

Memorias Científicas de la F.O.L.P
Universidad Nacional de La Plata

2011

Queda rigurosamente prohibido, sin la autorización escrita de las autoridades de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata y titular del "Copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamos públicos.

EDUFOLP no se responsabiliza por el contenido de las publicaciones, siendo las mismas de estricta y total responsabilidad de los autores.

IMPRESO EN ARGENTINA

Memorias Científicas de la F.O.L.P. 2011

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata
99 ejemplares de distribución Gratuita 202 p.; 23 x16 cm.
Editorial EDUFOLP
Calle 51 e/ 1 y 115 La Plata Provincia de Buenos Aires

La Plata, Diciembre de 2011.

ISBN: 978-950-34-0661-8

Comité Evaluador

- MEDINA, Maria Mercedes
- IRIQUÍN, Stella Maris
- MICINQUEVICH, Susana
- KITRILAKIS, Alicia
- DURSO, Graciela
- IRIGOYEN, Silvia
- MILAT, Edith
- RICCIARDI, Alfredo
- MIGUEL, Ricardo
- LAZO, Sergio
- MOSCONI, Etel

OPINIÓN DEL ESTUDIANTE EN LA EVALUACIÓN DOCENTE

Albarracín, S.; Tomas, L. J.; Medina, M. M.; Coscarelli, N.; Irigoyen, S.; Rueda, L.; Mosconi, E.; Papel, G.; Seara, S.; Cantarini, M.; Saporitti, F.
Facultad de Odontología, UNLP albarracin@folp.unlp.edu.ar

Hay un consenso universal en reconocer la importancia que tienen los procesos educativos tanto para el desarrollo de las personas como para el de las sociedades; así lo expresa la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) al considerar que "la educación representa un elemento indispensable para el desarrollo y el progreso económico y humano" (UNESCO, 1997). De aquí que en las últimas décadas se han realizado enormes esfuerzos en el mundo por mejorar la calidad educativa. Un punto sustantivo para promover la calidad educativa es cómo ocurre el ejercicio docente en la facultad y el salón de clases, ya que en buena parte el resultado deriva de la manera como se ejerce la enseñanza⁽¹⁾. El desempeño de los profesores es crucial para poder llevar a cabo cualquier reforma educativa, y si ellos no modifican sus prácticas todo seguirá igual. Un aspecto bien documentado en la investigación educativa es que el ethos o clima escolar, correspondiente al nivel de tensiones o armonía que se logra establecer en las relaciones interpersonales de todos los sujetos del proceso educativo (profesores-alumnos), constituye un factor de suma relevancia tanto para el logro de los propósitos educativos, como para el buen desempeño de la gestión educativa y la calidad de vida que se tiene en la experiencia universitaria⁽²⁾. Un ethos positivo se logra cuando se establece un ambiente de colaboración, cuando se tienen mecanismos para establecer propósitos comunes por medio de consensos, cuando se promueven y respetan los derechos de sus integrantes, cuando hay procedimientos legítimamente constituidos para resolver las diferencias y en las tomas de decisiones⁽³⁾. Todos los procesos de evaluación para contribuir al ethos institucional deben estar legítimamente constituidos. Este trabajo presenta los resultados de la aplicación del Cuestionario de Opinión del Estudiante sobre la Docencia en materias del área básica y del área profesional impartidas durante el ciclo 2007-2008, en la Facultad de Odontología de la UNLP. El objetivo fue mostrar la utilidad del empleo de cuestionarios para evaluar el desempeño docente mediante la opinión de los estudiantes en diversos aspectos de la evaluación institucional. En este estudio, observacional, transversal y comparativo se presentan los resultados obtenidos con la aplicación del COED en materias del área de formación básica y del área de formación profesional del actual currículum de la FOUNLP que se impartieron durante el año académico 2007-2008. En total se evaluaron 1100 unidades docente/grupo y 10155 cuestionarios en los que los estudiantes emitieron su opinión sobre el desempeño docente de sus profesores. El instrumento, compuesto por 36 reactivos para los cursos de

teoría y de 41 para los cursos de prácticas, requiere que los estudiantes emitan su opinión sobre el desempeño de sus profesores en ocho dimensiones básicas propias del quehacer docente frente a un grupo y en una más para la evaluación específica de los cursos de prácticas o laboratorios: 1) Puntualidad y asistencia; 2) Cumplimiento con el programa académico; 3) Metodología docente; 4) Empleo de materiales de apoyo; 5) Actitud hacia los estudiantes; 6) Evaluación de los aprendizajes; 7) Aplicaciones; 8) Satisfacción y 9) Actividades prácticas. El COED se aplicó en el ciclo lectivo 2007-2008, en cada uno de los grupos académicos de materias correspondientes a las áreas de formación básica y profesional de la carrera. Para ello, los estudiantes de cada grupo, al término de la unidad o curso correspondiente y en ausencia del profesor responsable de su docencia, respondieron el cuestionario en forma anónima, utilizando una hoja de lectura electrónica diseñada para el tipo de respuesta requerida. Las personas responsables de aplicar los cuestionarios ofrecieron las mismas instrucciones a todos los grupos y explicaron que su objetivo principal era obtener información para mejorar la docencia, por lo que se pedía a los alumnos contestar de la manera más honesta posible. En cada reactivo o ítem del cuestionario (que consiste de una afirmación sobre un aspecto esperado del quehacer docente) los alumnos opinan sobre el desempeño de sus docentes eligiendo una de cinco opciones (escala tipo Likert). Las respuestas a cada reactivo, en principio dadas en una escala de medición ordinal, se transforman a una escala numérica (continua), lo que permite obtener datos estadísticos, principalmente medidas de tendencia central y de variabilidad o dispersión, tanto para los propios reactivos como para las dimensiones o escalas a las que pertenecen. Los análisis estadísticos se llevaron a cabo mediante SPSS V.10 para Windows. Los resultados obtenidos con este tipo de cuestionario muestran que la FOUNLP posee una planta docente que, en general y de acuerdo con la opinión de sus estudiantes, exhibe un desempeño adecuado, además de ofrecer retroalimentación a la actuación docente individual, permite la comparación del desempeño docente por materias y niveles, así como fundamentar propuestas para su investigación y mejoramiento. En este sentido, debe formar parte de los instrumentos de todo programa de evaluación institucional.

Palabras Clave: Docente – Evaluación – alumno – Calidad – Institución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abalde, Muñoz y Ríos. "Evaluación docente vs. evaluación de la calidad", en Memorias del Tercer Congreso Virtual de AIDIPE, La Coruña, España, octubre del 2002.
2. Edmonds, R. Effective school for the urban poor. Educational Leadership, núm. 37, octubre, pp. 15-37. 1979.
3. García, G. J. "Los cuestionarios de evaluación de la docencia, las dimensiones de la efectividad docente y los resultados de la investigación. México, UNAM/Plaza y Valdés, pp. 37-47. 2004.

LA MEDIACIÓN TECNOLÓGICA EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL

Cantarini, M.; Medina, M.; Coscarelli, N.; Rueda, L.; Mosconi, E.; Albarracin, S.; Irigoyen, S.; Tomas, L.; Papel, G.; Seara, S.; Saporitti, F.

Facultad de Odontología, UNLP cantarini@folp.unlp.edu.ar

Este trabajo presenta un análisis de la utilización de las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, desde el año 2008 hasta la actualidad. Dicho análisis será abordado desde una perspectiva que propone la elección, combinación y utilización de mediaciones tecnológicas en forma reflexiva, contextualizada y estratégica(1). Específicamente, nos centraremos en la experiencia de Educación Semi – presencial que se desarrolla desde hace 3 años en nuestra Facultad, donde 6 asignaturas complementan su actividad presencial, a través de la Plataforma de Enseñanza Virtual Moodle, las mismas son: Odontología Legal, Introducción a la Odontología, Histología y Embriología, Cirugía A, Curso de Adscripción a la Docencia y Odontología Preventiva y Social. La utilización de esta aplicación permite una comunicación fluida entre profesores y alumnos, a la vez que posibilita el aprendizaje en red de manera colaborativa(3). Al mismo tiempo, se utiliza esta Plataforma para socializar producciones científicas, realizar Encuestas y cursos de Informática e inglés(2). El objetivo general del trabajo es analizar la influencia de las TICs en la enseñanza de las asignaturas de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, en el período comprendido desde el año 2008 hasta la actualidad. Los objetivos específicos son: a) Relevar las actividades realizadas por las asignaturas que cuentan con cursos activos en la Plataforma Moodle; b) relevar el grado de adaptación de los usuarios al sistema semi – presencial implementado; c) evaluar la importancia de la incorporación de clases semi – presenciales en la consecución de los objetivos planteados por las asignaturas; d) Innovar en la comunicación entre docentes y estudiantes a través de la implementación de nuevas tecnologías de la información y la comunicación. Es un estudio de tipo descriptivo – analítico, la población está conformada por los 9.214 usuarios registrados activos en los distintos cursos habilitados en la Plataforma de Enseñanza Virtual Moodle de la Facultad de Odontología de la U.N.L.P. en el periodo comprendido entre los años 2008-2010. La muestra seleccionada está constituida por los usuarios matriculados durante el lapso de tiempo establecido en el curso de Odontología Preventiva y Social. Dicha elección se sustenta en la intensa actividad que registra el mencionado curso, cuenta con 2.997 usuarios registrados-activos (entre docentes y estudiantes); asimismo es la asignatura pionera en adoptar e- learning como metodología de enseñanza y la única que ha estado en funcionamiento durante el período que abarca el presente trabajo. Por lo tanto, a los fines de aportar datos confiables y

válidos, se considera que Odontología Preventiva y Social es la opción más representativa para el logro de los objetivos planteados en este estudio. Los datos fueron relevados a partir de consultas realizadas a la Plataforma a través de MySQL, siendo el mismo un sistema de gestión de bases de datos relacional GNU GPL (General Public Licence). De los usuarios registrados-activos en Odontología Preventiva y Social un 12% tuvo inconvenientes de adaptación al nuevo sistema de enseñanza basados en las estadísticas de consultas realizadas al sistema de Tutorías. Del mismo modo y como se mencionó anteriormente, fue la primera en implementar este tipo de cursada semi – presencial dentro de la FOLP. Hasta la fecha se dispusieron 33.306 parciales en línea: un 93,8% realizó sin problemas las evaluaciones, en un 0,5% se presentaron problemas de índole técnico/capacitación, y un 5,7% de inasistencias; se realizaron 87.825 tareas (94.9%) y se presentaron 82 incumplimientos (5,14%); de 8.749 estudiantes/docentes (número que corresponde a la cantidad total de usuarios que participaron de esta experiencia en Odontología Preventiva y Social a lo largo de los 3 años) el 90% participó de foros/chats, sosteniendo el concepto de aprendizaje colaborativo. De las 7.952 consultas al Sistema de Tutorías online se tomó una muestra de 2.184, que corresponden a las consultas realizadas durante el año 2010, en donde el 12% (261) presentó dificultades de adaptación a la utilización de la Plataforma Educativa. Los resultados expuestos evidencian las ventajas de la utilización de las Nuevas Tecnologías en la enseñanza de la Odontología. La utilización del Entorno Moodle propició la fluidez en las comunicaciones entre docentes y estudiantes; y entre los estudiantes mismos. Los espacios de debate (foros y chats) enriquecieron las instancias de aprendizaje y la realización de las tareas demostró el éxito en la adopción de este modo de trabajo por parte de los usuarios en un 90% para actividades interactivas; 95% en la producción de material y un 93,8% en evaluaciones online. A partir de las consultas realizadas al Entorno Virtual mediante MySQL, logramos relevar las actividades efectuadas por los usuarios, lo cual nos permitió evaluar la importancia de la incorporación de clases semi-presenciales en la consecución de los objetivos planteados por las asignaturas, particularmente de Odontología Preventiva y Social.

Palabras Clave: Enseñanza –Tecnología – Innovación – Apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Assenza Parisi, V.: Formación profesional y motivación para la calidad total. OEI. Buenos Aires, Argentina. 1998.
- 2.- Litwin, E. (s/d): *Las nuevas tecnologías y las prácticas de la enseñanza en la universidad*. Disponible en www.litwin.com.ar/site/Articulos2.asp . 2005
- 3.- Salinas, J. *El aprendizaje colaborativo con los nuevos canales de comunicación*, 199 – 227; en Cabero, J. Nuevas tecnologías aplicadas a la educación. Madrid: Síntesis. 2000.
- 4.- Tedesco, J.C. Los desafíos de la Educación. Boletín CINTERFOR, N° 135. Montevideo. Pág.: 7-24. 1995

LA FORMACIÓN PROFESIONAL Y LAS COMPETENCIAS QUE DEMANDA EL MECADO LABORAL

Coscarelli, N.; Medina, M.; Mosconi, E.; Rueda, L.; Albarracín, S.; Irigoyen, S.; Papel, G.; Seara, S.; Tomas, L.; Cantarini, M.; Saporitti, F.

Facultad de Odontología, UNLPcoscarelli@folp.unlp.edu.ar

Los cambios que se están procesando en los mercados laborales hacen que las posibilidades de inserción laboral sean cada vez más complejas, lo que lleva al cuestionamiento de los perfiles de capacitación buscando brindar las competencias indispensables para el ingreso al mercado de trabajo en las mejores condiciones posibles(3). Las particulares condiciones del contexto actual hacen, entonces, que los sistemas educativos enfrenten el desafío de mantener su relevancia social y requieren observar la inserción efectiva de los egresados para reconocer la eficiencia de la formación impartida(1). Las Facultades forman un recurso humano entregándole a los estudiantes una serie de conocimientos, destrezas y actitudes, esperando que las desarrollen y las apliquen después durante su ejercicio profesional, sin embargo una vez que los alumnos egresan y se corta el nexo con la institución que los formó nada se sabe de sus inquietudes, de las fortalezas y debilidades de su formación, de sus necesidades de perfeccionamiento y de los problemas que deben enfrentar en su desempeño profesional. Es por ello que la formación de profesionales requiere una permanente evaluación con el objeto de adecuarla al contexto socio-económico, para lograr un recurso humano calificado para desempeñar actividades que permitan resolver problemas cada vez más complejos enfrentados por las sociedades modernas(2). En el marco de un proyecto institucional sobre evaluación y seguimiento de egresados de la FOLP y ante los cambios socio-económicos de los últimos tiempos, este trabajo presenta los resultados parciales sobre la inserción laboral de los odontólogos, analizando la actividad profesional de egresados de diferentes cohortes, dado que las instituciones formadoras deben responder al carácter cambiante de los entornos laborales mediante procesos de investigación-acción. Se analizó el destino laboral de los egresados de la FOLP en los años 1996 y 2005, para lo cual se estableció la formas de ejercicio profesional, el grado de satisfacción con el volumen de trabajo, el tiempo en insertarse laboralmente desde su graduación, para luego realizar una comparación de la situación laboral entre ambas cohortes. Es un estudio transversal descriptivo. El universo a estudiar son los egresados de la FOLP de los años 1996 y 2005. Se utilizó como fuente de documentación los datos sobre los egresados proporcionados por el CESPI y la Secretaría de Postgrado de la FOLP La información se obtuvo a través de una encuesta estructurada aplicada por vía telefónica, por correo electrónico y en forma personal. Las variables analizadas son ejercicio profesional (si realiza o no ejercicio de la profesión), formas de ejercicio profesional

(independiente, en relación de dependencia, ambas modalidades u otras actividades relacionadas con la profesión), grado de satisfacción con el volumen de trabajo (muy bueno, bueno, regular o malo), y tiempo en insertarse laboralmente (más o menos de 6 meses desde su graduación). La información obtenida fue ingresada en una base de datos para su recuento y procesamiento. Se estableció la "f" y la "f%" .La presentación de los datos se realizó utilizando gráficos y tablas mediante el sistema computacional Excel. El análisis de las encuestas arrojó los siguientes resultados: con respecto a los egresados 1996 sobre un total de 320 egresados se obtuvo información de 234 (73,12%) que respondieron el 89,32% realiza ejercicio de la profesión, de los ellos el 65,55% lo hace en forma independiente, el 23,92% en relación de dependencia, el 10,53% ambas formas; en cuanto al volumen de trabajo el 15,79% lo considera muy bueno, el 43,54% bueno y el 40,67% regular; en cuanto al tiempo en insertarse laboralmente desde su graduación el 61,24% respondió menos de 6 meses y el 38,76% tardó más de 6 meses. No ejercen la profesión el 10,68%. De los egresados del año 2005 sobre un total de 323 se obtuvo información de 139 (43,03%), de los cuales el 92,09% realiza ejercicio de la profesión, en forma independiente el 54,69%, en relación de dependencia el 29,69%, y en ambas formas el 15,62%; el 10,16% considera su volumen de trabajo muy bueno, el 35,94% bueno, el 21,09% regular y el 32,81% malo; El 43,65% tardó menos de 6 meses en insertarse laboralmente, y el 56,25% tardó más de 6 meses. No ejercen la profesión el 7,91%. El análisis de las encuestas indica que un alto porcentaje de los egresados del año 2005 considera que el volumen de trabajo es regular o malo, y tardó más de 6 meses en insertarse laboralmente, en relación a los egresados 1996 el mayor porcentaje considera que su volumen de trabajo es bueno o muy bueno y tardó menos de 6 meses en insertarse laboralmente. Es necesario un seguimiento de egresados continuo para conocer las dificultades para insertarse en el mercado de trabajo, y una permanente evaluación del proceso de formación a partir de un análisis crítico que permita la integración entre plan de estudio, inserción laboral y necesidades de salud de la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado Rodríguez, M.E.: El seguimiento de egresados de estudios Profesionales. Serie: Sobre la Universidad N° 11.CISE,México, UNAM. 1993.
2. Assenza Parisi, V.: Formación profesional y motivación para la calidad total. OEI. Buenos Aires, Argentina. 1998.
3. Gómez Campos, V.M.: Educación Superior, Mercado de Trabajo y Práctica Profesional. Antología de Evaluación Curricular. México. UNAM. 1990.
4. Jacinto, C. "Desempleo y transición Educación-Trabajo en jóvenes de bajos niveles educativos" en *Rev.Dialógica*, vol.1/N°1, 1996.

CORRELACIÓN DE INTRODUCCIÓN A LA ODONTOLOGÍA Y BIOQUÍMICA ESTOMATOLÓGICA

Irigoyen, S.; Medina, M.; Saporitti, F.; Albarracin, S.; Seara, S.;
Coscarelli, N.; Tomas, L.; Mosconi, E.; Cantarini, M.; Rueda, L.; Papel, G.

Facultad de Odontología, UNLP

irigoyen@folp.unlp.edu.ar

El curso de Introducción a la Odontología es la primera asignatura de la carrera de Odontología. Pertenece a primer año, primer bimestre. Tiene una carga horaria de ciento treinta y dos horas (132 horas). Su carga horaria semanal es de veintidós horas (22 horas), y su período de cursada es entre los meses de febrero – marzo. Esto significa que su desarrollo curricular es intensivo. Pertenece al ciclo Propedéutico de la carrera y depende del Consejo Interdepartamental. Es correlativa de todos los primeros cursos del ciclo Básico Socio epidemiológico: Anatomía I, Biología General I, Odontología Preventiva y Social I, Biofísica I y Bioquímica Estomatológica I, todas pertenecientes al primer cuatrimestre(1). Los contenidos del curso Introducción a la Odontología se abordan a partir de tres ejes temáticos. El primer eje se centra en el hombre como integridad bio-psico-social. Introduce al alumno en conocimientos biológicos y psicosociales pero además lo inicia en conceptos elementales de salud. El segundo eje brinda las herramientas necesarias para su interpretación como alumno universitario, con metodologías estratégicas integrales al sistema curricular de la Unidad Académica, dando además las primeras nociones del idioma inglés. El tercer eje inicia al alumno en diversas actividades por medio de las cuales adquieren habilidades y destrezas para la formación clínico profesional. La conjunción de los tres ejes temáticos permiten al alumno ingresante a la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, que adquiera autonomía intelectual para favorecer su evolución como estudiante universitario y preparándolo para una educación continua(3). Estos espacios otorgan la instrumentación teórica – práctica que le permita lograr su propio proceso de aprendizaje en forma crítica, creativa y autónoma a través del dominio de diferentes momentos y el manejo de fuentes de información con la elaboración y organización de la misma y su posterior expresión en forma oral, escrita y práctica. Desde el recorrido curricular de Bioquímica Estomatológica I nos interesa los contenidos que pertenecen al primer eje temático de Introducción a la Odontología, (visión del hombre como ser Biopsicosocial) y del aspecto biológico(2). Analizando las unidades temáticas de este eje temático los contenidos importantes para nuestra asignatura son: Aparición de la vida, sus elementos constituyentes, Ribosomas, Ácidos Nucleicos, composición del ADN y ARN. Hidratos de Carbono Lípidos. Con referencia al aspecto odontoestomatológico, el eje temático biopsicosocial contiene los siguientes contenidos de sumo interés en nuestra asignatura y estos son: La boca como cavidad orgánica. El

sistema dentario. Estructura del diente, funciones, grupos dentarios. Mucosas. Características clínicas, entre otras. Con el objeto de que la evaluación sea continua, también se evalúa toda actividad que desarrolla el alumno en el transcurrir de la cursada mediante el seguimiento que cada docente realice. En este caso se valora el esfuerzo de la lectura del tema pertinente, la voluntad por aprender, las inquietudes, el material didáctico que presentan y la participación en clase. Estas actividades se centran en el entendimiento de las estrategias de evaluación como instancias fundamentales para el aprendizaje. De tal manera que el error no se sanciona sino que se orienta al alumno hacia la visión correcta y tratando de construir colectivamente el aprendizaje(4). De tal manera que el error no se sanciona sino que se orienta al alumno hacia la visión correcta y tratando de construir colectivamente el aprendizaje. Es importante concluir que todas las actividades referidas a clases y evaluaciones se desarrollan con docente fijo, de tal manera que a lo largo del recorrido curricular se genera un excelente raport docente – alumno. Con respecto a la presentación que nos ocupa el módulo Biológico (MB) de Introducción a la Odontología del año 2009 de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, contiene importantes contenidos aplicables a Bioquímica Estomatológica curso I. El objetivo del trabajo fue investigar como contenidos adquiridos previamente favorecen en los alumnos el desarrollo de una cursada correlativa. Como resultado de este análisis quedó demostrado que el 60% de las pruebas integradoras mostraron aspectos significativos (notas 10, 9, 8 y 7) que permiten interpretar la aprehensión de contenidos de Introducción a la Odontología. El 25 % de las pruebas integradoras muestran una relación parcial de los contenidos previos (notas 6, 5, y 4). El 15 % restante de las pruebas mostraron marcadas dificultades para relacionar ambos contenidos por lo que debieron recuperar los mismos (notas 3, 2 y 1). Se concluye que los resultados obtenidos se infiere que existe una interconexión creciente entre el curso Introducción a la Odontología y Bioquímica Estomatológica I siendo una estrategia académica – pedagógica para posteriores años de la carrera.

Palabras Clave: Contenido – Articulación – Enseñanza – Correlación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hilas, E.; Anarawos, A. (1992) "Metodología del aprendizaje". Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.
2. Irigoyen, S. A. y colaboradores (2008) "Manual de Bioquímica Estomatológica. Aspectos específicos" Edit. CEOLP. La Plata.
3. Medina, M. M. y colaboradores (2008) "Guía de Introducción a la Odontología". Módulos I y II. Edit CEOLP. La Plata.
4. Obiols, G. (2005) "Como estudiar. Metodología del aprendizaje". Ediciones Novedades Educativas. Buenos Aires.

EL RENDIMIENTO ACADÉMICO Y EL CONSTRUCTO LOCUS DE CONTROL

Medina, M. M.; Tomas, L. J.; Coscarelli, N.; Irigoyen, S.; Albarracín, S.; Rueda, L.; Mosconi, E.; Papel, G.; Seara, S.; Cantarini, M.; Saporitti, F.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

El rendimiento académico de los estudiantes ha sido fuente constante de preocupación entre las IES. La Facultad de Odontología de la UNLP, después de haber adecuado su plan de estudios a las demandas de la sociedad en el año 1994 introduciendo modificaciones curriculares acordes con las necesidades de la región y transitado a la vez los caminos hacia las tendencias actuales educativas que imperan en las esferas universitarias, ha logrado producir cambios significativos entre el actual egresado y el profesional que se formó en los comienzos de la Carrera en la década del 60. Esas transformaciones han propiciado el desarrollo de múltiples investigaciones, donde se han estudiado variables de tipo cognoscitivas, afectivas, motivacionales, sociales, económicas y curriculares, que puedan influir en el rendimiento académico del estudiante que se prepara en la institución universitaria. El objetivo de la presente investigación fue la de relacionar dicha variable con el constructo Locus de Control, en sus niveles de externalidad, internalidad y otros poderosos, con las conductas que manifiestan los alumnos en su vida académica. El constructo Locus de Control (LC) surge de la teoría del Aprendizaje de Rotter J. B., que construye el concepto de Locus de Control definiéndolo como la percepción de una persona de lo que determina (controla) el rumbo de su vida. Es el grado en que un sujeto percibe que el origen de eventos, conductas y de su propio comportamiento es interno o externo a él. Cuando el sujeto percibe que los acontecimientos en los que se encuentra involucrado no dependen enteramente de alguna acción suya sino que son el resultado de la suerte, el azar, el destino, como algo bajo control de otros o como algo impredecible debido a la gran complejidad de fuerzas que lo rodean, entonces el control de la situación es externo. Pero si percibe que son el resultado de su propia conducta o de sus características personales relativamente permanentes, el control es interno. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y correlacional ya que se limita al análisis de acontecimientos, tal cual ocurren en los individuos, y a la relación que existe entre dichos acontecimientos (rendimiento académico y Locus de Control). La población o universo estadístico está conformada por todos los estudiantes regulares cursantes de las asignaturas Biofísica I y Odontología Preventiva y Social I correspondientes a 1er año de la carrera de Odontología para el período académico 2007-2008. La muestra fue seleccionada de los listados de ambas asignaturas emanados por la Dirección de Enseñanza de la FOLP a través de una Tabla de Números Aleatorios, hasta conformar el 30% de la matrícula de dichos cursos. Para

medir el constructo Locus de Control se utilizó la escala I-E de Levenson, en versión al castellano de Romero García. Dicha escala es un instrumento compuesto por 24 enunciados organizados en un formato de respuestas tipo Lickert, con seis alternativas de respuestas que van desde "completamente en desacuerdo" (#1), hasta "completamente de acuerdo" (#6). El total de ítems está dividido en tres sub-grupos de 8 ítems cada uno que miden respectivamente la Internalidad, la Externalidad y Otros Poderosos. El rendimiento académico de los estudiantes se obtuvo a través de las actas de las calificaciones finales de los cursos de Biofísica I y Odontología Preventiva y Social I correspondientes a 1er año de la carrera de Odontología para el período académico 2007 - 2008. Se utilizó un programa estadístico que posibilitó el cálculo descriptivo necesario. Los estadísticos utilizados para tal fin fueron la Prueba "t" de Student para la comparación de los resultados del grupo en ambas asignaturas y el Coeficiente r de Pearson para establecer el grado de correlación entre el rendimiento académico y el Locus de Control. El rendimiento académico de los estudiantes del primer año de la carrera de Odontología de la UNLP, expresado en las notas definitivas de las asignaturas Biofísica I y Odontología Preventiva y Social I se puede considerar como bueno, ya que en una escala evaluativa del 1 al 10, fue de 6,2 Puntos y de 6,5 Puntos respectivamente. Se nota diferencia en el índice de aplazados y repitientes en ambas asignaturas, Odontología Preventiva y Social presenta el 1% y Biofísica I el 10% .Las características de los estudiantes en cuanto a adjudicar sus logros o fracasos a factores externos como la suerte o el azar, y a factores internos que es tener el control y responsabilidad de sus actuaciones, y a la influencia que otras personas que los marca o los determina (otros poderosos), no guarda relación con los logros académicos que se obtuvieron en asignaturas de diferente naturaleza como son Biofísica I y Odontología Preventiva y Social I dentro del curriculum de la carrera de Odontología de la UNLP. Los resultados obtenidos luego de la aplicación de la Escala E-I de Levenson para medir el Locus de Control y la revisión de las calificaciones definitivas de los alumnos en los cursos de Biofísica I y Odontología Preventiva y Social I evidenció la existencia de una correlación de rango débil entre las dos variables.

Palabras Claves: Locus de control, externalidad, internalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Geringer A. Puertas E. La Práctica Odontológica en Venezuela. Alfa Impresores. Valencia - Venezuela. (1999).
- 2.-Romero O. Locus de Control y rendimiento académico. Universidad de Los Andes. Laboratorio de Psicología. Mérida - Venezuela. .(1989).
- 3.-Rotter J.B. Generalized expentancies for internal versus external control of reinforcement. Physiological Generally Applied. Volumen 80. 1966.
- 4.-Sierra Bravo, R. Técnicas de investigación social: Teoría y ejercicios. Madrid: Paraninfo. (2003).

LA INNOVACIÓN METODOLÓGICA Y LA INTERACCIÓN DOCENTE – ALUMNO

Mosconi, E.; Coscarelli, N.; Medina, M.; Rueda, L.; Albarracín, S.; Irigoyen, S.; Papel, G.; Seara, S.; Tomas, L.; Saporiti, F.; Cantarini, L.

Facultad de Odontología, UNLP

mosconi@folp.unlp.edu.ar

El avance de la ciencia odontológica y las crecientes necesidades de salud oral del conjunto social, obligan a las instituciones formadoras a replantearse sus actuales hábitos de enseñanza y revisar su estructura en pos de adaptar el planteo de la enseñanza a los nuevos requerimientos sociales, científicos y tecnológicos(1). La Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata no está ajena a esto, es por ello que se realizó en el año 1990 una gran reforma curricular, ajustada en el año 1994, que es la que está en curso, y con ella se permite optimizar la enseñanza que se imparte, la asistencia a la comunidad en la que se desarrolla y la investigación que realiza. El presente trabajo de innovaciones metodológicas, pretende que los estudiantes construyan el conocimiento a través de la interacción, que desarrollen la capacidad de autoaprendizaje, y así lograr profesionales con espíritu crítico, curiosidad científica, iniciativa y responsabilidad social(2). El objetivo a lograr mediante estrategias de enseñanza o innovaciones metodológicas es construir conocimiento a través de la interacción, desarrollar la capacidad de autoaprendizaje y formar estudiantes con espíritu crítico, curiosidad científica, iniciativa y responsabilidad(3). Las innovaciones metodológicas se sustentan en un modelo de Educación Odontológica basado en el aprendizaje-servicio. En el marco de esta reforma se fomentará la: capacidad de observación, de trabajo en equipo, de desarrollar responsabilidades, la capacidad de aplicar la teoría a la práctica, la capacidad para organizar y planificar, y el compromiso ético(4). Las estrategias metodológicas pasan por la planificación de contenidos, con los objetivos a lograr (cognitivos, psicomotores, afectivos), asignación de roles y autoevaluación, en clases presenciales y no presenciales, utilizando instrumentos gráficos para representar las estructuras del conocimiento que ayudarán a organizar, resaltar, estructurar y elaborar. Las principales estrategias presenciales de enseñanza-aprendizaje a aplicar son: -Dinámicas grupales que tendrán por objeto el aprendizaje del alumno, principalmente en la integración de conceptos teóricos y prácticos (Seminarios, Paneles, Debate, Diálogo, Foro etc.); -Clases Prácticas para acercarlos a la realidad (Estudio de Casos, Análisis Diagnósticos, Problemas, Aula informática);-Talleres: para construir el conocimiento a través de la interacción entre docente y estudiantes. Se completa la formación con: -sesiones monográficas; -Tutorías: atención personalizada, basada en el modelo de enseñanza centrado en el alumno, se desarrollarán actividades diseñadas por los docentes, tal que el alumno

asuma un papel protagónico. Estas actividades perseguirán diferentes objetivos tales como: recuperación de información previa, tutorías dirigidas a resolver los errores habituales cometidos por los alumnos en el aprendizaje de ciertos temas, tutorías de aplicación de temas, tutorías destinadas al análisis de textos;-Consultas: se ofrecerá a los alumnos períodos de consulta con sus docentes. Los mismos contarán, durante todo el curso, con 5 (cinco) horarios semanales de consulta. Teniendo en cuenta las posibilidades reales para llevar a cabo las estrategias de enseñanza-aprendizaje, se acordaron las siguientes propuestas metodológicas: Tener una relación docente-alumno, de 1 (uno) docente cada 10 (diez) a 20 (veinte) alumnos. La carga horaria por semana será de 6 (seis) horas semanales, divididas en desarrollo del tema y su aplicación odontológica, durante 15 (quince) semanas (total 90hs). Organizar reuniones de planificación y búsqueda de información. Integración e interrelación de los docentes que permita que los alumnos participen activamente, y reciban conocimientos con el mayor grado de objetividad. Las actividades curriculares se planifican con una semana de antelación, de manera que el alumno tiene la oportunidad de adquirir la información necesaria anticipadamente. Se confeccionará una Ficha de Planificación Didáctica por cada clase, donde quedarán establecidos: Contenidos de la unidad temática, Objetivos: cognoscitivos, psicomotores y afectivos, Metodología de enseñanza: como enseñar los contenidos en función de los logros formativos que se buscan, Recursos, Bibliografía y Forma de Evaluación. El Plan de Estudios de la FOLP surgido de la nueva estructuración curricular, incluye consideraciones referidas a los procesos de enseñar y aprender, que suponen importantes replanteos en las estrategias de enseñanza y en la relación docentes – alumnos – conocimientos - realidad social. Como conclusión, esta experiencia, o nuevo modelo de enseñanza, permitió enfatizar la atención personalizada de los estudiantes que enfrentan el desafío de adquirir y manejar informaciones básicas, técnicas y destrezas profesionales, además de garantizar aspectos de formación personal, social y científica. La evaluación se contempla en el marco del Programa “Evaluación y Seguimiento de Alumnos y Egresados de la FOLP”.

Palabras Clave: innovación – Enseñanza – Estrategia – Aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA

1. Apple, M.W.: *Ideología y Curriculum*. Ed. Brasiliense, Sao Paulo. Brazil. 1992
2. Barquera, H.: *Las Principales propuestas pedagógicas en América Latina. Investigación y Evaluación de innovación en educación de adultos*. Centros de Estudios Educativos. Ed. Mimeo, México. 1982
3. Galli, A.; Castro, C.: *Curriculum y Programación*. OPS/OMS. Washington. 1992
4. Kancepolski, J.; Ferrante, A.: *El Proceso de Enseñanza y Aprendizaje*. OPS/OMS. Washington. 1992.

REFLEXIÓN ACADÉMICA EN LOS ESTUDIANTES DE LA FOLP

Papel, G.; Medina, M.; Coscarelli, N.; Rueda, L.; Mosconi, E.; Albarracin, S.; Irigoyen, S.; Cantarini, M.; Tomas, L.; Seara, S.; Saporitti, F.

Facultad de Odontología – UNLP

papel@folp.unlp.edu.ar

Una de las etapas en la que más pesan las decisiones es la universitaria; definen una gran parte de la vida futura. ¿Qué estudiar y dónde estudiar? Una buena toma de decisión en este caso, a su vez, depende de haber dispuesto de la mejor información disponible. La incorporación masiva de estudiantes con perfiles altamente heterogéneos ocurrido en las últimas décadas y la incomodidad que producen en los docentes los elevados niveles de fracaso académico determina la necesidad de una correcta reflexión pedagógica. Es una realidad que el número de estudiantes ha crecido en los últimos años más de lo que se esperaba, de tal manera, que el número de postulantes ha sobrepasado considerablemente el número de plazas disponibles de estudio. Esto limita en parte la libre elección de la universidad; para algunas carreras universitarias. Podemos coincidir sobre las dificultades que encuentran los alumnos al momento de iniciar una carrera, las causas más frecuentes son la falta de interés, insuficiente formación previa, falta de hábitos de estudio, carencia de materiales, etc. Somos conscientes que existen ciertos problemas de la enseñanza universitaria, para lograr el aprendizaje y la permanencia, algunos inherentes a la comunicación de los conocimientos científicos que constituyen un sentido central para la reflexión. En referencia al motivo de elección en los jóvenes de la carrera, está basado en primer lugar por factores motivacionales; en relación con el vínculo con la Universidad, debemos pensar en distintos factores: el prestigio (buen nivel académico), por la cercanía a su domicilio, por amistades que continúan en esa Universidad, por azar, por ser gratuita. En los últimos años el acceso a los estudios universitarios representa uno de los temas recurrentes en el ámbito universitario, no solo por su alcance coyuntural, sino por las relaciones que éste reconoce con las condiciones estructurales propias del sistema educativo en general y del nivel universitario en particular. Las Facultades en nuestro país vienen focalizando en los últimos años el tramo curricular del ingreso y el primer año, lapso considerado crucial y definitorio para la inclusión o exclusión de los sujetos en la vida universitaria. De allí surge la importancia de facilitar a los ingresantes que presenten algún tipo de dificultad su inserción adecuada al sistema universitario, sobre la base de un estudio independiente, esencial para el logro de una adecuada autoestima académica que favorezca su desarrollo personal y social. Los alumnos ingresantes a la carrera que por diversos motivos presentan dificultades o bajo rendimiento académico se deberían implementar acciones de seguimiento a través de actividades de equiparación de oportunidades que tomen diversos aspectos, como por ejemplo formación

de grupos de apoyo y tutorías. Este trabajo tiene por objeto comparar el rendimiento académico de los alumnos que aprobaron Introducción a la Odontología con el obtenido en las materias de 1er Año de la carrera, a partir del motivo de elección de la UNLP. Relacionar la media de notas de los ingresantes a la FOLP con los que cursaron el 1er año de la carrera. Determinar si el motivo de elección de la UNLP influye en el rendimiento académico de los ingresantes a la FOLP con los que cursaron el 1er año de la carrera. El presente trabajo consiste en un estudio transversal de tipo descriptivo. El universo lo constituyeron los alumnos que aprobaron el Curso de Introducción a la Odontología y alumnos de 1er año de la carrera de Odontología de la FOLP.

Como instrumento se utilizó una encuesta estructurada y las fuentes de documentación fueron los registros de calificaciones del Curso de Introducción a la Odontología y de asignaturas de 1er año. La información obtenida fue ingresada en una base de datos, a través de la cual se realizó su recuento, procesamiento y sistematización. La presentación de la información se realizó utilizando gráficos y tablas confeccionadas mediante el programa Microsoft Excel. Sobre un total de 474 alumnos que aprobaron Introducción a la Odontología, respondieron que el motivo de elección de la UNLP fue por su "Prestigio" el 25.93% obteniendo 4.74 de nota promedio, por ser "Gratuita" el 10.11% con nota 4.45, por ambas razones el 60.31% con nota promedio de 4.52, no contestó el 3.75%. Los alumnos de 1er año de la carrera fueron 334, de los cuales el 24.24% eligió la UNLP por su Prestigio, con una media de notas de 5.33; 17.36% eligió por ser gratuita, media de notas 5.23 y por ambas razones: 47.30% alumnos con nota promedio de 5.3, No contestaron el 11.08%. Del análisis de los datos se desprende que existe un aumento en el rendimiento académico de alumnos de 1er año respecto al ingresante a la carrera, no hay diferencias significativas entre la media de notas obtenidas respecto al motivo de elección de la UNLP. Dicho análisis, confirma la necesidad de incrementar la reflexión pedagógica para comprender la realidad universitaria, como por ejemplo determinar cuál es la formación pedagógica con que cuentan los profesores de nivel universitario, y determinar cuál es la valoración institucional y social que se le otorga a éste saber.

Palabras Clave: Reflexión Académica – Rendimiento Académico

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- De Wer, Egbert. "Sensibilidad de la Educación Superior a las demandas del mercado de trabajo", en Higher Education and Work, J. Brennam, M. Kogan y U. Teichler, Publ. London and Bristol, 1996
- 2.- Tejada, J. La educación en el marco de una sociedad global: algunos principios y nuevas exigencias, Profesorado (Revista de curriculum y formación del profesorado), vol.4, núm. 1, 13-26, 2001

3.-Vélez, G.; Bono, A.; Cortese, M.; Dominguez, G.; Jakob, I.; Ponti, L.; "Encuentros y desencuentros en el ingreso a las universidades públicas" 1ra Edición, Editorial Universidad Nacional de Rio Cuarto, UNRC, 2010.

IDENTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS EN EL APRENDIZAJE DE LOS INGRESANTES A LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNLP

Saporitti, F.; Irigoyen, S.; Medina, M.; Albarracín, S.; Seara, S.; Coscarelli, N.; Tomas, L.; Moscón, E.; Cantarini, M.; Rueda, L.; Papel, G.

Facultad de Odontología, UNLP

Las demandas sociales y las necesidades teórico-prácticas actuales encontraran respuestas en la construcción de modelos didácticos basados en la descripción y comparación de algunos hábitos relacionados con el desarrollo de la autonomía en el aprendizaje de los alumnos ingresantes a las Universidades(4). El aprendizaje es un proceso mediante el cual se adquieren nuevos conocimientos, conductas y habilidades, como producto del estudio, la observación, y la experiencia(2). Se considera una de las funciones mentales más importantes. Implica un cambio duradero en la conducta o en la capacidad para comportarse de una determinada manera, producto de la práctica o de formas de experiencia. El proceso de aprendizaje puede ser analizado desde distintas perspectivas, por tal motivo existen diferentes teorías del aprendizaje. Es una actividad individual que se desarrolla en un contexto cultural y social; es el resultado de procesos cognitivos individuales mediante los cuales se asimilan conceptos, procedimientos, hechos; se elaboran nuevas representaciones mentales funcionales y significativas que posteriormente se pueden aplicar en diferentes situaciones(3). Aprender es comprender, conocer, aplicar, analizar y sintetizar. Los estudiantes al realizar sus actividades desarrollan múltiples operaciones cognitivas, algunas de ellas son: **Recepción de datos:** requiere de una elaboración y reconocimiento semántico-sintáctica de los elementos del mensaje (palabras, sonidos), donde cada sistema simbólico requiere de diferentes actividades mentales: los textos activan las competencias lingüística y las imágenes las competencias perceptivas. El aprendizaje humano está relacionado con la educación y el desarrollo de cada persona, debiendo estar orientado adecuadamente y favorecido por la motivación de cada individuo. **Comprensión de la información recibida:** los estudiantes a partir de sus conocimientos anteriores, sus intereses y sus habilidades cognitivas, analizan, organizan y trasforman la información recibida para elaborar conocimiento. **Transferencia:** del conocimiento a nuevas situaciones para resolver preguntas o problemas que se planteen. La Neuropsicología, la Psicología Educativa y la Pedagogía, estudian los procesos del aprendizaje. De acuerdo a la literatura pedagógica existen los siguientes tipos de aprendizaje: **Aprendizaje por descubrimiento:** El

alumno no recibe los contenidos en forma pasiva. **Aprendizaje repetitivo:** el alumno memoriza contenidos sin encontrarles significado, comprensión ni relación con sus conocimientos previos. **Aprendizaje significativo:** (Ausubel, D.; Novak, J.) es la situación de aprendizaje en la cual el alumno relaciona y comprende los contenidos nuevos con sus conocimientos previos, brindando coherencia respecto a sus estructuras cognitivas. **Aprendizaje receptivo:** el alumno sólo necesita comprender los contenidos para poder luego reproducirlos, sin descubrir nada.

Los objetivos de este trabajo fueron: 1) Determinar la capacidad de autonomía en el estudio en ingresantes de la Facultad de Odontología de la U.N.L.P. 2) Ponderar las concepciones previas del estudiante sobre el proceso Enseñanza/Aprendizaje. 3) Buscar estrategias pedagógicas para desarrollar la capacidad de estudio independiente.

Se realizó una investigación de tipo cualitativa, descriptiva y comparativa sobre variables obtenidas mediante la aplicación de una encuesta, anónima, a los ingresantes a la Facultad de Odontología de la U.N.L.P., que cursan la asignatura Introducción a la Odontología, procedentes de escuelas públicas o privadas. Total de encuestados 329 ingresantes, de la Facultad de Odontología de la U.N.L.P., siendo de Procedencia de Escuelas Públicas = 179 (54,4%) y procedencia de Escuelas Privadas = 150. (45,6). Se utilizaron las siguientes categorías de datos adecuadas para identificar las competencias en el aprendizaje: A) Según Organizo mi estudio sin necesitar que me lo digan; la distribución fue: Procedencia PUBLICO: Siempre = 98 (54,8%). A veces = 76 (42,4%). Nunca = 5 (2,8%). PRIVADO: Siempre = 124 (82,7%). A veces = 24 (16%). Nunca = 2 (1,3%). B) Utilizo habitualmente la Biblioteca: Procedencia PUBLICO: Siempre = 9 (5,1%). A veces = 122 (68,1%). Nunca = 48 (26,8%). PRIVADO: Siempre = 12 (8%). A veces = 70 (46,7%). Nunca = 68 (45,3%). C) Una vez terminado de estudiar un tema, me autoevalúo: Procedencia PUBLICO: Siempre = 56 (31,3%). A veces=94 (52,5%). Nunca = 29 (16,2%). PRIVADO: Siempre = 32 (21,3%). A veces = 94 (62,7%). Nunca = 24 (16%).

A partir de los resultados obtenidos de las encuestas levantadas y procesadas se puede concluir: 1) En ambas escuelas de procedencia (pública y privada) existen índices que determinan que los ingresantes poseen capacidad para el estudio autónomo. 2) Si bien se observó que un alto porcentaje nunca utiliza la biblioteca, no resulta significativo para el desarrollo de dicha capacidad.

Palabras Clave: Estudio – Autonomía – Ingresante - Escuela

BIBLIOGRAFÍA

1. Ausubel, D. P.; Novak, J.; Hanesian, H. *“Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo”*. Ed. Trillas, México. 1991
2. Davini, M.C. (2008): *“Métodos de enseñanza didáctica general para maestros y profesores”*. Ed. Santillana, Buenos Aires.

3. Eggen, P.& Kauchak, D. (2000): "*Estrategias docentes*". Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

4. Gardner, H. (2003): "*Inteligencias múltiples. La teoría en la práctica*". Ed. Paidós, Buenos Aires.

EL SISTEMA DE TUTORÍAS EN LA RETENCIÓN DE LOS INGRESANTES

Seara, S.; Medina, M.; Mosconi, E.; Rueda, L.; Albarracín, S.; Saporitti, F.; Coscarelli, N.; Tomas, L; Papel, G.; Irigoyen, S.; Cantarini, L.

Facultad de Odontología, UNLP

seara@folp.unlp.edu.ar

Empezar una carrera suele despertar temores, incertidumbre e inseguridad ante lo nuevo. La tutoría es una actividad pedagógica que tiene como propósito orientar y apoyar a los alumnos durante su proceso de formación integral, a través de acciones personalizadas o grupales. Los tutores son Profesores Titulares, Asociados o Adjuntos. La finalidad de las tutorías es generar un espacio de contención en el que se orienta y apoya al alumno, ayudándolo en su adaptación a la vida universitaria(1). La tutoría es una estrategia educativa de apoyo al proceso formativo, que tiene como objetivo prioritario el de elevar la calidad educativa de los alumnos, colaborar con su integración en la Universidad y mediante el consejo y la orientación conseguir una adecuada formación conducente a la conclusión de su carrera con éxito, dentro de los plazos previstos. Las actividades educativas pueden, por lo tanto ser consideradas en dos ámbitos: enseñanza y orientación(2). Los objetivos son: Incorporar el sistema de tutoría universitaria como una estrategia permanente que ayude a disminuir el impacto del fenómeno de deserción y desgranamiento de alumnos. Revalorizar el vínculo personal y el aprendizaje en grupo como instancia válida para mejorar el rendimiento en el nivel universitario. Motivar, estimular y orientar al alumno para que realice sus tareas en tanto que estudiante a partir de su realidad personal. Atender al alumno en aquellos problemas personales, (o derivar la problemática a especialistas), que puedan tener incidencia en la marcha de sus estudios. Aclarar las dudas de tipo académico derivadas del estudio en las distintas áreas del conocimiento. Entre las funciones y actividades de los tutores se encuentran: Colaborar con el alumno en la planificación de sus actividades académicas, cursos, exámenes finales, elección de optativas y actividades extracurriculares. Realizar entrevistas, consultas e intercambio de opiniones con docentes de las diferentes asignaturas cuando la situación particular de uno de los alumnos a su cargo así lo requiera. Alentar y facilitar las inquietudes de ampliación de formación académica de los alumnos a su cargo a través de acciones tales como: Sugerir la realización de determinados cursos complementarios, en áreas de interés del alumno. Sugerir su incorporación como ayudante alumno en alguna asignatura en particular, previo enlace con el Profesor Titular de la misma. Sugerir la realización de Trabajos de

investigación en temas de interés y actuar de enlace con algún docente especializado en la materia si él no lo estuviese. Ante un alumno con reiterados fracasos en exámenes o recursante de varias asignaturas, podrá sugerir la realización de cursos o talleres de técnicas de estudio, para lo cual se le brindará al Profesor Tutor una nómina de los ámbitos en los que se trabaje esta problemática en la Universidad(3). Ante un alumno con dificultades más serias que requieran un tratamiento profesional especializado en el área psicológica o psicopedagógica, le sugerirá la necesidad de concurrir a los ámbitos de la Universidad que prestan tal servicio, como la Dirección de Salud. A los alumnos con problemas vinculados con su situación vocacional, podrá sugerirle participar de actividades de orientación vocacional, servicio que presta la Universidad Nacional de La Plata, la Secretaría de Extensión de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de La Plata.

Orientar y guiar a los alumnos a su cargo, en la realización de los distintos trabajos pautados.

Pautar la realización por parte del alumno de dos trabajos en el año (1 por cada semestre) a criterio del profesor tutor, y que podrían consistir a modo de ejemplo en: Trabajos integradores interdisciplinarios relacionados con los contenidos de las Asignaturas que el alumno ha cursado o se encuentra cursando. Trabajos orientados a la prevención de la salud, desde el enfoque de la Asignatura a la cual pertenece el profesor tutor. Todos los Profesores Titulares, Asociados o Adjuntos de la Facultad de Odontología de La Plata participan en el régimen de tutorías. Cada Tutor tiene a su cargo a un grupo de veinte (20) alumnos como máximo. Pueden participar del régimen de tutorías todos los alumnos que se encuentren en condición regular. El alumno podrá elegir libremente su tutor (siempre que no esté cubierto el cupo máximo). Las funciones de los tutores suelen definirse y agruparse de acuerdo con el contenido de la tutoría, es decir, de acuerdo con el tipo de orientaciones y apoyos que se brindarán a los alumnos. Estas funciones las puede realizar el tutor con el alumno a lo largo de todo el ciclo de formación académica. El Tutor es Profesor responsable de un grupo de estudiantes, que en forma colectiva e individualizada, en las horas dedicadas a tal efecto, apoya el proceso de aprendizaje y la gestación del proyecto de vida profesional, mediante una orientación académica-personal. En la fase de evaluación de la tutoría, el tutor debe examinar críticamente la planeación de la misma, su desarrollo e impacto, con el fin de identificar los principales problemas que se afrontaron para tratar de superarlos. Las apreciaciones y recomendaciones que deriven de este ejercicio de análisis deberán comunicarse en un reporte escrito a las autoridades académicas de la institución.

Palabras Clave: Ingresante – Tutoría – Retención – Permanencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Almeyda, O. Tutoría y la Orientación Educativa. Ed. M.A.S.España. 2002.

2. Arce, C.-Orientación y Bienestar del Educando. Lima. Abedul Editores. 1992.
3. Ayala, Francisco. La Función del Profesor como Asesor. Editorial Trillas. México. 1998.

ESTILOS DE APRENDIZAJE E INTELIGENCIAS MÚLTIPLES EN LA FOLP

Tomas, L. J.; Medina, M. M.; Coscarelli, N.; Irigoyen, S.; Albarracín, S.; Rueda, L.; Mosconi, E.; Papel, G.; Seara, S.; Cantarini, M.; Saporitti, F.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

Gardner define la inteligencia como una capacidad, cuando hasta hace poco era considerada algo innato e inamovible: se nacía inteligente o no, y la educación no podía cambiar esta situación. Al definir la inteligencia como una capacidad, Gardner la convierte en una destreza que se puede desarrollar. No niega el componente genético, pero esas potencialidades se van a desarrollar de una manera o de otra dependiendo del medio ambiente, nuestras experiencias, la educación recibida, etc. Así, ningún deportista llega a la cima sin entrenar, por buenas que sean sus cualidades naturales, y lo mismo se puede decir de los matemáticos, los poetas, etc. ⁽¹⁾

La mayoría de los individuos tenemos distintos tipos de inteligencias, aunque cada una desarrollada de modo y a un nivel particular, producto de la dotación biológica de cada uno, de su interacción con el entorno y de la cultura imperante en su momento histórico. Las combinamos y las usamos en diferentes grados, de manera personal y única. Por ejemplo, un ingeniero necesita una inteligencia espacial bien desarrollada, pero también necesita de la inteligencia lógico - matemática para poder realizar cálculos de estructuras, de la inteligencia interpersonal para poder presentar sus proyectos, de la inteligencia corporal - kinestésica para poder conducir su coche hasta la obra, etc. Hay gente de gran capacidad intelectual pero incapaz de, por ejemplo, elegir bien a sus amigos y, por el contrario, hay gente menos brillante en el colegio que triunfa en el mundo de los negocios o en su vida personal. Triunfar en los negocios, o en los deportes, requiere ser inteligente, pero en cada campo utilizamos un tipo de inteligencia distinto que no es mejor ni peor: Einstein no es más inteligente que Michael Jordan, pero sus inteligencias pertenecen a campos diferentes. De los ocho tipos de inteligencia de los que habla Howard Gardner, dos se refieren a nuestra capacidad de comprender las emociones humanas: la interpersonal y la intrapersonal. Daniel Goleman agrupa ambos tipos de inteligencia bajo el nombre de inteligencia emocional. La inteligencia emocional es nuestra capacidad de comprender nuestras emociones y las de los demás. ⁽²⁾ La inteligencia emocional determina, por ejemplo, nuestra capacidad de resistencia a la frustración, a la confusión, o nuestra manera de reaccionar ante la adversidad. Nuestra capacidad de aprendizaje está, por tanto íntimamente ligada a nuestra inteligencia emocional. Gardner rechaza la noción de los estilos de aprendizaje como algo fijo e inmutable para cada individuo. Pero si entendemos el estilo de aprendizaje como las tendencias globales de un individuo a la hora de aprender y si partimos de la base de que esas tendencias globales no son algo fijo e inmutable, sino que están

en continua evolución, vemos que no hay contraposición real entre la teoría de las inteligencias múltiples y las teorías sobre los estilos de aprendizaje. Para Gardner, todas las inteligencias son igualmente importantes. ⁽³⁾ El problema es que nuestro sistema educativo no las trata por igual y ha entronizado las dos primeras de la lista, (la inteligencia lógico - matemática y la inteligencia lingüístico -verbal) hasta el punto de negar la existencia de las demás. La misma asignatura se puede presentar de formas muy diversas que permitan al alumno asimilarla partiendo de sus capacidades y aprovechando sus puntos fuertes. Pero, además, tenemos que plantearnos si una educación centrada en sólo dos tipos de inteligencia es la más adecuada para preparar a nuestros alumnos para vivir en un mundo cada vez más complejo. La importancia de conocer qué tipo de inteligencia posee un estudiante radica en que, dependiendo de esta, se pueden utilizar los apoyos didácticos necesarios para mejorar sus capacidades intelectivas. Los objetivos de este trabajo son: identificar el estilo de aprendizaje que posee el alumno y reconocer el tipo de inteligencia en el que mejor si identifica y aprende. Se contó con una muestra de 100 estudiantes de primer semestre a quienes se aplicó el test de 40 ítems, desarrollado por Argüelles Pabón y Nagles García, que evalúa el tipo o tipos de inteligencias predominantes en un sujeto según la teoría de Gardner. Para conocer el estilo de aprendizaje, se aplicó asimismo un test de 14 ítems construido para esta investigación a partir la teoría de Kolb. La aplicación de las técnicas de recolección y su análisis se llevó a cabo durante los dos semestres académicos del año 2010. Los resultados indican la presencia de inteligencias múltiples en estudiantes hombres y mujeres de la jornada nocturna. Por otro lado, el estilo de aprendizaje predominante es el convergente, aunque con mayor presencia en hombres pertenecientes a ambas jornadas. Quedan abiertas las posibilidades para realizar una segunda fase de la investigación enfocada a implementar estrategias pedagógicas y didácticas específicas para este grupo de estudiantes, acordes con el estilo de aprendizaje y el tipo de inteligencias que poseen. Se obtuvieron puntuaciones altas en el estilo convergente, sobre todo en los estudiantes hombres de ambas jornadas (nocturna, 50% y diurna, 42%). En las mujeres, este estilo predominó en la jornada nocturna (63%); lo que caracterizaría a estos grupos por aspectos como la poca empatía y por la alta capacidad de reflexión, de análisis y de organización.

BIBLIOGRAFIA

(1) Barling, J., E. Kelloway y D. Cheung. Time Management and Achievement Striving Interact to Predict Car Sales Performance. *Journal of Applied Psychology*, 81 (6), 821-826. 1996.

(2) Britton, B. y Tesser, A. Effects Of Time-Management Practices On College Grades. *J. Educ. Psychol.*, 83 (3), 405-410. 1991.

TIEMPO DE PRESENCIA DE UN HÁBITO DE SUCCIÓN NO NUTRITIVA PRACTICADO Y ESTRECHEZ PALATINA.

Iriquin SM, Milat E, Rancich L, Rimoldi M, Mendes C, Oviedo Arévalo J, Iriquin MS, Lancón C.

Asignatura Odontología Integral Niños. Facultad de Odontología. UNLP.

El hueso, es un tejido plástico que reacciona a las presiones que continuamente se ejercen sobre él. El papel dinámico de la musculatura es obvio.

La presencia de un hábito bucal en el niño de tres a seis años de edad es un dato importante en el examen clínico. Se define como hábitos: a costumbres o prácticas adquiridas por la repetición frecuente de un mismo acto. Dentro de la Odontología hay hábitos que favorecen las funciones normales. Son beneficiosos, se les llama funcionales, como la respiración nasal, masticación correcta y bien distribuída, el hablar y pronunciar correctamente con su función labial y lingual, la deglución normal, etc. Pero la incorrección de la realización de estos actos, sumados a otros como los de succión, de morder, de posición, etc. crea un grupo que se denomina hábitos perniciosos o malos hábitos y que debemos estudiar, como causa etiológica de las deformaciones maxilofaciales. Para que los hábitos lleguen a producir deformaciones maxilares y malposiciones dentarias serán aquellos adquiridos en los primeros años de vida y deben llevar como condición indispensable la continuidad de su repetición.

La succión es un hábito instintivo. Lógicamente al principio será funcional pero su persistencia, exceso de chupete, o su prolongación mas allá de la infancia en la niñez, lo volverá pernicioso, pues el niño ya habituado a ese placer lo reemplazará por el dedo o los dedos, la lengua, el labio o carrillos.

La forma del arco dentario superior y su base ósea son consecuencia de las acciones biomecánicas que los rodean. Estas acciones son por dentro la lengua, por fuera los carrillos. Y desde un punto de vista terapéutico la buena posición de la lengua hacia arriba es condición necesaria y suficiente para un buen desarrollo transversal del maxilar superior y para que estimule el crecimiento natural de la sutura. Por el contrario todas las acciones que impidan a la lengua su posición alta y que aumenta la presión de los carrillos, están ejerciendo una influencia negativa en el desenvolvimiento de ese crecimiento sutural. La acción expansora está dada de adentro hacia fuera (fuerza centrífuga) por la lengua y sus 17 músculos. Por otro lado la fuerza centrípeta está dada por los carrillos, de afuera hacia adentro. Las características de los hábitos son: frecuencia, intensidad y duración.

La intensidad es la cantidad de fuerza que se aplica a los dientes durante la succión. La duración denota la cantidad de tiempo que se practica la succión de un dedo, y la frecuencia es el número de veces que se realiza el hábito durante el día. Sin embargo, la duración desempeña la función más crítica en los movimientos dentales producidos por un hábito digital.

El objetivo de éste trabajo es saber si existe una asociación entre el tiempo de práctica de un hábito de succión no nutritiva y el resultado de la regla de Bogue en la dentición temporaria.

Se estudió la población de niños de ambos sexos que concurrieron a atenderse a la clínica de la Asignatura Odontología Integral Niños, cuyas edades estuvieron comprendidas hasta los 5 años de edad, con dentición temporaria de cuyo diagnóstico surgió el haber practicado o practicar un hábito de succión no nutritiva. Fueron descartados los casos con presencia desde 1 pieza dentaria permanente. Los hábitos a tener en cuenta fueron: de labios, lengua, chupar los dedos, uso de chupete y bruxismo. Se los clasificó en 4 grupos, Grupo 1, dejaron el hábito antes de los 24 meses de edad; el Grupo 2, siguieron con el hábito hasta los 24 meses; el Grupo 3, el hábito continuó hasta los 36 meses, y el Grupo 4, el hábito es continuado.

Los datos fueron recolectados por medio de la Historia Clínica de la Asignatura utilizando espejo, pinza y explorador y por la medición de modelos. Se analizaron las variables tiempo de presencia del hábito de succión no nutritiva y medición del ancho cérvico lingual de los 2º molares temporarios (Regla de Bogue). Los datos fueron almacenados en el programa Excel, y su tratamiento estadístico se realizó con el programa SPSS versión 17.0. Se realizó la descripción de las variables cuantitativas con las frecuencias expresadas en porcentajes y se aplicó la prueba de Chi cuadrado y la medida de asociación V de Cramer.

Al analizar la Regla de Bogue, se obtienen los siguientes resultados:

Grupo 1:

18.2% Estrechez, 81.8% Normal;

Grupo 2:

22.7% Estrechez, 77.3% Normal;

Grupo 3:

50% Estrechez, 50% Normal;

Grupo 4:

67.9% Estrechez, 32.1% Normal.

Prueba de Chi cuadrado $X^2=16.899$, con una significación de $p<0.05$.

V de Cramer 0,411

Podemos concluir que el resultado de la aplicación de la regla de Bogue está altamente relacionado con el tiempo de permanencia del hábito de succión no nutritiva practicado por el niño.

Bibliografía

Guardo, A.; Guardo, C. Ortodoncia. Ed. Mundi, 1981, 798p.

Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Segunda edición
O.P.S., 1994, 2da ed. Washington.

TIPO DE HÁBITO DE SUCCIÓN NO NUTRITIVA PRACTICADO Y ESTRECHEZ PALATINA.

Lancón C, Iriquin SM, Milat E, Rancich L, Rimoldi M, Mendes C, Oviedo Arévalo J, Iriquin MS.

Asignatura Odontología Integral Niños. Facultad de Odontología. UNLP.

Los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. Podemos encontrar hábitos normales, que sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares, y otros que son parafuncionales o deletéreos.

Algunos de los hábitos bucales perjudiciales son los de succión no nutritiva, los que incluyen la succión del chupete, la succión digital, ya sea del dedo pulgar o de cualquier otro dedo, la interposición de la lengua, la interposición labial, entre otros. La persistencia de hábitos parafuncionales, puede ser causa primaria de maloclusión. El grado de alteración producida dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del mal hábito. Sin embargo, si hay interrupción del hábito en la dentición temporal, antes de la erupción de los incisivos permanentes, la maloclusión se puede autocorregir. Cuando el hábito persiste puede resultar en maloclusiones y alteraciones en la postura de reposo de las mejillas, labios y lengua.

Los hábitos bucales pueden modificar la posición de los dientes y la relación o la forma que guardan las arcadas dentarias de cada persona que los desarrolla. Los profesionales de la salud como los pediatras, odontólogos generales u odontopediatras al valorar a sus pacientes infantiles deben identificar dichos hábitos de manera precoz y canalizarlos para evitar en lo posible el desarrollo de maloclusiones.¹

El objetivo de éste trabajo es saber si existe una asociación entre el tipo de hábito practicado y el resultado de la regla de Bogue en la dentición temporaria.

Se estudió una muestra de 100 niños de ambos sexos que concurren a atenderse a la clínica de la Asignatura Odontología Integral Niños durante el primer cuatrimestre del año 2010, con dentición temporaria y que practiquen o hayan practicado un hábito de succión no nutritiva. La muestra fue dividida en 4 grupos, según el tiempo de práctica del hábito. Se analizaron las variables tipo de hábito y medición del ancho cérvico lingual de los 2º molares temporarios (Regla de Bogue). Los datos fueron almacenados en el programa Excel, y su tratamiento estadístico se realizó con el programa SPSS versión 17.0. Se realizó la descripción de las variables cuantitativas con las frecuencias expresadas en porcentajes y se aplicó la prueba de Chi cuadrado y la medida de asociación V de Cramer.

Los resultados obtenidos fueron:

Grupo 1:

El Grupo 1 quedó constituido por 22 casos (N=22)

Chupete: 0% Estrechez, 100% Normal; Succión Digital: 66.7% Estrechez, 33.3% Normal.

Prueba de Chi cuadrado $X^2=13.037$, con una significación de $p<0.05$. V de Cramer 0,77

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de hábito de succión no nutritiva practicado y el resultado de la aplicación de la Regla de Bogue, con un alto grado de significación estadística.

Grupo 2:

El Grupo 2 quedó constituido por 22 casos (N=22)

Chupete: 11.1% Estrechez, 88.9% Normal; Succión Digital: 75% Estrechez, 25% Normal.

Prueba de Chi cuadrado $X^2=7.607$, con una significación de $p<0.05$. V de Cramer 0,588.

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de hábito de succión no nutritiva practicado y el resultado de la aplicación de la Regla de Bogue, con un alto grado de significación estadística.

Grupo 3:

El Grupo 3 quedó constituido por 28 casos (N=28)

Chupete: 26.7% Estrechez, 73.3% Normal; Succión Digital: 76.9% Estrechez, 23.1% Normal.

Prueba de Chi cuadrado $X^2=7.036$, con una significación de $p<0.05$. V de Cramer 0,051.

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de hábito de succión no nutritiva practicado y el resultado de la aplicación de la Regla de Bogue, con un alto grado de significación estadística.

Grupo 4:

El Grupo 4 quedó constituido por 28 casos (N=28)

Chupete: 46.7% Estrechez, 53.3% Normal; Succión Digital: 92.3% Estrechez, 7.7% Normal.

Prueba de Chi cuadrado $X^2=6.651$, con una significación de $p<0.05$. V de Cramer 0,487.

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de hábito de succión no nutritiva practicado y el resultado de la aplicación de la Regla de Bogue, con un alto grado de significación estadística.

Podemos concluir que el resultado de la aplicación de la regla de Bogue está altamente relacionado con el tipo de hábito de succión ni nutritiva practicado por el niño.

Bibliografía

Urrieta E *et al.* Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva UGMA año 2006-2007. Obtenible en : www.ortodoncia.ws.

RELACIÓN ENTRE FUNCIÓN ESTOMATOGNÁTICA ALTERADA Y ESTRECHEZ PALATINA.

Rancich L, Iriquin SM, Milat E, Rimoldi M, Mendes C, Oviedo Arévalo J, Iriquin MS, Lancón C.

Asignatura Odontología Integral Niños. Facultad de Odontología. UNLP.

La respiración normal o nasal, es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo, con un cierre simultáneo de la cavidad bucal. De esta forma, se crea una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración. La lengua se apoya contra el paladar sirviendo de estímulo para su correcto desarrollo. En la respiración bucal la lengua no se apoya contra el paladar sino que adopta una posición descendida en forma permanente para permitir el paso del flujo de aire. Esto trae entre sus consecuencias una falta de crecimiento transversal del maxilar superior que se manifiesta clínicamente como un maxilar estrecho con elevación de la bóveda palatina.

La deglución es una actividad neuromuscular compleja, consistente en una serie de movimientos coordinados de los músculos de la boca, faringe y esófago, cuyo propósito fundamental es permitir que los líquidos (entre ellos la saliva) o los alimentos sólidos sometidos al proceso de masticación (bolo alimenticio), sean transportados desde la boca hasta el estómago. Este es un mecanismo que se repite por lo menos 600 veces al día generando fuerzas suficientes para provocar modificaciones dentarias o dentoalveolares. Por esto es importante la existencia de una deglución funcional, que permita una morfogénesis maxilomandibular equilibrada, adaptada al nivel de maduración de las estructuras nerviosas y musculares. Se habla de deglución atípica cuando una vez establecida la deglución adulta, existe ruptura del equilibrio lengua-labio-mejilla durante la deglución, persistiendo el patrón de deglución de los primeros meses de vida.

La fonoarticulación es el proceso mediante el cual se determinan las características acústicas específicas de las diferentes vocales y consonantes. Ésta se efectúa sobre una base de posturas mandibulares, faríngeas y linguales aprendidas y estabilizadas, lo cual se lleva a cabo por medio de movimientos de los labios, lengua, mandíbula y mecanismos palatofaríngeos.

El objetivo de éste trabajo es saber si existe una asociación entre las disfunciones estomatognáticas y el resultado de la regla de Bogue en la dentición temporaria.

Se estudió la población de niños de ambos sexos que concurrieron a atenderse a la clínica de la Asignatura Odontología Integral Niños, cuyas edades estuvieron comprendidas hasta los 5 años de edad, con dentición temporaria de cuyo diagnóstico surgió el haber practicado o practicar un hábito de succión no nutritiva. Fueron descartados los casos con presencia desde 1 pieza dentaria permanente. Se analizaron las variables tipo hábito

practicado, dividido en las categorías Chupete y Succión Digital; tipo de función alterada, dividido en las categorías Respiración, Deglución, Fonación y Competencia Labial; Regla de Bogue, dividido en las categorías Normal y Estrechez. Los datos fueron recolectados por medio de la Historia Clínica de la Asignatura utilizando espejo, pinza y explorador y por la medición de modelos. Los datos fueron almacenados en el programa Excel, y su tratamiento estadístico se realizó con el programa SPSS versión 17.0. Se realizó la descripción de las variables cuantitativas con las frecuencias expresadas en porcentajes y se aplicó la prueba de Chi cuadrado y la medida de asociación V de Cramer.

Al analizar la Regla de Bogue, se obtienen los siguientes resultados:

Respiración

Chupete: Respiración Bucal: 44.8% Estrechez, 55.2% Normal; Respiración Normal: 0% Estrechez, 100% Normal. ($p < 0.05$) Succión Digital: Respiración Bucal: 82.9% Estrechez, 17.1% Normal; Respiración Normal: 0% Estrechez, 100% Normal. ($p < 0.05$)

Deglución

Chupete: Deglución Atópica: 60% Estrechez, 40% Normal; Deglución Normal: 16.9% Estrechez, 83.1% Normal. ($p < 0.05$) Succión Digital: Deglución Atópica: 100% Estrechez, 0% Normal; Deglución Normal: 65% Estrechez, 35% Normal. ($p < 0.05$)

Fonación

Chupete: Fonación Alterada: 75% Estrechez, 25% Normal; Fonación Normal: 16.7% Estrechez, 83.3% Normal. ($p < 0.05$) Succión Digital: Fonación Alterada: 100% Estrechez, 0% Normal; Fonación Normal: 70.8% Estrechez, 29.2% Normal. ($p < 0.05$)

Competencia labial

Chupete: Sin Competencia Labial: 81.3% Estrechez, 18.8% Normal; Con Competencia Labial: 0% Estrechez, 100% Normal. ($p < 0.05$) Succión Digital: Sin Competencia Labial: 100% Estrechez, 0% Normal; Con Competencia Labial: 0% Estrechez, 100% Normal. ($p < 0.05$)

Podemos concluir que existe una asociación estadísticamente significativa entre la disfunción encontrada y el resultado de la aplicación de la Regla de Bogue, destacando que el mayor grado de asociación se encuentra en la competencia labial.

Bibliografía

1. Urrieta E *et al.* Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva UGMA año 2006-2007. Obtenible en: www.ortodoncia.ws.
2. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Segunda edición O.P.S., 1994, 2da ed. Washington.

DETECCIÓN TEMPRANA DE FACTORES DE RIESGO DE MALOCLUSIÓN.

Iriquín MS, Iriquín SM.

Asignatura Odontología Integral Niños. Facultad de Odontología. UNLP.

En los últimos veinte años numerosos investigadores han incursionado en esta área del conocimiento y sus reportes identifican factores de riesgo que en una u otra forma están involucrados en la génesis del desarrollo de la oclusión. Los factores de riesgo son todas las características que están asociadas al riesgo de una enfermedad, pero no son necesariamente su causa. Actúan relacionándose entre sí, lo que los hace más nocivos para la salud. El hecho de presentar factores de riesgo para una determinada enfermedad no significa que la enfermedad esté presente, pero sí aumenta la susceptibilidad a enfermarse del individuo que los presenta. Prevenir la aparición de caries en los dientes temporarios, debido a que éstos mantienen naturalmente el espacio necesario para la erupción y ubicación adecuada de los dientes definitivos o permanentes, es fundamental para mantener una correcta oclusión. Las caries proximales en la dentición primaria, representan una de las causas más comunes de pérdida de espacio, ya que el diente vecino migra hacia la cavidad produciendo acortamiento de la longitud del arco. Los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. Podemos encontrar hábitos normales, que sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares, y otros que son parafuncionales o deletéreos. Algunos de los hábitos bucales perjudiciales son los de succión no nutritiva, los que incluyen la succión del chupete, la succión digital, ya sea del dedo pulgar o de cualquier otro dedo, la interposición de la lengua, la interposición labial, entre otros. La persistencia de hábitos parafuncionales, puede ser causa primaria de maloclusión. El grado de alteración producida dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del mal hábito. Sin embargo, si hay interrupción del hábito en la dentición temporal, antes de la erupción de los incisivos permanentes, la maloclusión se puede autocorregir. Cuando el hábito persiste puede resultar en maloclusiones y alteraciones en la postura de reposo de las mejillas, labios y lengua. El objetivo de éste trabajo es conocer los factores de riesgo que tiene mayor influencia en el desarrollo de una maloclusión. Se estudió una muestra de 126 niños de ambos sexos que concurrieron a atenderse a la clínica de la Asignatura Odontología Integral Niños durante el año 2011, con dentición temporaria y mixta temprana. Fueron excluidos los niños que no cumplieran con alguno de los criterios de inclusión, o que hubieran recibido algún tipo de tratamiento ortopédico, de ortodoncia, o de conservación de la longitud del arco dentario. Todos los datos de las variables observadas fueron registrados en una ficha odontológica construida ad hoc. Se analizaron las variables tipo de

maloclusión presente, Espacio 345, Relación Canina, Presencia de Caries Interproximales, Tipo de Hábito de Succión no Nutritiva Presente, Tipo de Hábito de Succión no Nutritiva Pasado, Tipo de Arco, Overbite, Overjet. Los datos fueron almacenados en el programa Excel, y su tratamiento estadístico se realizó con el programa SPSS versión 17.0. Se realizó la descripción de las variables cuantitativas con las frecuencias expresadas en porcentajes y se aplicó la prueba de Chi cuadrado. Los resultados obtenidos fueron:

Espacio 345: Clase I de Angle: Insuficiente 86.2%, Suficiente 13.8%; Clase II de Angle: Insuficiente 90.5%, Suficiente 9.5%; Clase III de Angle: Insuficiente 100%, Suficiente 0%. ($p>0.05$).

Relación Canina: Clase I de Angle: Clase I 94.8%, Clase II 0%, Clase III 5.2%; Clase II de Angle: Clase I 79.4%, Clase II 20.6%, Clase III 0%; Clase III de Angle: Clase I 100%, Clase II 0%, Clase III 0%. ($p<0.05$).

Caries Interproximales: Clase I de Angle: No 53.4%, Si 46.6%; Clase II de Angle: No 50.8%, Si 49.2%; Clase III de Angle: No 0%, Si 100%. ($p<0.05$).

Tipo de Hábito Presente: Clase I de Angle: Chupete 12.1%, Sin hábito 58.6%, Succión digital 29.3%; Clase II de Angle: Chupete 7.9%, Sin hábito 33.3%, Succión digital 58.7%; Clase III de Angle: Chupete 0%, Sin hábito 100%, Succión digital 0%. ($p<0.05$).

Tipo de Hábito Pasado: Clase I de Angle: Chupete 8.6%, Sin hábito 77.6%, Succión digital 13.8%; Clase II de Angle: Chupete 14.3%, Sin hábito 71.4%, Succión digital 14.3%; Clase III de Angle: Chupete 0%, Sin hábito 100%, Succión digital 0%. ($p>0.05$).

Tipo de Arco: Clase I de Angle: Cuadrado 50%, Ovoide 29.3%, Triangular 20.7%; Clase II de Angle: Cuadrado 28.6%, Ovoide 22.2%, Triangular 49.2%; Clase III de Angle: Cuadrado 60%, Ovoide 40%, Triangular 0%. ($p<0.05$).

Overbite: Clase I de Angle: Aumentado 58.6%, Ideal 22.4%, Reducido 19%; Clase II de Angle: Aumentado 92.1%, Ideal 3.2%, Reducido 4.8%; Clase III de Angle: Aumentado 60%, Ideal 0%, Reducido 40%. ($p<0.05$).

Overjet: Clase I de Angle: Aumentado 56.9%, Borde a Borde 19%, Ideal 20.7%, Invertido 3.4%; Clase II de Angle: Aumentado 68.3%, Borde a Borde 23.8%, Ideal 0%, Invertido 0%; Clase III de Angle: Aumentado 60%, Borde a Borde 40%, Ideal 0%, Invertido 0%. ($p>0.05$).

Podemos concluir que los factores con mayor asociación en el desarrollo de maloclusiones fueron la relación canina, los hábitos de succión no nutritiva presentes, la forma del arco dentario y la medida de overbite. A su vez, todos estos factores están relacionados entre sí, y sobre todo con la práctica de hábitos de succión no nutritiva, por lo que podemos decir, que la presencia de un hábito de succión no nutritiva es un factor primordial en el desarrollo de futuras maloclusiones, por lo que debe ser detectado y corregido a tiempo.

ATRESIA MAXILAR EN LA DENTICIÓN TEMPORARIA Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO DE AMAMANTAMIENTO MATERNO.

Rimoldi, M.; Iriquin, S.M; Milat, E. ; Mendes, C.; Rancich, L.; Oviedo Arévalo, J.; Iriquin, M.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

Los niños que maman del pecho realizan unos ejercicios musculares mucho más grandes que cuando lactan de un biberón, agotándose mucho más y necesitando en menor medida de la succión no nutritiva (dedo o chupete), y por tanto, de menos riesgo de adquisición de malos hábitos de cara al futuro, como la persistencia de succión no nutritiva.^(1,2) La succión es una de las primeras formas de conducta específica en el feto y en el recién nacido, estimulada por olores, sabores y cambios de temperatura así como una respuesta a estímulos en la zona bucal o peribucal. Puede extenderse en el tiempo a consecuencia de aburrimiento, escape de la realidad hacia la fantasía, desplazamiento afectivo y problemas familiares; la falta de amamantamiento conlleva el uso del biberón, donde el lactante no cierra los labios con tanta precisión y la acción de la lengua se ve afectada para regular el flujo excesivo de leche, esto trae como consecuencia una menor excitación a nivel de la musculatura y no favorecerá el crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático, dando como consecuencia la adquisición de hábitos de succión no nutritiva como son: la succión del pulgar y otros dedos, la succión del chupón, succión labial, etc.(3,4). Un hábito puede ser definido como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente del mismo acto, el cual a cada repetición se hace menos consciente y si se repite con frecuencia puede ser relegado completamente al inconsciente. El primer objeto a quien el niño dirige su exigencia es a la madre y lo hace en principio, basado en una necesidad, la de alimentarse. Si la alimentación no ha sido satisfactoria porque la succión se vio frustrada, este niño a lo largo de su vida ira creando sustitutos, por ejemplo: tender a chuparse el dedo o la lengua después de alimentarse en un esfuerzo por satisfacer su instinto de succión o puede ponerse objetos extraños en la boca, morderse las uñas, el pelo, el brazo, el labio y todos estos hábitos incorrectos. Estudios odontológicos realizados en la última década tienden a indicar que la falta de la lactancia materna o un período corto de ésta se encuentran relacionados con la instauración de hábitos nocivos de succión y deglución El objetivo de este trabajo fue relacionar el tiempo de amamantamiento materno con la presencia de hábitos de succión no nutritiva y con la presencia de estrechez en el maxilar superior. Se procedió a tomar una muestra aleatoria de la población que concurrió a la clínica de la Asignatura Odontología Integral Niños de la F.O.L.P. Se evaluaron 100 niños; 59 mujeres y 41 varones entre 3 y 5 años con dentición temporaria. Se analizaron las variables tiempo de amamantamiento materno, dividido en las categorías 0 a 6 meses y más de 6 meses; tiempo de práctica del hábito de succión no nutritiva, dividido en las categorías

Grupo 1: dejó el hábito antes de los 24 meses de edad, Grupo 2: continuó con el hábito hasta los 24 meses, Grupo 3: siguió con el hábito hasta los 36 meses, Grupo 4: el hábito es continuado. Para medir la estrechez del maxilar superior se tuvo en cuenta la segunda Regla de Bogue y se los dividió para el estudio en dos categorías: Normal y Estrechez. Para medir la estrechez del maxilar superior se tuvo en cuenta la segunda Regla de Bogue que expresa: "La distancia cervicolingual entre los segundos molares temporarios superiores debe ser mayor de 28 cm. Caso contrario, habrá atresia o falta de crecimiento transversal". Y se los dividió para el estudio en dos categorías: Normal y Estrechez. Para conocer la independencia de las variables Amamantamiento materno y Regla de Bogue se utilizó la prueba de Chi cuadrado, en donde los valores de significación menores a 0.05 indican dependencia de las variables, y los valores mayores a 0.05 indican independencia de las variables. Para cuantificar el grado de asociación entre las variables se utilizó la Medida de asociación V de Cramer para variables polifónicas, cuyos valores oscilan entre 0 y 1, cuanto más se acerca a 1 el valor de la V de Cramer, mayor es el grado de asociación entre las variables. Resultados: 0 a 6 meses: Grupo 1: 0% Estrechez, 100% Normal; Grupo 2: 18.2% Estrechez, 81.2% Normal; Grupo 3: 52.6% Estrechez, 47.4% Normal; Grupo 4: 73.1% Estrechez, 26.9% Normal. Prueba de Chi cuadrado $X^2=18.948$, con una significación de $p<0.05$. V de Cramer 0,54. Más de 6 meses: Grupo 1: 30.8% Estrechez, 69.2% Normal; Grupo 2: 27.3% Estrechez, 72.7% Normal; Grupo 3: 44.4% Estrechez, 55.6% Normal; Grupo 4: 0% Estrechez; 100% Normal. Prueba de Chi cuadrado $X^2=1.715$, con una significación de $p>0.05$. V de Cramer 0,221. En conclusión existe una asociación estadísticamente significativa entre la lactancia materna de 0 a 6 meses y el tiempo de permanencia del hábito, con la presencia de atresia maxilar; con un alto grado de significación estadística. No se encuentra asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de lactancia materna mayor a 6 meses y el tiempo de permanencia del hábito con estrechez del maxilar superior.

Bibliografía

- 1- Facal M, Perez A. Chupete ¿sí o no? ¿es conveniente que la madre ofrezca el chupete a su bebe? La respuesta es... a veces. Ortodoncia clínica 2003;6(4):206-17.
- 2- Ustrell Torrent, J.M. Guía de la fisiología bucal infantil. NUK. Barcelona 2003
- 3- Cortez, C; Oscar, M.: (2000) Hábitos de succión no nutritiva y la relación oclusal según el tipo de lactancia en niños con dentición decidua completa.
http://www.ceo.com.pe/005_revista_art02.htm

FORMACIÓN BIOÉTICA EN ODONTOLOGÍA: PERSPECTIVAS PEDAGÓGICAS, ÉTICAS Y CLÍNICAS

Miguel R., Zemel M., Cocco L., Sapienza M., Pólvora B., Iantosca A., Di Girolamo G., Larsen R.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

La renovación curricular de Odontología posibilitó la progresiva inclusión de espacios formales y no formales de Bioética en el diseño curricular. De este modo, las nuevas generaciones de graduados encontraron en su trayecto de formación profesional el espacio para la reflexión ética, la formación filosófica y la práctica bioética. El presente estudio tuvo como propósito conocer diferentes aspectos respecto a las fortalezas y debilidades de la adquisición de competencias bioéticas en el marco de la formación brindada en el curso de la Carrera de Odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata (FOUNLP). El objetivo de este trabajo fue comparar datos obtenidos respecto a conocimientos necesarios y habilidades requeridas en los procesos educativos vinculados con la formación en competencias bioéticas en estudiantes del ciclo avanzado de la FOUNLP. Se realizó un estudio descriptivo sobre las variables: conocimientos y habilidades vinculadas con las competencias bioéticas. Se registró un autorreporte estructurado, voluntario y anónimo a 400 estudiantes del Ciclo Clínico de la Carrera de Odontología de la FOUNLP. Los mismos fueron agrupados en dos grupos según sean de cuarto año (Grupo 1) o bien de quinto año (Grupo 2). La edad mínima de la muestra fue 21 y la edad máxima 54, promedio 25.04, moda y mediana 25 años. Sobre la variable conocimientos necesarios se registró en el grupo 1: Nivel óptimo (A) = 46 (23,0%); Nivel suficiente (B) = 100 (50,0%); Nivel insuficiente (C) = 54 (27,0%). En la evaluación de las habilidades requeridas, de los estudiantes del Nivel A, se registró: Nivel óptimo = 20 (43,48%), Nivel suficiente = 24 (52,17%), Nivel insuficiente = 2 (4,35%). De los estudiantes que se ubicaron en el Nivel B, se registró: Nivel óptimo = 19 (19,0%), Nivel suficiente = 24 (52,17%), Nivel insuficiente = 2 (4,35%). Por último, de los estudiantes que se encontraron en el Nivel C de conocimientos se registró: Nivel óptimo = 0 (0%), Nivel suficiente = 12 (22,22%), Nivel insuficiente = 42 (77,78%). Respecto al grupo 2 sobre la variable conocimientos necesarios se registró: Nivel óptimo (A) = 82 (41,0%); Nivel suficiente (B) = 93 (46,50%); Nivel insuficiente (C) = 93 (46,50%). En la evaluación de las habilidades requeridas, de los estudiantes del Nivel A, se registró: Nivel óptimo = 56 (68,29%), Nivel suficiente = 26 (31,71%), Nivel insuficiente = 0 (0,0%). De los estudiantes que se ubicaron en el Nivel B, se registró: Nivel óptimo = 25 (26,88%), Nivel suficiente = 56 (60,22%), Nivel insuficiente = 12 (12,90%). Por último, de los estudiantes que se encontraron en el Nivel C de conocimientos se registró: Nivel óptimo = 1 (4,0%), Nivel suficiente = 10 (40,0%), Nivel insuficiente = 14 (56,0%). El desarrollo de habilidades técnicas y la adquisición de conocimientos científicos son dos elementos

indispensables pero no suficientes para proporcionar un estado de salud oral de calidad a los pacientes. El factor más importante es el compromiso de los odontólogos para aplicar sus capacidades con integridad, teniendo como objetivo principal los intereses del paciente y su salud oral. La justificación para enseñar ética en odontología es facilitar el desarrollo profesional y personal de los estudiantes para que se conviertan en seres humanos responsables, tanto social como profesionalmente. Por otro lado, los continuos avances en los conocimientos y la tecnología en el área de las ciencias de la salud requieren que los profesionales sean capaces de enfrentar adecuadamente un problema ético, valorar sus implicancias, decidir el curso de acción e implementar los pasos necesarios para resolverlo. Estas habilidades deben ser enseñadas y entrenadas. Esta formación es mucho más eficiente cuando se realiza paralelamente a la educación técnico-científica, es decir, en la universidad. Los primeros contactos con docentes, autoridades, compañeros y pacientes fomentan el desarrollo de conductas éticamente correctas. La educación ética capacita al estudiante para reconocer conflictos éticos, participar en forma activa y significativa en comités de ética, respetar los límites éticos de la investigación, trabajar en equipos interdisciplinarios de manera racional y pluralista, entre otros.

** A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir:
1- En ambos grupos del ciclo Clínico-Socio-Epidemiológico de la Carrera de Odontología, de cada 10 estudiantes, 8 poseen los conocimientos necesarios para la adquisición de competencias bioéticas; 2- Asimismo, en ambos grupos, los mismos han desarrollado en su mayoría las habilidades requeridas; 4- Por último, cabe considerar estudiar los motivos que dificultan a algunos estudiantes la adquisición de conocimientos y habilidades para el desarrollo de las competencias investigadas.

Palabras clave: Educación odontológica – Competencias bioéticas – Bioética – Odontología Legal

Investigación financiada por U.N.L.P.

Bibliografía:

- Bebeau MJ et al. The impact of a dental ethics curriculum on moral reasoning. J Dent Educ. 1994; 58 (9): 684-692
- Zaror Sánchez C., Vergara González C. Ética en el currículo de las Carreras de Odontología. Acta Bioethica 2008; 14 (2): 212-218

ASPECTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ODONTOLOGÍA PLATENSE

Miguel R., Cocco L., Zemel M., Pólvora B., Iantosca A., Sapienza M., Di Girolamo G.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

Este trabajo se fundamenta en la necesidad de obtener datos sobre la identificación del concepto del documento de consentimiento informado realizado por Odontólogos en su práctica profesional. La investigación permitirá conocer diferentes aspectos, respecto a las fortalezas y debilidades de su utilización actual, en las prácticas odontológicas que se llevan a cabo en La Plata y alrededores. El objetivo del presente estudio fue comparar datos obtenidos respecto a la información y utilización del documento de consentimiento informado en Odontólogos del Partido de La Plata y alrededores. Se realizó un estudio comparativo sobre variables obtenidas mediante una encuesta estructurada y anónima a 1000 odontólogos de ambos sexos (tomados al azar) y luego separados en 3 rangos etarios. Tamaño de la muestra N: N1=186 odontólogos del sector público, N2=814 odontólogos del sector privado. Resultados: Sobre la variable conocimiento se agruparon los datos en 2 niveles de información: Registrando: Sector público: Nula a escasa=67, Suficiente a Excesiva=119, siendo su distribución: Jóvenes: Nula a escasa=53, Suficiente a Excesiva=34. Adultos Jóvenes: Nula a escasa=51, Suficiente a Excesiva=13. Adultos: Nula a escasa=34, Suficiente a Excesiva=1. Sector privado: Nula a escasa=618, Suficiente a Excesiva=196. Jóvenes: Nula a escasa=142, Suficiente a Excesiva=105. Adultos Jóvenes: Nula a escasa=325, Suficiente a Excesiva=84. Adultos: Nula a escasa=151, Suficiente a Excesiva=7. Sobre la variable utiliza del consentimiento informado se registró: Sector público: Utiliza = 82, No utiliza= 104 siendo su distribución: Jóvenes: Utiliza=52 No utiliza=35, Adultos Jóvenes: Utiliza=25, No utiliza=39, Adultos: Utiliza=5, No utiliza=30; Sector privado: Utiliza=115, No utiliza=699 siendo su distribución: Jóvenes: Utiliza=87 No utiliza=160, Adultos Jóvenes: Utiliza=20, No utiliza=389, Adultos: Utiliza=8, No utiliza=150. El estudio denotó un bajo conocimiento de la praxis ética y legal del consentimiento informado. En este sentido, el odontólogo tiene un deber de conducta con su vida profesional en concordancia con los principios éticos escritos en las reglas morales. Por lo tanto, los profesionales odontólogos, además de garantizar la confidencialidad a sus pacientes, deben presentar las distintas alternativas de tratamiento, obtener su consentimiento y respetar las decisiones hechas por los mismos. En la práctica odontológica diaria se instrumenta como un documento escrito por medio del cual se deja constancia de lo anteriormente descrito. Sin embargo, para que un paciente pueda firmar el consentimiento informado debe reunir determinadas condiciones, entre las que se cuentan: haber recibido y comprendido una información suficiente, encontrarse libre, y ser

competente para tomar la decisión en cuestión a través de un documento que refuerce la situación contractual de la práctica moderna. En relación a este último, la concepción de consentimiento informado integra dos visiones, una jurídico-técnica y otra filosófica. En este sentido, si el uso del mencionado documento se restringiera a atender solamente sus aspectos jurídico-técnicos determinaría una poda a los alcances éticos del Consentimiento solicitado a los pacientes en las prácticas asistenciales.

El correcto uso del consentimiento informado supone no sólo el estudio del aspecto jurídico-técnico que lo presenta en forma de un documento librado por el profesional odontólogo, sino también, el conocimiento de los fundamentos éticos en que basa su existencia. En relación a esto último, la concepción en que se funda el consentimiento informado se da principalmente en el ejercicio de la libertad de conciencia y por ende, en la elección responsable. En este sentido, el consentimiento informado es el proceso gradual que se ubica en el seno de la relación odontólogo-paciente, en virtud del cual el paciente obtiene determinada información del profesional, en términos comprensibles, que le permite participar voluntaria, consciente y activamente en la adopción de decisiones respecto del tratamiento de su salud. Por tanto, procesos de aprendizaje continuo formales y no formales debieran instalarse en la práctica odontológica para dar lugar a los efectos de poder incidir en una mejor praxis ética y legal del consentimiento informado.

** A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir:
1-En ambos grupos a medida que avanza la edad, el odontólogo manifiesta usarlo menos y la información que dice tener tiende a ser nula o escasa. 2-Si bien se observa una mayor implementación en el grupo del sector público que en el sector privado resulta todavía escasa la utilización del documento en ambos.

Palabras clave: Consentimiento – informado – odontología
Investigación financiada por U.N.L.P.

BIBLIOGRAFÍA:

- Howe E. Leaving Laputa: What Doctors aren't taught about informed consent. *J Clinical Ethics*. 2000; 11 (1): 3-13
- Manrique L et al. Consentimiento informado: fundamento ético, médico y legal. *Rev Argent cir*. 1991;3:33-35
- Miguel R. Consentimiento informado en odontología. Primera edición. Edufolp. La Plata. 2004
- Schouten BC, Friele R. Informed consent in dental practice: experiences of Dutch patients. *Int Dent J*. 2001; 51 (1):52-54

PLANTEOS BIOÉTICOS EN EL TRAYECTO FINAL DE LA FORMACIÓN ODONTOLÓGICA

Miguel R., Zemel M., Cocco L., Pólvara B., Iantosca A., Sapienza M., Di Girolamo G.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

El papel del enfermo en las decisiones médicas ha sido uno de los temas que más interés ha suscitado últimamente en el campo de la odontología legal, la deontología odontológica y la bioética. La participación del enfermo en la relación clínica ha seguido una evolución progresiva desde ser sujeto pasivo hasta tomar un papel protagonista. En la clásica relación clínica, pudo primar la perspectiva del profesional: el "deber" del profesional de hacer el bien ("beneficencia") que se traducía en el objetivo de la curación sobre otras consideraciones. Esta concepción ponía quizás un énfasis excesivo en la autoridad que tenía el sanitario como experto. Esta autoridad podía acabar fácilmente en autoritarismo proteccionista. Se ha hablado de esas relaciones como "paternalistas" en un sentido peyorativo. El profesional sabía lo que convenía al paciente, este debía limitarse a cumplir las órdenes que se le daban. Con el progreso sociocultural fue tomando cuerpo la consideración de que el paciente debía participar activamente en las decisiones sobre su propio bien, llegando a un modelo de relación en el que la autonomía del paciente podía contemplarse como el supremo fin. El error aquí podía radicar en identificar "el bien del enfermo" con lo que este quería en cada momento. Algunos autores han propuesto una superación de esas concepciones acentuando otros aspectos. Así Pellegrino y Thomasma proponen un modelo de "beneficencia fiduciaria" (beneficence-in-trust.) Se trata de una beneficencia que trata de huir del paternalismo. No se trata de decidir "por" el paciente en virtud de la presunta superioridad del criterio médico, sino de decidir "con" el paciente. Aquí los valores del enfermo son bien conocidos por el profesional al que le confía una cierta capacidad de gestión sobre ellos. Se subraya la intensa relación entre paciente y profesional, un compromiso, basado en la confianza, para la gestión de los valores y la toma conjunta de decisiones. Cabe, además, otra visión de la relación profesional de la salud-enfermo: una actitud basada en la "benevolencia". Se trata de buscar lo mejor para la persona del enfermo, entendiendo la persona en todas sus dimensiones. De algún modo en lugar de "paternalismo" frente a "autonomismo" se podría hablar también de "relación fraternal", donde uno de los dos es el experto. Aunque el proceso de información es esencial y debe ser custodiado para que otros intereses, la falta de tiempo, o la simple desidia puedan favorecer la imposición de unos criterios no compartidos, es muy importante el clima de lealtad y confianza que debe envolver toda la relación clínica. Ésta idealmente sería mejor si ambas partes compartieran valores o criterios esenciales. Con todo, se decidió profundizar en la práctica clínica odontológica con el propósito de encontrar cuáles eran los posibles conflictos éticos que se hallaban en la

misma. La presente investigación tuvo como objeto observar las situaciones que se presentaron en la práctica clínica de estudiantes avanzados de la Carrera de Odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal sobre variables: nivel de conocimientos teóricos y situaciones ético-clínicas. Se registró un autorreporte estructurado, voluntario y anónimo a una muestra azarosa de 104 alumnos regulares del quinto año de la Carrera de Odontología de la FOUNLP. La edad mínima fue 22 y máxima 37, promedio 24.91, moda y mediana 25 años. En relación con la variable "implementación del PCI", la totalidad de la muestra demostró implementar el PCI en las prácticas clínicas curriculares. Sobre la variable nivel de conocimientos teóricos el puntaje promedio fue de 3,51. En relación con las situaciones ético-clínicas observadas las mismas fueron: dificultades con la cumplimentación del documento de consentimiento informado = 7,69%, dificultades con la transmisión de la información = 23 16,35%, falta de conocimientos sobre cuestiones éticas y legales de la práctica clínica = 75,0%, otras = 0,96%. Los hallazgos precedentes permiten observar una significativa dificultad asociada con los procesos de adquisición de conocimientos vinculados con el área de la Bioética Clínica. Incluso, las otras dificultades parecieran estar asociadas a la descripta.

** A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir hasta el momento: a) Los conocimientos teóricos sobre el PCI son escasos aún cuando existe su implementación regular en las prácticas clínicas realizadas por estudiantes; b) El bajo conocimiento y las dificultades ético-clínicas halladas señalan la urgencia de incluir experiencias formativas en estudiantes de odontología que posibiliten un mejor desempeño ético-clínico en sus prácticas de formación.

Palabras clave: Consentimiento – odontología – estudiantes.

Investigación financiada por U.N.L.P.

BIBLIOGRAFÍA:

Pellegrino E., Thomasna D.C. The christian virtues in medical practices. Georgetown University Press, Washington 1996, pp 2-3

García Rupaya CR. Inclusión de la ética y bioética en la formación de pre y posgrado del cirujano-dentista en Perú. Acta Bioethica 2008; 14(1): 74-77

Gonçalves ER, Verdi MI. Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino. Cien Saude Colet. 2007;12(3):755-76

León Correa F.J. Enseñar bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores. Acta Bioethica 2008; 14(1):11-18.

PARTICULARIDADES PEDAGÓGICO-DIDÁCTICAS DE LA ENSEÑANZA DE CONTENIDOS JURÍDICOS/ODONTOLÓGICOS

Miguel R., Cocco L., Zemel M., Pòlvora B., Iantosca A., Sapienza M., Di Girolamo G.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

La inclusión de la Odontología Legal en el plan de estudios de la Carrera de Odontología obligó a diseñar creativamente un original espacio que ofreciera una mirada innovadora sobre las dimensiones ética y jurídica, entre otras. Su acontecer en el currículum produjo un nuevo camino de formación donde las dimensiones descriptas fueron presentadas a partir de la implementación de dos cursos regulares y tres complementarios. Entre los aspectos jurídicos trabajados desde el espacio curricular estuvo el proceso de consentimiento informado (PCI), el cual paulatinamente fue instalándose transversalmente en las asignaturas asistenciales de la Facultad de Odontología de la Universidad de La Plata (FOUNLP). La presente investigación buscará conocer diferentes aspectos, respecto a las fortalezas y debilidades de su conocimiento e implementación actual desde la mirada particular de los docentes que componen asignaturas clínicas de la Carrera de Odontología. El objetivo de este trabajo fue comparar datos obtenidos respecto a la implementación, conocimiento y dificultades encontradas en el PCI en docentes de la FOUNLP. Se realizó un estudio descriptivo sobre las variables: implementación, conocimientos y dificultades en la obtención del consentimiento informado. Se registró un autorreporte estructurado, voluntario y anónimo a 30 docentes de la Carrera de Odontología de la FOUNLP. La edad mínima de la muestra fue 34 y la edad máxima 64, promedio 47,5, moda y mediana 47 años. Sobre la variable implementación: la totalidad de la muestra afirmaron realizar el PCI en el ámbito universitario. Respecto a la variable conocimiento sobre PCI: poseen un nivel óptimo= 7 docentes (28%); poseen un nivel aceptable= 18 docentes (72%), no lo poseen= 0 (0%). Por otra parte, del total de los encuestados, 19 docentes (76%) manifestaron observar en sus estudiantes diferentes tipos de dificultades ético-clínicas en el desarrollo del proceso de consentimiento informado. En su evaluación, la distribución fue: dificultades de aprendizaje= 83,33%; dificultades técnicas= 22,22%; dificultades con el paciente= 50,0%; Las situaciones anteriores invitan a reflexionar sobre la necesidad de una formación en bioética en el trayecto formativo de los estudiantes de odontología. La formación en bioética para los futuros odontólogos permitirá, temprana y eficazmente, alcanzar los objetivos de su enseñanza, los cuales son, según Diego Gracia, alcanzar conocimientos, habilidades y actitudes; los dos primeros tienen carácter de medios respecto del tercero, que es el auténtico fin de todo proceso moral. Esta atención a medios y a fines es lo que debe entenderse como "ética de la responsabilidad" y en función de ella debiera girar todo el proceso educativo. Los conocimientos, habilidades y, sobre todo, actitudes tendrán

más posibilidades de desarrollarse si se incluyen como objetivos desde los comienzos de la formación de grado. Es en los primeros contactos con docentes, autoridades, compañeros y fundamentalmente pacientes donde se desarrollan normas de conducta éticamente correctas, de la mano de una adecuada fundamentación teórica. Así se podrán entender en forma concreta la ética de las instituciones, de la relación clínica, de la investigación, la deontología, entre otras. La enseñanza de la ética intentará influenciar la conciencia sobre los problemas morales y su razonamiento para solucionarlos y juzgarlos. Por medio de la discusión entre los estudiantes acerca de los dilemas que enfrenta la profesión se puede producir ganancias significativas entre los veinte y los treinta años. El proceso de consentimiento informado será el impulso para entrar en la temática bioética y así producir nuevos conocimientos a través de su construcción participativa. De este modo, los conflictos clínicos observados en la muestra podrán ser resueltos a partir de una reconstrucción significativa de contenidos que permitirán al estudiantado generar una mejor relación con sus pacientes y así lograr los objetivos de sus planes de tratamiento.

** A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir:

1- El PCI es realizado formalmente en la FOUNLP; 2- Los docentes de la muestra manifestaron encontrar dificultades en la implementación del PCI, aunque se estimó conveniente ampliar la muestra en un próximo estudio; 3- Cabe reflexionar sobre la revisión de los aspectos pedagógico-didácticos de las dimensiones jurídicas y éticas de la práctica profesional.

Palabras clave: Consentimiento informado – Bioética – Odontología Legal
Investigación financiada por U.N.L.P.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Cardozo C., Rodríguez E., Lolas F., Quezada A. Ética y Odontología, una Introducción. Santiago de Chile. CIEB, Universidad de Chile; 2007.
2. Guerra R. Bioética en la malla curricular de odontología. Acta Bioethica. 2006; 12(1):49-54
3. Morton NA. Benefits of a humanistic education: a student perspective. J Dent Educ. 2008;72(1):45-7
4. Nash D, Ruotoistenmäki J, Argentieri A, Barna S, Behbehani J, Berthold P, Catalanotto F, Chidzonga M, Goldblatt L, Jaafar N, Kikwilu E, Konoo T, Kouzmina E, Lindh C, Mathu-Muju K, Mumghamba E, Nik Hussein N, Phantumvanit P, Runnel R, Shaw H, Forna N. Profile of the oral healthcare team in countries with emerging economies. Eur J Dent Educ. 2008;12(1):111-1119

RELACIÓN ESTUDIANTE-PACIENTE EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Zemel M., Miguel R.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

Los pacientes han constituido el centro de las prácticas profesionalizantes en la formación universitaria. De ahí que surge necesario su evaluación permanente respecto al cuidado de los aspectos éticos que los mismos ameritan. El presente estudio tuvo como propósito conocer diferentes aspectos respecto a las fortalezas y debilidades de la relación paciente-estudiante durante el desarrollo de las prácticas odontológicas realizadas durante el Ciclo Clínico-Socio-Epidemiológico de la Carrera de Odontología. El objetivo de este trabajo fue describir características de la relación clínica establecida entre el estudiante superior de Odontología y el paciente que voluntariamente concurre a las clínicas de la FOUNLP. Se realizó un estudio descriptivo sobre las variables: conocimientos y dificultades de la relación. Se registró un autorreporte estructurado, voluntario y anónimo a 100 pacientes que concurren a las clínicas de la Carrera de Odontología de la FOUNLP. Del total de los pacientes participantes en la encuesta (n=100), 58 (58,0%) correspondieron al género femenino, siendo la edad media de la muestra 38,97 años. Al realizar la encuesta personalizada sobre la muestra de pacientes, los mismos señalaron positivamente la relación establecida con los estudiantes. La distribución de las respuestas fue: conformidad con el plan de tratamiento ofrecido= 97 (97,0%), conformidad con el tratamiento recibido= 97 (97,0%), conformidad con la obtención del consentimiento informado= 97 (97,0%); satisfacción positiva con la atención clínica recibida= 89 (89,0%); satisfacción con el acompañamiento docente hacia el alumno= 95 (95%); conformidad con el respeto vinculado a la información clínica suministrada (confidencialidad)= 86 (86,0%); comprensión de la necesidad de solicitar determinada información clínica o personal de la vida del paciente= 78 (78,0%); satisfacción positiva con respecto al acompañamiento brindado por el estudiante luego de la práctica realizada= 77 (77,0%). El desarrollo de habilidades técnicas y la adquisición de conocimientos científicos son dos elementos indispensables pero no suficientes para proporcionar un estado de salud oral de calidad a los pacientes. El factor más importante es el compromiso de los odontólogos para aplicar sus capacidades con integridad, teniendo como objetivo principal los intereses del paciente y su salud oral. La justificación para enseñar ética en odontología es facilitar el desarrollo profesional y personal de los estudiantes para que se conviertan en seres humanos responsables, tanto social como profesionalmente. Por otro lado, los continuos avances en los conocimientos y la tecnología en el área de las ciencias de la salud requieren que los profesionales sean capaces de enfrentar adecuadamente un problema ético, valorar sus implicancias, decidir el curso de acción e implementar los pasos necesarios para resolverlo. Estas habilidades deben ser enseñadas y entrenadas. Esta formación es mucho más eficiente

cuando se realiza paralelamente a la educación técnico-científica, es decir, en la universidad. Los primeros contactos con docentes, autoridades, compañeros y pacientes fomentan el desarrollo de conductas éticamente correctas. La educación ética capacita al estudiante para reconocer conflictos éticos, participar en forma activa y significativa en comités de ética, respetar los límites éticos de la investigación, trabajar en equipos interdisciplinarios de manera racional y pluralista, entre otros. También permite al estudiante estar consciente de las responsabilidades que asume desde el momento en que decide integrarse a la profesión odontológica, en una sociedad cada vez más demandante, informada y conocedora de sus derechos. La educación universitaria plantea como propósito la formación de odontólogos orientados hacia la prevención y mantenimiento de la salud bucal de la comunidad, ligado fuertemente a la práctica laboral. Esto demanda una participación activa, y un análisis reflexivo sobre los cambios en la relación paciente-odontólogo y los nuevos modelos científicos y tecnológicos. Bajo este contexto la docencia hace referencia a las acciones necesarias para llevar adelante el proceso enseñanza-aprendizaje que son todas aquellas acciones odontológicas, pedagógicas, didácticas involucradas en el proceso de apropiación de saberes por parte de los alumnos, donde a partir de ellos y por intermedio de la reelaboración con el aporte y orientación del docente, se produce el conocimiento nuevo.

** A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir que el grado de satisfacción respecto a las diferentes dimensiones de la práctica fueron significativamente logrados.

Palabras clave: Educación odontológica – Competencias bioéticas – Competencias jurídicas – Odontología Legal
Investigación financiada por U.N.L.P.

Bibliografía:

- Bebeau MJ et al. The impact of a dental ethics curriculum on moral reasoning. J Dent Educ. 1994; 58 (9): 684-692
- Zaror Sánchez C., Vergara González C. Ética en el currículo de las Carreras de Odontología. Acta Bioethica 2008; 14 (2): 212-218

ASPECTOS BIOÉTICOS EN LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA RELACIÓN ODONTÓLOGO PACIENTE EN EL MARCO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Miguel, R.; Sapienza, M; Cocco, L; Zemel, M ; Di Girolamo G; Pólvara, B; Iantosca, A.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata Asignatura Odontología Legal

La evolución en la relación odontólogo-paciente toca necesariamente el desarrollo del "consentimiento informado" el que se puede definir como el compromiso conjunto que establece el espacio comunicativo que informa de manera oral o escrita la naturaleza, los propósitos, la forma de aplicación de los instrumentos de recopilación de información o aplica ensayos experimentales, y presenta los beneficios, los riesgos, y alternativas del proceso en el cual, quien recibe la información, se convierte en participante, objeto de experimentación y contribuye al marco estadístico, y así se constituye un documento que resulta del testimonio escrito de quien va a ser investigado (o su tercero responsable, autorizado por ley) y así se logra una autorización clara, competente, voluntaria y autónoma. Esto lo convierte en una real colaboración y beneficio en pro de la sociedad y de la ciencia. El "consentimiento informado" es la expresión de dos voluntades debidamente conocedoras, competentes y autónomas que deciden contribuir a un procedimiento científico con proyección social, el cual garantiza que el sujeto expresa (después de haber comprendido la información que se le ha dado acerca de los objetivos y procedimientos del tratamiento la intención de participar en la entrega de información y en la aplicación de la prueba o instrumento que recopila la información. Los factores condicionantes para el cabal cumplimiento del consentimiento informado son: Ausencia de coerción o engaño, capacidad, claridad y autonomía del sujeto consultado que toma decisiones, y se informa de manera completa sobre la patología preexistente, con su diagnóstico, tratamiento posible y pronóstico aproximado, las posibles rutas terapéuticas con sus bondades y contradicciones, el instrumento de recopilación de información como tal, y la proyección de los resultados obtenidos en dicho proceso. Es bajo a estos parámetros que se ha construido la modalidad de práctica que maneja hoy la odontología. En este trabajo se investiga, sobre los aspectos bioéticos históricos de la evolución en los cambios de la relación odontólogo paciente, que intervengan en la aparición y modificaciones del documento de consentimiento informado y se pretende identificar las problemáticas en todas las épocas para poder transpolar esta relación asimétrica hasta la actualidad. Se busca relacionar en forma paralela la evolución de los aspectos bioéticos de la relación odontólogo paciente y del documento de consentimiento informado según la evolución de la sociedad, desde la comunidad paternalista y autoritaria; hasta la libertad y autonomía de la

población actual. Para ejecutar esta tarea se recurre a diferentes sitios de información, como bibliotecas de círculos, sociedades, agremiaciones, facultades de odontología y medios electrónicos. Se llega a comprender después de un exhaustivo análisis de toda la bibliografía consultada que la problemática del documento de consentimiento informado se debe encararse en la actualidad por medio del análisis bioético histórico de la relación profesional. Hoy la razón principal de la confidencialidad profesional se gana con la confianza del paciente; y es aquí donde entra en juego la ética profesional y el documento de consentimiento informado cuya información es esencial ya que asegura un diagnóstico sensato; un tratamiento efectivo; y un pronóstico de acuerdo a la patología presente; aunque la justificación por estas causas puede resultar mucho menos que absoluta, existen quienes sostienen que la obligación del profesional odontólogo es absoluta, por lo tanto ausente de toda discrecionalidad. En épocas pasadas, la relación odontólogo paciente era de tipo verticalista, pues el profesional cumplía su rol y el enfermo era el desvalido. El odontólogo era quien decidía en forma aislada el tratamiento a seguir sin consultar al paciente, por considerarlo justamente desvalido. Para ello podían manejar la información, valerse del engaño e incluso de la coerción. Hoy la relación es democrática y horizontal, en el que se pasa de modelo plural único a modelo pluralista donde el paciente participa de su realidad. Se concluye que el modelo paternalista acompaña a la odontología durante toda su evolución histórica y que los cambios en la relación odontólogo paciente han ido obligando al nacimiento de aspectos bioéticos del Documento de Consentimiento Informado. Ya que el cambio que se produjo en la práctica dental desde fines de los '70 hasta los '80, trajo aparejado junto con el crecimiento de la conciencia en los temas éticos durante este periodo, innovaciones en las facultades odontológicas. Hasta ese momento pocas casas de estudio tenían programas formales sobre bioética dental. Hoy en todas las Unidades Académicas se ha incorporado a la curricula los conceptos Bioéticos tanto en grado como pre grado.

Los textos utilizados en este trabajo son los siguientes:

Beauchamp, Tom L y Childress, James F.; Principios de Ética Biomédica. Barcelona. Masson. 1999.

Mainetti, J. A.; Estudios Bioéticos . Editorial Quirón. 1993

Outomuro, Delia; "Manual de Fundamentos de Bioética; 1º Ed.-Buenos Aires Magíster Eos, 2004

Odom, John, 1982. "Formal Ethics Instruction in Dental Education"

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN MUCOSA BUCAL DE NIÑOS. ¿INFECCIÓN VERTICAL?

Micinquevich S B.; Mayocchi K A.; Casaretto H.; Dorati P J.; Gomez M A.
Patología y Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología UNLP.
susmic2003@yahoo.com.ar

La evidencia científica indica la existencia de una relación entre el Virus del Papiloma Humano (VPH) y diferentes lesiones en la mucosa bucal. En niños, la forma de adquirir la infección es diferente que en el adulto. En ellos existen diversas formas de transmisión que es necesario investigar. Los VPHs tienen diferentes tropismos, es decir, predilección por un tipo determinado de epitelio. Algunos infectan la piel, las manos o la planta del pie; otros, los genitales externos y la mucosa vaginal o anal y algunos más la mucosa bucal o laríngea. En la piel, el VPH causa verrugas cutáneas, también llamadas “verrugas vulgares” y los serotipos que con mayor frecuencia se encuentran en esta zona son el 1, 2, 4, 7, 26, 28 y 29. En la región anogenital las lesiones son provocadas por los tipos 6, 11, 16, 18, 30 a 35, 39, 42 a 44, 48, 51 a 55. Los condilomas planos son debidos a los VPH 16, 18, 31, 33 y 35 con alto riesgo para desarrollar displasia cervicouterina y cáncer anogenital en el adulto o en pacientes inmunocomprometidos. El lactante y el preescolar infectados habitualmente desarrollan condilomas acuminados, verrugas exofíticas, o ambos. Las lesiones tienden a ser múltiples y al confluir forman una lesión verrugosa. Los virus responsables son el 6 y 11, considerados de bajo riesgo. En la boca y garganta se produce la papilomatosis oral y laríngea. Los tipos que afectan esta zona son el 6 y 11. Generalmente es transmitida por la madre infectada durante el embarazo o al momento del parto. El tiempo de latencia es variable; fluctúa entre tres y cinco años. Sin embargo, se han descrito papilomatosis respiratorias juveniles cuando la madre tenía condilomas durante el embarazo. La transmisión sexual es la vía habitual de contacto. Existen otras posibilidades, entre las que se menciona: 1) La Transmisión Vertical. Durante la evaluación de niños con afecciones por VPH, o antecedentes maternos, los datos recogidos de la Historia Clínica nos guiarán a considerar cual es la vía de transmisión posible del virus. La Transmisión vertical es la forma más frecuente de transmisión de VPH en menores de tres años; puede iniciarse in útero o al momento del parto y se explica por dos mecanismos: a) *Vía ascendente*. Ocurre por contaminación in útero a través de las membranas o por transmisión transplacentaria, b) *Vía descendente*. Es producida al nacimiento por contagio a través del canal de parto. La transmisión perinatal ha sido estudiada por numerosos autores; Se ha observado que el 65% de los recién nacidos de mujeres con neoplasia intraepitelial cervical, con verrugas genitales o con ambos problemas, tenían resultados positivos para VPH. Los estudios de mujeres embarazadas con infección por VPH, muestran que el 65% de las pruebas

de ADN tomadas de líquido amniótico son positivas. En recién nacidos por cesárea cuyas madres tenían IVPH, se encontró ADN positivo en el líquido amniótico y en la placenta. El periodo de latencia entre la infección perinatal y la expresión clínica de la enfermedad no está bien definido. Algunos autores consideran un período de 24 meses; otros señalan un intervalo de tres años y que hay un grupo de pacientes que no desarrollarán la infección. Entre los factores relacionados con la susceptibilidad de sufrir contagio, destacan los genéticos, ambientales, inmunológicos o la predisposición individual.2) Transmisión Horizontal: a) *Autoinoculación*. Cuando el paciente tiene verrugas cutáneas y se contagia al tocarse los genitales. b) *Heteroinoculación*. Ocurre cuando el menor es tocado en las áreas genitales, anales o ambas, durante el cambio de pañal o el baño por un adulto con lesiones por VPH en las manos. Otra forma de heteroinoculación ocurre cuando el adulto tiene lesiones genitales o anales y por una higiene inadecuada de las manos, transmite la infección al menor. El riesgo de sufrir la infección por transmisión horizontal aumenta cuando existen pequeñas lesiones o laceraciones. c) *Por fomites*. La transmisión a través de fomites es motivo de controversia. Algunos objetos personales como ropa interior, toallas, batas o trajes de baño se han identificado como fuentes de transmisión del VPH. d) *Transmisión por contacto sexual*. La Academia Americana de Pediatría (AAP) señala que el riesgo de sufrir IVPH por abuso sexual es bajo; y sólo es un dato de sospecha. El objetivo de este trabajo fue detectar el VPH con una técnica de biología molecular de alta especificidad y relacionarlo con la transmisión vertical. Se consideraron: a) un bebé de cinco días con érpilis congénito del recién nacido; b) un lactante de cuarenta y cinco días con nódulos de Bohn y c) un bebé de seis meses con verrugas planas en mejilla. Las muestras fueron tomadas con microbrush colocándolas en tubos Eppendorff con solución fisiológica. Se aplicó la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para detección y la variante LIS-SSCP para la tipificación. Se emplearon dos pares de cebadores: My09/11 y Gp05/06. La lectura se efectuó por corrida electroforética en geles de poliacrilamida al 6 %. Se usó la misma técnica para el ADN materno. El bebé a) resultó positivo para el tipo HPV16 y la madre negativa. El lactante b) positivo para HPV6, igual que la madre y el último c) bebé y madre negativos. De forma preliminar y teniendo en cuenta: una n reducida pero significativa por los casos considerados, inferimos que: 1- El HPV puede ser pasajero, ya que se lo detectó en mucosa bucal normal; 2- El lactante no está exento de la infección por HPVs. (de bajo o alto riesgo); 3.- La infección por bajo riesgo suele regresar mientras que la persistente con alto riesgo puede derivar en un cambio epitelial o transformación; 4- Importa la transmisión vertical porque el porcentaje de mujeres infectadas por VPH es alto. El conocimiento actual del comportamiento genético, biológico y clínico del VPH en el hombre permite precisar que su expresión y forma de transmisión es diferente en los niños y

en los adultos. En base a estos conocimientos, la forma de estudiar a un niño con IVPH debe ser modificada. En ellos es necesario determinar el mecanismo de adquisición de la infección. El tipo de VPH se obtiene mediante la toma de biopsia y prueba de PCR para tipificación la cual permite precisar si la infección fue ocasionada por un tipo genital o cutáneo; sin embargo, el hecho de encontrar un virus genital no permite identificar ni excluir un probable genotipo, debido a que una persona puede presentar varios tipos de VPH. Finalmente es importante que debido a que la IVPH es cada vez más frecuente en el adulto, en la población infantil también se ha incrementado, motivo por el cual es fundamental que los profesionales de la salud obtengan el conocimiento y las herramientas necesarias para atender niños con este tipo de infección ya que no sólo el paciente y su familia suelen verse afectados por el diagnóstico. Por lo anterior se recomienda realizar un seguimiento y vigilancia de los hijos de madres con IVPH.

Bibliografía.

1. National Cancer Institute, Division of Cancer Epidemiology. Viral Epidemiology Branch Research. Disponible en: <http://dceg.cancer.gov/viral-research.html>.
2. Sinal SH. Human papillomavirus infections of the genital and respiratory tracts in young children. *Semin Pediatr Infect Dis* 2005;16:306-16.
3. Scheurer ME, Tortolero-Luna G, Adler-Storthz K. Human Papillomavirus Infection: biology, epidemiology, and prevention. *Int J Gynecol Cancer* 2005;15:727-46.
4. Puramen M, Yliskoski M, Saarikoski S. Vertical transmission of human papillomavirus from infected mothers to their newborn babies and persistence of the virus in childhood. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:694-9.

ACCIÓN DE LOS AGENTES BLANQUEADORES SOBRE RESTAURACIONES ODONTOLÓGICAS ESTÉTICAS.

Arias S; Paz A.

Universidad Nacional De La Plata. Facultad De Odontología

La odontología moderna necesita de avances continuos debido a la inquietud por parte de los pacientes de solucionar situaciones estrictamente estéticas. Uno de los problemas que requiere solución es el hecho de buscar dientes más blancos o más claros a la coloración habitual de piezas dentarias permanentes. La clarificación o blanqueamiento de las piezas dentarias se ha convertido en un procedimiento habitual en la práctica odontológica ya que la estética es un factor fundamental en nuestros días.¹

El procedimiento de blanqueo es relativamente simple, conservador y eficaz.² Consiste en la aplicación sobre la superficie del esmalte de una sustancia clareadora que a grandes rasgos fracciona los pigmentos (macromoléculas a micromoléculas) causantes de la coloración del esmalte siendo eliminados por difusión, dando como resultados dientes más claros.³

Hay una alta posibilidad que al realizar un blanqueamiento no solo se ponga en juego la superficie del esmalte sino también materiales de restauración estéticos como pueden ser los cementos de ionómeros vítreos, las resinas combinadas y las cerámicas dentales con lo cual no solo es necesario analizar al esmalte a blanquear sino también a cada uno de los materiales de restauración que entren en contacto con las sustancias blanqueadoras.⁴

Estos materiales posiblemente sean alterados en su superficie al estar en contacto con agentes de tal agresividad por tal motivo el estudio y la visualización en microscopía electrónica de barrido es la investigación que proponemos. En este trabajo se planteo como objetivo: Analizar las posibles alteraciones sobre las superficies de restauraciones odontológicas estéticas por acción distintos agentes blanqueadores. Para esta investigación se procedió a trabajar con nueve grupos constituidos de la siguiente manera:

Grupo 1: Cemento de Ionómero Vítreo (Testigo) Grupo 2: Cemento de Ionómero Vítreo + sustancia blanqueadora (peróxido de carbamida) Grupo 3: Cemento de Ionómero Vítreo + sustancia blanqueadora (peróxido de Hidrógeno) Grupo 4: Resina Combinada. (Testigo) Grupo 5: Resina Combinada+ sustancia blanqueadora (peróxido de carbamida) Grupo 6: Resina Combinada + sustancia blanqueadora (peróxido de Hidrógeno) Grupo 7: Porcelana (Testigo) Grupo 8: Porcelana + sustancia blanqueadora (peróxido de carbamida) Grupo 9: Porcelana + sustancia blanqueadora (peróxido de Hidrógeno). Para el análisis de las muestras bajo Microscopía Electrónica de Barrido se conformaron 6 muestras en cada grupo. Las muestras para los grupos 1 a 6 se realizaron de forma circular de 5 mm de diámetro y 2mm de espesor utilizando una matriz de plástico con dicha medida. Las muestras para los grupos 7-9 fueron enviadas por el fabricante con la medida requerida. Sobre todas estas muestras de materiales

restauradores libres de impurezas se colocaron las sustancias blanqueadoras o no según el grupo que correspondía. Dichas sustancias se mantuvieron sobre la superficie de la muestra durante 60 minutos más allá de la sustancia activa del agente blanqueador. Al cabo del tiempo establecido se retiró el agente blanqueador con un profuso lavado a presión de agua de la jeringa triple del equipo dental. Luego se mantuvieron en agua destilada a 37° hasta 48 horas antes de la visualización ya que ésta requiere de muestras libres de humedad. Previo al análisis microscópico los especímenes se metalizaron con oro (método de Sputtering) que dejó una capa de dicho metal de 200 Å. El microscopio utilizado fue marca Phillips mod 505. Los resultados mostraron claramente alteraciones en todos los grupos donde se colocaron agentes blanqueadores más allá del tipo de agente blanqueador. Se puede inferir que los materiales dentales restauradores son alterados en su estructura superficial por la acción de agentes blanqueadores.

Bibliografía

- 1-Gallagher A, Maggio B, Browman J, Borden L, Mason S, Felix H. Clinical study to compare two in office (chairside) whitening systems. J Clin Dent. 2002; 13(6): 219-224.
- 2- Joiner A. The bleaching of teeth. A review of the literature. J.Dent.2006 Mar; 34: 412-419.
- 3-Baratieri LN, et al. Clareamento de dentes In: Baratieri LN. Odontología restauradora: fundamentos y posibilidades. Sao Paulo: Ed Santos; 2001: 675- 722.
- 4-Van der Vyver PJ, Lewis SB, Marais JT. The effect of bleaching agent on composite/enamel bonding. J Dent Assoc S Afr. 1997 Oct;52 (10):601-603

ANÁLISIS DE FLUOR EN ORINA EN TRATAMIENTOS LOCALES

Butler T, Basal R, Lazo G, Lazo S, Escudero E, Friso E, Pollicina L, Merlo D, Pazos F, Alfaro G.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Plata

El flúor de uso local ha generado importantes estudios y discusiones en diferentes investigadores acerca de su metabolización y excreción.^{(1), (2).}

Algunas formas fluoradas han sido aceptadas por organismos internacionales como el Consejo en Terapéutica dental de la ADA (Agrupación Dental Americana). El flúor como elemento para la prevención de la caries dental se puede administrar de manera sistémica y/o tópica. El mecanismo de aplicación sistémica se puede implementar a través de medidas como la fluoración del agua y la sal, o la administración de tabletas. La acción cariostática del flúor se debe a su capacidad remineralizadora del esmalte e inhibitoria de la producción de ácidos por los microorganismos de la placa dento-bacteriana⁽²⁾. Generalmente es absorbido e ingresa a los líquidos corporales por los pulmones y el tracto gastrointestinal. El plasma es el fluido hacia el cual y desde el cual el flúor pasa a otros tejidos para su absorción y eliminación. La mayor cantidad del ion absorbido se incorpora a los tejidos mineralizados del cuerpo. La principal ruta de eliminación es la orina⁽¹⁾. El pico de absorción se detecta una hora después de su ingestión. A partir de ese momento disminuyen los niveles en plasma por la incorporación del flúor en tejidos duros y la excreción urinaria.⁽¹⁾ Se sabe que del total del flúor que ingresa por vía digestiva, aproximadamente el 50% se elimina por vía renal, el 30% se deposita en el tejido óseo en forma de fluorapatita, 15% podrá acumularse en tejidos dentarios, la excreción salival representa el 1% del flúor ingerido, en el fluido gingival es similar al del plasma. Algunos autores consideran que el fluoruro bajo la forma tópica supera los 50 mg/g creat. En orina, pueden causar cierto grado de toxicidad. Objetivo: Determinar la cantidad de flúor que se excreta en orina luego de la utilización de fluoruro de sodio en pasta. Material y Método: fueron seleccionados en forma aleatoria 10 jóvenes de ambos sexos de 18 a 25 años de edad, que asisten a consultorios particulares de las ciudades de La Plata y Berisso para realizar tratamiento preventivo de caries. Dichos pacientes fueron tratados con Fluoruro de sodio en pasta dental en 1 parte por millón (1ppm), utilizando la técnica de cepillado habitual por única vez. A cada paciente se le entregó dos frascos de polietileno conteniendo 2mg de EDTA (ácido etilendiamnotetracético) para neutralizar los iones metálicos en la obtención de las muestras de orina. El total de las mismas fue de 20 (10 previas al tratamiento y 10 posteriores al tratamiento). Posteriormente, se conservaron a -20° hasta su procesamiento en el laboratorio bioquímico. Se realizó el análisis químico de las mismas. Este procedimiento se repitió de la misma

manera utilizando fluoruro de sodio en pasta dentífrica. Resultados obtenidos con gel de fluoruro de sodio: valor hallado antes del tratamiento 0,16 mg/g creat, luego del tratamiento 0,53mg/g creat.; en pasta: valor hallado antes del tratamiento: 0,18mg/g creat; luego del tratamiento 0,48mg/g creat. Los resultados fueron expresados por cantidad de mg de flúor por g de creatinina. Conclusiones: se observó mayor eliminación de fluoruro de sodio en gel que en pasta. En consecuencia la utilización de fluoruro de sodio en forma de gel superó los 0,50 mg/g creat. Pudiendo causar efectos tóxicos. Discusión: de acuerdo a las fuentes consultadas se infiere que existen escasos estudios sobre el análisis del Flúor en orina después del tratamiento local con fluoruro de sodio en gel. Alguno investigadores ^{(2), (4)} reportan concentraciones de Flúor en orina de 0,42 mg antes del tratamiento y de 0,92 mg después del tratamiento. Otros trabajos científicos indican que los niveles de Flúor en orina que se absorbe en el niño a través de todos los vehículos (dieta, aguas fluoradas, dentífricos) son de 0,28 mg por litro antes del tratamiento y 0,42 después del mismo, mientras que en forma más coincidente ciertos investigadores observaron resultados de 0,27mg/g creat. antes del tratamiento y 0,37 mg/g creat. Utilizando fluoruro de sodio en pasta luego de 2hs del tratamiento. ^{(3) (4)} Conclusiones: en los tratamientos locales se produce la absorción sistémica del flúor y su consiguiente eliminación por orina. Los resultados de este trabajo muestran que las concentraciones de flúor en orina son proporcionales a la cantidad de flúor aplicado en forma local, y alertan sobre la autoadministración del ion, pudiendo exceder los valores indicados. En consecuencia una forma de prevenir los posibles riesgos de efectos nocivos tales como la fluorosis dental o intoxicación es que el mismo sea utilizado con la indicación del profesional odontólogo, de acuerdo a la cantidad indicada en relación a la edad, estado del paciente y concentraciones observadas en el agua de consumo.

Bibliografía:

- 1-Burt, B.A.; Eklund, S.A. The methods of oral epidemiology. In: Burt B; Eklund S. Dentistry dental practice in the community. 5th ed. St. Louis, Missouri, Mosby. 121-43, 1998.
- 2-García-Camba de la Muela, J.M; García-Hoyos, F; Varela Morales, M; González Sanz, A. Absorción sistémica de flúor en niños secundaria al cepillado con dentífrico fluorado. Rev. Esp. Salud Publica v.83 n.3 Madrid mayo-jun. 2009.
- 3-García Cambar, J.M; García-Hoyos, F; Gonzalez D. Paso a vías sistémicas del Fluor vehiculado en dentífricos fluorados en niños: una llamada de atención. Cien dent. 2009; 6; 2: 85-92.
- 4-Osbry Musset AM, Bettermbourg D, Cahen P m, Voegel JC, Frank RM. Orinary Fluoride contaming salt or sodium fluoride supplements. Caries Res; 26 (5): 367-70, 1992.

ULTRAESTRUCTURA DEL ESMALTE EN CANINOS TEMPORARIOS Y SU RELACIÓN CON LA BIOMECÁNICA

Batista S; Durso G ; Martínez C ; Tanevitch A; Abal A; Llompart G; Llompart J; Licata L.

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata.

El esmalte dental es un tejido mineralizado con un alto grado de complejidad en su organización que ha sido producto de numerosas investigaciones y extensas descripciones tanto en el área odontológica, como también en otras disciplinas y aun así existen muchos cuestionamientos y dudas acerca de su naturaleza y comportamiento funcional. Puede o no configurar prismas formados por cristales de hidroxiapatita. La variabilidad de la morfología de los prismas depende del plano en que son seccionados los mismos y de la orientación de los cristales. Koenigswald y Clemens 1992₃ y Koenigswald et al. 1993 desarrollaron un sistema jerárquico de clasificación de la estructura del esmalte de los distintos grupos de mamíferos basándose en cinco niveles de complejidad: 1) Cristales. 2) Prismas. 3) Tipos de esmalte. 4) Patrón de esmalte (schelzmusters) y 5) Dentición. En el nivel 1) se estudia la morfología y los patrones de empaquetamiento de los cristales en un área pequeña. En el nivel 2) se incluye la descripción de los esmaltes prismáticos y aprismáticos en términos de su morfología y de la sustancia interprismática. En el nivel 3) hace referencia a los tipos de esmalte prismáticos. Koenigswald y Clemens 1992 reconocieron al esmalte radial como el más primitivo en la organización; distinguieron otros tipos de esmalte como el tangencial, de bandas de Hunter-Schereger y el irregular. En el esmalte radial los ejes axiales de los prismas están orientados perpendicularmente al límite amelodentinario y la superficie externa. El tangencial no se ha encontrado en el humano. En las bandas de Hunter-Schereger los prismas exhiben cambios de orientación en su recorrido desde el límite amelodentinario hacia la superficie, produciéndose un entrecruzamiento con los de las bandas adyacentes. En el esmalte irregular el entrecruzamiento de prismas no es en capas sino en haces o en prismas individuales. El nivel 4) es el ordenamiento tridimensional de los distintos tipos de esmalte en un diente. La distribución de los distintos tipos de esmalte es controlado por circunstancias filogenéticas y biomecánicas. El modelo de distribución de los patrones ha mostrado ser relativamente constante en algunas familias de mamíferos y sujeto a pequeñas variaciones individuales₂. El nivel 5) la diferencia en la morfología total de los dientes que forman una dentición, frecuentemente tiene relación con diferencias significativas en su estructura adamantina que reflejan sus distintos atributos biomecánicos. El diente es un elemento que concentra stress, tiene contacto directo con los objetos ambientales resistentes. Cuando los dientes son degradados por el desgaste o la abrasión no es

posible la reparación de las superficies fracturadas o gastadas. El desgaste en el esmalte de los mamíferos está influenciado por la dirección de los prismas. Rensberger y Koenigswald¹ observaron que cuando los prismas llegan a la superficie de abrasión oblicuamente, el desgaste es menor que cuando lo hacen en forma paralela. El esmalte prismático humano constituye el mayor volumen del esmalte de dientes permanentes y temporarios y puede ser de tipo radial, irregular y con bandas. El esmalte aprismático se encuentra en la superficie externa en los dientes temporarios y ocasionalmente en los dientes permanentes. El objetivo fue identificar esmalte prismático y sus distintos tipos en caninos deciduos y su relación con la biomecánica mediante microscopio electrónico de barrido ambiental (ESEM) y analizar en los mismos los elementos químicos presentes. Seis caninos superiores temporarios exfoliados, fueron incluidos íntegros en resina acrílica, desgastados, pulidos y lavados con agua a presión. Luego se procedió al grabado de la superficie con una solución de ácido clorhídrico al 10% durante tres a cuatro minutos. Para finalizar, la muestra fue lavada con ultrasonido durante diez minutos para ser observadas, sin metalizar, en un microscopio ESEM FEI Quanta200. Se delimitaron campos de esmalte prismático y aprismático y se realizó microanálisis elemental mediante el detector EDS (energy dispersive Spectrometer) El esmalte prismático fue observado en la zona incisal de ambas caras libres disponiéndose el esmalte con bandas en los dos tercios internos y el esmalte radial en el tercio externo. En el tercio medio se identificó esmalte con bandas de Hunter-Schreger, que ocupaban mayor espesor en la cara palatina que en la cara vestibular, y esmalte radial en la superficie externa. En el tercio cervical el esmalte observado fue el radial y en la superficie externa el esmalte aprismático presentó un espesor de 12-40 μ con los cristales paralelos entre sí y perpendiculares al límite externo. No se registró esmalte irregular. El análisis de elementos indicó en el esmalte prismático Wt%: Cl 0,35; Ca 34,18; P 16,95; C 15,31 y en el aprismático Cl 0,77; Ca 28,96; P 14,53; C 24,07. Concluimos que la disposición de los distintos tipos de esmalte prismático le confiere al diente la capacidad de resistir fuerzas oclusales y de desgaste, mientras que el esmalte aprismático resulta menos soluble al medio ácido bucal.

.Bibliografía

1. Koenigswald, W; Clemens, W (1992) "Levels of complexity in the microstructure of mammalian enamel and their application in studies of systematics" *Scanning Microscopy* 6: 195-218
2. Koenigswald, W; Sander, P (1997) "Glossary of terms used for enamel microstructures" en : *Tooth enamel microstructure*, Koenigswald, W; Sander, P (eds.) Balkema, Rotterdam, pp 267-297

CAMBIOS EN LA MORFOLOGÍA GINGIVAL EN RELACIÓN A LOS NIVELES DE ESTEROIDES SEXUALES EN SALIVA DE GESTANTES ADOLESCENTES DEL PRIMER TRIMESTRE.

Tosti S, Baudo J, Domínguez G, Cecho A, Di Salvi N, Allegretti P.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.

El embarazo es una etapa de cambios importantes en la vida femenina que repercuten a nivel sistémico y una de las manifestaciones más notables desde el punto de vista clínico se da en la cavidad bucal. La producción de fluido salival, el aumento de los niveles séricos de hormonas, la dieta, el incremento de la flora microbiológica y la alteración en la respuesta inmune, constituyen factores de riesgo que ayudan a la instalación de dichas patologías. En la gestación los niveles de estrógenos y progesterona se elevan en suero y saliva a partir del segundo mes y hasta el octavo, disminuyendo abruptamente luego del parto. Este aumento de hormonas produce modificaciones a nivel sistémico que repercuten en la cavidad oral. Las alteraciones más frecuentes son: gingivitis, granuloma del embarazo, caries y periodontitis. La caries es una desmineralización de los tejidos dentales que responde etiológicamente a una flora microbiana específica o placa bacteriana, con alta capacidad para producir ácidos, capaces de disolver el esmalte. Respecto a la dieta, los alimentos ricos en azúcares son metabolizados más rápidamente por bacterias criogénicas a través de la glucólisis. La enfermedad periodontal es un proceso infeccioso que afecta a los tejidos dentarios de sostén, encía, ligamento periodontal y hueso. Las de mayor prevalencia son gingivitis y periodontitis. La gingivitis es una inflamación y una respuesta inmune directa a la placa bacteriana potenciada por factores predisponentes como el tabaco, algunas drogas y cambios hormonales que ocurren en la adolescencia y el embarazo. Los cambios gingivales en el embarazo están asociados a deficiencia o ausencia de higiene oral y cambios hormonales y vasculares que provocan una respuesta inflamatoria exagerada. La gingivitis del embarazo es la patología más frecuente, la encía se ve edematizada, hiperplásica, eritematosa y sangrante. Afecta la encía marginal y papila interdientaria de molares y dientes anteriores. El incremento hormonal afecta la microcirculación, provocando vasodilatación capilar gingival, aumento de permeabilidad y exudado, por acción directa de la progesterona en las células endoteliales. En la placa subgingival coexisten *Prevotella intermedia* y *P melaninogenica*, que requieren vitamina K para su crecimiento pero la sustituyen por Progesterona o estradiol por su similar estructura química. (1) (2) (3). Las hormonas sexuales pueden determinarse en suero, y debido a que las glándulas salivales reciben elementos del plasma para sintetizar fluido salival es posible medir hormonas en saliva. Para determinar hormonas en saliva, se puede emplear el método de radioinmunoanálisis. El empleo de fluido salival para la determinación de niveles de estrógenos y progesterona surge considerando que la recolección de la muestra resulta

fácil accesible y económica. Por otra parte es fácil de conservar y trasladar. Permite trabajar con volúmenes pequeños de saliva siendo suficiente de 25 a 100 ul ya que solo se trata de determinar los niveles de dos hormonas, la determinación de mayor número de hormonas requiere de 2 a 3ml de saliva. Nuestro objetivo fue determinar los cambios morfológicos de la encía marginal en gestantes adolescentes del primer trimestre y su relación con los niveles salivales de estrógenos y progesterona. La muestra se integró con 30 gestantes adolescentes cursando el primer trimestre de gestación. El rango etario fue de 14 a 19 años y solo gestantes primerizas. Se las instruyó previamente en hábitos de higiene y técnica de cepillado para descartar factores locales de incidencia en los cuadros gingivales. Se les pidió un enjuague bucal para arrastrar restos que pudieran contaminar la muestra, alimentos, exudado, sangre, etc. El sangrado, aún leve, en boca tiene impacto importante sobre los niveles de hormonas sexuales, el efecto es pasajero y fácilmente resuelto con el enjuague y la espera de unos minutos antes de tomar la muestra. Por lo general lleva de 2 a 15 minutos obtener una muestra sin estimulación, pero es conveniente no emplearlos por la posible reacción cruzada con las hormonas esteroides. El desarrollo reciente de kits para Radioinmunoanálisis (RIA) disponibles comercialmente, facilita la recolección de volúmenes pequeños de saliva. Se recogió la saliva con micropipetas y se trasladó a tubos de poliestireno adicionando un biocida (azida sódica al 1%, 50 ul colocados con una pipeta en el fondo del tubo y dejando evaporar a temperatura ambiente) para prevenir la contaminación bacteriana. La muestra puede conservarse varias semanas a temperatura ambiente ya que los esteroides sexuales son muy estables en estas condiciones. El estudio arrojó como resultado estríol 8 a 17pg/ml y progesterona 15 a 48 ng/ml. Clínicamente se observó hipertrofia gingival marcada en las papilas interdentarias de molares superiores y de incisivos y caninos superiores e inferiores y encía marginal de las mismas piezas dentarias. Tendencia al sangrado ante la exploración con sondas y cambio de coloración. Para la muestra examinada puede concluirse que la morfología gingival se ve modificada en coincidencia con el incremento de los niveles salivales de estrógenos y progesterona.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Ferreiro F. Embarazo y las encías. Rev Fed Odontol Colomb 2003; 20(3):23.
- 2- Rodríguez HE, López S. El embarazo. Su relación con la salud bucal. Rev. Cubana Estomatol. 2003; 40 (2)
- 3- Xiong X, Buekens P, Vastardis S, Yu SM. Periodontal disease and pregnancy outcomes: state-of-the-science. Obstet Gynecol Surv. 2007; 62: 605-15.

VALORACIÓN DE LA DISTORSIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL EN ORTOPANTOMOGRAFÍAS

Yrigoyen, S. A; Abilleira, E. L; Segatto, R. G; Bustamante, C. A; Mancuso, P.C; Fingermann, G.F; Delocca, M. S; Mazzeo, D.

Asignatura Anatomía Facultad de Odontología Universidad Nacional de La Plata

La confiabilidad dimensional de los exámenes prequirúrgicos en el campo de la implantología oral es determinante en el éxito postquirúrgico. Para la evaluación del remanente óseo, el examen radiológico más requerido y en algunos casos, único en el proceso de análisis prequirúrgico es la ortopantomografía o radiografía panorámica. El diseño tecnológico de los equipos radiográficos que permite obtener imágenes panorámicas, debido al incumplimiento de los principios proyectivos básicos, tiene intrínsecamente una distorsión por amplitud entre la imagen resultante y la estructura radiografiada. Esto se traduce en un aumento de tamaño de la imagen con relación a la estructura, conllevando una limitación en la confiabilidad del examen. Esta distorsión ha sido denominada factor de magnificación y las distintas empresas que manufacturan esta tecnología han tratado de controlar y limitar este fenómeno. El factor de magnificación no es uniforme en todos los sectores de la imagen del macizo facial, por lo tanto es diferente para cada maxilar, y a su vez no es igual para el sector anterior que para el posterior. Es sabido que los valores de distorsión difieren si los consideramos en el sentido vertical u horizontal. En este trabajo se realiza una valoración de la distorsión en radiografías panorámicas tanto en el sentido vertical como horizontal, en ambos maxilares, analizando a su vez los sectores posteriores y anteriores. Para ello se utilizaron diez cráneos obtenidos de la osteoteca de la asignatura Anatomía de la facultad de odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Los mismos fueron posicionados ubicando la basal mandibular paralela al piso. Se utilizó un equipo panorámico perteneciente a la asignatura Radiología de la misma facultad. Se colocaron referencias de estaño de 2 x 1 cm. en los sectores anterior y posterior de ambos maxilares, de esta manera se realizaron las exposiciones, obteniendo las imágenes. Sobre las radiografías logradas se procedió a realizar las mediciones de las referencias, los datos fueron volcados en hojas de cálculo considerando el maxilar y sector al que pertenecía el registro y se hizo el cálculo de la magnificación utilizando la siguiente fórmula; Medida radiográfica. Medida real x 100. Los resultados obtenidos indican que los valores de magnificación fueron menores para los sectores anteriores de ambos maxilares, en comparación con los sectores posteriores correspondientes. Las diferencias al comparar un mismo sector entre el maxilar superior y el inferior no fueron significativas, en cambio hay discrepancias marcadas en los valores de distorsión considerando el sentido vertical y el horizontal. En

base a los resultados hay que considerar que las mediciones realizadas sobre radiografías panorámicas con fines de planificación prequirúrgica no son confiables, ya que nos está dando valores alejados de la realidad. Como conclusión, debemos considerar la posibilidad de utilizar referencias o tutores de magnitud conocida para determinar el grado de distorsión y aplicarlo a las mediciones para acercarnos a la realidad y planificar con mayor certeza.

Bibliografía

1.- Hirschmann PN. The Current Status of Panoramic Radiography. International Dental Journal. 1987. Vol 37, 31-37.

2.- Lam E, Ruprecht A, Yang J. Comparison of two dimensional orthoradially reformatted computed tomography and panoramic radiography for dental implant treatment planning. J Prosthet Dent 1995; 74:42-46.

3.- Reddy MS, Mayfield-Donahoo T, Vanderven FJJ, Jef fcoat MK. A comparison of the diagnostic advantages of panoramic radiography and computed tomography scanning for placements of root form dental implants. Clin Oral Impl Res 1994; 5: 229-238.

4.-Reddy M, Wang I. Radiographic Determinants of Implant Performance. Adv Dent Res 13: 136-145, June, 1999.

RIESGO BIOLÓGICO DE CARIES; SU RELACIÓN CON LA SALIVA Y LA DIETA.

Autores: Sala Espiell, R.; Obiols, C.; Mastrancioli, M; Armendano, A.Crimaldi, D.; Raseé, N.,; Paleo, M.

Lugar de trabajo: Facultad de Odontología de La Plata.

La saliva no posee una microbiota propia contiene aproximadamente 108 microorganismo por ml; estos microorganismos provienen de otros sitios, la lengua es el mayor proveedor de bacterias. En los últimos años se ha utilizado el recuento de *St. Muttans* y *Lactobacilius* presentes en la saliva como indicador de susceptibilidad de caries dental. Así mismo se ha observado que la microbiota de la saliva no representa la composición del biofilm que conforma la placa dental. La saliva que baña la cavidad bucal es fundamentalmente una mezcla de secreciones de las glándulas salivales mayores (parótida, submaxilar y sublingual) y glándulas salivales menores (glándulas accesorias de la mucosa yugal y bucal).

Composición Química de la Saliva: Cada glándula salival produce una secreción característica y compleja que consiste en: electrolitos; proteínas, glucoproteínas y lípidos. La saliva posee componentes orgánicos e inorgánicos: dentro de estos últimos podemos mencionar: el calcio, los fosfatos, el magnesio y los fluoruros. El elemento más importante es el calcio; existe unido a proteínas; ionizado o como ión inorgánico, como ión esencial participa en la adherencia de microorganismos gram positivos a la película salival adquirida. Interactúa en el proceso de mineralización desmineralización del esmalte y también se encuentra presente en la placa calcificada en forma de fosfato de calcio.

Funciones de la Saliva: La saliva cumple con distintas funciones las que pueden ser resumidas en:

- 1) Función digestiva: participa en la formación del bolo alimenticio y solubiliza alimentos sólidos.
- 2) Función protectora: lubrica los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal a través de las glucoproteínas. Las mucinas previenen la desecación y evitan la penetración de toxinas y sustancias irritantes. Al contener factores de la coagulación (VIII, IX, X y XII) acelera la coagulación sanguínea y evita que las heridas se produzca la penetración bacteriana en la submucosa.
- 3) Funciones relacionadas con la actividad de caries:
 - 3a) Capacidad buffer: se vincula con el contenido de bicarbonato, ácido carbónico, sirve para mantener el pH bucal relativamente constante y así entra en la acción desmineralizante de los ácidos sobre el esmalte, ya que el pH cumple una función leve en el desarrollo de la microbiota bucal. El pH salival promedio es de 6,7. Un pH bajo (ácido) e/4 y 5) favorecerá el desarrollo de microorganismos ácidos genéricos y acidúricos tales como el estreptococcus y lactobacilos acidofilos.
 - 3b) Eliminación de azúcares: se produce por disolución del azúcar en la saliva de la cavidad bucal antes de su deglución. Su capacidad de eliminación esta directamente relacionada con el flujo salival. El volumen de la saliva segregado por un individuo varía e/ 700 y 800 ml diarios con un promedio de 0,3 ml por minuto. La mayor parte de este volumen es producido antes, durante y después de las comidas, alcanza su pico máximo por la tarde y disminuye notablemente durante el descanso nocturno.
 - 3c) Capacidad remineralizante: esto se debe a estar sobresaturada de calcio y fosfato.
 - 3d)

Formación de la película salival adquirida y agregación salival: la película salival adquirida cubre la superficie del esmalte casi inmediatamente después de higienizarse y así inicia la formación de la placa dental. El factor de agregación de la saliva es un polímero que permite la agregación de las bacterias de especies similares en primer término y luego de bacterias de especies diferentes. De este modo los microorganismos se van absorbiendo sobre la superficie de la película mediante diferentes mecanismos de adhesión y así comienza a formarse la PB. Una disminución de tasa del flujo salival y/o una alteración de la calidad de la saliva puede modificar el equilibrio del proceso de mineralización-desmineralización y provocar un aumento del riesgo de caries dentales. Los antidepresivos, los antihistamínicos, los anticolinérgicos, los diuréticos, los antihipertensivos, los analgésicos, los sedantes y los narcóticos se asocian con hipofunción y xerostomía. El síndrome Sjögren, la diabetes mellitus, la anorexia nerviosa y el estrés relacionado con el estilo de vida o el nivel socio-económico puede producir hipofunción y xerostomía. La relación entre caries y factores dietéticos es compleja. Las bases bioquímicas de esta relación se evidencian al estudiar el metabolismo bacteriano. Dentro de los hidratos de carbono, la sacarosa es el de mayor capacidad cariogénica. Su introducción en la dieta moderna está asociada con el incremento de la prevalencia de caries, y específicamente con la etiología de caries de superficies lisas de los dientes. Se estudiaron en el periodo de un año a una población de pacientes pediátricos concurrentes a la clínica de la asignatura Odontología Integral Niños de la Facultad de Odontología, siendo los objetivos de este trabajo determinar la relación entre el factor saliva y el potencial cariogénico de los alimentos, y su incidencia sobre los tejidos duros dentarios, como también así poder determinar la calidad de los alimentos con respecto a su composición físico química y su frecuencia. Otro objetivo a tener en cuenta es la racionalización del consumo de hidratos de carbono, pues que todo diagnóstico de salud bucal debe incluir el diagnóstico de la ingesta de hidratos de carbono. Para lograr dicha racionalización se requiere de tres fases importantes: A) Registro de la historia de dieta B) Asesoramiento y eventual indicación de sustitutos edulcorantes. C) Monitoreo del cambio de hábitos dietéticas. La capacidad cariogénica esta directamente relacionada con la virulencia bacteriana, la cantidad, la pegajosidad de los hidratos de carbono ingeridos, la acidez de la placa y las condiciones del huésped referida a la saliva y el diente. Los alimentos duros y fibrosos poseen un efecto protector para el diente, debido a que estimula la secreción salival. Es importante destacar las distintas funciones que cumple la saliva: función digestiva, participa en la formación del bolo alimenticio y solubiliza alimentos sólidos, función protectora: lubrica los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal a través de las glicoproteínas. Funciones relacionadas con la actividad de caries, una de ellas es la capacidad buffer, y la eliminación de azúcares debido a su disolución, antes de la deglución. Capacidad remineralizante por la presencia de calcio y fósforo. El descenso del PH de la placa se inicia a los pocos minutos de ingerir hidratos de carbono, especialmente si es sacarosa, retorna a su nivel basal dentro de los 40 minutos siguientes, si la saliva mantiene

su condición buffer. En una segunda etapa de este estudio se tomo una muestra de 50 niños completando así la original de 100 niños. Se realizó un registro de cada uno en una historia clínica: Odontograma y la frecuencia de consumo de hidratos de carbono en un diario alimenticio dietético realizando a los 7 días una evaluación de la ingesta de dichos alimentos, señalando las veces que el niño consumió alimentos azucarados. Se procedió a la toma de saliva determinando por el Test de Snyder, la susceptibilidad de acuerdo al viraje de color. -Paciente muy susceptible: 19, con más de 6 momentos de azúcar. -Pacientes susceptibles: 14, con más de 4 momentos de azúcar. -Pacientes levemente susceptibles: 10, con menos de 4 momentos de Azúcar. -Pacientes sin viraje: 7, por no ser representativa por contaminación de las muestras. Los resultados obtenidos demostraron, a mayores momentos de azúcar, el riesgo biológico de caries es directamente proporcional a los mismos; El estudio de Vipeholm demostró que la adhesividad, la frecuencia y el tiempo de despeje son más importantes que la cantidad de carbohidratos consumidos; en nuestro caso coincidimos en que la ingesta de alimentos basados en hidratos de carbono facilitan la adhesividad sobre la superficie dentaria pero sin importar la cantidad de estos hidratos consumidos y si el tiempo en que ellos actúen, coincidimos en que el aumento de los hidratos de carbono en la dieta incrementa notablemente la actividad de caries, y concluimos en que: a- el riesgo de caries era mayor si el azúcar era consumida en forma tal que se retuviera sobre la superficie dentaria, b- el máximo riesgo se registro entre con el consumo de azúcar entre comidas, c- existieron grandes variaciones individuales, de las caries desarrolladas durante la experiencia continuaban su evolución al restringirse la ingesta de hidratos de carbono, e- al anularse el consumo de azúcar, también desaparecían el incremento de nuevas caries, f- el tiempo de despeje del azúcar en la boca se correlaciono estrechamente con la cariogenicidad

Bordoni, N. Curso 1 Odontología preventiva. Modulo 2 de Medidas Preventivas y sub. Modulo 1 2008

Laurich, L. El análisis microbiológico de la saliva. Quintessence. (ed. esp.) 2000; 13 (8) Ed. Española.

Liebana, Ureña J. Microbiología Oral. Mac Graw- Hill. Interamericana. 1997. México.

Negróni, Marta: Microbiología Estomatológica Fundamentos y guía practica. Año 1999. Editorial Médica Panamericana. Bs. As. Argentina.

EPIDEMIOLOGÍA DEL QUISTE DENTÍGERO

Autores: Mag. Di Franco P.L., Mag. Cacciola, S.E., Mag. Celis Z., Mag. Prada G., Dr. Bogó, P., Dr. Ricciardi, A.V., Od. Teixeira Poças M.A., Od. Santangelo G, Alumno Teixeira Poças C.E.

Lugar de trabajo: Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Asignatura de Cirugía A.

Los huesos maxilares son, muchas veces, asiento de una gran variedad de patologías por lo general de tipo quísticas y neoplásicas, todas ellas, de difícil diagnóstico sobre todo en lo que se refiere al diagnóstico diferencial. Tal vez, de todos los procesos tumorales que se dan en el territorio buco máxilofacial, los quistes maxilares sean los más importantes debido a su frecuencia(1). Según Gorlin considera como quiste verdadero (1) a una cavidad tapizada internamente por epitelio. Un quiste es una cavidad patológica, revestida de epitelio con contenido líquido o semisólido, formado por tres estructuras fundamentales: a. Una cavidad central denominada luz, que suele contener material líquido o semisólido, como por ejemplo residuos celulares, queratina o moco. b. Un revestimiento epitelial que es diferente en su estructura anatomopatológica según el tipo de quiste (inflamatorios no odontogénicos como el quiste periapical o radicular y odontogénicos como el queratoquiste y quiste dentígero). Dicho epitelio puede ser plano estratificado queratinizado no queratinizado, pseudo estratificado, cilíndrico o cuboide. y c. Una pared exterior (denomina cápsula) formada por tejido conjuntivo o conectivo fibroso que contiene fibroblastos y vasos sanguíneos. Los quistes suelen presentar grados variables de inflamación que pueden alterar su morfología fundamental (1). Siendo su crecimiento es de forma centrífuga (2), siempre lento, expansivo y no infiltrante (3). Una adecuada exploración clínica y radiográfica por parte del profesional competente en general es suficiente para alcanzar un diagnóstico de presunción que debe ser corroborado por la anatomía patológica. Los quistes maxilares tienen distinto origen y comportamiento clínico. (5). No se consideran neoplasias pero ocasionalmente pueden malignizarse (6-7). La OMS, en su última clasificación en 1992, distingue dentro de los quistes epiteliales a los quistes del desarrollo odontogénicos (quistes dentígero, de erupción, odontogénico calcificante, primordial, etc.); y no odontogénicos (quistes del conducto nasopalatino, del conducto nasoalveolar y del conducto globulomaxilar). Dentro de los quistes maxilares inflamatorios se incluyen los quistes apical, quiste lateral y quiste residual (1-7). Es muy importante conocer la frecuencia y prevalencia de las lesiones con diagnóstico histopatológico de quistes odontogénicos y no odontogénicos relacionándolos con el sexo de los pacientes. Para ello se realizó este trabajo de investigación descriptiva retrospectiva transversal de las patologías quísticas de los maxilares de tipo no odontogénicas (inflamatorias o radicales) y odontogénicas (Quiste dentígero y queratoquiste entre otros) que se presentaron en la población de pacientes tratados en la Asignatura de Cirugía A de la F.O.L.P. de la

U.N.L.P. Durante el periodo correspondiente a los años 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009. Para ello se revisaron las historias clínicas del antedicho periodo separando las que tenían foja anatomopatológica del resto de las historias clínicas, de las cuales se seleccionaron y utilizaron para esta investigación aquellas con diagnóstico histopatológico de quiste maxilar, los datos recolectados fueron el sexo y el tipo de patología quística, luego, esos datos se volcaron a tablas estadísticas diseñadas en el programa Excel de Microsoft para este fin. Estas tablas son de doble entrada donde basadas en el sexo y el diagnóstico histopatológico. Posteriormente se hizo el estudio estadístico relacionando patología la quística y el sexo. Los datos arrojados por el estudio ese estadístico fueron: un total de 189 quistes registrados en la foja anatomopatológica de las historias clínicas, 179 de esos quistes fue de tipo no odontogénicos y los 10 quistes restantes de tipo odontogénicos (8 quistes dentígeros y 2 queratoquistes), de ese total el 52,5% (96 quistes) correspondió al sexo masculino y el 47% (92 quistes) correspondió al sexo femenino, en el 0,5% (1 quiste) no correspondió con ninguno de los dos sexos por omitirse erróneamente el dato sexo durante la transcripción de la información desde las historias clínicas a nuestra base de datos en la computadora. El quiste dentífero se dio más en los hombres (56,9%) al igual que el queratoquiste (58,7%) ($p < 0,01$). Por el contrario, el quiste radicular se presentó con mayor frecuencia en el grupo de las mujeres (55,8%) en comparación con el de los hombres ($p < 0,01$). El resto de entidades no mostró diferencias significativas en cuanto a su distribución por sexo. Los resultados de esta investigación indicaron que el sexo tuvo una asociación significativa con la presencia de quistes dentíferos, queratoquistes y quistes radiculares ($p < 0,01$). Los quistes radiculares fueron las lesiones más frecuentemente diagnosticadas a nivel general. A diferencia del quiste dentífero y el queratoquiste odontogénico, los quistes radiculares se diagnosticaron con más frecuencia en mujeres.

Bibliografía:

1. Donado Rodríguez, M.; Donado Azcárate, A. Atlas de cirugía Oral. 3ª ed. Ed. Masson. Barcelona, p. 737-800. 2001.
2. Gorlin RJ. Patología Oral. Salvat Editores, Barcelona. p. 487-93. 1973
3. Peterson LW. Quistes de los huesos y los tejidos blandos de la cavidad oral y de las estructuras contiguas. En: Kruger, G. Cirugía buco-maxilofacial. 5ta ed. Ed. Médica Panamericana. Bs.As. p. 196-216. 1987

IMPORTANCIA DE LA MORFOLOGÍA DE PIEZAS DENTARIAS DURANTE LA APLICACIÓN DE FLUORURO DE SODIO EN NIÑOS ESCOLARES.

Friso, N., Lazo, S., Lazo, G., Butler, T., Pazos, F., Belloni, F., Merlo, D., Viscovic, C., Ivanov, M., Alfaro, G., Bentivegna N., Basal, R; Escudero Giacchella, E.

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata.

En los niños de edad escolar y preescolar, al igual que en los adolescentes y adultos existen numerosos factores que favorecen el riesgo¹ a tener caries, como alto grado de infección por *Streptococos mutans*, es el microorganismo más relacionado con el inicio de la actividad de caries (1, 2, 9, 10) La interpretación se realiza por densidad de crecimiento en UFC/ml de saliva: bajo riesgo < 100,000 UFC/ml y alto riesgo > 1,000, 000 UFC/ml; alto grado de infección por *Lactobacilos*, relacionados con la progresión de la lesión cariosa y con la elevada ingestión de carbohidratos. Los resultados se interpretan como unidades formadoras de colonia por milímetros de saliva (UFC/ml): bajo riesgo < 1000 UFC/ml y alto riesgo > 1,0,000 UFC/ml, deficiente resistencia del esmalte al ataque ácido que favorece el proceso de desmineralización; dieta cariogénica es uno de los principales factores promotores de caries en donde se deben considerar varios factores: contenido de azúcar, características físicas del alimento², solubilidad, retención, capacidad para estimular el flujo salival y cambios químicos en la saliva, la textura, la frecuencia y horario de su consumo y tiempo de permanencia en la boca; mala higiene bucal: permite la acumulación de la placa bacteriana, lo cual reduce el coeficiente de difusión de los ácidos formados por los microorganismos fermentadores facilitando el proceso de fermentación; baja capacidad buffer salival: la baja capacidad salival para detener la caída del PH y restablecerlo incrementa la posibilidad de desmineralización de los tejidos dentales (capacidad tampón), flujo salival escaso: La xerostomía está asociada a disminución de las funciones protectoras de la saliva, lo que promueve la desmineralización y aumento del número de microorganismos cariogénicos; apiñamiento dentario moderado y severo: dificultad para realizar correcta fisioterapia bucal, acumulación de placa bacteriana; y además el uso de aparatología ortodóncica y protésica, factores que favorecen la desmineralización, factores sociales: El bajo nivel de ingresos³, escaso nivel de instrucción, bajo nivel de conocimientos en educación para la salud, inadecuadas políticas de servicio de salud, costumbres dietéticas no saludables, familias numerosas; se asocian a mayor probabilidad de caries; etc. Para evitar que estos factores de riesgo prealezcan existen los cariostáticos. La acción pre-eruptiva del flúor sobre el esmalte se debe al procedente de los alimentos y de los compuestos fluorados de administración sistémica (aguas fluoradas, tabletas, pastillas de flúor, etc.). El flúor ingerido a partir de alimentos, bebidas o suplementos, induce a la formación de fluorapatita. La

ingestión del flúor, es importante desde el nacimiento hasta los 16 años, período en el cual se desarrollan las piezas dentarias. La acción posteruptiva del flúor, se debe principalmente a la aplicación tópica, dentífricos, geles y colutorios. La forma tópica reduce la solubilidad de la hidroxiapatita posibilitando la remineralización dentaria y la actividad antimicrobiana, inhibiendo la formación de la biopelícula cariogénica⁴. Por lo enunciado anteriormente, el objetivo general de nuestro trabajo fue motivar a la población problema para la aplicación tópica de flúor en edades tempranas para prevenir la formación de caries, o el avance de las mismas. Se seleccionaron al azar 40 niños en edad preescolar y escolar, de ambos sexos, de entre 3 y 10 años de edad, que asisten a comedores públicos, con caries dentinaria de condiciones similares. Se dividieron en dos grupos: 20 correspondientes a los niños de edad preescolar y 20 de edad escolar. Se removió el proceso de caries y posteriormente se realizó el tratamiento preventivo con fluoruro de sodio al 2% en forma de tópicos, en los molares temporarios y permanentes de ambas arcadas y ambos lados (derecho e izquierdo). Los resultados fueron evaluados estadísticamente. Se obtuvo un número estadísticamente significativo entre los molares tratados en niños de edad preescolar y escolar, en relación a la profundidad, siendo $P < 0.05$. La morfología de las piezas dentarias permanentes induce a una profundización con en el proceso de remineralización, con respecto a las piezas temporarias, aplicando fluoruro de sodio en forma de tópico.

Bibliografía:

- 1- Anderson mh, Embala DJ, Omnell KA: Dirección Moderna de Caries Dental. JAM Mella Assoc, 124: 36 – 44. ecimed@infomed.sld.cu. 1993.
- 2- De Paola DP, Faine MP, Vogel RI: Nutrición respecto a la medicina dental. En: Shils EM, Olson JA, Shike M, eds. Nutrición moderna en salud y enfermedad. 8va edición. Filadelfia, Pap 160: Prado and Febiger. pp 1007 – 102. 1994
- 3- ecimed@infomed.sld.cu. Quiñones Ma Elena y Cols. Morbilidad bucal. Su relación con el estado nutricional en niños de dos a cinco años en la consulta de nutrición del Hosp.. Ped- Doc. 2000.
- 4- Factores de riesgo en la producción de enfermedades bucales en los niños. Rev. Cubana de Estomatología, 001; 39 (2): 111 – 119. 2001.

ACTUALIZACIÓN EN CARIOSTÁTICOS PARA EL PRÁCTICO GENERAL.

Friso, N., Lazo, S., Lazo, G., Butler, T., Pazos, F., Belloni, F., Merlo, D., Viscovic, C., Ivanov, M., Alfaro, G., Basal, R; Escudero Giacchella, E., Bentivegna, N.

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata.

A pesar de ser la caries dental una de las enfermedades más prevalentes en el ser humano, la Odontología no ha sido capaz todavía de establecer unos estándares para su diagnóstico y tratamiento; la decisión de cuándo y cómo obturar un diente afectado por caries dental está sujeta a una gran variabilidad. El tratamiento preventivo de la caries dental, tiene como objetivo general reducir la incidencia, prevalencia y gravedad de la caries dental. Los objetivos específicos son: identificar los riesgos, controlar los riesgos y disminuir la pérdida dentaria, justamente para esto existen los cariostáticos que son agentes que inhiben la progresión de la caries dental, disminuyen la sensibilidad dentinaria y remineralizan la dentina cariada. El uso de cariostáticos para la prevención y detención de las caries dentales puede resultar beneficioso siempre que se los considere como adyuvantes de un control mecánico de la biopelícula por medios físicos (cepillado, uso de hilo de seda). Actualmente, el uso racional de fluoruros es la medida preventiva más eficaz en el control de caries dental. El flúor es el noveno elemento de la tabla periódica y el más electronegativo de todos, por lo tanto, en la naturaleza siempre lo vamos a encontrar combinado con otros elementos. La acción del flúor en las piezas dentarias inhibe su desmineralización y potencian la remineralización, formando fluoruro de calcio. El 96% del esmalte dentario está formado por la molécula de Hidroxiapatita con un pH crítico de 5,5. La interacción de flúor con esta molécula, promueve la formación de Flúorapatita, con un pH crítico de 4,5 lo que la hace más resistente al ataque ácido. La sustitución de determinados elementos formadores de los tejidos dentarios por iones flúor, fortalecen las piezas y las defienden de los ácidos producidos por las bacterias presentes en la placa microbiana. La aplicación de flúor fosfato acidulado, Ph 3,5 al 1,23% de uso semestral resulta beneficioso para evitar la aparición de lesiones cariosas en pacientes con buena higiene bucal; ya que disminuye la solubilidad del esmalte a la acción de los ácidos producidos por los microorganismos e inhibe la producción enzimática de las bacterias cariogénicas. Los enjuagatorios son ideales para utilizarlos en programas preventivos escolares, debido a que pueden supervisarse muchos niños con un costo mínimo. Se demostró que bajas concentraciones de fluoruro son suficientes para inhibir el metabolismo bacteriano de la placa dental y la producción ácida bacteriana, y que repetidas exposiciones a bajas concentraciones de fluoruro promueven la remineralización de lesiones cariosas incipientes, conocidas como manchas blancas. Los buches o enjuagatorios de fluoruro de sodio se utilizan comúnmente en

concentraciones de 0,2 % FNa para uso semanal, y 0,05% para uso diario. Deben utilizarse colocando 10 ml del líquido dentro de la cavidad bucal y durante 60 segundos realizar un buche, y luego se escupe. Debido a que los enjuagatorios no deben tragarse, no se recomienda su empleo en niños preescolares. El fluoruro diamínico de plata al 38% es utilizado en el tratamiento y prevención de caries dental desde hace varios años, es capaz de detener el avance una vez aparecida la lesión cariosa, remineralizar el tejido desmineralizado, inhibir la recidiva de caries, tener un efecto bactericida sobre los microorganismos de la placa y fortalecer la estructura del esmalte, actuar como desensibilizante en la dentina sensible y prevenir la caries. La aplicación se realiza en dos sesiones evaluando una tercera. Los beneficios dentales que procura el flúor permiten una reducción en la incidencia de caries del 30 al 60% en dentición primaria, del 15 al 35% en dentición definitiva y del 40% de las caries radiculares a la edad de 75 años. Pero esta resistencia de las superficies dentales no se adquiere en forma definitiva sino que se ve condicionada por el uso frecuente de productos fluorados a lo largo de toda la vida. Este trabajo tiene como objetivo general concientizar a los profesionales odontólogos sobre la importancia y uso que tienen los cariostáticos en el marco odontológico. La metodología utilizada fue la recopilación de datos bibliográficos de diferentes fuentes de investigación. La experimentación científica y el procesado estadístico de los resultados se realizaron en una segunda etapa del mencionado trabajo. Con este trabajo arribamos a las conclusiones siguientes: Se deben potenciar todos los factores remineralizantes, y solo cuando una lesión es activa debe ser obturada. Todo paciente afectado por caries dental debe ser sometido a controles sucesivos, cuya periodicidad dependerá de su nivel de riesgo y de la actividad de las lesiones. Las nuevas técnicas de biología molecular pueden acelerar las conquistas de vacunas sintéticas que sin duda tendrán una gran importancia en el futuro, donde quizás los profesionales de la Estomatología nos dediquemos a pensar en la prevención y control de otras patologías diferentes de la caries dental.

Bibliografía:

- 1- Dilley GJ, Dilley DH, Machen JB: Prolonged nursing habit: A profile of patients and their families. *Journal Dent Child* March- April: 1980:26-31.
- 2- D.M. O'Sullivan and Tinanoff. Maxillary Anterior Associated with Increased caries Risk in other Primary teeth. *J. Dent Rest* Decem 1993.
- 3- Jaramillo, R. Et col. Estudio clínico de la placa en el biberón como inductor potencial de caries. *Revista federación odontológica Colombiana*. N° 187, Noviembre 95-Marzo 96.
- 4- Weinstein P, Troyer R, Jacobi D, Moccasin M. Dental experience and parenting practices of Native American mothers and caretakers: What We

TÉCNICA PRAT EN SANTIAGO DE ESTERO

Friso, N., Lazo, S., Lazo, G., Butler, T., Pazos, F., Belloni, F., Merlo, D., Viscovic, C., Ivanov, M., Alfaro, G., Basal, R; Escudero Giacchella, E., Bentivegna N.

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata.

Los académicos solidarios son un equipo de docentes, graduados y estudiantes de la facultad de odontología de la universidad nacional de la plata que trabajan en terreno implementado la técnica Prat modificada, la cual consiste en una terapia mínimamente invasiva, indolora y de aplicación masiva ideal para la población escolar. La técnica se basa en la aplicación de agentes cariostáticos como el fluoruro diamínico de plata y caricidas como el carisolv y el papacarie. La aplicación de estos compuestos generan un reblandecimiento de las lesiones cariosas activas que luego, con la utilización del instrumental de mano (cucharitas, excavadores) permiten la eliminación de las capas necrótica e infectada de la dentina. Posteriormente, con la utilización de ionómeros vítreos multipropósitos de alta densidad (biomaterial remineralizante) se logra restaurar las piezas tratadas. Dicha técnica junto con la educación para la salud y la creación de hábitos saludables producen resultados masivos y efectivos a largo plazo. Los objetivos son demostrar la viabilidad de la Técnica PRAT en zonas sin estructura apropiada para realizar tratamientos odontológicos convencionales, brindar una respuesta masiva a la demanda en salud bucal de las poblaciones escolares sin acceso a la Atención Primaria de la Salud. Exponer la eficacia de la Terapéutica mínimamente invasiva basada en tratamientos químico-mecánicos de la caries dental. Incorporar cariostáticos a la Técnica PRAT. Mejorar la calidad de vida de los habitantes de las comunidades abordadas capacitando profesionales que adopten un perfil social. Contribuir al progreso de las comunidades identificadas, generando cambios que permitan concientizar a la población sobre la importancia de salud general e individual. Favorecer los mecanismos coordinados entre población o comunidad y grupo de tareas voluntarias, para fortalecer la producción, aplicación, evaluación y divulgación de conocimientos sobre la salud como un componente esencial de calidad de vida. Las provincias del Norte Argentino son de las más castigadas de nuestro país, muchas son las personas que viven por debajo de la línea de pobreza con necesidades básicas insatisfechas; si a este panorama, le sumamos la crisis socio económica que nos ha tocado vivir en los últimos años, tenemos como resultado una comunidad castigada en el sector económico, social, cultural y sanitario. Ante la realidad planteada nos encontramos frente a una comunidad cuyas problemáticas son la falta de educación, situación que trae aparejado diferentes falencias; estancamiento socio cultural, falta de iniciativas, nulo acceso a los sistemas de salud, déficit alimentario. El proyecto busca dar respuesta a las problemáticas a partir de mejorar la calidad de vida de las personas a partir de medidas tendientes a superar las

barreras que se presentan; políticas, geográficas, culturales, económicas, educacionales y sociales que no permiten el desarrollo del potencial de los individuos y de la comunidad en su conjunto. Como efecto innovador, el proyecto plantea como metodología de trabajo la Práctica Restaurativa Atraumática (PRAT), avalada por la Organización Mundial de la Salud. Esta técnica se desarrolla hace aproximadamente 20 años en nuestro país pero son escasos los espacios y profesionales que trabajan con la técnica mencionada. Este equipo de profesionales, trabaja en las diferentes comunidades aplicando la técnica hace 10 años y fomentando la utilización de la misma a partir de los resultados obtenidos.

Bibliografía:

- 1- Anderson mh, Embala DJ, Omnell KA: Dirección Moderna de Caries Dental. JAM Mella Assoc, 124: 36 – 44. ecimed@infomed.sld.cu. 1993.
- 2- De Paola DP, Faine MP, Vogel RI: Nutrición respecto a la medicina dental. En: Shils EM, Olson JA, Shike M, eds. Nutrición moderna en salud y enfermedad. 8va edición. Filadelfia, Pap 160: Prado and Febiger. pp 1007 – 102. 1994
- 3- ecimed@infomed.sld.cu. Quiñones Ma Elena y Cols. Morbilidad bucal. Su relación con el estado nutricional en niños de dos a cinco años en la consulta de nutrición del Hosp.. Ped- Doc. 2000.
- 4- Factores de riesgo en la producción de enfermedades bucales en los niños. Rev. Cubana de Estomatología, 001; 39 (2): 111 – 119. 2001.

UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS ATRAUMÁTICAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS.

Lazo, S; Lazo, G; Alfaro G; Belloni, F; Merlo, D; Friso, N; Butler T, Bentivegna N., Pazos F., N; Escudero, E; Basal, R.

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de La Plata.

Desde sus inicios como técnica restaurativa atraumática¹ en la década del 80 en África y habiendo evolucionado a través del tiempo con la difusión de su uso en gran cantidad de países, hasta la actualidad, en la cual se le han ido agregando conceptos filosóficos y metodológicos hasta llegar al Prat modificado con el uso de agentes cariostáticos, es esta una de las técnicas que mejores resultados ha dado en los programas de salud en comunidades aisladas (barreras geográficas, económicos, sociales) así como también en los grandes centros urbanos con bajos recursos e inaccesibilidad a los sistemas de salud. El bajo costo, la sencillez de la técnica, su posibilidad de aplicación masiva y sin la necesidad de contar con equipamiento odontológico específico y el concepto de mínima invasión también son cualidades intrínsecas del Prat modificado. La caries dental es una infección bacteriana multifactorial que determina la destrucción localizada de los tejidos duros del diente y que afecta gran parte de la población mundial. Su tratamiento incluye el cambio de hábitos dietéticos, la educación y creación de hábitos saludables (cepillado dental diario), el fortalecimiento del huésped (aplicación de fluoruros tópicos) y el control de la infección mediante la aplicación de técnicas específicas (Prat modificado). El Prat modificado incluye en su protocolo de tratamiento tres acciones diferentes, las cuales tienen distinta aplicación dependiendo del diagnóstico que se realice de las piezas dentarias a tratar y las mismas son: - Selladores de fosas y Fisuras: los mismos se realizan sobre piezas dentarias sanas puede utilizarse ionómeros vítreos multipropósitos modificados en la relación polvo-liquido de su preparación haciendo más fluida su consistencia (2 de liquido/1 de polvo) o selladores a base de resina de curado químico o auto curado.- Aplicación de Agentes Cariostáticos: el más conocido y utilizado es el fluoruro diamino de plata², el cual se creó uniéndose químicamente 2 compuestos de aplicación odontológica como lo eran el Nitrato de Plata y el Fluoruro de sodio. El nitrato de plata ($AgNO_3$) basa su acción en el Ion Plata (Ag^+) que posee propiedades Antienzimáticas y Bactericidas y el fluoruro de Sodio (NaF) remineralizantes de los tejidos duros del diente y bacteriostáticas. - TRA técnica restaurativa atraumática³ (agentes cariolíticos + remoción manual + restauración con Ionómeros Vítreos Multipropósitos de alta densidad). La finalidad de este trabajo es brindar al profesional información sobre ésta técnica de la odontología comunitaria y social. La metodología utilizada en este trabajo es múltiple, debido a la variedad de técnicas empleadas, al igual que la diversidad de materiales. La Práctica restaurativa atraumática⁴ es una opción de trabajo en

comunidades emergentes y rurales sin acceso a los sistemas de salud, que requiere una preparación mínima de las cavidades a tratar y conserva los tejidos dentarios sanos, además de remineralizarlos al sumar la utilización de cariostáticos. No necesita anestesia, disminuyendo el dolor y el trauma psicológico de los niños generado por la situación odontológica y simplifica el control de la infección con los instrumentos de mano, porque pueden limpiarse fácilmente y esterilizarse. No hay equipamiento adicional, y es un procedimiento de bajo costo, ideal para la aplicación en programas masivos de Salud Bucal, ya que también es fácil de incorporar en la calibración de los grupos de trabajo.

Bibliografía:

- 1- Atraumatic Restorative Treatment Approach to Control Dental Caries- Manual, WHO collaborating Centre for Oral Health Services Research, Groningen; 20: 337- 357. 1997.
- 2- Collina E da. Comparative study about the cariostatic effect of the fluoride barniz Duraphat Bioride (Diamine Silver Fluoride 12 percent), on salivary mutans streptococci counts, in children with deciduous dentition. Rev ABO Nac, 12- 32. 2000.
- 3- Ewoldsen N. Tratamiento restaurador no traumático usando mezcla de cementos de ionómero de vidrio. Rev ADM. 29-41. 1999.
- 4- Frencken JE et al , Atraumatic Restorative Treatment (ART): Rationale, Technique and Development , J Pub Health Dent; 03: 18- 24. 1996

ANÁLISIS MICROSCÓPICO DEL SISTEMA ADHESIVO EN PERNOS PREFORMADOS Y COLADOS.

Paz A; Arias S; Abel V; España C; Condomi Alcorta L.

Universidad Nacional De La Plata. Facultad De Odontología

Uno de los conceptos erróneos planteados en los dientes tratados endodónticamente se refería a que la utilización de postes reforzaba la estructura dentaria remanente. Trabajos como los de Helfer ¹, demostraron que un diente tratado endodónticamente pierde un 9% de su humedad, lo que no trae alteraciones clínicas significativas. En relación a la rigidez de la estructura dentaria podemos decir que la misma pierde un 5% con respecto a un diente vital ². Los conceptos antes vertidos revalidan las teorías que determinan que la relación importante se establece entre las propiedades de la pieza dentaria y el remanente dentario existente. Los postes preformados o colados no refuerzas realmente a la raíz dentaria sino que distribuyen uniformemente las cargas recibidas y sirven de anclaje para el material reconstituyente del muñón dentario³⁻⁴. Varios son los procedimientos y materiales para la cementación de los postes preformados como así para reconstruir el muñón faltante. Los cementos resinosos pueden ser una alternativa válida aún cuando sus propiedades no son tan parecidas al tejido dentario ausente, dichos cementos pueden presentar adhesión por sí solos, autoacondicionantes, o bien valerse de un sistema adhesivo. Los sistemas adhesivos actuales pueden agruparse en dos tipos, con técnica de grabado ácido o bien con ácidos débiles incorporados en el material autoacondicionante. Para este trabajo se planteó como objetivos: Analizar microscópicamente las posibles interfases producidas en los cementados de postes dentales preformados y colados con sistemas de fijación autoacondicionantes. Sobre diez piezas dentarias uniradiculares se realizó el tratamiento endodóntico. Se desobturó en forma mecánica con fresas de Gate y largo terminando con una fresa establecida para todas las muestras. Se eliminó la porción coronaria para una posterior reconstrucción. Se adaptaron los postes preformados de fibra de vidrio y se impresionaron las muestras con silicona por adición para luego confeccionar los postes colados. De acuerdo al medio cementante se formaron los siguientes grupos: Grupo 1. Poste de fibra de vidrio (Ice Light. Danville) con adhesivo. (Prelude. Danville) y cemento (Rock Core. Danville) Grupo 2. Poste colado con sistema adhesivo (Prelude. Danville) y cemento (Rock Core. Danville) Grupo 3. Poste de fibra de vidrio (Fibrapost Plus. Produit Dentaires SA) con adhesivo y cemento (Sealacore. Produit Dentaires SA) Grupo 4. Poste colado con sistema adhesivo con adhesivo y cemento (Sealacore. Produit Dentaires SA). Una vez cementado el poste se realizaron 300 termociclajes con temperaturas entre 5 y 55°C. Secos los dientes fueron separados con un corte en el cuello dentario, se eliminaron los restos del disco de corte con ultrasonido. Sobre la parte radicular y coronaria se analizó la presencia o no de interfases (Microscópio Electrónico de Barrido. Marca Philips 505) La

interfase valorada fue la de mayor longitud visualizada. Los resultados mostraron claramente la ausencia de interfases para todos los grupos. Se observaron diferencias significativas en la estructura de los postes de fibra de vidrio, las cuales no modificaron los valores de interfases obtenidos. Podemos inferir que los sistemas adhesivos autoacondicionantes analizados mostraron una excelente performance durante el cementado de postes de fibra de vidrio y colados. Los postes Ice Light presentaron una mayor homogeneidad con aumento en el contenido de resina. Restaría conocer el comportamiento ante la penetración de un colorante y la obtención de fuerzas adhesivas de corte para confirmar un correcto sistema de adhesión. No encontramos diferencias cuando el poste fue colado o preformado. Si lo que analizamos es la presencia o no de interfases, recomendaríamos los usos de los sistemas adhesivos estudiados para la cementación de postes preformados de fibra de vidrio y colados.

1-Farina, A.; Cecchin, D. Bond Strength of fiber post in different root thirds usin resin cement. *J Adhes Dent.* 13(2): 179-86. 2011

2- Bitter, K.; Neumann, K.; Kielbassa, a. Effects of pretreatment and thermocycling on bond strength of resin core materials to variuos fiber – reinforced composite post. *J Adhes Dent.* 10(6): 481-9. 2008

3- Prithviraj, DR,; Soni, R,; Ramaswamy, S,; Shruthi, DP. Evaluation of the effect of different surface treatment on the retention of posts: a laboratory study. *Indian J Dent Res.* 21(2): 201.6. 2010

4- Naumann, M.; Sterzenbach, G. In Vitro performance of selt – adhesive resin cements for post and core build ups: influence of chewing simulation or 1 year storage in 0,5% cloramine solution. *Acta Biomater.* 6(11): 4389-95. 2010.

DESCRIPCIÓN DE LAS BANDAS DE HUNTER SCHREGER EN EL ESMALTE DECIDUO

Tanevitch A, Durso G, Batista S, Abal A, Llompart J, Licata L, Perez P.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

El esmalte dental de la dentición primaria presenta algunas particularidades que lo diferencian de los permanentes aunque poseen la misma unidad estructural: el prisma. De acuerdo con algunos autores¹, los prismas están orientados en ángulo recto con la superficie de la dentina. En la zona cervical y central de la corona son casi horizontales y cambian de dirección hacia el borde incisal o cúspide, siendo más oblicuos hasta casi verticales. Actualmente, estudios realizados en dientes primarios, demuestran que los prismas forman ángulos obtusos hacia oclusal de 120° en la zona cervical, 90° en las cúspides y 67° en fosas. Sin embargo, los prismas no tienen un curso recto, sino que se desvían de la siguiente manera: si dividimos la parte media de la corona en discos horizontales, los prismas de discos adyacentes se curvan en dirección opuesta. La disposición de los prismas en cúspides y bordes incisales es más compleja pues los haces parecen entrelazarse de manera más irregular. Ten Cate³ sostiene que la dirección de los prismas (varillas) tiene importancia clínica porque el esmalte se fractura entre hileras adyacentes. El cambio regular de la dirección de los prismas reduce el riesgo de segmentación axial y ocasiona la aparición de las bandas de Hunter Schreger. Éstas se observan como zonas claras y oscuras alternadas bajo el microscopio óptico. Se originan en el límite amelodentinario y no ocupan todo el espesor del esmalte. Estudios al microscopio electrónico demostraron que cuando los prismas son seccionados transversalmente dan origen a las parazonas (bandas claras) y secciones longitudinales dan lugar a las diazonas (bandas oscuras)². Las bandas forman un ángulo con el límite amelodentinario y son menos curvadas cuando el límite amelodentinario y las líneas de crecimiento son menos curvadas como en la superficie bucal de incisivos comparados con molares. Además, la superficie interna y externa son más paralelas por lo que se requieren pequeños incrementos en el diámetro de los prismas cuando pasan a la superficie. Las bandas son más curvadas sobre la punta de las cúspides y forman un ángulo menor con el límite amelodentinario. El aumento de la frecuencia de las oscilaciones de los prismas en la cúspide con el aumento del volumen y espesor del esmalte en la cúspide, producen un ángulo más pequeño entre las bandas y dicho límite. El propósito del trabajo fue estudiar la inclinación de las bandas de Hunter Schreger en el esmalte de dientes deciduos. Se utilizaron incisivos y caninos temporarios exfoliados y sanos cuya corona fue incluida en resina acrílica. Se realizaron desgastes en sentido vestibulo lingual hasta encontrar dentina y cámara pulpar. Las muestras se pulieron con lijas de granulación decreciente 200, 600 y 1200 y 2.200 μ sucesivamente y después con óxido de aluminio de

5 μ , se lavaron con agua a presión y ultrasonido 10 minutos, se grabaron con ácido clorhídrico al 10% durante 2" a 3", se lavaron nuevamente con ultrasonido y se fotografiaron con lupa estereoscópica, finalmente, se observaron al microscopio electrónico de barrido. Se realizaron mediciones del espesor del esmalte con software adaptado al microscopio electrónico. Con las imágenes se obtuvieron calcos de la inclinación de las bandas en las zonas media e incisal. Se midió el ángulo formado por la dirección de la banda y una tangente al límite con dentina, abierto hacia oclusal. Se identificó la presencia de esmalte con bandas y esmalte radial. En algunas muestras se encontró esmalte aprismático. Se encontró que las bandas presentaban una inclinación hacia oclusal en la zona media que se acentuaba hacia el borde incisal. El ángulo promedio en la zona media fue de 66,67° DE 13,95° (n=9) y en la zona incisal fue de 54,72° DE 5,81° (n=11). Diferencia fue de 11,93°, t=2,4 p= 0,037. La diferencia fue significativa. Las bandas formaron ángulos más agudos hacia la cúspide. Esto determina que las bandas forman ángulos más abiertos en la zona media y se inclinan a medida que se acercan al borde incisal. Existen algunas posibles causas de estas curvaturas según estudios de Osborn³: en el esmalte incisal existe una discrepancia entre la superficie de la dentina y la externa del esmalte que los prismas compensan aumentando la frecuencia de sus oscilaciones, aumentando su diámetro hacia la superficie externa y aumentando su inclinación oclusal. En los dientes primarios, el tamaño reducido de la corona, el espesor delgado de esmalte (1,5mm en cúspides) y la dirección oclusal de los prismas en las zonas laterales, contribuyen a la disminución del ángulo que forman las bandas en su nacimiento. El estudio de la microestructura del esmalte en relación con la dirección de los prismas y la disposición de las bandas en dientes deciduos, tiene implicancia en la comprensión de los fenómenos de abrasión, desgaste y fracturas a los que está expuesto el diente, pero además en lo concerniente al comportamiento clínico y patológico de este tejido.

Bibliografía

- 1- Bhaskar, SN: Histología y Embriología Bucal de Orban. 9° ed. El Ateneo, Buenos Aires, pp 49-115, 1986
- 2- Gomez de Ferraris, ME; Campos Muñoz, A: Histología y Embriología Bucodental. 2° ed. Médica Panamericana, Madrid, pp 271-315, 2002
- 3- Osborn, J.W., A 3-dimensional model to describe the relation between prism directions, parazonies and diazons and Hunter-Schreger bands in human tooth enamel. Archs Oral Biol., 35(11): 869-878,1990
- 4- Ten Cate, A: Histología Oral. Desarrollo, estructura y función. 2° ed. Médica Panamericana, Buenos Aire, pp 252-273, 1989

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS BANDAS DE HUNTER SCHREGER

Tanevitch, A, Durso G, Batista S, Llompart G; Martinez C; Abal A.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

El esmalte dental es el tejido duro que cubre la porción coronaria de la dentina. Su espesor es mayor a nivel del borde incisal y cúspides y decrece hacia la región cervical tanto en dientes permanentes como en temporarios, sólo que en éstos el espesor se reduce a la mitad. Está constituido por un empaquetamiento de prismas dispuestos en hileras circunferenciales alrededor del eje axial de la corona dental. Un prisma no sigue un trayecto rectilíneo a través del espesor del esmalte, sino que adopta un trayecto sinusoidal describiendo curvas (4 ó 5) antes de seguir una recta en el tejido periférico del esmalte⁴. El diámetro de los prismas varía entre 4 a 10 micrones, siendo menor en su punto de origen y aumentando gradualmente a medida que se acerca a la superficie libre². Muchos autores^{1,2,3,4} sostienen que el cambio de dirección de los prismas determina la aparición de bandas de Hunter Schreger cuando cortes longitudinales por desgaste de piezas dentarias son observadas al microscopio óptico con luz oblicua reflejada. Sin embargo, las bandas pueden ser estudiadas al microscopio electrónico donde aparecen zonas claras y oscuras correspondientes a secciones transversales y longitudinales de prismas. Koeninswald y Sander (1995) describieron la microestructura del esmalte de mamíferos según un sistema jerárquico de niveles de complejidad considerando las bandas como un modo específico de decusación de prismas que define un tipo de esmalte en dicha escala: el esmalte con bandas de Hunter- Schreger³. Esta clasificación jerárquica, permite incorporar el concepto de tipos de esmalte no como meras formas estructurales sino como diseños específicos capaces de cumplir con funciones específicas³. Las Bandas de Hunter Schreger estudiadas al microscopio electrónico de barrido, presentan una orientación variable según la zona del diente: son más horizontales en la zona media y con una inclinación ascendente hacia la cúspide. El objetivo del trabajo fue comparar la inclinación de las bandas y el espesor del esmalte en dientes permanentes y temporarios. Se seleccionaron incisivos y caninos permanentes y temporarios exfoliados o extraídos por indicación periodontal con esmalte sano. Se obtuvieron cortes longitudinales axiales vestibulo palatino de las coronas que fueron incluidas en resina, desgastadas con lijas de granulación decreciente, pulidas con óxido de aluminio, grabadas con ácido, lavadas con ultrasonido, fotografiadas con lupa estereoscópica, y observadas al microscopio electrónico de barrido. Se midió el espesor del esmalte en el tercio medio vestibular y palatino en ambos grupos, se identificaron los tipos de esmalte en dicha zona; se obtuvo un perfilograma de la inclinación de las bandas en un papel de calco y se midió el ángulo formado por la dirección de la banda y el límite

amelodentinario hacia incisal. Se registraron los siguientes resultados: Media aritmética del espesor del esmalte en permanentes= 713,23 μ DE=272,61 μ (n=10), media aritmética del espesor del esmalte deciduo= 400,68 μ , DE=140,45 μ (n=9), diferencia de espesores= 312,54 μ , t=3,18 p= 0,007. Media aritmética del ángulo de la banda en permanentes=, 81,00° DE=9,94° (n=10) y en deciduos= 66,67° DE=13,95° (n=9), diferencia= 14,33°, t= 2,60 p= 0,019. La diferencia es significativa para el espesor del esmalte y el ángulo de la banda entre permanentes y deciduos.

Osborn⁴ sostiene que las bandas son menos curvadas cuando el límite amelodentinario y la superficie externa son más paralelas como en bucal de incisivos pues se requieren pequeños incrementos en el diámetro de los prismas cuando pasan hacia afuera; y son más curvadas sobre la punta de las cúspides y forman un ángulo menor con el LAD. Esto se debe a la discrepancia entre áreas internas y externa del esmalte. Además la curvatura de las bandas se debería: a) Concavidad de líneas de crecimiento hacia el LAD; b) Acortamiento de las oscilaciones de los prismas en el plano horizontal cuando pasan hacia la superficie y c) Incremento en el diámetro de los prismas cuando pasan hacia la superficie.

Los resultados muestran que en dientes anteriores temporarios con menor espesor de esmalte el ángulo de la banda es menor que en permanentes. Esto se explica porque en dientes permanentes, las superficies interna y externa son más paralelas y los prismas tienen una dirección levemente ascendente (106°)², mientras que el tamaño pequeño de los temporarios aumenta la diferencia entre ambas superficies y los prismas se orientan formando un ángulo mayor (120°)². Asimismo, las estrías de Retzius de los temporarios son más oblícuas que en permanentes por lo que el ángulo formado con el límite amelodentinario es menor. El estudio de las bandas de Hunter-Schreger tiene importancia pues constituyen especializaciones de refuerzo en la microestructura del esmalte y su conocimiento potencia el desarrollo de otros estudios sobre su función biomecánica.

Bibliografía

1. Abramovich, A Histología y embriología dentaria. 2° ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, pp 118-152, 1999
2. Gomez de Ferraris, ME; Campos Muñoz, A Histología y Embriología Bucodental. 2° ed. Madrid. Médica Panamericana, pp 271-315, 2002
3. Goin, F; Durso, G; Anselmino, C; Batista, S; Tanevitch, A; Abal, A Microestructura del esmalte dentario: definiciones y conceptos. R.A.O.A. Buenos Aires, 95 (5): 393-398, 2007

PROPUESTA DE MEJORA PARA LAS PRÁCTICAS UNIVERSITARIAS

Peñalva, M. A.; Ramírez, S.M. y Sala, A.

Bioquímica Estomatológica – Facultad de Odontología UNLP

Se presenta una experiencia de trabajo realizada en el curso de Bioquímica Estomatológica II correspondiente al Segundo Año del Plan de Estudios de la Facultad de Odontología. Como tal, esta asignatura intenta contribuir a la formación de un futuro profesional que cuente con actitudes, destrezas y conocimientos necesarios para lograr la salud bucal del individuo, así como para el diagnóstico, prevención y tratamiento de diferentes patologías del sistema estomatognático. La propuesta curricular se fundamenta en la integración del conocimiento en cinco unidades temáticas, con interrelación secuencial lógica, avanzando en la complejidad con una visión odontostomatológica que profundiza los conocimientos logrados en Bioquímica Estomatológica I e introduce al estudiante en una perspectiva propia, por su interés preclínico, clínico y para el futuro profesional. A su vez, su aprobación aportará elementos básicos necesarios para cursar Farmacología y Terapéutica I, asignatura perteneciente al tercer año de la carrera, asegurando así una articulación importante entre los contenidos de las diferentes asignaturas, pero además oficiando como nexo vinculante entre el Ciclo Básico de la carrera y el Ciclo Clínico. Se plantea como objetivo fundamental el diseño de propuestas de intervención que resignifiquen los roles del docente y los estudiantes y pongan en juego nuevas estrategias que garanticen la verdadera comprensión de conceptos, la adquisición de habilidades cognitivas, el desarrollo de capacidades y actitudes propias del quehacer científico. Para la consecución de dicho objetivo, durante la primera semana de clase, los estudiantes completan una encuesta de preguntas abiertas destinada a recabar información acerca de: 1) ¿Qué expectativas tienen con respecto de sus logros personales en relación a los contenidos que trataremos en este cuatrimestre?, 2) ¿Qué esperan aprender? y 3) ¿Qué temas les resultan más interesantes? Con respecto a la 1ª cuestión, el 28.20 % de los estudiantes manifiesta la necesidad de comprender, entender e interpretar, el 30 % lo relaciona con el aprender, el 17% expresa la preocupación de relacionar los contenidos de la asignatura con su formación profesional, el 12.8 % considera el trabajo grupal y el 12 % restante incluye temas variados: aprobar la asignatura, aprender técnicas de estudio, poner entusiasmo e interés, superación intelectual entre otros. En la 2ª cuestión, si bien todos los estudiantes esperan aprender contenidos, sólo el 13% hace referencia a la aplicación en su futuro profesional y/o relación con otras asignaturas. Finalmente, en la 3ª cuestión la mayoría da más de una respuesta citando la frase: “Temas relacionados con la Odontología”, que es acompañada por “Metabolismo de glúcidos” en el 42.3 % e Inmunoquímica en el 23 % de los estudiantes A

partir del análisis de los resultados obtenidos en las encuestas, el equipo considera explicitar ciertos referentes básicos que enriquecerán el diseño e implementación de la propuesta de intervención. Son estos: 1*La Enseñanza para la Comprensión, que pone énfasis en la búsqueda de comprensiones duraderas, flexibles y profundas .El aprendizaje implica entonces poder realizar una diversidad de tareas que demuestren la comprensión de un tema. Se utilizan actividades variadas que motiven al estudiante a indagar más allá de lo que ya sabe. Se promueve la realización de dichas actividades de una manera reflexiva, acompañada de un ejercicio de retroalimentación que permita mejorar sus desempeños. De esta manera, los estudiantes desarrollan capacidades para emplear el conocimiento de manera flexible, establecer redes conceptuales coherentes, utilizar lo que aprenden para comprender el mundo que los rodea y transferir los conocimientos en su futura acción profesional. En síntesis, la comprensión los convertirá en sujetos protagonistas, en actores centrales en el medio en el que se desarrollen. (Fiore Ferrari¹ y Leymoníé Sáenz, 2007, Manuale², 2007, Stone Wiske³, 1999).2* El Aprendizaje basado en Problemas propone el empleo de situaciones problemáticas próximas al escenario profesional, como estímulo que desencadene el proceso de aprendizaje. Representa una perspectiva innovadora que implica a los estudiantes en una dinámica activa, con cierto nivel de complejidad, que requiere el conocimiento de experiencias previas, la integración de conocimientos, habilidades y actitudes propias del quehacer científico, la relación dialéctica teoría-práctica, el desarrollo de capacidades que tienen que ver con el procesamiento de la información: investigación, razonamiento, reflexión.3* El trabajo colaborativo donde los conocimientos y estrategias empleadas por unos estudiantes enriquecen los de otros compañeros. El intercambio de diferentes puntos de vista, la capacidad de negociar, el consensuar y contrastar ideas son mecanismos destinados a atender a la diversidad, donde los tiempos y los recorridos son diferentes pero están destinados a la concreción de logros similares. Estos referentes conforman la base para construir una propuesta de intervención donde se presentan situaciones problemáticas vinculadas con el desarrollo profesional deseable, orientadas a la aplicación de estrategias para la comprensión y de resolución grupal, destinadas a la mejora de la práctica.

1-Fiore Ferrari, E. y Leymoníé Sáenz, J. Didáctica Práctica para la enseñanza media y Superior. Ed. Grupo Magro. Montevideo. .94 – 99 2007

2- Manuale, M. Estrategias para la comprensión: construir una didáctica para la educación superior. Ed. Universidad Nacional del Litoral. Argentina. 11 – 50. 2007

3- Stone Wiske, M. La enseñanza para la comprensión: vinculación entre la investigación y la práctica. 1º Edición. Bs. As. Paidós. pp. 21 – 212, 1999.

Se terminó de imprimir
el 16 de diciembre de 2011.

Calle 51 e/ 1 y 115 La Plata
Provincia de Buenos Aires
República Argentina