

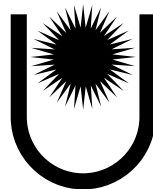


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE

Revista de la Facultad de Odontología

Corrientes · ARGENTINA

Volumen I 2007



Universidad Nacional del Nordeste

Oscar Vicente Valdés

Rector

Facultad de Odontología

Adolfo Domingo Torres

Decano

María Mercedes Gonzalez

Vice- Decana

Roque Oscar Rosende

Secretario Académico

María Olimpia Lockett

Secretaria de Posgrado

Ricardo Horacio Belbey

Secretario de Extensión

Carlos Báez Facunda

Secretario de Asuntos Estudiantiles

Editor Responsable

FOUNNE

Av. Libertad 5450 - 3400 Corrientes - República Argentina

Tel.: 54 03783 457990/457992/457994

Comité Editorial

Directora

María Olimpia Lockett

Colaboradores

María Cristina Ojeda

Carmen Itatí Collante

Nilda del Rosario Álvarez

Juan Darío Ammatuna García

Rolando Pablo Juárez

Gabriela Guadalupe Bessone

María Adelina Guiglion

María Alejandra Gili

Leonor Ariasgago

Comité Científico

Eduardo I. Ceccotti | USAL

Noemí Bordoni | UBA

Beatriz Maresca | UBA

Beatriz Guglielmotti | UBS

Carlos Mazariegos | USAL

Alberto Bustamente | USAL

Marta Lourdes Basso | USAL

Mabel Valsecia | UNNE

Víctor Méndez | UNNE

Carlos Ricardo Guardo | UBA

Julia Harfien | UM

Carlos Alonso | UBA

José Luis Ferrería | IAONS

Guillermo Raiden | UNT

Alberto Dell'Acqua | USAL

Hermes Diego Becerra | UCA

Reinaldo Sambrano | UNLA - Venezuela

Yajaira Romero | UNLA - Venezuela

Oscar Morales | UNLA - Venezuela

Emilio Martínez Marrero | ULS-Colombia

Juan Carlos Llodra | Universidad de Granada

España

Julio Castro | ULH -Cuba

Ana Maria Delgado | UNT

Consejo Directivo de la FOUNNE

Profesores Titulares

Dra. María Mercedes González (Titular)

Dr. Julio César Lotero (Suplente)

Dra. Alicia Araceli Aguirre Grabre (Titular)

Dr. Horacio Ricardo Belbey (Suplente)

Dra. Mirta E. Lewintre de Borjas (Titular)

Dr. Arnaldo Rafael Vallejos (Suplente)

Dr. Raúl Roberto Romero (Titular)

Dr. Carlos María Veloso (Suplente)

Dr. Anibal Antonio Aguirre Grabre (Titular)

Dra. María Eugenia Zamudio (Titular)

Profesores Adjuntos

Dra. Carmen Itatí Collante (Titular)

Dra. Susana Beatriz Finten de Tarallo (Suplente)

Dr. José Roberto Rivarola

Auxiliares de Docencia - J.T.P.

Dr. Juan Darío Ammatuna García (Titular)

Dra. Gabriela Guadalupe Bessone (Suplente)

Graduados

Dr. Claudio Alejandro Modenutti (Titular)

Dr. Miguel Sebastián De Langhe (Suplente)

Alumnos

Sr. Sergio Martín Maslovsky (Titular)

Srta. Cyntia Aymaré Gutiérrez (Suplente)

Sr. Sebastián Krupp (Titular)

Sr. Hugo AndréM;s Benetti (Suplente)

Sr. Martín Domingo Perborell (Titular)

Sr. Marcelo Eduardo R. Quiróz (Suplente)

Sr. Raúl Marcelo Aguayo (Titular)

Srta. Sheila Denisa Skunca (Suplente)

Srta. Mariana Ivonne Osnaghi Díaz Colodrero (Titular)

Sr. Leopoldo Gastón Sánchez (Suplente)

No Docentes

Sra. Ramona Hebe Mambrín (Titular)

Sr. Timoteo Flores (Suplente)

Con la mirada en el futuro

La educación superior ha experimentado en los últimos años importantes transformaciones hecho este, que ha generado nuevas exigencias y desafíos a las Universidades y a las que debe dar respuesta adaptando sus realidades a dichas demandas.

La producción, acceso y uso del nuevo conocimiento, -una de las cuestiones donde las universidades han jugado un papel fundamental a lo largo de la historia- es uno de estos desafíos, dado que las posibilidades de contar o no, con ese conocimiento, incide en las dinámicas sociales con desiguales efectos.

En razón de ello, la reafirmación de la educación como arma estratégica para el desarrollo de las sociedades, se expresa como hecho fundamental, y en ese entendimiento debemos decir que la posición ante la sociedad que ha asumido la Universidad Nacional del Nordeste, constituye una opción viable a un desarrollo social más justo, por medio de sus tres funciones sustantivas: docencia, investigación y extensión.

Sin embargo, debemos ser conscientes que es necesario poner especial atención en el diseño de estrategias de planeamiento en las que se conciban con la mayor claridad posible los vínculos entre la docencia, la investigación, el servicio y las demandas y necesidades de la sociedad.

Los momentos actuales de la vida universitaria nacional exigen de las Unidades Académicas definiciones muy claras acerca de lo que se aspira para el futuro inmediato como de mediano y largo plazo, de manera que cada acción que se emprenda tenga sentido en el marco de una visión de futuro y permita lograr un máximo de eficiencia en el uso de los limitados recursos institucionales.

Es por ello que la Facultad de Odontología ha asumido la tarea de formular un Plan de Desarrollo Institucional en el marco del Plan Estratégico de la Universidad Nacional del Nordeste, con la finalidad de fijar claramente su accionar con la intención de servir a la sociedad Regional del Nordeste, Plan que fue presentado en diciembre de 2006.

En el marco de este Plan de Desarrollo Institucional, la visión institucional de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste manifiesta que:

- Pretende ser reconocida como una Institución académica de excelencia, formadora de recursos humanos altamente calificados y competitivos en el contexto regional, nacional e internacional prestando servicios a la comunidad en razón de sus necesidades.

- Anhela convertirse en una Institución generadora y transmisora de nuevos conocimientos, sustentada en la creatividad y la calidad de sus investigadores.

- Aspira a contribuir con la transformación en materia cultural, social y económica de la Comunidad de la región Nordeste, posibilitando a la mayor cantidad posible de sus habitantes desarrollarse con el más alto nivel académico.

En síntesis la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste, una comunidad de trabajo integrada por docentes, no docentes y estudiantes, anhela constituirse en una institución totalmente abierta a las exigencias de su tiempo y de su medio, con una imagen que se proyecte hacia la comunidad en virtud de los servicios que ofrece y, a su vez, sea respetada por ésta por la calidad de sus productos.

Prof. Dr. Adolfo D. Torres

Indice

Determinación de las Necesidades de Tratamiento de los Pacientes que concurrieron a la Cátedra clínica de Operatoria Dental de la Facultad de Odontología en el año 2005

Ana M. Chetti | Elena . O Ruíz Díaz de Centeno
Horacio J. Romero

Construcción de Significados en el Proceso Enseñanza - Aprendizaje a travez de la Relación Teoría – Práctica

Álvaro Monzón Wyngaard | Olga L. Ariasgago

La Interacción docente alumno en espacios educativos diferentes

Displasia Ectodérmica Anhidrótica

L. D. Ortiz | V. R. Fernández | E. S. Ortiz Barreto
J.R. Du Bois Goitia

Prevalencia de Caries Dental en Niños y Jóvenes de Escuelas Rurales

María Cristina Ojeda | Nora Mariana Acosta
Sofía de los MilagrosAlí | María Alejandra Meana González

Relación entre terceros molares inferiores retenidos, el apiñamiento dentario tardío anteroinferior con la suma angular del polígono de Björk-Jarabak

Carmen I. Collante | Mirta E. Lewintre

Plan de Desarrollo Institucional

En el proceso de transformación institucional con proyección de futuro, la nueva gestión diseñó un Plan de Desarrollo a partir de los parámetros de calidad previstos por la Comisión de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU).

Los programas de fortalecimiento institucional en todas las áreas pueden sintetizarse en las siguientes:

I. Programa de subsidios

- a) a proyectos acreditados
- b) para jóvenes investigadores
- c) para participación en Congresos y Reuniones Científicas
- d) para equipamiento

II. Programa de becas

- a) de investigación para graduados
- b) de iniciación a la investigación para estudiantes
- c) para carreras de posgrado acreditadas
- e) para realizar carreras de especialización disciplinar

III. Programa de Mayor Dedicación para la investigación

IV. Programa de Formación de Investigadores

Carrera de Especialización en Investigación en Ciencias de la Salud

Curso de Formulación de Proyectos

Programa de pasantías en otras universidades

V. Programa de Difusión de la investigación y producción escrita

- a) Revista electrónica
- b) Revista impresa de la Facultad de Odontología
- c) Jornadas de Ciencia y Tecnología
- d) Ateneos de Comunicación Científica
- e) Jornadas de Ciencia y Tecnología
- f) Jornadas de Extensión

Acciones Concretadas

Se concretaron las siguientes acciones:

Reformulación del currículo de grado y el plan de estudio de la carrera.

Implementación del Programa de Mejoramiento del Rendimiento Académico y de articulación con el nivel medio.

Inició el Programa de Tutorías Académicas para acompañar, orientar a los estudiantes.

En el marco del **Programa de mejoramiento de las dedicaciones docentes**, se incrementó el número de dedicaciones exclusivas en diferentes cátedras.

Comenzó el **Programa de Mejoramiento de la Planta Docente con el Programa de Formación Docente Continua**.

Se completó el diseño, presentación y aprobación del Proyecto de Carrera de Especialización en Docencia Superior con Orientación en Ciencias de la Salud, en etapa de evaluación la Carrera de Especialización en Metodología de la Investigación y en trámite de acreditación ante la Comisión de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) el Doctorado de la Universidad Nacional del Nordeste en Odontología.

Se dictaron cursos de Redacción para la capacitación del personal no docente.

Se otorgaron **Becas para cursar carreras de posgrado** de Especialización disciplinar a docentes de la facultad.



Fue implementada la Revista Electrónica y la Revista Impresa de la Facultad de Odontología con referato.

Desde el **Programa de mejoramiento de las comunicaciones internas** se creó la Dirección de prensa de la facultad, el boletín del auxiliar de docencia, la confección de mailing y directorios, la comunicación en paneles, carteleros y transparentes, la habilitación de líneas telefónicas en todas las secretarías, departamentos administrativos y oficinas de los docentes al igual que el mejoramiento de la red INTERNET.

En el marco del **Programa de Mejoramiento Bibliográfico** se adquirieron nuevos ejemplares de libros y nuevos títulos de revistas impresas.

A través del Programa general de fortalecimiento de la investigación, el desarrollo y la transferencia tecnológica se otorgaron subsidios de investigación a proyectos acreditados por la Secretaría General de Ciencia y Técnica, subsidios a jóvenes investigadores, subsidios para asistir a reuniones científicas, becas de investigación para graduados, diseño y presentación de la carrera Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud Ateños y Jornadas de Ciencia y Tecnología para difusión de los trabajos que se están desarrollando en la institución.

Desde el **Programa de Fortalecimiento de los Proyectos de Extensión** se dictó un curso de Formulación de Proyectos, una Jornada de difusión de los trabajos de extensión y del Programa La Universidad en el Medio, se desarrollaron cursos de actualización disciplinar, se implementaron nuevos proyectos de extensión en municipios del NEA. En el área de recreación se organizó la exhibición semanal de largometrajes para alumnos y docentes.



***Determinación de las Necesidades de Tratamiento de los Pacientes
que concurrieron a la Cátedra clínica de Operatoria Dental
de la Facultad de Odontología en el año 2005***

Ana M. Chetti¹ | Elena . O Ruíz Díaz de Centeno² | Horacio J. Romero³

Resumen

El objetivo de éste trabajo es comunicar los resultados de la determinación de necesidades de tratamiento de los pacientes que concurrieron a la Cátedra Clínica de Operatoria Dental de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste, en el transcurso del año 2005 y la cantidad de restauraciones realizadas en las piezas dentarias del sector anterior y posterior de la boca.

Abstract

The aim of this one work is to communicate the results of the determination of needs of treatment of the patients who met(competed) to the Clinical Chair of Operative Dental of the Faculty of Odontology of the National University of the North-east, in the course of the year 2005 and the quantity of restorations realized in the pieces dentarias the previous and posterior sector of the mouth.

¹Profesora Titular

²Profesora adjunta

³Jefe de trabajos prácticos

Cátedra Clínica de Operatoria Dental
Facultad de Odontología. U.N.N.E.

Introducción

La odontología restauradora es una conjunción de arte y ciencia. Los odontólogos no solo son capaces de analizar, diagnosticar y tratar problemas odontológicos, sino que además son artesanos que crean formas funcionales y estéticas en cada restauración.⁽¹⁾

La existencia de programas preventivos comunitarios y el control estatal de la atención sanitaria de la población, demostró tener una influencia muy positiva sobre la salud oral y la cobertura de necesidades. Sin embargo, los programas asistenciales no consiguen motivar la utilización de servicios odontológicos.

En cualquier plan de tratamiento restaurador se debe considerar prioritariamente la salud, y en segundo término la estética. El mantenimiento de la salud lograda es fundamental en el éxito de cualquier tratamiento odontológico, por tanto es básico evaluar la situación periodontal pues, de hecho, toda terapia odontológica debe tener por función recuperar y mantener la salud.⁽²⁾

Con la finalidad de obtener resultados duraderos, es importante que el odontólogo genere la conciencia del paciente sobre el cuidado y mantenimiento de la salud bucal, siendo estos criterios de fundamental importancia para la odontología restauradora.⁽³⁾

La atención de un paciente adulto en forma integral, esta orientada a devolverle la salud bucal perdida, por lo tanto se realizan previamente las endodoncias, extracciones dentarias, tratamiento periodontal y luego las restauraciones. Posteriormente se realiza la rehabilitación protética a fin de darle el alta integral al paciente. En el mismo orden de ideas, la higiene oral es un factor determinante ligado al éxito del tratamiento a largo plazo.⁽⁴⁾

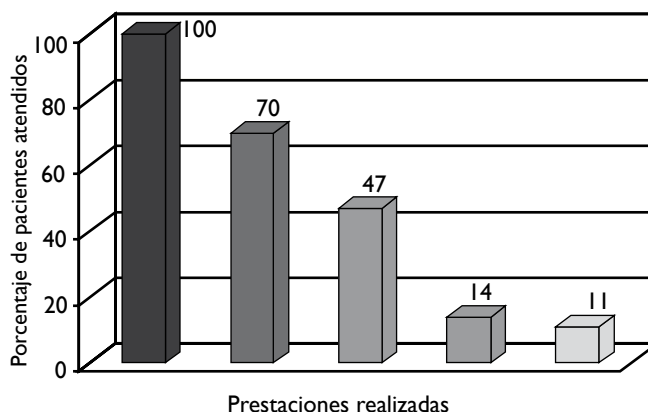
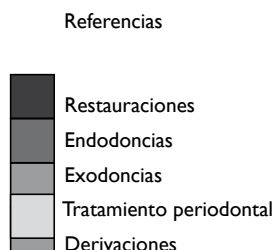
La odontología debe ser ejercida actualmente por un odontólogo que tenga una visión integral de ella; solo los tratamientos de alta complejidad deben ser llevados a cabo por un grupo de especialistas. La Operatoria Dental previene la enfermedad, preserva la salud y restaura los tejidos dentarios afectados.⁽⁵⁾

El control dinámico del estado de la salud bucal de las personas, constituye un método de observación eficaz, sobre todo cuando los individuos padecen determinadas afecciones. Es asimismo, un complejo de medidas educativas, preventivas, diagnósticas y terapéuticas, dirigidas a detectar las formas precoces de las enfermedades, estudiar y eliminar las causas que favorecen o determinan su origen y contribuir así a disminuir la morbilidad bucal y la mortalidad dentaria.^(6,7)

La existencia de enfermedades bucales, es un problema que debemos enfrentar gradualmente de forma planificada y organizada, con el establecimiento de los requisitos para su ejecución y evaluación.⁽⁸⁾

Las acciones relacionadas con la promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamientos oportunos y readaptación del paciente estarán garantizado por los programas de salud, sistematicidad, planificación y control.^(6,9)

La prevención produce, en todos los sentidos, ganancias positivas. Si el paciente inicia los programas preventivos en una etapa temprana, es posible alcanzar el período de vida libre de enfermedades; obteniendo así una buena inversión de costo-beneficio. Los dientes se necesitan durante toda la vida para comer, hablar y sonreír; una grata sonrisa mejora mucho la expresión de la personalidad.⁽¹⁰⁾



La percepción de los servicios odontológicos como aceptables por parte del paciente y la importancia que éste da a la salud oral determinan un aumento apreciable de la cobertura de necesidades y en una ligera mejora de la salud oral. ^(II)

Materiales y Métodos

Los datos se obtuvieron de 126 fichas odontológicas correspondientes a pacientes atendidos en la Cátedra Clínica de Operatoria Dental. Todos ellos recibieron atención hasta el alta integral, entendiéndose por tal, la eliminación de focos de infección como ser caries, enfermedad periodontal, patologías pulpares y restos radiculares. Las variables en estudio fueron sexo y edad.

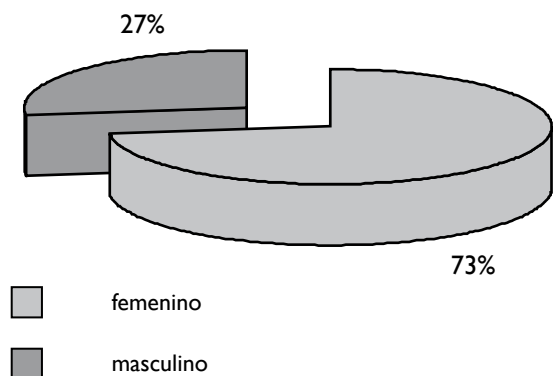
Resultados

De un total de 126 pacientes, las necesidades detectadas fueron: Endodoncias en 75 pacientes, representando un 70%; extracciones dentarias 60 pacientes, que representa un 47%; tratamiento periodontal 18 pacientes, correspondiente a un 14% (Gráfico I). En relación con el sexo, el 73 % corresponde al femenino y el 27% al masculino (Gráfico II). Con respecto a la edad se dividió en grupos: de 13 a 20, de 21 a 30, de 31 a 40, de 41 a 50 y de 51 a 60 años. Observándose que en el primer grupo se atendieron 38 pacientes representando un 32%; en el segundo grupo 60 que representa el 51%; en el tercer grupo 16 que corresponde a un 14%, en el cuarto grupo el 1%, y en el quinto grupo un 2% (Gráfico III). Las restauraciones realizadas fueron en total de 1931, de las cuales 1371 fueron realizadas en las piezas dentarias del sector anterior y 460 en el sector posterior (Gráfico IV).

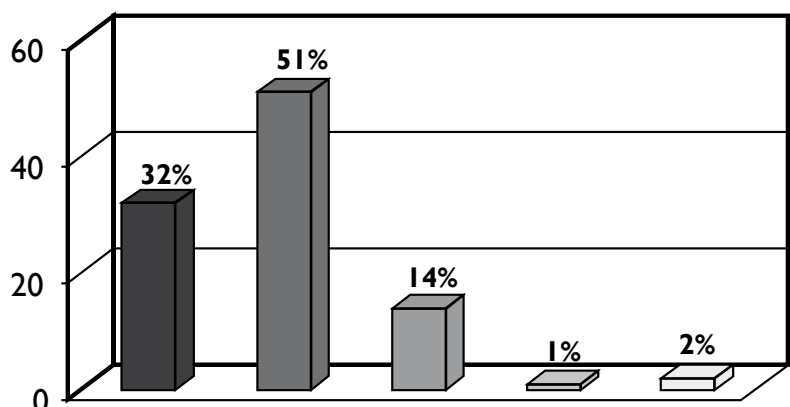
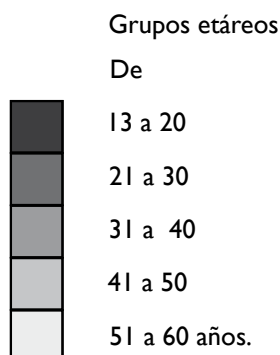
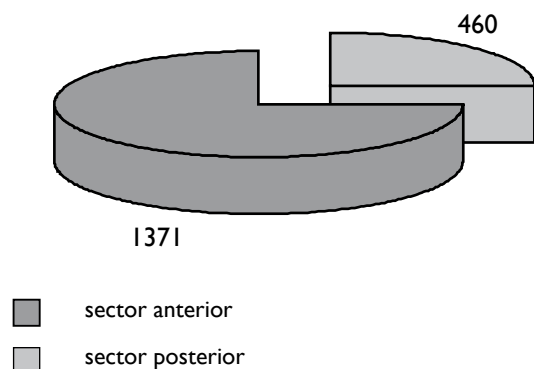
Conclusiones

La mayoría de los pacientes necesitaron previamente tratamiento endodóntico y extracciones dentarias y un menor porcentaje tratamiento periodontal. Respecto a la operatoria dental 1931 piezas dentarias necesitaron restauración correspondiendo el mayor porcentaje a las piezas dentarias del sector anterior.

Porcentaje de pacientes en relación con el sexo



Restauraciones realizadas. Año 2005



Referencias Bibliográficas

1. Heymann HO. The artistry of conservative esthetic dentistry. *Journal of American Dental Association* 1987; special issue: 14E-23E.
2. Malament KA. Periodontics and prosthodontics: Goals objectives and clinical reality. *J Prost Dent* 1992; 67: 259-263.
3. Stein Rs. Periodontal dictates for esthetic ceramometal crowns. *Journal of American Dental Association* 1987; special issue: 63E-73E.
4. Greene JC, Vermillion JR. The oral hygiene index: a method for classifying oral hygiene status. *JADA* 1960; 61: 172-179.
5. Lanata, Eduardo J. *Operatoria Dental Estética y Adhesión*. Editorial Grupo Guía S.A. Buenos Aires, Argentina: 2001.
6. Organización Mundial de la Salud. Vigilancia y Evaluación de la Salud Bucodental. Ginebra: 1989; 21-26. Serie de Informes Técnicos; 782.
7. Colimón KM. *Fundamentos de Epidemiología*. Madrid: Díaz Santos, 1990; 258-97.
8. Pineault R, Daveluy C. *La Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: Masson, 1989; 261-63.
9. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana, 1992
10. Salud para la odontología. Dr. Hugo Rossetti (1995).
11. Cuenca Sala, Emili y ots. *Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios Métodos y Aplicaciones*. Ed Masson. S.A. 2ª ed. Barcelona, España. 2002. Pg 250, 383, 394, 396.
12. Organización Mundial de la Salud. El Concepto de Riesgo en la Asistencia Sanitaria. Cuadernos de Salud Pública. Ginebra: 1985; 1-93.
13. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno infantil. Washington D.C.: 1986; 9-23.
14. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades Bucales. Ginebra: 1985; 323-331.
15. Cuenca E, Manau C, Serra LL. *Manual de Odontología Preventiva y Comunitaria*. Barcelona: Masson, 1991: 3-13. Tratado de odontología, tomo II, 1º edición. Edit. "Avances". Antonio Bascones (1998).
16. *Odontología Preventiva Primaria*. Edit. "El manual moderno" Norman. O. Harris y Franklin García Godoy. (2001).
17. *Conservación y restauración de la estructura dental*. 1º edición en español. Edit. "Harcourt-Brace". Graham. J. Mount (1998).
18. *Preconc. Curso I, segunda edición*. Editorial "Paltex". N. Bordoni (1993).
19. *Salud comunitaria. Diagnóstico-Estrategia-Participación*. Edit. "Espacio". Susana Conde, Mabel Leal y Sandra Schmunk. (1998).

Construcción de Significados en el Proceso Enseñanza - Aprendizaje a través de la Relación Teoría – Práctica

Álvaro Monzón Wyngaard¹ | Olga L. Ariasgago²

Resumen

Esta experiencia tuvo lugar en el marco de la asignatura Odontología Legal, Ética e Historia de la Odontología, de la carrera de Odontología de la UNNE. Consistió en generar un espacio donde los alumnos pudieran articular los elementos teóricos con la realidad y de esta manera construir significados. Una vez impartidas las clases teóricas, los alumnos asistieron a diferentes instituciones para conocer el funcionamiento y recolectar información a través de entrevistas. Con los datos obtenidos se realizaron talleres de análisis triangulando la legislación y otras variables con la información recavada, concluyendo con un informe que fue analizado y debatido en clase.

El objeto de estudio fue la Seguridad Social y el sistema de seguro de salud.

Palabras clave

Educación, aprendizaje, estrategia pedagógica, seguro de salud

Abstract

This experience took place in the mark of the subject Legal Dentistry, Ethics and History of the Dentistry, of the career of Dentistry of UNNE. It consisted on generating a space where the students could articulate the theoretical elements with the reality and this way to build meanings. Once imparted the theoretical classes, the students attended different institutions to know the operation and to gather information through interviews. With the obtained data they were carried out work shops of analysis triangle the legislation and other variables with the information obtained, concluding with a report that was analyzed and debated in class.

The study object was the “Social security and the system of health security”.

Key words

Education, learning, pedagogic strategy, sure of health

¹ Mgter

² Jefe de Trabajos Prácticos Cátedra Odontología Legal, Ética e Historia de la odontología.

Introducción

Marco Teórico

Analizaremos conceptos como la relación teoría - práctica, el trabajo de campo y el aprendizaje significativo.

Relación teoría – práctica

La problemática de la dicotomía teoría – práctica fue muy debatida en los espacios curriculares de la UNNE. Cada disciplina presenta en esta cuestión, dificultades propias que difieren unas de otras y aún entre asignaturas dentro de una misma carrera, como ocurre con odontología.

En este marco, la asignatura “Odontología Legal, Ética e Historia de la Odontología”, presenta particularidades a la hora de definir el problema de la relación teoría - práctica, ya que los contenidos refieren conceptos inherentes a las relaciones del Odontólogo con el entorno o escenario profesional que, en algunas circunstancias es “fuera del consultorio” y de la práctica habitual que el alumno está acostumbrado a realizar en la clínica de la Facultad.

Desde otro lugar, la transferencia de la teoría a la práctica la debe hacer en el ejercicio de su profesión una vez graduado. De ahí la necesidad de acercar al alumno con la realidad del ejercicio profesional como una práctica temprana.

Es común ver en los programas de estudio una separación de la teoría y la práctica. Esta dicotomía puede tener su origen en la división aristotélica de las disciplinas “en **teóricas** (cuya finalidad es **conocer** y están representadas por la metafísica, la matemática y las ciencias naturales); **prácticas** (orientadas hacia el **actuar** y la toma de decisiones y la componen la ética y la política), y **productivas** (que se ocupan del **hacer** e integradas por las bellas artes, las artes aplicadas y la ingeniería)”.

Otra idea es la antigua concepción que la teoría precede a la práctica y que la instancia de la práctica es una forma de corroborar la teoría. Da Cunha² en cambio, siguiendo la concepción del método de in-

vestigación, señala que la práctica es una modalidad de producir nuevas formas de “ver” un determinado objeto con características diferentes y de esta manera elaborar nuevas teorías para manejarlo.

Sobre estos conceptos Celman de Romero³ decía “...Aprender a analizar esa realidad, problematizarla, es ya romper la invariabilidad de “lo dado”. Es poder interrogar a la teoría y demandarle sugerencias para entender y actuar. Es reflexionar, hipotéticamente, sobre los por qué de las prácticas de otros...”

Por último, un tercer aspecto no menos importante, es desterrar la vieja idea de que el profesor se convierte en transmisor de un conocimiento acabado y que la calidad del aprendizaje se evaluará con la repetición fidedigna de esos conocimientos. El profesor “enseña” o promueve que el alumno acceda a información que le permita construir su conocimiento de la realidad, de manera que vaya adquiriendo herramientas para estar en el mundo natural y social. Sus espacios son o deberían ser el salón de clases, la escuela y la realidad circundante.

El trabajo de campo como estrategia pedagógica y el aprendizaje significativo

El trabajo de campo tiene como finalidad obtener datos sobre comportamientos, actitudes, maneras de hacer las cosas, formas de pensar, conforme a lo planificado y a los objetivos previamente planteados. Esto se realiza en un espacio “real”, donde el objeto de estudio es interpelado en forma directa: personas involucradas, que son las que saben y viven la situación, el contexto, el tiempo y el espacio.

De esta manera, el trabajo de campo aporta elementos para la comprensión de la realidad y eventual solución de problemas, en otras palabras permite manejar el objeto de estudio, comprenderlo y transformarlo, pues muchas veces solo se dispone de información a través de textos o exposiciones.

¹Lucarelli E: (1994) “Teoría y práctica como innovación en Docencia, Investigación y actualización pedagógica”; en Material bibliográfico 1b; programa de Formación Docente; Secretaría General Académica; UNNE; Corrientes; 1999; pág. 11.

²Da Cunha M. I.: “Aula Universitaria: Innovación y gestión” en Material bibliográfico 1b; programa de Formación Docente; Secretaría General Académica; UNNE; Corrientes; 1999.

³Celman de Romero S.: “La tensión teoría – práctica en la educación superior”; en Material bibliográfico 1b; Programa de Formación Docente; Secretaría General Académica; UNNE; Corrientes; 1999; pág. 61

Esta estrategia requiere una actividad previa para que surjan ideas, opiniones, percepciones a fin de que el estudio de campo pueda compararse con los planteamientos trabajados en el aula. Comprende la identificación de actores sociales, formas de llegar a la comunidad, elaboración de cuestionarios, sistematización de datos, y análisis de información, de manera tal de obtener el material necesario para mejorar y enriquecer los planteamientos elaborados.

Algunos momentos oportunos para iniciar el trabajo de campo son: después de haber terminado la fase de diagnóstico, al momento de plantearse objetivos o cuando ya se encuentran elaboradas ciertas estrategias que necesitan ser cotejadas y discutidas directamente con los que teóricamente debieran participar en un proyecto de desarrollo.

Brinda además la oportunidad al alumno de percibir en forma directa los conceptos teóricos trabajados en el aula propiciando así el aprendizaje significativo.

Objetivos

Los objetivos del trabajo son:

- a) Recoger información para conocer la labor del odontólogo en el sistema de seguro de salud (Obras Sociales).
- b) Conocer la técnica de la entrevista como herramienta de la investigación científica.
- c) Analizar la opinión de los odontólogos respecto del funcionamiento del sistema de seguridad social.

Metodología

La experiencia se llevó a cabo con los alumnos de la Cátedra de Odontología Legal, Ética e Historia de la Facultad de Odontología de la UNNE.

La propuesta de trabajo fue conocer la opinión de los odontólogos acerca del funcionamiento del sistema de seguridad social y su percepción sobre los mecanismos de articulación entre el sistema y las entidades intermedias: colegios, círculos, asociaciones o consejos profesionales.

Etapas

El trabajo de campo estuvo integrado por 5 momentos:

- Dictado de clases teóricas
- Trabajo previo a la salida (calibración)
- Aplicación de la entrevista
- Taller de análisis de los datos recogidos
- Exposición de la experiencia

• Dictado de clases teóricas

Se desarrollaron conceptos teóricos sobre Seguridad social - Obras sociales, que sirvieron además de marco teórico para el trabajo de campo: Seguridad Social, Régimen de Obras Sociales, Análisis de la Legislación, Manejo Administrativo con Obras Sociales Nomenclador Nacional de Prestaciones - Contrato de Prestaciones - Cuerpo Normativo, Ficha dental, Auditoría Odontológica, Circuito en la Atención.

En un taller se trabajó la confección de presupuesto para Obras Sociales – codificación y facturación para que el alumno conozca y comprenda el mecanismo de funcionamiento de las obras sociales en nuestra región.

• Trabajo previo a la salida

a) Confrontación de la teoría con la práctica para que los alumnos comprendan las características del problema objeto de estudio. Los planteamientos teóricos estudiados no siempre se manifiestan de la misma manera en la práctica, ya que existen realidades distintas, de ahí la necesidad de conocer cómo se dan estos mecanismos en las instituciones implicadas en el sistema.

b) Capacitación y calibración de los entrevistadores en el trabajo etnográfico, técnica de la entrevista, registro de documentos públicos y privados exhibidos por el entrevistado o aludido en algún momento de la entrevista.

c) Diseño grupal de una guía de entrevista de tipo semi estructurada.

Aplicación de la entrevista

Los alumnos visitaron las diferentes instituciones (obras sociales y asociaciones profesionales) tomando contacto con los profesionales que se desempeñan en el sistema de seguridad social y dirigentes para realizar las entrevistas.

Taller de análisis de los datos recogidos y preparación del informe

Esta instancia posterior a la aplicación de las entrevistas se realizó a modo de aula – taller donde se trabajó de la siguiente manera:

a) Se recordó la bibliografía aconsejada y la legislación pertinente como marco de referencia para identificar las categorías en las entrevistas.

b) Se analizaron las entrevistas a partir de una lectura exploratoria general de las mismas y en segundo término una lectura más específica y fragmentaria a la luz del marco teórico. Por último una lectura global e integradora de los datos obtenidos, permitió una aproximación a las categorías de análisis.

c) Se construyeron categorías de análisis a partir de las cuestiones previamente señaladas en el taller de calibración y el marco teórico confeccionado. Se sistematizaron los datos elaborando una síntesis que se utilizó de insumo para el informe.

d) Se elaboró el informe a modo de descripción sistemática de las características propias de esta población y de las distintas categorías, lo que implicó un acercamiento al diseño previamente proyectado.

Exposición

Los alumnos presentaron un informe a sus compañeros donde relataron la experiencia siguiendo el orden metodológico. Utilizaron una presentación en multimedia como apoyo didáctico.

Conclusiones

La estrategia pedagógica permitió abordar la inserción del odontólogo en el sistema de obras sociales y como actúan las entidades intermedias, cuáles son las particularidades que presentan según los diferentes ámbitos sociales y la dimensión de las Obras Sociales.

Desde la perspectiva pedagógica nos interesa destacar el aporte particular de la experiencia que permitió una integración y superación de la dicotomía teoría - práctica.

La etapa de análisis de los datos recogidos fue el momento más complejo de la experiencia, aunque enriquecedor tanto para alumnos como para docentes, puesto que en la misma se produjo un aprendizaje significativo. En el intento de relacionar los datos hallados con la teoría, hubo intercambio de opiniones, apreciaciones distintas, vivencias, recuperación de la teoría, repetición del análisis de las entrevistas, todo lo cual contribuyó a la aprehensión de los temas abordados.

La relación fluida entre alumnos y docentes posibilitó el intercambio fructífero y más allá de la mera transmisión de conocimientos, la dinámica grupal fue de aportes mutuos. Esto generó en el ámbito de la cátedra, un espacio desde el cual no sólo se practica la docencia sino que se construye un conocimiento ya que la teoría aporta particularidades del objeto de estudio para una mejor aprehensión del mismo, relacionando los conceptos teóricos con los espacios reales donde ejercerán la profesión.

Bibliografía Consultada

-Aranguren, E.C., Rezzónico R.A. Auditoría Médica; Cap. Fed. Centro Editor de la Fundación Favaloro; 1996.

-Celman de Romero S.: “La tensión teoría – práctica en la educación superior” (en Material bibliográfico Ib; programa de Formación Docente; Secretaría General Académica; UNNE; Corrientes; 1999).

-Da Cunha M.I.: “Aula Universitaria: Innovación y gestión” en Material bibliográfico Ib; programa de Formación Docente; Secretaría General Académica; UNNE; Corrientes; 1999.

-Dambrosi, G.: Auditoría de la Atención Médica; Bs. As.; Argentina: AD-HOC. SRL; 1995.

-Ferry, G.: “Pedagogía de la Formación”; Serie Los Documentos; Vol. 6; Bs.As.; 1997.

-Follari, R. y Soms, E. La práctica en la formación profesional: Algunas técnicas de taller. 1994.

-Lucarelli E: (1994) “Teoría y práctica como innovación en Docencia, Investigación y actualización pedagógica” (en Material bibliográfico Ib; programa de Formación Docente; Secretaría General Académica; UNNE; Corrientes; 1999).

-Martínez M. M.: La investigación cualitativa, etnográfica en educación. 2° Ed., 1° reimpresión (1996); México D.F.: Editorial Trillas, S.A. de C.V. 1994.

-Martínez Vivot, J. J.: Elementos del Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. 3° Ed.; Buenos Aires: Ed. Astrea; 1992 – Cap XX y XXI.

-Obras Sociales - Seguro de Salud: Ley 23.660 – 23.661 y Decretos reglamentarios; Córdoba – Argentina: Ed. La Cañada S.R.L.; 1997.

La Interacción docente alumno en espacios educativos diferentes

María Olimpia Lockett¹ | Nilda del Rosario Álvarez²

Resumen

El presente trabajo surge del estudio sobre las modalidades de interacción pedagógica en diferentes espacios educativos y cómo son percibidas las mismas por los actores.

Los sujetos involucrados son estudiantes de odontología que realizan la pasantía en los servicios asistenciales públicos, los coordinadores asistenciales y los docentes de la Facultad de Odontología. La recolección de la información se realizó a través de la observación directa y entrevistas, cuyo análisis evidencia la coexistencia de modelos pedagógicos diferentes que actúan como matriz de interacción social, según el espacio en que esa relación tiene lugar: intra-académico, representado por el aula formal, o extra-académico, constituido por los servicios asistenciales.

Palabras clave

Interacción pedagógica – espacios educativos diferentes

Abstrac

The present work arises from the study on the modalities of pedagogic interaction in different educational spaces and how the same ones are perceived by the actors. The involved subjects are students of odontology who realize the internship in the welfare public services, the welfare coordinators and the teachers of the Faculty of Odontology. The compilation of the information was realized across the observation direct and you interview, whose analysis demonstrates the coexistence of pedagogic different models who act as counterfoil of social interaction, according to the space in which this relation takes place: intra - academician represented by the formal classroom, or extra - academician constituted by the welfare services.

Key words

pedagogic interaction - different educational spaces

¹Profesora Titular. Coordinadora del Programa de Pasantías (PPS o Práctica Profesional Supervisada).

²JTP de la Cátedra Materiales Dentales - Coordinadora Asistencial del Programa de Pasantías.

Marco Teórico

Este trabajo publicación se encuadra en el marco de un proyecto de investigación mayor embrionario desarrollado entre los años 2000 y 2002 tendiente a obtener el grado de Magíster en Salud Bucal, a partir del que se desprenden tres ejes de indagación vinculados con la temática presentada. Consecuentemente y desde entonces hasta la fecha, se mantiene esta línea de investigación.

Numerosos trabajos (Gotees y Lecompte 1988; Mercer, 1996; Coll y Solè, 1990; Coll y Miras, 1990:297; Gilly 1984:619; Pérez Rubio, 1996) sostienen que el diálogo, la interacción y la comunicación docente-alumno son variables fundamentales dentro del proceso educacional y, puntualmente, dentro de los procesos de enseñanza-aprendizaje y de la formación académica-profesional, razón que lleva a esbozar varias hipótesis.

El supuesto subyacente en esta investigación es la existencia de diferencias en las interacciones desarrolladas en espacios intra y extra-académicos, que son ocasionadas por aspectos del orden de lo simbólico tales como la manera de concebir las relaciones en el proceso de enseñanza, el sentido que se le adjudica a la educación, las motivaciones docentes, la tradición académica, entre otros.

Desde esta mirada, estudiamos la relación docente-alumno en el trayecto de formación de odontólogos sustentados en la hipótesis que la misma se manifiesta de manera diferente según sea en un espacio intra-académico (aulas de clase o clínicas) o extra-académico (servicios asistenciales).

Enseñar supone tomar decisiones sobre qué conocimientos, que tipo de práctica, de que manera y en momento enseñar. La enseñanza tradicional basada en el “dictado” de clases teóricas y “demostración práctica”, es unidireccional y se contrapone al aprendizaje significativo basado en las teorías de Piaget, Vygotski y Auzubel entre otros. La “educación activa”, está centrada en los procesos de descubrimiento mediante la actividad espontánea del que aprende y donde el papel del educador se limita a enriquecer las oportunidades de experiencia y las convierte en desarrollo de la capacidad de resolver problemas, independientemente o con la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más

capaz (Vygotski, 1998:133).

En este marco se construyen representaciones en torno a las relaciones sociales, lo que nos motivó conocer que percepción tienen los actores sobre la interacción pedagógica en la dimensión cognitiva y el comportamiento cara-cara en la interacción social entre profesores y alumnos. La teoría de las representaciones sociales amplía y profundiza en la dimensión social del conocimiento. Postula que el contenido, estructura y funcionamiento del conocimiento de sentido común es de origen social y en consecuencia se construye en relación con otros, otros que mantienen relaciones y posiciones diferentes dentro de la estructura y dinámica social (Moscovici, 1979, 1986; Jodelet, 1991; Bartlett, 1932; Vytgoski, 1981).

Las preguntas de investigación giran sobre dos ejes: ¿cómo los alumnos perciben la relación con sus profesores en diferentes espacios académicos? ¿cómo interpretan los Coordinadores asistenciales o tutores esta relación?; de ello se deriva la representación del/los grupos donde la interacción tiene lugar, por lo que la interacción pedagógica como objeto de estudio, involucra a un conjunto de individuos en diferentes espacios socio-institucionales que tienen percepciones entrecruzadas de las relaciones que mantienen entre sí. De todas las relaciones posibles, la que se establece entre docentes y alumnos es determinante para el desarrollo de los fines educativos (Gilly, 1980, 1986; Casado, 1991, 1999; Gilly y Trognon, 1999; Garnier y Rouquette, 2000).

Metodología

Los instrumentos de recolección de información fueron la observación y las entrevistas a coordinadores y estudiantes de ambos espacios educativos, a partir de las cuales construimos categorías.

Los sujetos involucrados fueron alumnos de quinto año de la carrera de odontología que realizan la pasantía, los docentes de la facultad y los coordinadores asistenciales.

Los datos fueron recavados a través de la observación y del registro sistemático, escrito y grabado, de la relación alumno-coordinador en los servicios asistenciales y la relación docente-alumno en la aula y/o clínica de la facultad.

Se trabajó con los comportamientos manifiestos y se completó la información con un análisis e interpretación de los registros elaborados a partir de los testimonios de los diferentes actores. La triangulación metodológica permitió cruzar los datos obtenidos.

Las cuestiones emergentes motivaron al investigador a observar en detalle la realidad vivencial; para el análisis se tuvieron en cuenta las propias representaciones sociales en torno a los ámbitos de interacción (cátedras y servicios odontológicos), considerando cada espacio como una unidad organizacional dentro de otro espacio mayor: la facultad-los servicios odontológicos. Estos se constituyen en espacios temporales y sociales, en los que interactúan varias dimensiones: psicológica, social y cultural, las que posibilitan el desarrollo de relaciones interpersonales, producción de vínculos, interacción e influencia de un sujeto sobre otro.

Resultados

En los servicios odontológicos la interacción entre formadores y aprendices revistió un cariz diferente al observado en el ámbito de la facultad: en el primero de los espacios, la existencia de códigos, normas y valores propios de los Hospitales o Centros de Atención Primaria (CAPS) posibilitó un nivel de comunicación que los pasantes caracterizan como *muy bueno, de intercambio*, caracterizado como *interactivo y dinámico*. Mientras que los hallazgos en el ámbito de la facultad dan cuenta de una tendencia de los estudiantes a la *conformidad y sumisión*.

Los servicios emergen como un ámbito con interacciones que si bien generan relaciones jerárquicas pueden considerarse casi igualitarias. La comunicación y la información circula de modo formal o informal, pero en todo momento a través de canales abiertos y fluidos. La modalidad de trabajo en grupos (pasantes-pasantes; pasantes-coordinadores, pasantes-coordinadores-equipo de salud) originó modificaciones en la organización de la tarea dentro de los servicios. Para los alumnos la idea tácita de una asociación de iguales dentro de los mismos representó un modo positivo de trabajar, lo que ayudó a fomentar lazos de cohesión entre los actores involucrados, favoreciendo, en consecuencia, la formación. Es decir, esta concepción educativa

planteó el aprendizaje como un proceso dinámico, en el que coordinadores y alumnos pasantes establecieron una relación horizontal, dialógica con el objeto de dar soluciones a problemas reales propios del ejercicio profesional. Esto fue valorado en forma positiva por los estudiantes, pues representó una realidad diferente, nunca experimentada que estimuló la capacidad de reflexión (motivada por la participación activa en forma individual o en equipo) y la creatividad, a la vez que afianzó sentimientos de apoyo y/o unión que revelaron nuevos aprendizajes a partir de experiencias compartidas.

La reivindicación del diálogo dentro del proceso educacional permitió el intercambio de conocimientos y experiencias. Además, la formación de los alumnos pasantes se vio favorecida en estos espacios por que el alumno se enfrenta con situaciones reales, con los problemas de salud de la comunidad, el autoaprendizaje, el intercambio con el tutor-coordinador, con sus pares, la discusión de problemas y la autoevaluación.

Los aspectos mencionados hacen de la experiencia de pasantías, un lugar de formación en el que el compromiso social imprime a la formación un matiz íntimamente ligado a lo social y comunitario; es decir, *la reflexión teórico-práctica: el proceso de enseñar y aprender lo más cerca posible de la complejidad de lo real*. (Ferry, G -1997).

Por todo lo expresado puede asegurarse que el espacio de pasantía representa en el imaginario colectivo de los estudiantes un gran atractivo en el que lo real y lo simbólico se interrelacionan en la formación de los futuros odontólogos (actuar, vestirse y aprender los secretos de la profesión en espacios extra académicos son ejes fundamentales en este proceso). Los hallazgos realizados demuestran la importancia que otorgan los mismos a los espacios extra académicos representados por la Práctica Profesional Anticipada (PPA) o Práctica Profesional Supervisada (PPS).

Discusión

Con este trabajo se ha querido demostrar que las interacciones profesor-alumnos, coordinador asistencial-alumnos pasantes, están sujetas a una serie de condicionantes donde las interacciones en el ámbito académico son formales, institucionalizadas.

En tanto que las interacciones en los servicios asistenciales son menos formales, pautadas y, aunque no suelen ser consideradas importantes, al momento de analizar los procesos de aprendizaje y/o formación, constituyen espacios muy valiosos.

Hablar de formación dentro de los Servicios Odontológicos implica descubrir la existencia de distintos dispositivos que representan regímenes pedagógicos disímiles a los empleados por los alumnos dentro del marco de la Facultad.

En el seno de los servicios se producen instancias de integración sumamente significativas para los estudiantes, quienes combinan los aprendizajes adquiridos durante el cursado de la carrera, reflexionan sobre su importancia y articulan la teoría y la práctica en el saber-hacer profesional, siempre con la mediación de los coordinadores asistenciales. Estos no planifican sus prácticas pedagógicas, sino que actúan como tutores/mediadores acompañando y adiestrando a los alumnos en la práctica odontológica. Cabe aclarar que esta mediación presenta características diferentes de la que los alumnos, al decir de los mismos, están acostumbrados a vivir dentro del contexto de la Facultad.

Resulta central mencionar que la presencia de los coordinadores asistenciales en este espacio de formación es percibida por los pasantes en términos de: *“sujeto que imparte seguridad”, “auxiliador y guía del proceso de aprendizaje”*. En algunos casos, incluso, pudo observarse un vínculo de profunda identificación: *“maestro”, “autoridad moral, compromiso pedagógico”*. Esta visión coincide con lo que Enriquez (1994) considera como idealización de la figura del docente-coordinador.

Encuadrar estos supuestos que rodean a la figura de los coordinadores en su rol de formadores resulta tarea difícil, ya que presentan características de uno u otro tipo. Por tal motivo, es conveniente recordar lo expresado por Kaes (en Filloux-1996): *“no es el inconsciente el que forma es el formador que forma con su inconsciente”*.

Desde la perspectiva de Shon (1992) estos coordinadores con su modelo tutorial supervisan, encaminan, acompañan, comparten, intervienen y dialogan con los pasantes en el proceso de formación, propiciando instancias de reflexión-acción en esta

preparación para la práctica profesional.

Esto lleva a identificar a los coordinadores como formadores preocupados por mantener el equilibrio con los pasantes por lo que preservan las buenas relaciones personales, generando un clima de libertad e independencia, articulación entre orden y libertad (Tolstoi), (en Filloux-1996).

Esta experiencia no es percibida de la misma manera por los estudiantes institución facultad, donde queda de manifiesto la dependencia entendida como sumisión al docente. Esto marca las “tensiones” generadas dentro del ámbito académico con respecto a la relación **sujeto que enseña/alumno**.

Al decir de Filloux (1996) *“la noción de reconocimiento social, de ser reconocido por el formador es un elemento fundamental de la existencia misma del proceso de formación”*.

La situación que se observa en los servicios es diferente y puede sintetizarse del siguiente modo: **presencia de un sujeto que enseña pero en compañía de un sujeto que aprende**. *Libertad versus control; credibilidad versus desconfianza; ayuda versus obstaculización*, cuestiones que contrastan los modos de aprender dentro y fuera del espacio académico, según los datos obtenidos.

En este sentido, Gerard Mendel (1996) establece que *“la organización precede y determina la comunicación y la apropiación y, por lo tanto, la formación”*. Si bien la formación-comunicación es un proceso asimétrico, pues el formador posee un saber particular, esto no significa que la relación establecida entre formador y sujeto en formación sea desigual, *“la cuestión es cómo hacer para que exista una cierta igualdad en la relación a pesar de la asimetría de manera que se puedan intercambiar las experiencias recíprocas sobre una base de relativa igualdad”*.

Por eso, puede establecerse, a partir de los hallazgos realizados, que los servicios odontológicos son espacios privilegiados, donde los alumnos se permiten actuar como profesionales, dicho de otro modo, son el ámbito para desarrollar un análisis de la fantasmática de la formación .

Conclusión

El espacio extra-académico representado por el Programa Sistemático de Pasantías ofrecido desde

la Cátedra de “Odontología Integral Adultos” se constituye en un ámbito de interacción que permite a los pasantes enriquecer, construir, modificar y ampliar sus propios esquemas, además de favorecer la reflexión sobre los mismos.

Así, resulta posible reconocer que el aprendizaje y la comprensión convergen cuando el sujeto interpreta la actividad clínica en base a su propia experiencia. Los coordinadores asistenciales son mediadores de todo este proceso.

El sustento de esta experiencia encuentra se encuadra en los lineamientos de la teoría del reconocimiento, la intersubjetividad y el diálogo entre formador y sujeto en formación.

Referencias

- Alvarez, Nilda. Tesis. “Evaluación de la Integración Docente Asistencial a través de una experiencia de Pasantías”. Directora de Tesis Dra. Lockett, Olimpia. Cátedra Objeto de análisis: Odontología Integral Adultos I.
- Aguirre Grabre, A.; Seniquel, M.; Ortega, S; Tropeano, N; Rocha, M.; Alvarez, N. “Organización Académica” Trabajo Grupal Final de la Carrera de Especialización en Docencia Universitaria. Cátedra objeto de análisis: Odontología Integral Adultos. Facultad de Odontología. UNNE.
- Alvarez, Nilda. Memoria. “La Formación Profesional” Trabajo Final de la Carrera de Especialización en Docencia Universitaria. Cátedra objeto de análisis: Odontología Integral Adultos. Facultad de Odontología. UNNE.
- Alvarez, Nilda. Avances de investigación para la tesis. “Los códigos que definen la interacción docente-alumnos en situaciones educativas en espacios intra y extra académicos correspondientes a la Facultad de Odontología de la UNNE”. Directora de Tesis Dra. Lockett, Olimpia. Cátedra Objeto de análisis: Odontología Integral Adultos. Facultad de Odontología. UNNE.

Bibliografía

- Ferry, Giles. “Pedagogía de la Formación. Formación de formadores” Vol. 6. Novedades Educativas. Facultad de Filosofías y Letras. Bs. As. 1997. Apartado la formación, dinámica del desarrollo personal.
- Filloux, Jean. “Intersubjetividad y Formación “. El retorno sobre sí mismo. Facultad de Filosofías y Letras.

Prosecretaría de publicaciones. Buenos Aires : Ediciones Novedades Educativas, 1996.

-Mendel, Gerard. “Socio-psicoanálisis y Educación”. Ediciones Novedades Educativas. Universidad de Buenos Aires. 1996.

-Enriquez, Eugene. “Breve galería de contra modelos de Perfiles de Formadores”. Traducido por Cristina Serò de Bottinelli. Noviembre de 1994.

-Marc, E.Y Picard, D. “La interacción Social. Cultura, Instituciones y comunicación.” Paidós. Bs. As. 1992.

-Mendel, Gerard. “Sociopsicoanálisis I y II”. Amorrortu. Buenos Aires. 1987.

-Shon, Donald A. “ La Formación de profesionales reflexivos” Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones, España. Edit. Paidós, 1992.

-Rinaudo, M.C., y Squillari, R. ”El aprendizaje en las aulas universitarias”. Revista IRICE. N° 14, Febrero 2000.p.p 61-77. CONICET-UNR. Argentina. Rosario.

-Souto, Marta. “La clase escolar en la enseñanza media” Tipología desde un enfoque multidimensional. Revista IICE. Año VII, N° 13, Diciembre de 1998. p.p 25-32 Facultad de Filosofía y Letras. UBA.

-Mazza, Diana. “Saber y trabajo grupal”. Posible relaciones nuevamente dos casos”. Revista del Instituto de Investigación en Ciencias de la Educación. Año V, N°8, Mayo de 1996. p.p 22-33. Facultad de Filosofías y Letras UBA.

-Rosales Pardo, J.; Sánchez Miguel, E.; García Perez, R. “ Interacción Profesor - alumno y comprensión de textos. El papel del profesor en la organización de la responsabilidad conjunta. “. Revista de Educación. N° 334. Temas Actuales de enseñanza. Mayo- Agosto de 2004. p.p 347-360

-Rinaudo, M.C , Donolo, D., Chiecher, A. “Solicitar dar y recibir ayuda pedagógica en el ámbito de las clases universitarias “ Artículo publicado en CRONIA. Revista de investigación de la Facultad en Ciencias Humanas, año 3, volumen 3, n° 1, p.p 60-70. ISSN 1514-2140. Universidad Nacional de Río Cuarto Argentina.

-Coll, C Y Sole, M: “La interacción profesor alumno en el proceso de enseñanza aprendizaje. En desarrollo psicológico y educación (tomo II) Madrid, Alianza .edit 1990.

-Gilly; M . Psicología de la educación. En psicología social (TOMO II) . Edit PAIDOS. 1984.

Displasia Ectodérmica Anhidrótica

¹L. D. Ortiz | ²V. R. Fernández | ³E. S. Ortiz Barreto | ⁴J.R. Du Bois Goitia

Resumen

El presente trabajo tiene por finalidad difundir el caso clínico de una displasia ectodérmica anhidrótica con importantes manifestaciones bucales. Esta enfermedad se caracteriza por la ausencia o la disminución del pelo, dientes, uñas, glándulas sudoríparas y sebáceas, anomalías de la nariz, pabellones auriculares, labios y sistema dentario, signos que acompañan a trastornos del sistema nervioso central.

La displasia ectodérmica anhidrótica, se trata de un síndrome heredo familiar, transmitido como un rasgo recesivo ligado al cromosoma X, que afecta en el 90% de los casos a los varones. El resto corresponde a mujeres portadoras que presentan sintomatología escasa.

El reconocimiento de las manifestaciones clínicas generales y bucales nos permitirá instituir una conducta terapéutica adecuada.

Palabras clave

Displasia anhidrótica - signos - diagnóstico - caso clínico

Abstract

The present work is presented for describe a clinical case of ectodermic dysplasia anhydrotic with important manifestations in the mouth. This disease is characterized by the absence or the decrease of the hair, teeth fingernails and sudoripars glands and sebaceous, with anomalies of the nose, pavilions headphones and lips that accompany of dysfunctions of the central nervous system. The ectodermics dysplasias anhydrotic is a syndrome inherit to family, transmitted as a bound recessive feature to X that affects in 90% from the cases to male sex. The other is refers to women that takes the ill, but present few syntoms.

The knowledge of the bucal and general manifestations let us institute an appropriate treatment.

Keywords

Dysplasia anhydrotic - signs - diagnosis - clinical case

¹Profesor Adjunto Cátedra de Clínica Estomatológica de la FOUNNE.

²Jefe de Trabajos Prácticos Cátedra de Cirugía Bucomáxilofacial I de la FOUNNE.

Jefe de Trabajos Prácticos Cátedra de Clínica Estomatológica de la FOUNNE.

³Auxiliar Docente de Primera Categoría Cátedra de Clínica Estomatológica de la FOUNNE.

⁴Auxiliar Docente de Primera Categoría Cátedra de Clínica Estomatológica de la FOUNNE.

Introducción

La displasia ectodérmica anhidrótica es considerada un síndrome heredo familiar, transmitido como un rasgo genético autosómico dominante. Se considera sinónimos de este síndrome los que se transcriben a continuación: Síndrome de Christ-Siemens, Síndrome de Christ-Siemens-Touraine, Defecto Ectodérmico Congénito tipo Anhidrótico o Mayor.

Método

El método escogido para esta comunicación es la descripción de las manifestaciones clínicas observadas en el paciente que se presentó a la consulta por lo que consideramos oportuno primero transcribir las características comunes de las manifestaciones clínicas identificadas por diferentes autores.

Una de las alteraciones que distingue a esta patología es el desarrollo incompleto o defectuoso glandular; detalla David Grinspan¹ llamada hipoplasia. Como consecuencia de esta se pueden producir las siguientes alteraciones: conjuntivitis, estomatitis, disfagia, alteraciones del gusto y del olfato, rinitis atrófica y ozena, faringitis, ronquera, gran susceptibilidad a las infecciones respiratorias y en ocasiones diarrea. Eversole⁵. A nivel ocular se destacan opacidades corneales y cataratas. En este amplio cuadro de hipoplasia glandular también se ven afectadas las glándulas sudoríparas produciendo una anhidrosis o una hipohidrosis, que pueden determinar una intolerancia al calor; con trastornos de la termorregulación y accesos febriles después de realizar ejercicios físicos mínimos o ingerir alimentos muy calientes así lo afirma David Grinspan¹. 2. Otra manifestación clínica es la hipotricosis señalada por Shafer³ que es muy llamativa en cuero cabelludo; incluyendo además las cejas, barba, axilas y pubis, el pelo es escaso, corto, fino y seco según Laskaris⁴, pero las pestañas tienen aspecto de normalidad. Estos pacientes presentan rasgos faciales que les son característicos, entre las que se destacan frente y mentón prominente, nariz en silla de montar, región geniana con escaso desarrollo, labios evertidos y orejas grandes aseveran Regezi y Sciubba⁶. La piel es blanquecina, lisa, seca y arrugada alrededor de los ojos, dando un aspecto de envejecimiento prematuro. También se ven alteradas las piezas dentarias en cuanto a su número y forma; pueden presentar anodontia e hi-

podontia en incisivos y caninos. Así lo aseguran McCarthy, PY Shklar, G⁷.

Descripción del caso clínico

Se trata de un niño de seis años de edad, cuyos padres y dos hermanos son aparentemente sanos. Un tío materno presenta las mismas alteraciones por las cuales consultan el niño y la madre.

Las primeras manifestaciones clínicas se remontan al primer año de vida, donde se presentaban cuadros febriles a repetición y la falta de piezas dentarias acorde con la dentición normal.

A los cuatro años de edad concurre a la consulta estomatológica para que le realizarán los estudios correspondientes a fin de determinar las razones de la falta de piezas dentarias temporarias y por la forma que tenían las escasas piezas erupcionadas, en esta oportunidad se efectuó un estudio radiográfico corroborando la ausencia de gérmenes dentarios.

También relata la madre que el niño luego de jugar, o de realizar una actividad física necesita mojar-se porque siente excesivo calor; además refiere que en muchas oportunidades se niega a comer debido a la dificultad generada por el dolor que presenta en la garganta al deglutir, manifiesta también que a partir de los dos años de edad el niño comenzó a sufrir la pérdida del cabello, haciéndose más evidente con el paso del tiempo.

Actualmente se observa una facies con la frente prominente, depresión nasal, orejas grandes, labio superior engrosado (foto N° 1), hipotricosis que se manifiesta en la cola de las cejas y en el cabello que es escaso y fino (foto N° 2). La piel es hipohidrótica, de aspecto fino y seco. El pabellón auricular izquierdo presenta costras hemáticas (foto N° 2) originadas por el rascado producto del prurito que le causa la hipohidrosis, idénticos signos se observan en los huecos poplíteos (foto N° 3).

Al examen intraoral se evidencia la hipodontia en el maxilar superior presentando solo los incisivos centrales y caninos (foto N° 4), estos son conoides y frágiles. El maxilar inferior presenta anodontia (foto N° 5). Se observa clínicamente el poco desarrollo de los maxilares, principalmente en el reborde por la falta de las piezas dentarias. Esto genera además

de la pérdida de la dimensión vertical una maceración en comisuras. La mucosa bucal presenta una marcada xerostomía con dificultad en la deglución.

Evalrados los antecedentes y las manifestaciones clínicas y radiográficos observadas se concluyó que se trata de una **displasia ectodérmica anhidrótica**.

Tratamiento

El tratamiento consistió en la instalación de prótesis de acrílico removibles para lograr con esto restablecimiento de la función masticatoria para que actúe como estímulo de desarrollo de los huesos maxilares; se indicó además buena higiene bucal y controles periódicos. Continuamos con el seguimiento del caso para evaluar los resultados.





Bibliografía

1- GRINSPAN, D. "Enfermedades de la Boca". Tomo III. Mundi. Bs.As. 1976: p.p.2063-2066.

2- GRINSPAN, D. "Enfermedades de la Boca". Tomo VI. Mundi. Bs.As. 1991: p.4635.

3- SHAFER, W.G. LEVY, B. M. "Tratado de Patología Bucal". Interamericana. México. 1998: p.p.839-841.

4- LASKARIS, G. "Patologías de la Cavidad Bucal en Niños y Adolescentes". Actualidades Médico – Odontológicas Latinoamérica. Caracas, Venezuela. 2001. p.p. 5. 13. 138-140.

5- EVERSOLE. "Patología Bucal" Diagnóstico y Tratamiento. Panamericana. Bs.As. 1983: p.p.270-271.

6- REGEZI, J y SCIUBBA, J. "Patología Bucal". Interamericana - Mc Graw Hill. México. 1995: pp. 521-522.

7- MC CARTHY, P y SHKLAR, G. "Enfermedades de la Mucosa Bucal". El Ateneo. Bs.As. 1985: p 63.

Prevalencia de Caries Dental en Niños y Jóvenes de Escuelas Rurales

María Cristina Ojeda¹ | Nora Mariana Acosta²

Sofía de los Milagros Alí³ | María Alejandra Meana González⁴

Resumen

La finalidad de este trabajo fue determinar la prevalencia de caries dental en niños y jóvenes de escuelas rurales, aplicando el índice CPOD y ceod, como diagnóstico inicial para la ejecución de programas de educación-acción-participación. Conforme a la categorización o niveles propuestos por la Organización Mundial de la Salud, los resultados muestran un alto índice CPOD y ceod.

Palabras Clave

índices de caries – prevalencia – niños población rural

Summary

The purpose of this work was to determine the prevalence of dental decay in children and young people of rural schools applying index DMTF and dmtf as initial diagnostic for the execution of education-action-participation programs. According to the categorization or levels proposed by the World

Wide Organization of the Health, the results show a high index of DMTF and dmtf.

Key Words

Decay index - Prevalence - Children of rural population.

¹Profesora Titular Cátedra Odontología Social y Comunitaria.

²Jefe de Tabajos Prácticos

³Jefe de Tabajos Prácticos

⁴Jefe de Tabajos Prácticos

Introducción

La singularidad de las caries dental, única no solo por sus mecanismos patológicos, sino por otros múltiples factores, sociales, culturales, económicos, geográficos, genéticos, familiares, la convierten en una enfermedad bio-social enraizada en la sociedad. (OMS 1989).

A pesar de ser una patología tan antigua como la humanidad, su prevalencia ha aumentado de manera constante con el avance de la sociedad. A medida que las pautas de vida mejoran, la enfermedad aumenta y se constituye en un problema real de salud que afecta a hombres, mujeres y niños. (Silverstone, 1985)

La OMS establece niveles de severidad de prevalencia de caries, según los siguientes valores:

CPOD – ceod	=	0	-	1.1	Muy Bajo
		1.2	-	2.6	Bajo
		2.7	-	4.4	Moderado
		4.5	-	6.5	Alto
		6.6	y +		Muy Alto
					(Nithila 1990)

De acuerdo a éstos criterios, podemos analizar encuestas realizadas en áreas urbanas de la Argentina, en niños y adolescentes, por los cuales se obtuvo un CPOD de 3.5 a los 9 años, y 3.7 a los 12 años.

La misma fuente revela un promedio de ceod de 4.7 a los 6 años y un CPOD 4 a los 12 años en la capital de Corrientes, configurando la caries activa el 85% de ese componente. (DNO 1984).

Con una asociación estadísticamente significativa, se estableció para la región del NEA, un perfil del 78 % de necesidades de atención en la población escolar, tanto de zonas rurales como urbanas. (Bordóni 1993).

Las familias numerosas, especialmente de zonas rurales, por inaccesibilidad geográfica, cultural y económica son las más desfavorecidas en el orden social, son las que más sufren, por ser menos instruidas, las que menos posibilidades tienen de recibir consejos y sacar provecho de ellos, recibir tratamientos, y continuar los mismos hasta la recuperación y mantenimiento de su salud. (Papalia 1999).

Técnicos de Incupu, en el año 2003, realizaron un relevamiento acerca de la situación de salud en las

colonias El Caimán y San Antonio, situadas a 20 Km del pueblo de San Miguel, dando como resultado la presencia de parásitos, desnutrición y enfermedades crónicas de estación, como resfríos y diarreas, por dar solo algunos ejemplos.

Sumándose a éste interés, la Cátedra de Odontología Social y Comunitaria de la Facultad de Odontología realizó una encuesta de prevalencia de caries dental por medio de los índices CPOD y ceod, a niños y jóvenes de las colonias, en la EFA Ñandé Roga I 36, escuela de alternancia de nivel EGB 3 y Polimodal, que concentra a jóvenes entre 13 y 23 años y en la escuela N° 691, EGB 1 y 2 del Paraje Alcorta, Dto San Roque.

Materiales y Métodos

Se examinaron a 120 niños y jóvenes de ambos sexos, concurrentes a los niveles EGB1 y 2 de la Escuela N° 691 del Paraje Alcorta, Dto San Roque; y de los niveles EGB 3 y Polimodal de la Escuela EFA Ñandé Roga I 36 de las Colonias El Caimán y San Antonio, Dto San Miguel.

Se realizó una muestra aleatoria estratificada, según sexo y edad, sobre el total del universo de las escuelas seleccionadas.

Para el relevamiento de datos sobre la prevalencia de caries dental, se aplicó una encuesta CPOD como indicador de caries dental para dentición permanente y ceod como indicador de caries dental para dentición temporaria.

El índice ceod, describe el ataque de caries en la dentición temporaria.

El símbolo c, se refiere al número de dientes cariados, el e, extracción indicada y el o, obturado, la d, indica que la unidad establecida es el diente.

El índice CPOD, describe el ataque de caries en la dentición permanente.

El símbolo C, se refiere al número de dientes permanentes cariados, el P a los dientes perdidos, ya sea por extracción indicada o extraídos, el O, obturado, la D indica que la unidad establecida es el diente.

El diagnóstico de caries comprendió los casos manifiestos de pérdida de continuidad en superficies lisas, penetración y destrucción de las fisuras,

grado de decoloración visible, aunque no se manifeste pérdida tangible de sustancia.

El examen clínico y el volcado de los datos en fichas ad hoc (odontogramas y fichas catastrales) fue realizado por examinadores calibrados.

Para el análisis de los datos, se agruparon los datos en tablas, se calcularon porcentajes de cada uno de los componentes de los índices, relacionándolas según sexo y edad.

Discusión de Resultados

Los datos relevados indican que el 67 % de los niños de 8 años no tienen experiencia de consulta odontológica, el 64 % presentan caries de distintos grados de severidad, con un promedio de 4 molares permanentes perdidos a la edad de 10 años.

Entre los 6 y 8 años, presentan un promedio ceod = 6 en la dentición temporaria, sin diferencias entre ambos sexos.

Los varones entre los 14 y 23 años, presentaron un CPOD promedio = 8, mientras que las mujeres presentaron un promedio CPOD = 11. Ambos sexos presentan un altísimo índice de desdentamiento precoz, sin rehabilitación protética.

La encuesta reveló una prevalencia de caries muy alto, según el nivel de severidad determinado por la OMS.

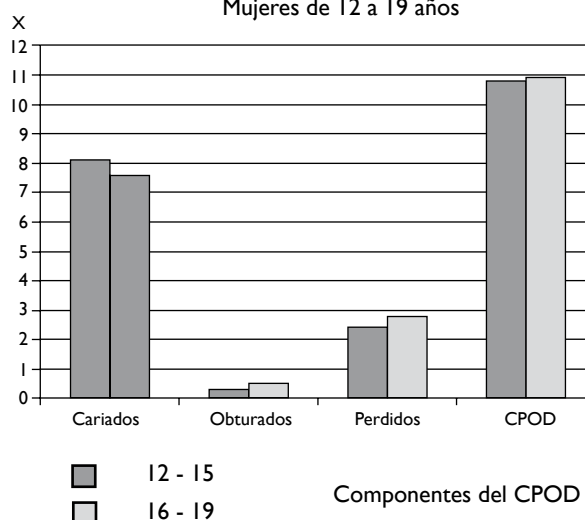
Los valores encontrados, fueron superiores a los detectados para zonas urbanas en nuestra región, (DNO y Bordón, ob, cit.)

La OPS, en el año 1993 advierte que la odontología continúa usando tecnología curativa, costosa, compleja, sin logros de cobertura y se ofrece al 90% de la población la exodoncia como única solución.

Por otro lado, los sistemas de salud, estructurados verticalmente, no toman en cuenta las diferentes necesidades de la población, y a menudo tienen poca relación con los verdaderos problemas de las personas, los cuales son pasados por alto en la operacionalidad de la atención. Estos conceptos de Kadt (1993), es totalmente coincidente con nuestra realidad.

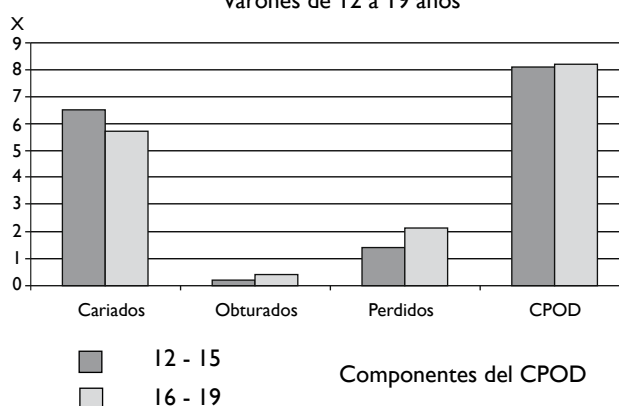
Edad CPOD	12 - 15	16 - 19
$\bar{X}$ Cariados	8.1	7.6
$\bar{X}$ Perdidos	2.4	2.8
$\bar{X}$ Obturados	0.3	0.5
$\bar{X}$ CPOD	10.8	10.9

X Componentes del CPOD
Mujeres de 12 a 19 años



Edad CPOD	12 - 15	16 - 19
$\bar{X}$ Cariados	6.5	5.7
$\bar{X}$ Perdidos	1.4	2.1
$\bar{X}$ Obturados	0.2	0.4
$\bar{X}$ CPOD	8.1	8.2

X Componentes del CPOD
Varones de 12 a 19 años



Conclusión

Los valores y creencias por una parte, las oportunidades y limitaciones del contexto social por otra, definen el estado de salud, ya que ésta no responde solo a determinaciones biológicas y genéticas, sino también al conjunto de factores sociales, demográficos, culturales, que actúan sobre las personas, el grupo familiar y en momentos dados, condicionando su estado de salud. En el caso de las enfermedades bucales, hay un desequilibrio entre el conocimiento avanzado de los factores biológicos y la escasa información sobre la realidad social.

Del análisis de este contexto, surge la necesidad de abordar una práctica odontológica alternativa a las necesidades y problemas bucales prevalentes en las comunidades rurales, relacionando los modelos de la evolución natural de la enfermedad con la historia social, y los niveles de prevención, adaptados a un marco de accesibilidad geográfica y cultural. En función de los resultados y la transferencia de los mismos se realizaron acciones tendientes a mejorar el estado de salud bucal de la población objeto de este estudio que consistió en control de la infección, refuerzo del huésped morfológico y estructural y educación para el mantenimiento de la salud bucal.



Bibliografía

1. BORDONI, N.Y COL. "Problemática de la Salud Bucal en la Argentina. Modelo Alternativo para la Atención de la Salud Bucal." Doc. Odontológ. Prev. Comunitaria- FOUBA. Fundación Kellows. 1993: 3-5
2. DIRECCIÓN NACIONAL DE ODONTOLOGÍA. "Índice CPOD y ceod, aspectos Epidemiológicos" En: Programa de Atención Integral al Escolar de Primer Grado. 1987: 11-16.
3. KADT, E. TASCA, R. "Promover la Equidad" Un Nuevo Enfoque desde el Sector Salud, OPS, Washintong D. C. 1993 : 14-16.
4. NITHILA, A. BOURGEOIS, D. ET COL. " Banco Mundial de Datos sobre Salud Bucodental de la OMS, 1986-1996: panorámica de las encuestas de salud bucodental" Rev. Panam. Pública / Public Health 1988: 4 (6): 411-415.
5. OMS. "Vigilancia y Evaluación de la Salud Bucodental", Informe de un Comité de Expertos. En: Serie de Informes Técnicos 782, Ginebra: 1989 : 28-30.
6. SILVERSTONE, L., JOHNSON N., HARDEEJ; WILLIAMS R; "Caries Dental, Etiología, Patología y Prevención." 1° Ed. México DF: El Manual Moderno SA, 1985: 283; 1-4.
7. PAPALIA, D; WENDKIES, S. "Psicología". OMS / OPS, En: Serie Paltex Washintong D.C. 1999: N° 127: 164 – 166.

Relación entre terceros molares inferiores retenidos, el apiñamiento dentario tardío anteroinferior con la suma angular del polígono de Björk-Jarabak

Carmen I. Collante¹ | Mirta E. Lewintre²

Resumen

El propósito de este estudio fue relacionar la medida de la tendencia de crecimiento rotacional del individuo, representada por la suma angular del cefalograma de Björk-Jarabak, con la *retención* de los terceros molares inferiores y su posible influencia en el *apiñamiento* dentario tardío *antero-inferior*.

La muestra obtenida consistió en 33 pacientes, 18 de sexo femenino y 15 masculino, cuyas edades oscilaban entre 15 y 22 años, con una de 18 años y 4 meses, sin tratamiento previo de ortodoncia u ortopedia, con arco inferior completo y con ambos terceros molares inferiores divididos en dos grupos, 16 con terceros molares erupcionados o con posibilidad de erupcionar y 17 con terceros molares retenidos o sin posibilidad de erupcionar.

Al someter la muestra al test de *Chi-Cuadrado* se confirmó la asociación entre la presencia de terceros molares retenidos y el apiñamiento ($p < 0,05$).

Los resultados obtenidos mediante el test “t” de *Student* mostraron diferencias estadísticamente significativas en la suma angular (*sumang*) siendo mayor los valores en los pacientes con terceros molares retenidos de los que no poseían esa condición. Al tomarse las mediciones del apiñamiento presente en milímetros, estas diferencias fueron significativas ($p < 0,05$) en los pacientes con terceros molares retenidos. Para poder determinar el grado en que las variables se relacionan entre si, se aplicaron procedimientos de correlación. **Sumang** está débilmente correlacionada con el **apiñamiento** ($r = 0,325$).

Palabras claves

Apiñamiento tardío. Terceros molares retenidos. Apiñamiento antero-inferior. Crecimiento rotacional.

¹Profesora Adjunta Cátedra de Ortodoncia

carmencollante@hotmail.com

²Profesora Titular Cátedra de Ortodoncia.

mirtalewintre@hotmail.com

Facultad de Odontología - U.N.N.E.

Summary

The purpose of this study was to relate the measure of GoTot, GoS, Gol angles to the retention of third lower molars and the possible influence in the front lower crowding.

The sample obtained consisted in 33 patients, 18 females and 15 males whose ages ranged from 15 to 22 years old, with $\bar{x} = 18,4$ years without previous treatment orthodontic or orthopedics, with complete lower arch and with both lower thirds molars divided into two groups, 16 with thirds molars that either erupted or possible to erupt and 17 with thirds molars retained or without eruption possibility of erupting.

The Chi-Cuadrado test confirmed the association between the presence of retained thirds molar presence and crowding ($p < 0,05$).

The results obtained through "t" Student Test showed statistically significant differences, being higher those values in angular sum, sumang; in patients with retained thirds molars than those without these conditions.

When the present crowding was measured in mm, there differences were significant ($p < 0,05$) in patients with retained thirds molars.

To be able to determine the grade in which variables are related to each other correlation procedures were applied sumang is weakly correlated to the crowding ($r = 0,325$).

Key words

Late crowding. Lower arch crowding. Unerupted mandibular third molars. Rotational Growth.

Antecedentes

Entre las anomalías del sector anterior de la arcada dentaria, el apiñamiento dentario anteroinferior es uno de los más frecuentes, ocasionando trastornos funcionales, periodontales y estéticos.

Por la coincidencia cronológica entre la aparición del apiñamiento tardío y la erupción de los terceros molares existe tendencia a establecer una relación directa entre ambos sucesos. Es así que en los últimos años se produjeron intensos debates arribándose a conclusiones conflictivas. Algunos

autores opinan que no existe dicha relación. Otros que el apiñamiento tardío es de naturaleza multifactorial.

Se define al apiñamiento como la discrepancia cuantitativa entre la longitud clínica del arco dentario disponible y la suma de los anchos dentarios, medidos mesiodistalmente. Se puede presentar tanto en la región posterior como anterior, superior e inferior. Linden (1) clasifica al apiñamiento atendiendo al momento de su aparición durante el proceso de desarrollo de la dentición, como en los factores etiológicos a los que es atribuibles. Es así que los clasifica en primario, secundario y terciario. El objeto de estudio de este trabajo es el denominado apiñamiento terciario o tardío, se refiere al que se produce durante los períodos adolescente y posadolescente, y como consecuencia de los fenómenos de compensación dentoalveolar y los cambios por el crecimiento facial. También la erupción del tercer molar ha sido citada como causa de este tipo de apiñamiento, su aparición se da 15-20 años.

Björk (2,3,4) llega a la conclusión que en la impaceción del tercer molar, el espacio retroalveolar del segundo molar está notoriamente reducido y que ello coincide con desarrollo esquelético de la mandíbula. Schoot (5), no logró establecer su influencia en el desarrollo del apiñamiento después del tratamiento ortodóncico. Comenta además, que "...la presencia del tercer molar inferior no debería ser usada como excusa para justificar la recidiva del apiñamiento después del tratamiento de ortodoncia..." Ades(6) No encontró diferencias significativas en el apiñamiento entre los pacientes que poseían terceros molares y de aquellos que no lo poseían.

Perera (7) encontró que pacientes con tendencia rotacional anterior, presentaban apiñamiento anteroinferior a un nivel de significación ($r=0,51$, $p<0,01$) de aquellos que no poseían dicha tendencia.

Richardson (8), concluyó que la migración de los molares y un aumento del ángulo ínter incisivo se asocian a un incremento en el apiñamiento inferior, sin embargo no pudo establecer relación entre el apiñamiento y un tipo de morfología esquelética, pero comprobó la existencia de relaciones con los terceros molares impactados, y clase esquelética II. Miethke (9) determinó que no existe correlación entre el apiñamiento incisivo inferior y la dirección

del crecimiento esquelético, el coeficiente de correlación entre ambas variables osciló entre $r=0,00$ $r=0,27$.

Para Dawson (10), el apiñamiento se manifiesta cuando se produce un brote de crecimiento durante el cual la mandíbula se agranda con mayor rapidez que el maxilar. Los dientes antero-inferiores simplemente son comprimidos y se apiñan contenidos por los superiores, los cuales se mantiene en su lugar por la presión labial. Para este autor, sin embargo, si el apiñamiento se produce después de la edad en que concluye el crecimiento, se debe a interferencias oclusales posteriores que desplazan la mandíbula hacia adelante. Erden (11), utilizó el ángulo Dc-XiPm, como indicativo del crecimiento del cóndilo en relación con el cuerpo mandibular. El valor de este ángulo fue mayor en el grupo de impactados y la diferencia fue significativa. Otro ángulo estudiado fue el Ans-Xi-Pm que indica el crecimiento vertical del tercio inferior de la cara, el mismo se presentó inferior en el grupo impactado.

Para Proffit (12) si el predominio de crecimiento del cuerpo mandibular es sagital, al producirse el crecimiento tardío de la mandíbula, en pacientes cuya oclusión anterior es muy ajustada, las estructuras dentoalveolares no pueden enmascarar estas discrepancias. Si hubiera espacio disponible en el extremo distal del arco mandibular, los dientes antero-inferiores se verticalizarían impidiendo apiñarse. Pero si están retenidos los terceros molares este desplazamiento no puede realizarse dando como resultado el apiñamiento. Basado en esta teoría, Collante (13) logró establecer relación entre el aumento del GoS o una disminución del Gol con los valores en el aumento de apiñamiento.

Objetivos

Relacionar la suma angular del polígono de Björk-Jarabak con la retención de terceros molares inferiores.

Vincular la retención de los terceros molares inferiores con el apiñamiento dentario antero-inferior.

Materiales y Métodos

El tipo de estudio utilizado para la realización de este trabajo fue **analítico y transversal**. Se consideró la variable suma angular, Sumang pertenecien-

te al polígono de Björk-Jarabak en relación con la retención del tercer molar inferior y el *apiñamiento* dentario antero-inferior.

La muestra utilizada fue de tipo **no probabi-lístico**, en la cual se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Pacientes entre 15 y 22 años de edad, sin tratamiento previo de ortopedia u ortodoncia. El arco inferior debía poseer todas las piezas dentarias; en caso de existir restauraciones, estas debían mantener la longitud del arco. Fue una condición indispensable, la presencia de los terceros molares en ambas hemiarcadas inferiores, o al menos sus gérmenes con las coronas calcificadas. Los criterios de exclusión fueron: pacientes que poseían apiñamiento primario y con tratamientos previos de ortodoncia.

La muestra fue seleccionada de una población de 110 pacientes concurrentes a los Servicios de Radiología y Ortodoncia de la Facultad de Odontología, de acuerdo con los criterios de inclusión evidenciados en las radiografías panorámicas. Estuvo constituida por 33 pacientes, la edad promedio fue de 18 años 4 meses.

La metodología seguida para el desarrollo de la investigación comprendió dos etapas las que fueron diseñadas en base a los objetivos propuestos.

En la primera etapa se diseñó una ficha para la obtención de la información necesaria; tales como filiación del paciente, edad y fecha de las tomas radiográficas, registro de la información obtenida del calco radiográfico con los valores del cefalograma de Björk-Jarabak. Medida del apiñamiento observado clínicamente, expresado en milímetros.

Se procedió luego a categorizar la muestra. Para ello fue necesario tomar radiografías panorámicas y teleradiografías de perfil. Se estandarizó la técnica usando en todos los casos películas marca AGFA, tipo Screen para pantalla reforzadora, con un 18x30 mm de tamaño para la radiografía panorámica y de 22x30 mm para la radiografía de perfil. La distancia establecida para la obtención de las teleradiografías fue de 1,52m y las mismas siempre se obtuvieron del lado derecho del paciente.

En el proceso de categorización de la muestra se determinó la posibilidad de *erupción o retención* del tercer molar, analizando el **espacio** necesario y la **dirección** del eje mayor del tercer molar. Para este estudio se realizaron calcos sobre las teleradiografías de perfil, en forma manual, empleando papel

Regma Retrothane p 100 microns y micropuntas Faber Castell Oh- Lus Permanent. Las medidas fueron tomadas con la plantilla de Benvenge y sobre negatoscopio de luz fría.

Las mediciones efectuadas sobre los calcos para establecer la falta de espacio, publicadas por Collante (14), fueron de dos tipos: a) determinar la distancia desde Xi a la cara distal del segundo molar inferior; medida sobre el plano oclusal; b) comparar el espacio disponible para la erupción con el ancho mesio distal del tercer molar.

a) Distancia Xi-cara distal de segundo molar. Para la construcción de Xi se trazaron planos perpendiculares al de Francfort y a la vertical pterigoidea (PTV); estos planos tangentes a los puntos R1, R2, R3 y R4, convencionales del cefalograma de Rickets conformaban un paralelogramo. En la intersección de sus diagonales se marcó el punto Xi. Si la distancia de Xi-punto a la cara distal del segundo molar resulta menor de 30 mm, no es suficiente para la erupción por lo tanto se categorizó al tercer molar como *retenido*.

b) Comparación del espacio disponible-ancho mesio distal del tercer molar, siguiendo la concepción de Olive. La medida considerada fue la resultante obtenida al trazar sobre el plano oclusal dos perpendiculares al mismo, tangentes al borde anterior de la rama y a la cara distal del segundo molar, la que se comparó con el ancho mesio distal del tercer molar. Cuando el espacio disponible era menor que el ancho mesio distal se consideró imposible la erupción de la pieza dentaria y se incluyó en la categoría de *retenido*.

Para el estudio de la posibilidad de retención según la dirección de erupción del tercer molar, se consideró las angulaciones publicadas por Dierkes, se midió el ángulo formado por el eje mayor de esta pieza y la perpendicular al eje mayor del segundo molar. Se ubicó en la categoría retenido cuando dicho ángulo era inferior a 40°.

Resulta necesario reiterar que con que se cumpliera una sola de estas tres condiciones, se consideraba en categoría *retenido*.

De esta manera se logró categorizar la muestra

en 16 pacientes cuyos calcos indicaban que los terceros molares tenían posibilidad de erupcionar y 17, cuyas respectivas medidas indicaban que la erupción no era posible.

Una vez agrupada la muestra en estas dos categorías se procedió al trazado del polígono de Björk-Jarabak (15) y la obtención de sus medidas. (Fig N° 2). La medida de los ángulos fueron expresadas hasta el medio grado más próximo, dado que visualmente es difícil distinguir medidas intermedias.

Los puntos cefalométricos utilizados para la determinación de los ángulos y segmentos analizados fueron:

Na. (nasion): punto en el límite anterior de la sutura frontonasal.

S. (silla turca): localizado en el centro geométrico de la silla turca.

Ar. (articular): Punto donde el borde posterior del cuello del cóndilo intercepta el borde inferior del macizo eseno occipital.

Go. (gonion): intersección de la tangente al borde posterior de la rama y la tangente al borde inferior al cuerpo mandibular.

Me. (mentoniano): punto más inferior de la sínfisis mandibular.

La unión de estos puntos contribuyeron a la formación del polígono de Björk-Jarabak, cuyos ángulos fueron medidos constituyendo la variable **sumang**. Se la utilizó, ya que resulta una forma práctica de relacionar a los tres ángulos, determinando una resultante que es la dirección del crecimiento. La norma de esta suma es de $396^{\circ} + 6^{\circ}$, según Jarabak

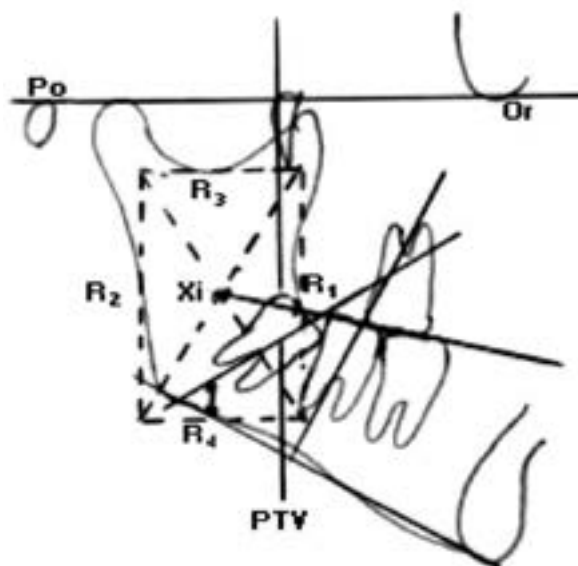


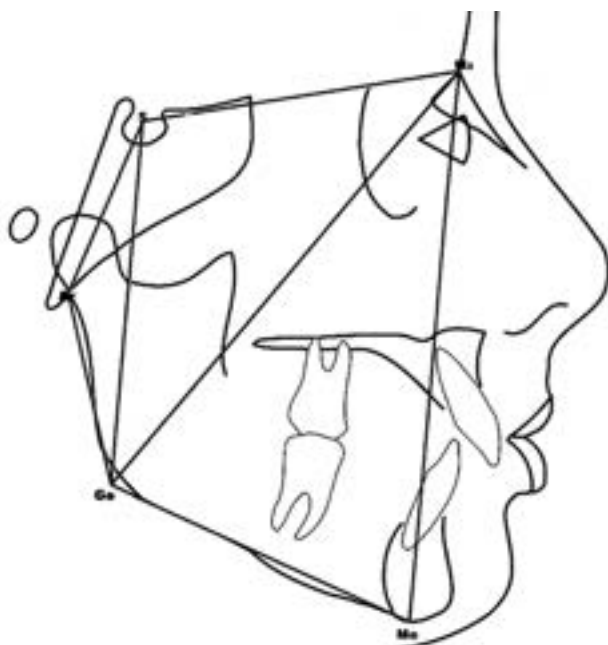
Fig N° 1: Mediciones para determinar la posibilidad de erupcionar del tercer molar inferior.

(15) valores aumentados nos indican que el crecimiento del paciente tiene un sentido vertical con poco avance del mentón, por el contrario valores disminuidos se encuentran en pacientes cuya manifestación del crecimiento es vertical.

La **segunda etapa** de este trabajo consistió en recitar a los pacientes estudiados. La finalidad fue determinar clínicamente el *grado de apiñamiento dentario antero-inferior*, medido en milímetros. La metodología seguida par la obtención de esta medida consistió en la utilización de un compás de punta seca con el que se obtuvo el ancho mesio-distal de los incisivos y caninos. Se colocó las puntas del compás perpendicular al eje longitudinal del diente, a la altura de las áreas normales de contacto, por su cara labial; en caso de que las piezas dentarias estuvieran muy lingualizada esta medida se obtuvo desde oclusal.

La medida del ancho mesiodistal de cada una de las piezas dentarias, se transportó a una regla milimetrada sumando los valores obtenidos, lo que constituyó el espacio requerido.

Para la obtención del espacio presente se utilizó una regla flexible, mediante la cual se registró la distancia entre el punto de contacto distal del canino derecho al canino izquierdo. La diferencia entre estas dos medidas, expresada en milímetros, nos permitió determinar la discrepancia, es decir, la desigualdad existente entre el espacio presente y el requerido.



Resultados

De los 33 pacientes en estudio, 18 fueron de sexo femenino, 15 de sexo masculino y la edad media fue de 18 años y 4 meses.

Las variables en estudio fueron sometidos a estadísticas descriptiva, obteniendo los siguientes resultados. Los valores de la variable **sumang**, cuya norma es $396^{\circ} + 6^{\circ}$, oscilaron entre un rango mínimo de 360° a un máximo de $425,5^{\circ}$; siendo un valor similar a la norma publicada (Tabla N°1). Cuando los valores disminuyen nos indican un crecimiento de la sínfisis en sentido anterior. Por el contrario cuando aumenta el valor, significa que el crecimiento se manifiesta en sentido vertical.

En la variable apiñamiento, la media obtenida de la muestra de pacientes fue de 3,41 milímetros. El 100% de los pacientes con terceros molares erupcionados presentaron 3mm de apiñamiento o menos, mientras que el 73,3% de los pacientes con terceros molares retenidos presentó más de 3mm de apiñamiento.

Para estudiar si la presencia de **terceros retenidos** está asociada al **apiñamiento** se aplicó la prueba de Chi-cuadrado (χ^2). Para ello se construyeron tablas de contingencias en las que las frecuencias de las variables en estudio se tabularon en forma cruzada, comparando las frecuencias observadas y esperadas (Tabla N°2). Las variables mostraron un grado de asociación positivo ($\chi^2 = 4,25$; gl 1; $p = 0.039$, el valor debería ser $\chi^2 = 3,89$).

Fig N° 2 :Trazado del polígono de Björk- Jarabak.

Tabla 1

Estadística descriptiva de variables en estudio

	Retenido / No Retenido	Sumang	Apiñam. (SI-NO)	Apiñam. (mm)
n	33	33	33	24
Rango	1,00	1,00	1,00	6,00
Mínimo	,00	360,00	,00	1,00
Máximo	1,00	425,00	1,00	7,00
Media	,51	393,54	,72	3,41
Desvío Estándar	,50	10,67	,45	1,83
Asimetría	-,064	-,09	-1,07	,419
Percentil 25	,00	389,00	,00	2,00
Percentil 50	1,00	392,50	1,00	3,00
Percentil 75	1,00	398,25	1,00	5,00

Tabla 2Condición de **apiñamiento** según **retención**

			Condición de Apiñamiento		Total
			NO	SI	
Retención	NO	Nº	7	9	16
		%	43,8	56,3	100,0
	Si	Nº	2	15	17
		%	11,8	88,2	100,0
Total		Nº	9	24	33
		%	27,3	72,7	100,0

Para poder determinar si existen diferencias reales entre los pacientes según presentaran terceros molares retenidos o no se procedió a realizar el test de hipótesis, el que determinó que las diferencias fueron significativas en los valores de **apiñamiento** ($t=-4.616$ y $p= 0,000$) y en los de **sumang**. Es decir que aquellos pacientes con **terceros molares** retenidos poseían mayor valor de apiñamiento y mayor suma angular. (Tabla N°3)

Tabla 3Prueba de hipótesis según **retención**

		Sumang	Apiñam.
Prueba de Levene	F	,319	3.873
	Sig.	.576	.058
Prueba t de Student	t	-2.182	-4.616
	gl	31	31
	p	,037	.000
	Dif. Media	-76710	-2.7610
	Error Estándar	35157	.5981
Intervalo de Confianza 95 %	Inferior	-14.8412	-3.9809
	Superior	-,5007	-1.5412

A partir del registro del **apiñamiento** expresado en mm se construyó la variable cualitativa, considerando valor 0 cuando el apiñamiento no existía y se la denominó No. Valores superiores a 1 mm se le asignó la categoría SI. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas resultando mayor la suma angular, **sumang**, en los pacientes que poseían la condición **apiñamiento** (Tabla N°4).

Tabla 4

Prueba de hipótesis según apiñamiento

		Sumang
Prueba de Levene	F	,963
	Sig.	0.334.
Prueba t de Student	t	-2.603
	gl	31
	p	0,014
	Dif. Media	-9.9931
	Error Estándar	3.8384
Intervalo de Confianza 95%	Inferior	-17.8216
	Superior	-2,1646

Para poder determinar el grado en que las variables se relacionan entre sí, se aplicaron procedimientos de correlación. **Sumang** está débilmente correlacionada con el **apiñamiento** ($r=0,325$).

Discusión de los resultados

Algunos autores han asociado la retención del tercer molar inferior, considerando distintos ángulos para ello, en el presente estudio se consideró la suma de los ángulos del polígono de Björk-Jarabak como indicativo del crecimiento rotacional del individuo.

Ades (6), Schoot (5) no encontraron diferencias significativas en el crecimiento rotacional entre los grupos con **terceros molares** erupcionados, impactados o ausentes. En el presente estudio, los valores aumentados de **sumang**, presente en la tendencia rotacional vertical o posterior, fueron estadísticamente significativos en los pacientes con **terceros molares** retenidos con respecto a los que no presentaron retención ($t=2,1$; $p=0,037$). Contrastando con Erden (1998) en que el ángulo Ans_ Xi Pm, indicador del crecimiento vertical inferior de la cara, fue menor en los pacientes con terceros molares impactados.

Las diferencias fueron estadísticamente significativas en la variable **sumang**, siendo su valor mayor en aquellos que poseían **apiñamiento** ($t=-2,603$; $p=0,014$), de los que no poseían. Richardson (8), al estudiar la relación entre el apiñamiento y el tipo de

desarrollo esquelético del paciente, analizó la medida del ángulo maxilo-mandibular (N.S.Gn) y a las medidas Na.Me-Ar.Go, no halló diferencias significativas entre los grupos según presentaran o no apiñamiento. En el presente estudio, si bien no se utilizaron como variables los mismos ángulos, se presentaron débiles correlaciones siendo de $r=0,325$ obtenido para **sumang**.

Miethke y Behm-Menthel (9) obtuvieron una media del ángulo de **Sumang** de 394, en el presente trabajo el valor fue de 393,5. Los resultados de los análisis de correlación entre el apiñamiento anteroinferior y el crecimiento esquelético vertical en el trabajo de los autores mencionados oscilaron entre $r=0,00$ y $r=0,10$, lo que indica que no existió relación entre las variables. En el presente trabajo Sumang, presentó ligera correlación con respecto al valor del apiñamiento en mm. ($r=0,325$).

Perera (7), relacionó el crecimiento rotacional con el apiñamiento incisal, encontró que los sujetos con tendencia rotacional anterior, presentaban apiñamiento anteroinferior a un nivel de significación ($r = 0,51$, $p < 0,01$). En contraposición, en el presente trabajo valores mayores a la norma publicada de la variable sumang, situación que se da en el crecimiento rotacional vertical o posterior, arrojaron diferencias estadísticamente significativas y estuvieron ligeramente relacionados con el apiñamiento expresado en mm. ($r=0,325$).

Conclusiones

- Existe relación directa entre el **apiñamiento** anteroinferior y **retención** de los terceros molares.
- Los pacientes con **terceros molares** retenidos presentaron mayor suma angular **Sumang** respecto a los que no lo poseían.
- Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre **sumang** y el **apiñamiento**. Presentando mayor valor de **Sumang** aquellos pacientes que poseían apiñamiento de los que no lo poseían.
- Se registró débil correlación entre **sumang** y el valor del **apiñamiento** en mm.

Bibliografía

1-Linden E. F. van der: Theoretical and practical aspects of crowding in the human dentition. J Am Dent. Assoc. 89: 139-153. 1974

2-Björk, A.: Mandibular growth and third molar impaction. Acta Odon Scand. 14 : 231 - 272, 1956.

3-Björk, A.: Variations in the growth pattern of the human mandible. Longitudinal radiographic. study by implant method. J Dent Res. 42 : 400 - 411, 1963.

4-Björk, A.: Prediction of mandibular growth rotation. Am J Orthod. 55 : 585 – 99, 1969.

5-Schoot, van der E. Kuitert, R; Ginkel, F and Prhal. Clinical Relevance of Third Permanent Molars in Relation to Crowding after Orthodontic Treatment. J. Dental. 25(2): 167-69, 1997

6-Ades, A; Joondeph, D. R.; Little, Robert M.: A Long-Term study of relationship of third molars changes in the mandibular dental arch. Am. J. Orthod Dentofacial Orthop. 97 (4) : 323 - 335, April 1990.

7- Perera, P.: Rotational growth and incisor compensation. Angle Orthod. 57:39-49. 1987.

8-Richardson, M.: Late lower crowding in relation to skeletal and dental morphology and growth changes. Br Journal of Orthodontics. 23 : 249 - 254, 1996.

9-Meitehke, R; Behm Menthel, A: Correlations Between Lower Incisor Crowding and Incisor and Craniofacial Morphology. Am. J. Ortho. Dentofac. Orthop. 94(3):231-239, 1988.

10-Dawson, P.: Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento de los Problemas Oclusales. Ed. Mundi 1ª ed. Pp 405-407

11-Erdem, D; Ozdeler, E.: Third Molar impaction in extraction case treated with the Begg technique. Europ J. Orthod. 20: 263-270, 1998.

12-Proffit, W: Ortodoncia Teoría y Práctica .2ª Ed. Ed Mosby. Madrid España. Pp 95-112. 2002

13-Collante, C.I.; Lockett, M.E. Relación del ángulo goníaco con terceros molares inferiores y el apiñamiento dentario antero-inferior. www.unne.edu.ar/2003/comunicaciones/03-Médicas/000-M-Indice-Web.htm-88k

14-Collante, C.; Lewintre, M.: ¿Es posible predecir la retención de terceros molares inferiores?. RAOA Revista de la asociación odontológica argentina. vol. 93 nº 1. enero/marzo de 2005-Pp 51-53.

15-Jaraback, J.; Fizzell, J.: Aparatología del Arco de Canto con alambre delgado. Ed. Mundi. Buenos Aires. Tomo 1. pp. 137-157, 1975.

Información para los autores

La Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste es una publicación académica arbitrada, con una periodicidad trimestral para la publicación de artículos que contribuyan al debate actual de temas relacionados con la odontología y una amplia gama de disciplinas, perspectivas teóricas, enfoques y casos clínicos.

Normas de publicación

Sólo se reciben para su publicación materiales inéditos. Los trabajos podrán ser:

A. **Artículos Científicos:** tendrán una extensión aproximada no superior a 15 páginas - A4 a doble espacio, y contendrá los siguientes apartados:

- Título y subtítulo explicativo.
- Autor/es (nombre, perfil académico y profesional), dirección de correo electrónico.
- Presentación o resumen: un máximo de 10 líneas en español e inglés o portugués.
- Palabras clave en español e inglés o portugués.
- Desarrollo del artículo (podrán incluirse aquí esquemas, gráficos o fotografías).
- Introducción.
- Materiales y métodos.
- Referencias: Al final se incluirá la bibliografía con los siguientes criterios

Libros: apellidos e iniciales del autor en mayúsculas, año de edición (entre paréntesis), título (en cursiva, si es posible), lugar de edición, editorial.

Artículos: apellidos e iniciales del autor en mayúsculas, año de edición (entre paréntesis): título entre comillas, nombre de la revista (en cursiva, si es posible), número de páginas que comprende. Si coincidieran trabajos de un mismo autor publicados en el mismo año, se pondrá además del año a, b, c,... según corresponda. Cuando la fuente de información se trate de revistas electrónicas, deberá añadirse además en cursiva y entre paréntesis su dirección en Internet.

Las notas: Si las hubiere, se incluirán al final del trabajo y se remitirán a la bibliografía citada, incluyendo únicamente entre paréntesis el primer apellido (con letras mayúsculas), año, página.

B. Reseñas bibliográficas (revisión, actualización bibliográfica)

Referencia a libros, revistas, páginas electrónicas mencionando: Título y subtítulo explicativo. Autor, nombre de la editorial, año de edición, cantidad de páginas.

Breve comentario sobre el contenido (el prestigioso sociólogo Michael Mann argumenta en este libro...)

C. Notas, experiencias pedagógicas, trabajos de extensión universitaria, otras experiencias que deseen difundir: 4 páginas máximo. Deberá contener: Los mismos apartados que artículos

- Título y subtítulo explicativo.

- Autor (nombre, perfil académico y profesional), dirección de correo electrónico.

Presentación/resumen: un máximo de 10 líneas en español e inglés o portugués.

Palabras clave. (idem)

Desarrollo del artículo: podrán incluirse aquí esquemas, gráficos o fotografías en un formato gráfico de amplia difusión.

Referencias: Al final se incluirá una bibliografía ordenada alfabéticamente y con los siguientes criterios (normas APA).

C. Comentarios de actualidad: efemérides, agenda, artículos periodísticos que merezcan ser comentados: 3 páginas máximo.

D. Ensayos: informe, monografías, memoria, producción escrita durante el cursado de estudios de posgrado como requisito de aprobación de módulos o trabajo final.

Los trabajos originales se presentarán en papel y en soporte informático compatible preferentemente con Microsoft Word para PC. Asimismo, en el disquete o disco compacto debe figurar una etiqueta con el nombre del autor y el nombre del archivo también podrán enviarse por correo electrónico, con el archivo anexado al e-mail.

El Comité de Redacción se reserva el derecho de incluir los artículos o comentarios en función de las necesidades de la Revista.

Los puntos de vista y afirmaciones de los autores son de su exclusiva responsabilidad.

