan una mala higiene oral, pérdida de dientes, caries, maloclusión, etc. En muchas ocasiones, estas alteraciones orales son producidas por el tipo de alimentación, falta de higiene oral o por la medicación que se les administra. Pero en cualquier caso, estos pacientes necesitan realizar revisiones y tratamientos odontológicos para poder corregir sus problemas bucales. Sin embargo, en el contexto odontológico podemos encontrar alguna dificultad en el manejo de estos pacientes, y en la interacción y comunicación con ellos. Por ello, en este capítulo, y conociendo las características de las personas con discapacidad intelectual que se han expuesto en el apartado anterior, se detallan algunas directrices básicas que favorecen la atención a estas personas, dentro del contexto odontológico.

Estas directrices no son exclusivas para este tipo de pacientes. Esta guía también puede ser aconsejable o pertinente en otros pacientes sin discapacidad. Por otro lado, muchos de los recursos de atención a pacientes pediátricos son útiles para también utilizarlos con personas con discapacidad intelectual, pero esto va a depender siempre del grado de afectación intelectual que presente el paciente y de los apoyos que requiera. Por eso, cuando presenta el paciente un grado leve de afectación, utilizar estrategias comunes de intervención puede ser de gran utilidad y funcionan perfectamente como con cualquier otra persona, sin que tenga diagnosticada una discapacidad intelectual. Esas estrategias pueden basarse en: hablarles bajito, con tranquilidad, despacio, con atención,

afectuosamente, mirándoles a la cara, recordándoles la información varias veces, proporcionándoles reforzadores sociales y materiales, entre otras muchas otras.

Sin embargo, algunas veces podemos encontrar la misma situación en dos ocasiones diferentes pero que necesitan abordajes distintos. Es decir, existen casos de personas con un grado de afectación intelectual moderado, en las que pueden ser efectivas las mismas estrategias, pero puede haber otros casos donde personas con este mismo grado de afectación diagnosticado no se ajustan a las pautas estándares, y habría que adaptarlas. Lo mismo puede ocurrir en casos de pacientes con discapacidad intelectual severa o completa; en estas situaciones, la intervención probablemente requerirá adaptaciones.

Por consiguiente, en este apartado se pretende describir una serie de situaciones y directrices para orientar al odontólogo en su intervención cuando atienda a personas con discapacidad intelectual. A continuación, se muestran instrucciones concretas y modos de actuar para atender a estos pacientes en consulta porque, como ya hemos indicado anteriormente, la intervención va a ser distinta según uno u otro grado de afectación intelectual o según las necesidades de apoyo que requiera el paciente, especialmente según el nivel de comprensión y de comunicación.

A continuación proponemos, según nuestra experiencia y en los resultados de este proyecto, las siguientes pautas de actuación con personas con discapacidad intelectual.

## **12.2. Coordinación familia-odontólogo**

---

Lo primero que habría que considerar es establecer una relación previa entre la familia del paciente y el profesional, es decir, una **coordinación familia-odontólogo**. En los casos en los que la familia sabe que el paciente manifiesta una clara resistencia a acudir a la consulta del dentista o tiene alguna particularidad de comunicación o de comportamiento es recomendable que, **en una consulta o en el momento previo a la intervención directa con el paciente con discapacidad intelectual**, la familia asesore al profesional sobre esas resistencias, miedos, comportamientos, nivel de comprensión, vía de comunicación,

dificultades para relacionarse, etc. de la persona con discapacidad intelectual para favorecer, en la medida de lo posible, la intervención directa con este paciente. De esta manera, el profesional se hará conocedor de la situación y podrá hacer frente a determinados comportamientos que se puedan producir en consulta, así como la propia persona con discapacidad intelectual, que se sentirá mejor atendida, comprendida e informada ante cualquier actuación que realice el profesional, como por ejemplo a la hora de tocar su boca, de tumbarse en la silla, del uso del instrumental rotatorio, etc.

Para facilitar el intercambio de esta información previa al profesional sería útil tener un formulario para recoger la información clave del paciente. De esta manera, se puede ahorrar una consulta previa o que el encuentro con la familia se agilice significativamente al disponer previamente de esta información tan importante sobre el paciente con discapacidad.

Es muy recomendable que la familia esté presente en la consulta durante las primeras sesiones; esto transmite seguridad y calma al paciente. Cuando la familia y el odontólogo perciban que el paciente ha adquirido un cierto grado de seguridad y tranquilidad, en las siguientes sesiones, la familia podrá permanecer en la sala de espera hasta que termine la intervención. Este procedimiento es importante que se haga de esta manera con los pacientes que son adolescentes o mayores de edad. Estaremos trabajando la autonomía y la normalización social. En el caso de niños pequeños, podrán esperar dentro de la consulta como se hace en el caso de cualquier menor, si así lo aconseja también el profesional, pero siempre buscaremos la posibilidad de trabajar esta autonomía en cualquier edad.

La familia y el odontólogo deben estar muy coordinados en los mensajes que se transmitan a la persona con discapacidad, de los acuerdos a los que se llegue, y de que la información sea la misma. Recibir mensajes contradictorios de unos y otros podría confundir a la persona con discapacidad y no realizar las acciones de la manera esperada. Por ejemplo, si el odontólogo y la familia transmiten la idea, a la persona con discapacidad, de que hay que lavarse los dientes después de cada comida y la familia va a comer a un restaurante y no está atenta a que el paciente realice este comportamiento, trasladando este comportamiento a cuando lleguen a la vivienda, es decir, tres horas más tarde, no se estará cumpliendo con la regla establecida. Esto genera confusión en

estas personas, porque unas veces realizan la acción después de comer y en otras ocasiones no. Por lo tanto, la relajación de las normas establecidas hará **más difícil instaurar el hábito**, y al paciente no le quedará del todo claro qué es lo que hay que hacer realmente.

### **12.3. Miedo a acudir al dentista**

---

Algo muy común en pacientes con discapacidad intelectual es el miedo a acudir al dentista. Cuando nos encontramos con esta situación sería recomendable, en la medida de lo posible, que los pacientes con discapacidad intelectual experimenten previamente una situación simulada y controlada, desde un plano pedagógico, para que se sensibilicen y conozcan el trabajo de este profesional (examen clínico, toma de radiografías, profilaxis, fluorización, extracción, obturación, etc.), así como enseñarles el instrumental que se utiliza, puesto que hay pacientes a los que puede impresionarles, especialmente, el ruido que se produce en consulta (instrumental rotatorio, aspiración, etc.).

Esta intervención pedagógica se realizará siempre y cuando no haya un diagnóstico de fobia, en cuyo caso habría que consultar al psicólogo. En la actualidad, es común utilizar en estos casos la sedación consciente, cuya finalidad es producir un estado de relajación al paciente durante el tiempo que dure la intervención odontológica, manteniéndole en un estado consciente. Suele utilizarse en casos de cirugía oral y tratamientos largos en una única sesión. Aunque por otro lado, este tipo de procedimiento conlleva un coste económico extra elevado.

Es recomendable que sea la familia y/o los educadores (colegio o centro ocupacional) quienes realicen la **sesión de anticipación/preparación**, donde el paciente con discapacidad intelectual podrá conocer los beneficios de la atención de este profesional y los comportamientos apropiados que debe manifestar en consulta.

Anticipar al paciente las diferentes situaciones que pueden ocurrir en la consulta, y conocer los diversos procedimientos o tratamientos que va a realizar el profesional, favorece la disminución de la ansiedad, la autorregulación de su comportamiento y la autonomía.

## 12.4. Informar de los pasos de la maniobra

---

Un aspecto importante que hay que destacar es que el odontólogo **debe ir describiendo al paciente todos los pasos** que va a realizar con él, para que la persona con discapacidad intelectual sepa en todo momento qué le van a hacer. De esta manera evitamos sorpresas y sustos, ya que el paciente ha sido entrenado previamente y es conocedor de las distintas maniobras que puede realizar el dentista. Recibir esta clase de información mientras se trabaja con ellos les tranquiliza enormemente y favorece el establecimiento de una relación de confianza con el profesional.

También les tranquiliza conocer previamente el instrumental, verlo, tocarlo y conocer el ruido que hace, como por ejemplo la turbina, el micromotor, la aspiración, etc.

## 12.5. La comunicación con el paciente

---

Hay pacientes que no tienen lenguaje oral, pero esto no impide que se puedan generar otras vías de comunicación. Por ejemplo, a través de **pictogramas**. El odontólogo debe tener un dossier con pictogramas o imágenes reales donde se visionan las distintas actuaciones que se realizan en consulta. Al inicio de la consulta se le debe explicar al paciente, con este material, lo que se le va a hacer. A continuación, una vez que se empieza a trabajar en la boca del paciente se irá parando frecuentemente para recordarle y explicarle el siguiente paso que se vaya a realizar. Es necesario no tener prisa e ir con calma. En estos casos se necesita contar con tiempo extra para la atención del paciente, aunque todo dependerá de la tranquilidad y la confianza que transmita el profesional.

El **lenguaje** que utiliza el odontólogo debe estar **adaptado al nivel de comprensión** del paciente con discapacidad intelectual. Es necesario emplear un lenguaje sencillo, con frases cortas, mirar a los ojos y repetir el mensaje varias veces si vemos que no muestra atención o por sus dificultades de memoria a corto plazo. Es importante transmitir un lenguaje tranquilo, natural, relajado y tratarles con cariño, especialmente si son niños. Mostrarse siempre abierto a responder a sus preguntas, curiosidades y dudas.

## **12.6. La sala de espera**

---

Cuando hay retrasos, los pacientes tienen que esperar en la sala de espera, por ello la familia o educadores de las personas con discapacidad deben adelantarles que esto es una situación posible y que deben ser pacientes.

Cuando el grado de afectación intelectual impide la comprensión y/o control conductual es necesario que la familia informe de esta situación al odontólogo para poder acordar una cita en el que el paciente pueda ser atendido sin tiempo de demora o darle la primera hora. En esta situación hay que **evitar lo máximo posible la espera**, porque puede entrar en crisis y negarse rotundamente a entrar, o incluso querer irse.

## **12.7. Los reforzadores**

---

Una vez finalizada la consulta, especialmente en las primeras citas, es aconsejable utilizar siempre y con todas las personas con discapacidad intelectual reforzadores positivos, es decir, administrar **reforzadores sociales** (elogios y felicitaciones) y **materiales** (por ejemplo, regalo de una muestra de pasta de dientes o un cepillo). Posteriormente, en las siguientes sesiones, se mantendrían los reforzadores sociales y de manera intermitente se administrarían los reforzadores materiales hasta que se considere que ya no es necesario. Los reforzadores deben siempre regularse y ajustarse a la edad del paciente y sus características.

## **12.8. No abre la boca**

---

Como se ha comentado anteriormente, previamente a la primera consulta con el odontólogo el paciente ha experimentado simulacros donde los educadores o familiares han simulado las distintas maniobras que el odontólogo puede realizar con él, para que al enfrentarse a una situación real anticipe lo que va a suceder y no se dispare su ansiedad. De la misma manera, contamos con que el paciente conoce los instrumentos de trabajo de este especialista y para qué se utilizan.

Descartando diagnósticos graves (como fobias y terrores) vamos a contemplar una situación muy común: el paciente con discapacidad intelectual se niega a abrir la boca por falta de confianza, llamada de atención, rabieta, enfado, querer irse, provocar, retar...

Lo primero que hay que hacer es darle unas instrucciones o explicaciones iniciales. Se le debe explicar verbalmente, y si tiene dificultades de comprensión se apoya la explicación con pictogramas, imágenes o vídeos de lo que se le va a hacer en su boca. Por ejemplo:

*“Ahora tienes que abrir la boca para que yo con este espejo (se le enseña el instrumento y se deja que lo explore) pueda ver cómo están tus dientes. No te va a causar ninguna molestia, te lo aseguro, confía en mí. Si pudiera molestarte te lo digo, tranquilo. Y cuando tú quieras me haces una señal (mano, ojos, sonido... se acuerda previamente) y saco el espejo de tu boca. Pero verás cómo no vas a sentir nada”*

Después de darle unas instrucciones similares, se le pide permiso para tocarle la boca y se le solicita que la abra. En este momento pueden ocurrir dos cosas, que abra la boca o que siga con ella cerrada.

### **12.8.1. Primera situación: abre la boca**

El odontólogo debe ser muy cuidadosos de no hacerle ningún daño, ni de producirle arcadas. En este caso se habrá conseguido un aumento de confianza. Se debe volver a recordar al paciente que cuando quiera algo o necesite cerrar la boca emita una señal al profesional para que rápidamente se pueda sacar el espejo, mientras tanto se sigue con la exploración. Si no hay ninguna señal se habrá conseguido una exploración completa y la confianza del paciente.

En el caso de que el paciente emita una señal durante la exploración, primero se le reforzará socialmente por haber estado un rato con la boca abierta y, a continuación, se le dará un tiempo para calmarse, tragar saliva, beber agua, explicar cómo se siente, etc. Seguidamente, se le vuelve a preguntar si quiere continuar, si dice que sí, ya se ha conseguido el objetivo, estará con la boca abierta y se habrá logrado despertar la confianza en el odontólogo.

Por el contrario, si dice que no quiere seguir adelante se le animará a que vuelva a abrir la boca. Si sigue negándose, se le debe informar de que el próximo día, cuando vuelva a consulta, se continuará con la maniobra. A veces, en esta situación el paciente puede pensárselo dos veces y animarse a volver a abrir la boca para no tener que volver otro día a consulta, pero en otras ocasiones puede decir que no, entonces se le vuelve a reforzar (social y materialmente) por sus logros y el odontólogo se despide hasta la próxima consulta.

En la tabla 13 se resumen las orientaciones básicas que hay que tener en cuenta para lograr que el paciente con discapacidad intelectual abra la boca.

### **12.8.2. Segunda situación: no abre la boca**

Otra respuesta del paciente que podemos encontrar es que después de darle esas instrucciones o explicaciones iniciales siga negándose a abrir la boca, en este caso podemos intentar varias acciones:

- a) Si el paciente tiene lenguaje oral, se le pregunta el nombre, si lo verbaliza el especialista puede bromear diciéndole que sabe abrir la boca para hablar y decir su nombre. Ahora le volvemos a animar a que lo haga para introducir el espejo, diciéndole que igual que nos ha dicho su nombre y no ha sentido ningún dolor con el espejo sucederá lo mismo, tampoco tendrá ningún dolor. El odontólogo primero haría de **modelo**, se metería el espejo en la boca y recalcaría que no siente ningún dolor. Posteriormente, cogería de modelo al familiar y se actuaría igual con un espejo nuevo, diciendo que no tiene dolor. Finalmente, el odontólogo cogería otro espejo, le pediría que abriera la boca y lo introduciría dentro para la exploración. A veces, esta técnica resulta convincente para el paciente y se logra que éste abra la boca.
- b) Otra posibilidad de actuación es que el odontólogo ofrezca su ayuda para que **juntos abran la boca**. El profesional al mismo tiempo hace de modelo abriendo su boca, y ayuda al paciente a abrir la suya. Puede ocurrir que se niegue a que se le toque, por ello previamente le tenemos que pedir permiso para tocarle y explicarle que le vamos a ayudar a abrir su boca con las manos para una exploración.

- c) También se puede proponer, si él lo prefiere, que sea **el familiar que le acompaña el que le ayude a abrir la boca**, puesto que en él tiene más confianza. Posteriormente, el odontólogo puede introducir el espejo.

En el caso supuesto de que no tenga lenguaje oral sería necesario utilizar pictogramas o imágenes para darle las instrucciones y explicarle la maniobra. Llevando a cabo, de manera similar y en el mismo orden, la propuesta de acción descrita anteriormente.

En la tabla 14, se presenta un resumen de las orientaciones claves que hay que tener en cuenta cuando el paciente con discapacidad intelectual no quiera abrir la boca ante una maniobra de exploración (uso del espejo), y se utiliza la técnica del modelado.

Por último, una cuestión importante a tener en cuenta es el grado de discapacidad intelectual que presenta el paciente, ya que con un grado severo o completo es más complejo que controle sus movimientos. Por ejemplo, ellos cierran o giran la cabeza sin previo aviso, de manera instintiva y sin capacidad de espera. No anticipan posibles daños al realizar esos movimientos. El odontólogo tiene que estar alerta para no pinchar o causar daño con algún instrumento. Es el paciente el que marca el momento de abrir o cerrar la boca. Es en estos casos donde en ocasiones se utiliza la sedación.

## **12.9. El recurso de la imagen**

---

En ocasiones se debe recurrir a la visualización de imágenes de bocas con infecciones, dientes con caries, cálculo etc. para favorecer la comprensión de las consecuencias que tiene una mala higiene oral. Estas imágenes facilitan rápidamente la toma de conciencia por parte del paciente de la necesidad de una higiene oral diaria y la necesidad de realizar revisiones periódicas con el profesional.

Este ejercicio sería necesario realizarlo en las sesiones simuladas que realizan los educadores o las familias previas a la visita a la consulta. También el odontólogo puede tenerlo como material en consulta por si surge la necesidad de explicar a un paciente las consecuencias de una mala higiene. Es un recurso

efectivo para tomar conciencia, de manera muy explícita, de las repercusiones que tiene si no cuidas la boca.

## **12.10. Trabajar desde la prevención**

---

La mejor manera de inculcar prácticas saludables es trabajando desde la prevención, desde edades muy tempranas, como enseñando prácticas de higiene oral y educando en hábitos saludables en los centros educativos. El maestro suele enseñar todos los aspectos que conlleva tener una vida saludable y una higiene general del cuerpo; pero hay centros educativos que no inciden en la higiene oral, y la prueba se puede encontrar en que todo el alumnado de un centro no se lava los dientes después de pasar por el comedor. Por supuesto, en esta educación también tienen que ser actores activos la familia, con su participación y apoyo.

Una propuesta que aportamos desde este proyecto es que se lancen campañas de concienciación y de educación en centros educativos para inculcar hábitos de higiene oral. Sería necesario elaborar programas educativos donde odontólogos y maestros trabajasen conjuntamente para conseguir, en la población, un aumento de las prácticas de higiene oral.

Por lo tanto, la odontología tiene un reto importante: concienciar a las familias y a los educadores de la necesidad de unos hábitos orales saludables.

Lógicamente, estas competencias tienen que ser adquiridas por los profesionales y por los familiares que tienen personas con discapacidad intelectual a su cuidado, para que la higiene oral de estos pacientes se lleve a cabo de manera satisfactoria, sin perjudicar su desarrollo bucal.

**Tabla 12.** Formulario de recogida de información del paciente

FORMULARIO DE INFORMACIÓN		
Nombre y apellidos		
Discapacidad que presenta		
Grado de discapacidad		
Nivel de comprensión		
Grado de comunicación y sistema de comunicación		
Grado de autonomía		
Nivel de lecto-escritura		
¿El paciente ha acudido alguna vez al dentista?	SÍ	NO
Por favor, detalle otros aspectos significativos del paciente que crea que pueden facilitar al odontólogo la intervención en consulta.		

**Tabla 13.** Procedimiento para que el paciente abra la boca

<b>1°</b>	Explicar al paciente la maniobra.	
<b>2°</b>	Con el consentimiento del paciente, se procede a la maniobra y se procura no producir dolor ni arcadas, lo que aumenta la confianza en el especialista y reduce la posibilidad de realizar descanso.	
	Se le recuerda al paciente que cuando desee se puede realizar un descanso:	
	<b>SI SOLICITA DESCANSO</b>	<b>SI NO SOLICITA DESCANSO</b>
	Cierra la boca, bebe agua, etc.	Se consigue la exploración completa.
	Uso de refuerzos sociales.	Aplicar refuerzos positivos.
<b>3°</b>	Se reanuda la maniobra hasta completarla o se acuerda una nueva consulta para terminar la exploración.	Aumenta la confianza en el odontólogo. Eliminación de la ansiedad.  Aumenta la posibilidad de realizar una nueva consulta con menos estrés.

**Tabla 14.** Orientación para la maniobra del espejo. Técnica de modelado

<b>1º</b>	Explicar al paciente qué es el instrumento del espejo y para qué sirve. Se le facilitará para que lo toque y explore.
<b>2º</b>	Comunicar al paciente que el instrumento del espejo se va a utilizar ahora con él.
<b>3º</b>	Pedir permiso al paciente para tocarle la boca.
<b>4º</b>	Solicitar al paciente que abra la boca para introducir el espejo.
<b>5º</b>	El odontólogo servirá de modelo. El odontólogo abrirá la boca para que el paciente le imite. Otro recurso es utilizar de modelo al familiar acompañante.
<b>6º</b>	Utilizar reforzadores sociales y materiales. Cuando son pequeños se puede enseñar el reforzador material cuando se niega a abrir la boca e indicarle que se le va a entregar después de que le veamos la boca con el espejo.
<b>7º</b>	Respetar si dice NO, y concertar otra consulta.

## Capítulo 13

# La educación en valores con la metodología ApS para la consecución de competencias profesionales

*J.J. Hidalgo*

### 13.1. Introducción

---

La metodología de ApS suscita gran interés en el ámbito universitario por conjugar un componente de compromiso social con la actuación profesional. En el caso de la profesión odontológica, por dirigir la mirada hacia personas más necesitadas de una ayuda y cuidados especiales a la hora de conservar su salud oral. Pero, desde luego, no hay que olvidar lo que esta metodología puede aportar, desde el punto de vista docente, en la formación de los estudiantes y en la mejora de sus aptitudes y actitudes más personales.

Partimos del hecho de que uno de los propósitos de la Universidad es educar en Valores (valores universales) que cada uno de nosotros tenemos. Por diferentes motivos, unas personas abrazamos y nos guiamos por unos valores, y otras, por otros. Concretamente, cada individuo fomenta en sí mismo unos más que otros.

Este desarrollo depende de varios factores, como son los factores individuales y sociales. Podríamos decir que los valores que ya traemos “escritos” se desarrollan según la sociedad donde crecemos y nos educamos. Los valores religiosos, culturales, relacionales, todos ellos, sean los que sean, se inculcan y forman parte de nuestra “manera de ser” y, además, se pueden cambiar.

Asimismo, si desarrollamos valores como personas, ¿no estamos haciendo también un desarrollo de valores como profesionales, sea en el área de conocimiento que sea? La respuesta es clara, rotunda y única: desde luego que sí.

Entre otras cosas porque no podemos separar lo personal de lo profesional. Todo está integrado.

Como docentes, uno de nuestros objetivos es ayudar a los estudiantes a desarrollar sus mejores valores como personas, para que así puedan poner estos valores al servicio de su actividad y dedicación profesional y, de esta manera, que puedan transformarse en mejores profesionales llegando a ser excelentes en su compromiso y actuación a la hora de atender a la Salud de las personas.

Los valores individuales, cuya presencia en la atención a personas dependientes es más importante, están en el ámbito relacional e incluyen el cariño, la empatía, la escucha y la comunicación. Los valores de tipo profesional enlazan con el trabajo en equipo, la creatividad y el valor de la diversidad.

En un proyecto de ApS existe ese espacio de aprendizaje donde los estudiantes pueden ser más auténticos y desarrollar sus valores y talentos como personas, donde ellos pueden aportar más, donde tienen la oportunidad de aprender y desarrollar habilidades relacionales y de comunicación que les permitirán ser los mejores profesionales para una mayor cantidad y diversidad de personas.

## **13.2. Actuaciones durante el Proyecto. Desarrollo y aprendizaje sobre valores.**

---

Si algo define toda la actividad desarrollada en el Proyecto realizado en la Facultad de Odontología de la UCM como algo que da valor específico al aprendizaje, es el trabajo en equipo. Es justamente este el que permite una atención específica y única a cada uno de los pacientes con los que se interacciona, y dota de un aprendizaje global y continuo, como individuos y miembros de un equipo, durante todo el proceso, sin solución de continuidad.

### **13.2.1. En relación con la atención al paciente dependiente**

#### Preparación científica y técnica

La preparación odontológica de nuestros estudiantes es excelente. Sus conocimientos sobre la prevención y las medidas de profilaxis de las enfermedades orales están asegurados por la calidad docente del programa de Grado y los docentes que la imparten. Los estudiantes tienen acceso a un programa de prácticas intramuros, con pacientes reales. Pero es, mediante este proyecto, que el estudiante sube un escalafón más en su formación al poder ampliar sus competencias practicando fuera de los muros de la Facultad.

#### La comunicación

En cuanto a la adecuación de la comunicación del estudiante de Odontología al estilo comunicativo de un paciente dependiente, hay que reseñar el valor añadido que los estudiantes del Grado de Educación aportan. Ellos conocen las técnicas y herramientas de comunicación que necesitan este tipo de pacientes, según sus diferentes niveles de desarrollo intelectual.

#### La empatía y paciencia

La empatía hace referencia a comprender los sentimientos y emociones del otro; ponerse en el lugar del otro. Cuando nos encontramos con el desconocimiento del otro, el no saber del otro, del cómo siente, qué necesita, cómo se comunica, esta empatía es más costosa. Las diferencias existentes en todos estos aspectos entre las personas dependientes de aquellas que no lo son, hace más difícil esta comprensión. Es necesario, además de tomar consciencia de cómo es la persona diferente, aprender a cómo empatizar con ella. Y esto requiere tiempo. Se necesita, pues, paciencia, en el sentido de “tener calma para esperar”. El aprendizaje de estos valores, empatía y paciencia, hace que los estudiantes puedan ofrecer un mejor servicio.

## La escucha

El conocer las necesidades de las personas dependientes, sus sentimientos, la percepción que tienen sobre nosotros, sobre lo que les decimos y enseñamos, sólo es posible con una escucha activa. Hablar de escucha activa implica características en la escucha completamente asociadas entre sí. Unos atributos hacen referencia al propio concepto de escuchar, como parte de un proceso de comunicación en base a una conversación, es decir, ambas partes escuchan y dicen; otras características hacen referencia a que las personas además de decir, sientan que el oyente percibe lo que se dice, es decir, que esta escucha se haga de manera activa.

Y la escucha completa implica atender a los tres subdominios comunicativos del ser humano: el del lenguaje, el corporal y el emocional. En las personas con capacidades diferentes ¿de qué manera percibimos lo que ellas nos están diciendo desde su lenguaje, su corporalidad, y sus emociones?, y ¿qué diferencias existen con aquellas a las que estamos acostumbrados a escuchar? Este es un gran aprendizaje comunicativo que los estudiantes adquieren y que mejora la atención proporcionada a estos pacientes.

Por lo tanto, y una vez que hemos entendido y sabemos de las necesidades que estas personas tienen, ¿cómo hemos de expresarles a ellas que las conocemos? ¿Cómo debemos hacer que entiendan lo que les damos, lo que les enseñamos? Pues adaptando nuestro lenguaje al de ellos.

Hay que conseguir un *rapport*<sup>4</sup> y una sintonía comunicativa y, por lo tanto, relacional, de confianza, de entendimiento, de “hablar el mismo idioma”. Hay que observar qué estilo comunicativo (visual, auditivo o cinético) es el predominante en estas personas. A continuación, adaptaremos nuestro estilo al suyo; sepamos cuál es y aprendámoslo.

Como se ha comentado anteriormente, el beneficio de trabajar junto con los estudiantes del Grado de Educación es que pueden enseñar a los alumnos de Odontología a desarrollar esta comunicación, a saber cuál y cómo es, y cómo aprender “su idioma” (el de las personas con diferentes capacidades).

---

<sup>4</sup> Una relación cercana y armoniosa basada en la confianza mutua (fuente: Weitz, B.A., Castleberry, S. B. Castleberry & Tanner, J. F. (1992). *Selling: Building Partnerships*. Homewood, IL: Richard D. Irwin).

## Cariño

Si hay un sentimiento presente en esta relación especial de paciente-odontólogo, de atención a las personas dependientes, este es el cariño. Estas personas dan mucho cariño, y agradecimiento; y quieren cariño. Démoslo.

Hay que ser capaces de pasar de una relación de respeto, a una de respeto y cariño. No evitemos o nos cortemos a la hora de dar este cóctel que une, que facilita y que estimula la confianza de la persona dependiente en la persona que le cuida, le enseña y de la que aprendes de actuaciones.

### 13.2.2. En relación con el trabajo en equipo

#### Sentirse como equipo

Cuando se trabaja junto con otras personas, ¿qué somos realmente, un grupo de trabajo o un equipo de trabajo?

Son varias las diferencias que se pueden establecer para diferenciar los términos de grupo y equipo. Un equipo debe tener un objetivo común, y debe existir interdependencia entre las personas y los subgrupos que lo forman, a efectos de conseguir el éxito en la consecución de este objetivo. Por el contrario, un grupo lo conforman personas que realizan su trabajo y que no dependen del trabajo de sus compañeros. Claramente, son las características de equipo las que se dan en este programa, por lo que podemos afirmar con rotundidad que el *modus operandis* de nuestro proyecto es el trabajo en equipo.

Si consideramos, además, el número de personas implicadas, la variedad de sus perfiles, la identificación de dos subgrupos (estudiantes de Odontología y de Educación), los eventos y acciones que ejecutan, los materiales y espacios físicos que utilizan, y las relaciones que se establecen entre ellas, podemos considerar que este equipo forma un sistema, y que por lo tanto, tiene las características y cumple los principios de este:

- a. Una identidad relacional propia.

- b. Cada voz de un miembro es la voz del sistema.
- c. Cada miembro del equipo posee la verdad en parte, es decir, sólo tiene una parte de la razón.
- d. El equipo es más que la suma de sus partes.
- e. Es sabio y creativo.
- f. Se autorregula, se estructura, aprende de sí mismo y se diversifica.
- g. Tiende al cambio.
- h. Tiene un comportamiento revelado por señales y acontecimientos.

### Objetivo común

Como se ha dicho anteriormente, un objetivo común es importante en valor para el grupo, e independiente del que cada uno de sus miembros tenga, es fundamental en un equipo. En los equipos formados para este proyecto el objetivo común (meta-objetivo, podríamos llamarlo) está claro y es asumido por todos sus miembros del equipo: el aprendizaje en relación a la enseñanza de habilidades específicas y la comunicación con pacientes con diferentes capacidades, con el objetivo de mejorar la atención y el estado de salud oral de los pacientes. Existen objetivos específicos para cada uno de los subgrupos que lo forman (estudiantes de Educación y de Odontología), como por ejemplo, el aprendizaje comunicacional y de métodos específicos de enseñanza educacional en cada uno de los Grados, y, también, de tipo personal, como la obtención de créditos académicos, en el caso concreto de los estudiantes de Educación, y de créditos de libre configuración en el caso de los estudiantes de Odontología.

### Identidad relacional y voz del sistema

Un mismo objetivo general y particular, y un enfoque común implícito en la asistencia y educación hacia la consecución de la Salud, implica un estilo

relacional específico en las personas que forman el equipo. Lo que aporta en ideas y decisiones cada persona integrante del equipo forma parte, a su vez, del aporte del equipo en su conjunto, siempre con vistas a una meta u objetivo común. Todo esto evidencia que este equipo de trabajo es y funciona como un sistema. La razón y la verdad de cada uno de los miembros del programa es solo un porcentaje de la verdad, y, por lo tanto, debe ser oída, como la de todos, teniendo el mismo peso en consideración que la de los demás.

### La Creatividad y la Diversidad suman

La Creatividad, un valor individual, es la capacidad de “ser original”, descubrir y llevar a cabo cosas nuevas, diferentes. Cuando la creatividad de cada uno se suma a la de otros, se potencia, se alarga, se hace “más diferente”, aparece con más facilidad. Por lo tanto, la Diversidad, plasmada no sólo en la diferente personalidad de cada uno, sino también en la diferente formación de origen, es un valor de aporte. La creatividad del conjunto es más que la suma de la de cada uno de sus miembros.

### La experiencia del equipo y la autonomía de actuación

Sobre todo, en el caso de los/as estudiantes de Odontología, se da la circunstancia de que, algunos/as de ellos, repitían la experiencia de participación en el Programa. Esto significa que desde ese conocimiento previo, se programan las actividades no sólo con nuevas ideas, sino tomando aquellas que ya se conocen, aprovechando lo exitoso del programa realizado el año anterior, y mejorando aquellos aspectos que fueran convenientes, y adaptando lo anterior a la nueva situación de los pacientes; es decir, tiende al cambio y hacia la mejora y excelencia en su trabajo de asistencia educativa con los pacientes. Por esto, además de creativo, podemos afirmar que el equipo es sabio, uno de los principios de los sistemas.

De alguna manera, a los estudiantes que repiten en el programa también se les asigna y adoptan un rol de líderes, facilitando la coordinación entre los docentes implicados en la dirección del programa y los estudiantes participantes.

Todas las condiciones y características en los perfiles personales de los estudiantes activos en el programa, a las que nos hemos referido anteriormente, así como el enfoque del trabajo desde la dirección del mismo, hacia la libertad, confianza en los valores de los estudiantes, y la experiencia acumulada, permiten la autonomía de trabajo de los estudiantes. Los docentes dirigen el programa, tutelan a los estudiantes desde su experiencia y especialización en diferentes áreas de la Odontología y de la Educación, respetando y estimulando esa autonomía de planteamientos, preparación de las herramientas necesarias para la educación en salud bucodental, y en la realización de acciones a llevar a cabo durante sus actuaciones con los pacientes.

En definitiva, el equipo se autorregula en los tiempos y dinámicas de actuación, se estructura en grupos de trabajo y tareas, aprende durante la preparación previa a la acción con los pacientes, y durante la misma, y se diversifica en diferentes acciones, en cada atención, y en cada uno de los pacientes atendidos.

Tiene un comportamiento revelado por señales y acontecimientos

Si algo se hace evidente en un equipo cuando trabaja en asuntos sensibles en relación con objetivos de atención, acompañamiento, educación, o cualquier otro, y en contacto con colectivos dependientes (personas con diferentes capacidades) son los cambios personales y profesionales que se producen en cada uno de los miembros del equipo, y en el sistema. El *feedback* que el equipo recibe de los pacientes produce cambios notorios en cada uno de sus integrantes, que se refleja en su estado de ánimo, en la sensación de servicio, en la empatía hacia lo especiales que son los pacientes, en sus buenos resultados como educadores en salud, en la sensación de sentirse “queridos”, en sentir el agradecimiento de los pacientes, y en la percepción del buen trabajo hecho como equipo.

### **13.3. Conclusión**

---

La educación en valores se podría definir como un proceso humanizador, social, vertical y horizontal a lo largo de la vida de las personas. La metodología

ApS posibilita esta educación en valores para todos los estudiantes que participen en ella, y, de algún modo se extiende a los profesores también. La educación en valores es pluridimensional, y con el proyecto realizado en la Facultad de Odontología de la UCM hemos sido capaces de integrar valores como el servicio, el trabajo en equipo, el liderazgo, la relación y comunicación con pacientes con diferente desarrollo intelectual (personas dependientes, en este caso), la creatividad, la empatía, y la escucha. La reflexión realizada por el equipo y por los docentes sobre el valor educativo de las acciones que se han realizado permite integrar los valores al aprendizaje de manera intencionada y consciente, y todo ello permitirá que los estudiantes se conviertan en mejores profesionales, y, desde luego, transformará a todos, tanto estudiantes como profesores, mejores personas.

## **Texto adaptado de las siguientes fuentes**

---

WOLK, L. (2007). *Coaching: el arte de soplar brasas*. Buenos Aires: Gran Aldea Editores.

PEÑALVER, O. (2009). *Emociones colectivas. La inteligencia emocional de los equipos*. Barcelona: Alienta Editorial.

DOLAN, S.L. (2012). *Coaching por valores*. Madrid: LID Editorial Empresarial.

CARDON, A. (2003). *Coaching de equipos*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.

