

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

## La enseñanza en la clínica odontológica.

PABLO SPOLETTI B.\*<sup>a</sup>

### RESUMEN

El aprendizaje en la clínica odontológica implica una realidad diferente y pocas veces abordada en la que participan tres individuos: alumno – docente – paciente. Si bien este escenario es común a diferentes disciplinas clínicas de las Ciencias de la Salud, adquiere una característica peculiar que es la implementación inmediata del tratamiento planificado, generalmente por parte del mismo alumno-operador. La inquietud por el cambio en el estilo de docencia clínica se ha manifestado, aunque las investigaciones y la literatura al respecto son escasas en comparación con otras áreas de la salud. Es necesaria una profunda reflexión para construir las bases de una nueva relación superadora.

**Palabras clave:** Odontología, Enseñanza Clínica.

### SUMMARY

#### Teaching in the dental clinic.

Learning in dental clinical environment implies a different and rarely addressed reality, with three individuals involved: student - teacher - patient. While this scenario is common to different clinical disciplines of health sciences, acquires a peculiar feature that is the immediate implementation of treatment planned, usually by the same student-operator. Concern about the change in clinical teaching style is manifested, although research and the literature are sparse compared with other areas of health. It is necessary a deep reflection to build the foundations of a new relationship that overcomes the situation.

**Key words:** Dentistry, Clinical Teaching.

### INTRODUCCIÓN

El perfil del Odontólogo está concebido como un conjunto de orientaciones, disposiciones, conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que conforman capacidades que se consideran necesarias para obtener el grado académico de odontólogo y que podrá derivar su vida profesional hacia una actividad de investigación, docencia, administración, gestión, y atención sanitaria pública y/o privada. El plan de estudios deberá asegurar la formación práctica supervisada y de complejidad creciente, y deberá incluir, definir y fundamentar explícitamente instancias de práctica profesional supervisada en distintos ámbitos (laboratorios y clínicas u otros)<sup>1</sup>.

Vale la pena especificar las mutuas diferencias entre profesiones y ciencias. Del aprendizaje de una ciencia, no se sigue directamente la constitución de una profesión. Es el caso de la física o de la sociología. Quien las ha aprendido es un científico puro. Es decir, alguien que puede trabajar como docente e investigador en esa disciplina, pero que –de no hacerse mediaciones específicas–

carece de competencias profesionales concretas de otro tipo.

Ello es inverso a lo que sucede con lo que podríamos denominar «profesiones que se han constituido como ciencias». Es decir, profesiones que han exigido para la habilitación de quienes las realizan, que éstos se formen científicamente en las universidades. En estos casos, la condición se vuelve inversa. Hallamos profesiones medianamente bien definidas, que encuentran problemas epistemológicos para su constitución científica; lo cual resulta coherente, pues no han surgido desde un desarrollo inmanente de la ciencia, lo cual las lleva a constituirse en torno a un objeto real, más que a un objeto teórico, para retomar el conocido lenguaje del primer Bourdieu<sup>2</sup>.

El objetivo de este artículo es realizar una revisión crítica de la literatura acerca del aprendizaje en la clínica odontológica, buscando proporcionar bases que permitan una mejor comprensión de este proceso y contribuir a despertar en los colegas la inquietud de adentrarse en la investigación del mismo.

Recibido: el 28/03/14, Aceptado: el 15/06/14.

\* Cátedra de Endodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina.

<sup>a</sup> Odontólogo (Universidad Nacional de Rosario), Doctor en Odontología (Universidad Nacional de Córdoba).

## EL PROCESO EDUCATIVO EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

El proceso educativo en la clínica se da en un ambiente de múltiples factores que configuran el particular escenario donde el estudiante debe aprender. Estas variables podrían resumirse en:

- Necesidad de integrar y aplicar las ciencias básicas y preclínicas en este nuevo escenario.
- Necesidad de desarrollar y entrenarse en habilidades técnicas y clínicas.
- Relación del estudiante con un tutor que guía el proceso.
- Participación de un paciente que demanda una solución satisfactoria a su problema<sup>3</sup>.

El aprendizaje de la clínica difícilmente puede obedecer a las estrategias utilizadas en otro tipo de aprendizajes pues, en primer lugar, no se logra mediante memorización y lecturas, las actividades tradicionales de aula son relativamente ineficientes, es muy difícil de sistematizar en la medida en que las oportunidades para la práctica obedecen a la satisfacción de demandas de salud y no a una planificación educativa, y posee una fuerte carga afectiva en los alumnos relacionada con la confrontación con la enfermedad, que necesariamente influye en el aprendizaje.

La enseñanza de la clínica ha atravesado por varias etapas: una etapa artesanal, en la que el aprendiz se convierte en «ayudante» del maestro, trata de imitar su arte, y el aprendizaje se logra de manera poco sistemática y con base en el modelo de un solo maestro.

En una segunda etapa, que se puede llamar aforística, se conforma un cierto cuerpo de conocimientos, todavía no sistemático ni organizado, con base en «perlas» de sabiduría, consejos y recomendaciones, frecuentemente expresados como aforismos, algunos famosos, muchos de ellos vigentes, pero no rara vez contradictorios.

En seguida viene una etapa de sistematización de la clínica, en la que se conforma como cuerpo de conocimientos y como estrategia; se crea lo que hoy se llama «propedéutica», con sus reglas y secuencias, y aparece la historia clínica. Con el avance en la sistematización de la enseñanza, que ocurre en el ámbito de la pedagogía, se alcanza el estado actual que podría llamarse de modernización de la enseñanza clínica<sup>4</sup>.

La enseñanza tradicional de las Ciencias de la Salud se basa en la transmisión de conocimientos con frecuencia demasiado compartimentados, y con una nítida separación entre disciplinas básicas y disciplinas clínicas, lo que a menudo impide al estudiante captar que en cada paciente, como ser único, coexisten e interactúan varios problemas en diferentes estadios y que deben ser controlados a la vez.

Se asume que demostrar que se sabe la patología equivale a demostrar que se sabe diagnosticar y manejar al

enfermo aquejado de ese problema, sin prestar, en general, suficiente atención específica al aprendizaje de actitudes y habilidades que faciliten la implementación práctica del conocimiento teórico<sup>5</sup>.

La mirada sobre las prácticas docentes en la formación clínica ha permitido hacer hincapié en la necesidad de privilegiar la construcción del conocimiento. Se busca una formación práctica reflexiva orientada a facilitar el entendimiento sobre las competencias, perfilando un proceso orientado a la reflexión en la acción.

Muchas veces el curriculum está diseñado en base a recortes de diferentes especialidades que funcionan como compartimientos estancos relegando la integración de los conocimientos a una instancia posterior (generalmente cercana a la graduación) en la que no siempre se logran los objetivos planteados.

El aprendizaje en las asignaturas clínicas en odontología implica una realidad diferente y pocas veces abordada. En este proceso participan tres individuos: alumno – docente – paciente. Si bien este escenario es común a diferentes disciplinas clínicas de las Ciencias de la Salud, adquiere una característica peculiar en la clínica odontológica que es la implementación inmediata del tratamiento planificado, generalmente por parte del mismo alumno-operador.

Esto hace indispensable aprovechar la relación entre los tres individuos involucrados para propiciar una docencia productiva, cuyo resultado sea beneficioso para la salud del paciente.

## EL PACIENTE

Siguiendo a Eriksen<sup>6</sup> podríamos identificar tres situaciones respecto al enfoque que se puede dar al tratamiento de los pacientes:

1. El paciente sirve primariamente a los objetivos de enseñanza clínica de los estudiantes. El tratamiento lo deciden los profesionales (docentes) y el tratamiento se realiza primariamente en forma segmentada basado en las necesidades detalladas del estudiante. El paciente actúa como un «proveedor» de las condiciones clínicas necesarias para los expedientes de los estudiantes.
2. Un tratamiento integral se enfatiza y es realizado, pero los pacientes sirven primariamente a los objetivos de una clínica estudiantil dominada por los especialistas (docentes). El tratamiento podrá ser completado por estudiantes de post-grado o profesionales de la institución para compensar la falta de calificación del estudiante y para evitar un sufrimiento innecesario al paciente.
3. El plan de tratamiento se basa principalmente en las necesidades percibidas desde la perspectiva del paciente y el proceso de enseñanza se ajusta en consecuencia.

En general, se puede ver en casi todos los planes de estudio de las carreras de Odontología que se menciona en el perfil del graduado el compromiso ético humanístico de respeto al paciente como ser humano, pero el respeto a ese ser biopsicosocial en la forma que se encara la docencia clínica rara vez está presente, debido a la estructura departamental o en asignaturas (cátedras) que segmentan la práctica clínica por especialidades que abogan por mantener su individualidad; resultando el abordaje del paciente en una categoría 1 (o en el mejor de los casos 2) de las descritas por Eriksen. Esto no solo es indeseable en cuanto al respeto al paciente como ser humano, sino que es contradictorio en sí mismo con las enseñanzas que se imparten en los ciclos iniciales a los alumnos.

Además, pone en evidencia la dificultad para representar a los alumnos los conceptos filosóficos que deberían guiar el tratamiento, tales como la decisión de si debe o no tratarse determinado hallazgo, lo que comprende desafíos éticos altamente relevantes para la salud pública moderna<sup>7</sup>.

## EL ALUMNO

Actualmente, los estudiantes que recibimos manejan herramientas tecnológicas que los mantienen en contacto directo con todo el mundo en un solo «clic». Esto ha influido de manera significativa en las nuevas generaciones quienes tienen claridad en cuanto a que «no es necesario saberlo todo», sino encontrar la forma de hallar el conocimiento de manera efectiva. Este es un paradigma que rompieron las nuevas generaciones y nos cuesta mucho trabajo entender. Lo importante consiste en encontrar el punto en el cual se entienda que no todo es tan simple como saber acceder a la información. Este proceso requiere motivación, pero no es una motivación como se daba anteriormente, con el elogio en público o dando buenas notas o exaltando un trabajo; no, la motivación debe ser personal, entonces, esto solamente lo logramos con un ejemplo personal, mostrando el gusto por el estudio y la práctica profesional, generando espacios de contacto interactivo con el estudiante<sup>8</sup>.

En la actualidad se comprobaron en la relación docente-alumno actos incorrectos: por parte de los alumnos, principalmente falta de honestidad, y por parte de los docentes, maltrato. Estudiantes de medicina en dos Universidades<sup>9</sup> categorizaron de la siguiente manera los eventos que consideraron maltrato:

- Maltrato verbal: humillación, denigración y subestimación.
- Desinterés por el alumno: llegadas tarde o ausentismo, retirarse del salón ante la no respuesta de los alumnos, fumar en el aula, no responder inquietudes, hablar por celular, no mirar al alumno en un examen oral.
- Evaluación injusta: falta de criterio, dando importan-

cia a contenidos específicos o que no corresponden al programa o preguntas imprecisas o confusas.

- Discriminación o ridiculización: por género, edad, vestimenta y burla ante respuestas incorrectas de los alumnos.
- Comentarios o humor sexual: chistes, palabras con doble sentido, señalar partes determinadas del cuerpo.
- Falta de habilidades pedagógicas: falta de planificación y organización de la clase, nula organización y lectura de los PowerPoint, falta de criterio para la selección de contenidos, no exponer los conocimientos mínimos, cometer errores a propósito.
- Maltrato físico: golpear, pegar, arrojar algún elemento.

En lo interaccional clínico se encontraron dispositivos generadores de estrés agrupados en las interacciones: *Alumno-Docente*: el «tener que actuar según el gusto del docente» se asocia permanentemente con manifestaciones de estrés; el miedo a errar frente al paciente, a estados de angustia por quedar mal frente a un tercero: actuaciones de inseguridad al poner en práctica conceptos previamente aprendidos; sentirse invadidos de incertidumbre frente a las condiciones reales de los pacientes que, en la práctica no son tan coincidentes con lo descrito en la teoría aprendida.

En el trato *Alumno-Paciente*, al parecer las manifestaciones de estrés y angustia son una constante por el dispositivo «la condición y estado de los pacientes». Estas situaciones pueden agudizarse por la actitud del paciente frente a los procedimientos realizados por el alumno.

En la relación *Alumno-Alumno*, el dispositivo que desencadena estrés es asociado a la irrupción que se hace al espacio de trabajo, por ejemplo, cuando los compañeros hacen presencia indebida durante el acto clínico<sup>10</sup>.

## EL DOCENTE

El rol del docente es fundamental puesto que permite articular estrategias que promuevan el desarrollo de reglas y métodos propios para dar cuenta de situaciones no estandarizadas en el currículum, de manera que comprendan la indisoluble relación entre conocimiento y acción<sup>11</sup>.

Los estudiantes de medicina que percibieron actitudes que calificaron como maltrato en dos Universidades<sup>9</sup> caracterizaron como motivos inherentes al docente:

- Soberbia: altanería, altivez, arrogancia, autoritarismo.
- Falta de preparación pedagógica: no saber planificar y organizar una clase o prueba evaluativa, incompetencia, falta de criterio al evaluar, métodos inadecuados de enseñanza.
- Falta de interés por el alumno: pereza del docente, falta de ganas de dar clases, aburrido de la docencia, falta de compromiso como docente, falta de atención,

- no escuchar al alumno.
- Falta de respeto por el alumno: mala educación, falta de valores.
- Sobre exigencia al alumno: buscar la excelencia, máximo rendimiento, formar una élite, no aprobar a nadie, normas rígidas.
- Excentricidad: llamar la atención, exceso de confianza, no tener vergüenza.
- Problemas personales: familiares, laborales, económicos.
- Cansancio: estrés, mucha actividad, pocas horas de sueño.

El docente universitario clínico en Odontología es generalmente un profesional que llega a ser docente universitario con formación disciplinar, y dado que la mayoría son producto de la educación de pregrado ofrecida por las universidades, es muy probable que su estilo de enseñanza sea similar a la experiencia que tuvieron como estudiantes universitarios, es decir, a menos que se hayan rebelado suficientemente a lo largo de su carrera y hayan desarrollado un estilo propio de enseñanza efectivo<sup>12</sup>.

Debe saber ubicarse en el papel docente dejando de lado (aunque no totalmente) el papel de efector clínico dado que el tratamiento que se implemente sigue siendo su responsabilidad profesional para con el paciente.

El papel del docente como facilitador es fundamental para inducir en el alumno la seguridad necesaria para ejecutar las maniobras planificadas y en el paciente la confianza para someterse al tratamiento que realizará el estudiante. Una enseñanza efectiva depende crucialmente de la capacidad de comunicación del docente. Dos áreas de enseñanza efectiva son preguntar y explicar. Ambas se sustentan en una escucha atenta, no solo del alumno sino también del docente<sup>13</sup>. El docente debe reconocer y asumir sus responsabilidades como quien fija el tono a seguir, facilitando el proceso de aprendizaje clínico y actuando como modelo a seguir<sup>14</sup>.

### LA EVALUACIÓN EN LA CLÍNICA

La evaluación es un proceso, que a partir del conocimiento y comprensión de cierta información, permite emitir un juicio de valor acerca de un aspecto de la realidad en el cual se interviene en un determinado contexto socio-histórico particular y que, a la vez que posibilita tomar decisiones, exige desde el diálogo con el que está involucrado, argumentar justificaciones del juicio de valor realizado<sup>15</sup>.

En la actualidad, la evaluación y en general el proceso educativo son afectados por factores asociados a cómo se desarrolla el ejercicio profesional y por la forma en que se desarrolló el proceso educativo de los actuales docentes. Se puede concluir que hay incoherencia frente al enfoque de la evaluación primordialmente conductis-

ta, en relación con las estrategias de enseñanza y aprendizaje utilizadas enmarcadas en el constructivismo, lo cual se manifiesta en inconformidad de docentes y estudiantes<sup>16</sup>.

La evaluación de la «competencia profesional» (entendida siguiendo a Kane como el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión, en todas las situaciones que se pueden confrontar en el ejercicio de la práctica profesional) de los alumnos es un desafío en tanto que la misma implica la ejecución de las maniobras clínicas previstas en el plan de tratamiento implicando la ejecución de técnicas que, por múltiples causas, podrían derivar en consecuencias indeseables para el paciente<sup>17</sup>.

Si el docente logra centrar más su atención en tratar de comprender qué y cómo están aprendiendo sus alumnos, en lugar de concentrarse en lo que él enseña, se abre la posibilidad de que la evaluación deje de ser un modo de constatar el grado en que los estudiantes han captado la enseñanza, para pasar a ser una herramienta que permita comprender y aportar a un proceso<sup>18</sup>.

### CONSIDERACIONES FINALES

Si bien el proceso enseñanza-aprendizaje en la clínica odontológica ha sido estudiado en otras regiones del mundo como Estados Unidos y Europa, un abordaje objetivo del mismo en las Universidades de Hispanoamérica aún se encuentra pendiente.

La percepción de actitudes que los alumnos perciben como maltrato por parte del docente está presente en las prácticas clínicas odontológicas en la Universidad y es expresada por los estudiantes como actitudes que paralizan el normal desarrollo de los tratamientos que deben enfrentar, aunque aún no han sido caracterizadas apropiadamente.

El enfoque del estudio del peculiar ambiente en el que se desarrolla la enseñanza a los alumnos de pregrado en la Universidad debe ser necesariamente transdisciplinario en el sentido que proponen Drake y Burns<sup>19</sup> de llevar las disciplinas al contexto del mundo real, buscando lograr una aproximación interconectada e interdependiente.

Emerge la necesidad de implementar líneas de investigación que nos permitan desentrañar la realidad existente.

No obstante, el punto de partida deberá ser, necesariamente, una profunda reflexión de los docentes involucrados en la enseñanza clínica para que, a partir de la misma, puedan identificarse las preocupaciones e inquietudes de los estudiantes y de este modo comenzar a construir las bases de una nueva relación superadora de los intervinientes en el proceso (estudiante-paciente-docente), probablemente transformando el modelo de enseñanza centrándolo en el estudiante, pero sin olvidar

que esa centralidad debe ser compartida por el paciente para lograr la claridad conceptual necesaria entre el

abordaje clínico que se pretende y el que realmente se realiza.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Contenidos curriculares básicos, carga horaria mínima, criterios de intensidad de formación práctica y estándares para la carrera de ODONTOLOGÍA. Ministerio de Educación de la República Argentina (Resol. 1413/2008) Boletín Oficial N° 31502. 02 de octubre de 2008.
2. Follari RA. El currículum y la doble lógica de inserción: lo universitario y las prácticas profesionales. RIES Universia 2010; 1(2): 20-32.
3. Vergara C, Zaror C. Proceso de enseñanza-aprendizaje en la clínica odontológica. Aspectos teóricos. Rev Educ Cienc Salud 2008; 5(1): 6-11.
4. Lifshitz A. La enseñanza de la competencia clínica. Gac Méd Méx 2004; 140(3): 312-313.
5. González-López E, García-Lázaro I, Blanco-Alfonso A, Otero-Puime A. Aprendizaje basado en la resolución de problemas: una experiencia práctica. Educ Med 2010; 13(1): 15-24.
6. Eriksen H, Bergdahl J, Bergdahl M. A patient-centred approach to teaching and learning in dental student clinical practice. Eur J Dent Educ 2008; 12(3): 170-175.
7. Hofmann B, Eriksen H. The concept of disease: ethical challenges and relevance to dentistry and dental education. Eur J Dent Educ 2001; 5(1): 2-8.
8. Amaya A. Educación médica actual: un reto conceptual. Univ Méd Bogotá 2010; 51(2): 115-119.
9. Rancich AM, Niz LY, Caprara MP, Aruanno ME, et al. Actuaciones docentes consideradas como incorrectas por los alumnos de Medicina: análisis comparativo entre dos universidades. RIES Universia 2013; 4(9): 95-107.
10. Jaramillo G, Caro H, Gómez ZA, Moreno JP, et al. Dispositivos desencadenantes de estrés y ansiedad en estudiantes de odontología de la Universidad de Antioquia. Revista Facultad de Odontología Universidad Antioquia 2009; 20(1): 49-57.
11. Schön D. La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Paidós Ibérica, 1992.
12. Hurst JW. The overlecturing and under-teaching of clinical medicine. Arch Intern Med 2004; 164(15): 1605-1608.
13. Spencer J. Learning and teaching in the clinical environment. En ABC of learning and teaching in medicine, editado por Peter Cantillon, Linda Hutchinson y Diana Wood. BMJ 2003; 326(7389): 591-594.
14. Chapnick LA, Chapnick A. Clinical undergraduate teaching. J of Endodon 1999; 25(10): 686-688.
15. Steiman J. Más Didáctica (en la educación superior). Buenos Aires, Universidad Nacional de San Martín y Miño y Dávila Editores, 2008.
16. Cediel JF, Daza MJ, García LM. Procesos de evaluación médica en el área clínica. Análisis cualitativo a través de la experiencia de docentes y estudiantes. Rev Cienc Salud Bogotá 2007; 5(2): 37-46.
17. Brailovsky CA. Educación médica, evaluación de las competencias. En Aportes para un cambio curricular en Argentina. OPS/OMS, Facultad de Medicina UBA 2001: 106-122. Disponible en: <http://www.fmv-uba.org.ar/posgrado/proaps/9.pdf>. [Consultado el 17 de octubre de 2013].
18. Celman S. ¿Es posible mejorar la evaluación y transformarla en herramienta de conocimiento? En: La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo. Camilloni AR, Celman S, Litwin E y Palou de Maté M. Editorial Paidós, 1998: 35-66.
19. Drake S, Burns R. Meeting standards through integrated curriculum, capítulo 1. Association for Supervision and Curriculum, 2004. Disponible en: <http://www.ascd.org/publications/books/103011.aspx>. [Consultado el 16 de diciembre de 2013].

---

Correspondencia:  
 Pablo Spoleti B.  
 Cátedra de Endodoncia,  
 Universidad Nacional de Rosario,  
 Rosario, Argentina  
 e-mail: endo.unr@gmail.com