



FILO:UBA
Facultad de Filosofía y Letras
Universidad de Buenos Aires

P

La carrera docente en la Facultad de Odontología, UBA, y las transformaciones a nivel de las prácticas. Vol. 2

Autor:

Finkelstein, Sara Claudia

Tutor:

Lucarelli, Elisa

2006

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Magister de la Universidad de Buenos Aires en Formación de Formadores

Posgrado



FILO:UBA
Facultad de Filosofía y Letras

FILODIGITAL
Repositorio Institucional de la Facultad de Filosofía y Letras, UBA

TESIS
5-2-3
ANEXO

TESIS 5-2-3 (ANEXO)

FACULTAD de FILOSOFIA Y LETRAS	
Nº 232.382	MESA
28 DIC 2006	DE
ENTRADAS	

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
Agr.
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

MAESTRIA EN FORMACION DE FORMADORES

TESIS DE MAESTRIA EN FORMACION DE FORMADORES

MAESTRANDA: SARA CLAUDIA FINKELSTEIN

DIRECTORA: DRA. ELISA LUCARELLI

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
Dirección de Bibliotecas

DICIEMBRE DE 2006

TESIS
5-2-3
ANEXO

TESIS DE MAESTRIA EN FORMACION DE FORMADORES

**LA CARRERA DOCENTE EN LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA, UBA, Y LAS TRANSFORMACIONES A NIVEL
DE LAS PRÁCTICAS**

MAESTRANDA: SARA CLAUDIA FINKELSTEIN

DIRECTORA: DRA. ELISA LUCARELLI

DICIEMBRE DE 2006

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
MAESTRIA EN FORMACION DE FORMADORES

TESIS DE MAESTRIA EN FORMACION DE FORMADORES

MAESTRANDA: SARA CLAUDIA FINKELSTEIN

DIRECTORA: DRA. ELISA LUCARELLI

DICIEMBRE DE 2006

ANEXO

ANEXO

En este Anexo se presentan las entrevistas y las observaciones realizadas a las docentes de Casos I y del Caso II.

Esta presentación respeta la secuencia temporal en que fueron realizadas.

Se adjunta también la entrevista a la Profesora Titular de la cátedra de Odontología Integral Niños

Cabe aclarar que los nombres que mencionan los entrevistados fueron consignados con iniciales.

Se detallan a continuación los códigos utilizados:

En toda la Tesis:

CD: Carrera Docente

En las entrevistas:

D: docente

E: entrevistador

En las observaciones:

D: docente

A: alumno

P: paciente

En la entrevista a la Profesora Titular:

PT: Profesora Titular

CASO I

ENTREVISTA INICIAL: 8 de Agosto 2004

OBSERVACION DE LA CLASE TEÓRICA: 4 de setiembre de 2004

OBSERVACION DE LA CLINICA: 18 de setiembre de 2004

ENTREVISTA DE DEVOLUCION: 25 de setiembre de 2004

Entrevista inicial

La entrevista se llevó a cabo el día 8 de Agosto 2004

E: Cuántos años hace que estás en la cátedra?

D: Desde el 88. Empecé con el Dr. T. y en el 89 arrancamos con el Dr. P. Al principio nos sentíamos muy presionados con P pero después nos dimos cuenta que hacíamos cosas que eran para nosotros mismos, no para la cátedra, para formarnos nosotros.

E: Y qué tipo de cosas les hacía hacer?

D: Hacer trabajos sobre diabetes en niños y adolescentes, hacía nivelaciones docentes. Trabajar mucho con los alumnos, estar con ellos. Yo viví mucho la época de alumnos y de docente con el anterior titular en donde los docentes estaban reunidos entre ellos, se controlaba a los alumnos, pero había un estancamiento. Con P. Fuimos haciendo cursos, empezamos a ir a congresos. Siempre nos hinchaba para que hiciéramos cosas. Y lo que nos llamaba la atención era que el turno de los sábados casi la gran mayoría hicimos la CD e hicimos todo lo que él nos decía y el turno de los sábados fue el único que hizo la re certificación del título. El nos decía que hagamos la CD, que era necesario. Así que un día la empecé, pensando en hacerla de a poco, el 1º año hicimos dos materias y después con todo. Estoy por concurso y el último concurso fue el mejor para mí. Fue una clase de diabetes y me gustó como quedó.

A mí la CD me cambió mucho sobre todo en la relación con los alumnos, no encerrarme en que yo era solo la coordinadora del grupo, la jefa del grupo sino abrirme a las expectativas de ellos. El hacer devolución de los exámenes, eso lo hacemos en toda la cátedra y salió de acá. Nosotros tomábamos examen y se nos venían encima los alumnos. Ahora la devolución la hago yo y M. F. Porque con él corregimos. Y la verdad es que da resultado porque le hacemos ver a los chicos donde estuvieron los problemas y ya para el recuperatorio están mejor... salvos que sean bueno hay algunos irrecuperables. Y el tema de decir bueno: este alumno queda libre porque realmente no cumplió con los objetivos, no dejarlo libre porque a pesar que no estudió no le damos ninguna otra posibilidad, no se le dan determinadas oportunidades, las tienen todo el año y sobre todo al final del año, nosotros vamos controlando cómo van con los trabajos, el número de altas que tienen es como para llegar, si van mal les decimos que

les conviene tomar más pacientes y venir otro día de la semana, o sea, ese tipo de cosas, no encerrarlos en el turno y decirles chau. Y el alumno lo entiende mejor. Yo tuve un alumno que controlamos con L.B. todo el año y ella se encargó desde mitad de año en adelante de ver cada carpeta y hablar con cada uno y una chica a fin de año llegó con dos altas. No iba para atrás ni para adelante. Y pidió otra oportunidad y le dijimos que venga todo enero, ya lo habíamos hablado con la Dra. P. (la Prof. Titular) y que siguiera en marzo si no había terminado. Nos comprometimos nosotras a venir en la semana durante enero y si cumplía con los objetivos se la aprobaba como si hubiera dado un examen libre de la clínica. Por que en realidad quedó libre por la clínica. Y lo hizo y agradeció un montón. Me sirvió mucho la CD. A medida que la iba terminando ya se notaban cambios, estaba más flexible.

E: Y qué otras cosas te parece que cambiaron?

D: Empezamos a hacer las revisiones de los exámenes y las devoluciones no bien terminamos la CD. Éramos varios del turno de los sábados que la hicimos juntos. Y quisimos darles a los alumnos la oportunidad de ver en qué se habían equivocado para que pudieran corregir los errores. Sabemos que en otros turnos aprobaban a todos porque era muy fácil o... y ahí viene otro tema: cómo hacíamos los exámenes, el diseño es fundamental, cómo se hacen las preguntas, que sean concretas y que se relacionen con la situación que se les está dando. Eso fue un cambio que hubo respecto a los exámenes. Y en las devoluciones hay algunos que te discuten un montón y te dicen que pusieron lo mismo que dice el libro. Yo les digo que traigan el libro y que lo vamos a ver, antes era muy dura con eso. Ahora yo acepto que me puedo equivocar, no sé todo. Yo estoy segura cuando hago las preguntas pero sirve mucho para los alumnos porque traen el libro y al releerlo se dan cuenta que se equivocaron. Eso para nosotros fue...

E: Y si tuvieras que definirte como docente qué dirías de vos misma?

D: Ahora, ahora soy una buena docente. Yo me hice una autocrítica porque cuando empecé con la docencia, en realidad no sabía nada de ser docente. Me pasaba lo mismo que cuando era alumnos y veía en otras cátedras a los ayudantes. Se creía que eran LA autoridad y no es así.. Si bien tenemos autoridad, un poquito, tenemos que reflexionar por el bien de los alumnos, que ellos vienen a aprender y hay que ayudarlos a que aprendan. Por supuesto que siempre hay alguno que nosotros consideramos que no pueden aprobar y son alumnos del último año de la carrera y nos preguntamos cómo llegaron hasta acá.... uno trata pero.... pero eso pasa por otro lado, pero uno como docente se preocupa y se pregunta qué es lo que falló. Cual fue el nivel que falló. Los 1º

años, las clínicas..... como nosotros tenemos parte teórica y mucho de clínica, ahí se ve mucho la falla, no relacionan la teoría con lo que hacen y además hay conceptos que no los tienen habiendo pasado por varias clínicas. De eso también me di cuenta en la CD. Antes creía que era culpa del alumno, que no había estudiado lo suficiente, pero ahora creo que sí estudian pero que no siempre la teoría te dice todo del caso... nunca un paciente es igual a otro, además hay temas muy complejos, traumatismos, por ejemplo que por más que lo veas en libros, nunca te alcanza... tenés que verlo... Otro ej. Ya cursaron Farmacología, nosotros les damos una receta, antes del parcial hacemos repaso y se les indica cómo hacer una receta y creo que Farmaco se ve en 3º año y nosotros nos damos cuenta que estando en 5º no saben hacer una receta. Y ellos van a salir recibidos y también notamos que no se saben expresar en una nota, por ej, a un colega. Eso lo vimos mucho en el ECEO, entonces les hacemos hacer en una de las estaciones hacer un artículo que sea para papás de chicos de jardín de infantes, que sea sobre prevención de caries y que utilicen tantas palabras. La consigan es que las palabras las tiene que usar todas. No tiene ilación lo que escriben. Ponen todas las palabras pero sin coordinación. No se saben expresar y tienen horrores de ortografía. Uno dice, salen de acá y no van a saber expresarse para escribirle una nota a un colega. Será que, bueno es fundamental para nosotros. No se ponen en el papel que están en el último año de la carrera. A mí no me pasó eso. A estos chicos les pasa que todavía están como si estuvieran en 1º año. Por supuesto que no son todos, no? Pero pasa con la generalidad, es una falla dentro de la formación, algo falta en este momento. Los pibes no salen como tiene que salir un profesional. Salen y son todavía chicos de la facultad. Me parece que tienen que despertarse y ponerse en profesionales, para salir, para trabajar. Y hay algo que faltaría, que por ahí habría que ponerlo en todas las cátedras, no sé.

E: Te acordás alguna anécdota en toda tu historia de formación de alguien que te haya marcado como docente?

D: Yo siempre quise ser maestra. No me dejaron. Por un lado se lo tengo que agradecer a mi mamá, que me haya dicho que no. Yo iba a ser maestra en el Normal 5. Mi vieja me habló y me dijo: mirá nosotros necesitamos que vos salgas a trabajar.... por eso seguí perito mercantil. Y por eso siempre me gustó, eso me empujó. Me metí como Ayudante de Trabajos Prácticos para ser un poco docente, pero ahora soy docente.

E: Y hay alguna figura que te haya marcado?

D: Siempre tenemos una figura... uno de toma en principio de las maestras de primaria. De secundario, no.

E: Y de las maestras de primario qué te impactó?

D: La de 1° me gustó, la de 6° y 7° me gustó también, era la misma. Me gustaba su forma de enseñar y su forma de ponerse ante nosotros ...esa cosa, no de rigidez. La de 1° era... bueno tenía a los chicos más chiquitos. La de 6 y 7° es como que nos enseñaba para que sepamos... a pesar que era estricta tenía una dulzura ...se sentaba derecha y su figura era recta, era flaquita... pero era tan dulce...su manera de ser de hablar y aprendimos mucho con ella no sólo lo de la escuela, eso también, pero lo que necesitábamos para la vida que venía después. Y acá en la Facultad... de anatomía nadie, de Histología tampoco, hubo docentes excelentes. Si tengo que elegir una de las clínicas, Patología y clínica bucodental I, la de G. Fue excelente. Yo lo tuve a él de docente. Yo me quise quedar como docente pero no podía cumplir la cantidad de horas. Mi madrina de beca de la Facultad era de esa cátedra, la Dra. R. Ella fue mi madrina de beca desde 3° año hasta el final de la carrera.

Yo la conocí a ella a través de una compañera que conocía a todos los docentes y ella podía ser madrina de beca, yo tenía la beca... fue una época muy difícil... murió mi papá ese año... y ella me ayudó mucho. Ella me pidió que me quede en la cátedra cuando me recibí, me quedé un tiempo... aprendí.. pero a dar una clase, lo aprendí recién en la CD. También aprendí mucho con V.P. Ella nos dio una clase, nos ayudó pero ya estábamos cursando la CD. Ahí aprendí. Yo daba clases pero cuando después uno piensa en lo que hizo... me di cuenta que no eran buenas las clases que yo daba.

E: Por qué?

D: Porque era una cosa muy estructurada, era hacerles el versito y nada más. Terminaba la clase, yo me iba y no había espacio para nada, para preguntas. Y bueno. Uno va aprendiendo. Aprendí muchísimo acá. El año pasado fue la 1° vez que fui a dar una clase para posgrado. Y salió fantástica, pero eso es ahora. Salió bárbara porque cuando salimos al recreo vino la coordinadora de los cursos de posgrado y me felicitó y me pidió que diera esa clase en la Boca el año que viene. Yo me sentí muy bien, no sólo por el reconocimiento de ella, sino por la gente, se notaba que había interés, hubo muchas preguntas... uno ve las caras, nadie se dormía... estaban muy atentos.

E: Y por qué pensás que habrá habido este interés?

D: Por que salió bien, fue dinámica, la forma de expresarme estuvo bien. Yo tenía mucha seguridad, es un tema que yo conozco bien, seleccioné bien los contenidos. Cuando empecé... ya me sentí...ya dije: ya está. Eso se aprende, lo aprendía acá.

E: Cómo es el tipo de contenido que Uds. enseñan?

D: siempre tienen que integrar lo anterior. Nosotros damos los temas que se dan en todos los años anteriores, operatoria, materiales dentales, estomatología, hay que integrarlo y adaptarlo a los chicos. No es lo mismo en adultos que en niños. Pero no son contenidos difíciles. Ellos lo vienen viendo en operatoria, son técnicas, las básicas y se incorpora todo lo integral, hay que atender todo. La diferencia con las básicas es que van a la clínica y trabajan. Conocer la anatomía es fundamental para que puedan dar una anestesia, anatomía del diente para que cuando les expliquemos como tallar tengan claro de qué hablamos. Esas cosas se adaptan a lo que es un niño. Lo nuevo es lo de estomatología en el 1º año de vida, las patologías o lo que pueden ver en un chico que hace poco nació. Igual damos la parte más sencilla de la estomatología. Lo demás repasan estomato de 3º y 4º año. Esto se lo acuerdan un poco más. Hacemos hincapié en radiología porque no saben leer bien las radiografías. Pero lo que damos es mucho para razonar y relacionar. Nosotros nos damos cuenta que en los exámenes, cuando les damos una situación clínica con todas las preguntas hay cosas que no pueden razonar, porque ponen bien una pregunta y hay otra que tiene una relación con esa y la hacen mal. No razonan en muchos casos. Ahora como son menos se puede hacer algo más individualizado. Hay tiempo para ponerse con ellos. En general cuando tienen alguna duda sobre todo antes de los parciales, lo preguntan. Nosotros les decimos siempre que pregunten, que aclaren lo que no entienden.

E: Qué tipo de estrategia de enseñanza te parece mejor? Con cuál te sentís más cómoda?

D: Nosotros ya tenemos una estrategia siempre es así. Les damos la clase teórica y a abrimos a las preguntas, que participen, eso cuesta un montón. Nosotros tratamos de hacerles preguntas y que participen, que contesten pero es como que están dormidos parece. No sé si es lo mejor pero... les queda algo más. Para evaluar me gusta mucho el ECEO, es bárbaro, pero lo hacemos porque tenemos menos alumnos. Como estrategia de enseñanza me gusta la clase participativa.

E: Y ellos tienen que leer antes de las clases?

D: Tendrían que leer pero o leen nada. Nos damos cuenta que no. Siempre tienen todo el material en las guías está la base de todos los temas, pero no lo miran.

E: Cómo te ves como coordinadora en la clínica?

D: Bien. Al empezar yo les digo qué tienen que traer, cuál es el objetivo, qué pueden o no dejar en la clínica, todo, cómo se tienen que manejar en general. Nosotros tenemos un turno donde no cortamos, es todo seguido. Les damos las consignas a principio de año. Si yo no estoy pueden consultar a cualquier docente, porque entre nosotros nos

coordinamos bien. Es un buen turno. Hace tantos años que estamos! Y gente nueva no hay, no les gusta venir los sábados. Nos conocemos hace mucho todos. Es lindo, somos un buen grupo de trabajo. En otros hay mucha competencia. Tenemos un solo varón.

E: Qué cosas te impactaron cuando hiciste la CD?

D: El cambio. Lo que estaba antes y lo de ahora. Fue impresionante. El manejo de las clases que nos daban a nosotros antes y lo de ahora fue... eso fue fundamental. Fue más que acertado. Con los que estaban antes tuvimos muchos problemas. No había respeto. Hasta presentamos notas en Decanato. Y de lo que aprendí lo que más me sirvió fue lo de la preparación de las clases, programar, pensar antes. También la preparación de los recursos didácticos, hacer un CD. Ya para los concursos preparamos transparencias, que aprendimos acá. Después vino la multimedia.... Otra cosa que cambié fue la relación con los alumnos. Antes era tan estricta! Ahora soy más flexible, antes me ponía loca ¡cómo puede ser que no sepan! Ahora no. Me pregunto qué pasa, porque no saben y sobre todo qué hago!!! Me calmo y pienso y si es un alumno solo lo hablo tranquila, le explico. Fue muy importante.

E: Qué cosas podés identificar como problemas que tenías antes de hacer la CD?

D: No me daba cuenta de que era estricta. Esto es así porque es así. No hay otra. O de ponerme dura y tratar de yo tenía me acuerdo del caso de un alumno que era muy sucio, no tenía el instrumental bien esterilizado, abría su caja y había cosas sucias, venía con el guardapolvo sucio. Yo lo llamaba aparte pero, mal. Pero ahora pienso que lo podría haber hecho de otra manera. Ese chico quedó libre, pero porque yo y la coordinadora no queríamos que pase. Era algo grave. El mandaba a esterilizar pero no lo lavaba antes. Es un hábito profesional. Ahora, hay otro tema: ya estaba en 5º año, otras clínicas había hecho, no?

E: Y ahora tenés alguna dificultad? Algo que digas tengo que cambiar esto.

D: Ahora no. Y si aparece algo lo charlaría. Lo que hay que cambiar lo vemos entre todos en la cátedra y personalmente por ahora no.

E: Qué cosa te resulta gratificante de ser docente?

D: Poder, es como... me gratifica saber que hay alumnos que se reciben con nosotros y en el examen de fin de año, ver que aprendieron. Alguno ves que no, pero la mayoría sí. Y es bueno pensar que lo nuestro sirvió. Además cumplir el sueño que siempre tuve de ser docente.

E: Y que cosa no te gusta de ser docente?

D: Por ahí cosas que te enterás que pasan en otros turnos, peleas por los cargos, peleas por poder. Nosotros tenemos un turno especial, los sábados... El trabajo es una convivencia. Y esto es un trabajo. Ah me doy cuenta de otra cosa que me sirvió la CD: como profesional para la conversación con los papás, cómo explicar las cosas. Ahora hago gráficos y les explico. Antes, no. No sabía como, les decía las cosas y no me entendían nada.

E: Querés comentar otra cosa... algo que te haya quedado?

D: No nada.

E: Te agradezco muchísimo.

D: La agradecida soy yo. Aprendí mucho, sobre todo en el 2° nivel. Los trabajos que teníamos que preparar me ayudaron mucho para trasladar a la cátedra. Reprensamos el programa de la cátedra con lo que habíamos hecho para Planificación II, te acordás? También aprendí a hacer monografías que ahora aprovecho. También lo del ECEO, que sacamos el 2° premio. Lo aprendimos en CD.

Observación de clase teórica

La observación se realizó el día 4 de setiembre de 2004

Tpo.	Hechos
8hs.	<p>D: El tema que vamos a ver hoy es estomatología pediátrica y cuál es el objetivo? Reconocer determinadas lesiones en los bebés y enfermedades en la 1º infancia. Para qué? Para poder tratarlas o bien hacer una buena derivación. Vamos a ver algunas lesiones, lo que comúnmente vamos a ver en el consultorio pediátrico. Vamos a hablar de lesiones, micosis, aftas, el tratamiento en niños y un poquito sobre angionmas y nevus.</p> <p>[Aparece una transparencia]</p> <p>Lesiones desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad epulis congénito de recién nacido</p> <p>No tiene diagnóstico conocido y es más frecuente en los niños y su lugar de preferencia es el maxilar superior.</p> <p>Se proyecta una foto de la lesión. Es una lesión benigna.</p>
8.15	
Hs.	<p>Entran tres alumnos</p> <p>D: remite a los 6 meses pero si impiden la aspiración o deglución hay que hacer cirugía. Hay que poner al bebé al pecho de la mamá luego de la cirugía porque reconstituye el sistema inmunitario. Hasta los 6 meses tiene el de la mamá. A los 6 meses se forma el propio.</p> <p>Vamos a ver lesiones quísticas desde el nacimiento clasificadas por etiología y localización:</p> <p>Primero perlas de Epstein. Se localiza en el paladar. Su etiología: restos calcificados de pequeñas glándulas salivales que quedan en el feto. Las mujeres llevamos las de perder, parecen del tamaño de granitos de arroz.</p> <p>Seguimos con nódulos de Bohn: aparecen en zona vestibular o palatina del reborde. Los padres se preocupan porque creen que nació con una pieza dentaria en el maxilar superior. La etiología tiene que ver con restos de tejidos epiteliales que quedaron</p>

atrapados cuando el feto creció.

Se muestra una foto de la lesión. Los papás se asustan mucho.

Los alumnos no toman nota, escuchan sin hacer comentarios.

El tratamiento consiste en no hacer nada. Alrededor del mes desaparece espontáneamente. Está claro?

A: no contestan

D: Vemos ahora el quiste de erupción. Se relaciona con piezas que van a erupcionar. Se relaciona con piezas neonatales o natales. Luego vamos a hablar de eso. También con los primeros o segundos molares.

Se muestra una foto de la lesión.

D: ven la coloración azulada?

A: asienten con la cabeza

D: tiene relación con el primer molar

A: asienten

Se muestra una secuencia de fotos de la lesión desde diversas perspectivas.

D: la etiología tienen que ver con alteración de epitelio del esmalte. No se sabe qué produce la alteración. El tratamiento consiste en no hacer nada, estar expectante, no reviste peligro. Si en 6 - 8 meses se puede hacer la cirugía y siempre ponerlo al pecho al finalizarla.

Transparencia:

dientes natales

dientes neonatales



erupcionados en nacimiento

erupcionados al mes

D: la etiología no se conoce, hay una base genética, en el germen... los encontramos en la zona anterior, son poco formados, sin formación radicular, sin pulpa.[hace gestos de cómo se agarra a la encía]

D: tienen hipermovilidad porque están agarrados por tejido colectivo. Son de erupción primero poco dientes supernumerarios. Es para ver en Rx.

[Se proyecta una RX]

D: Este punto es el supernumerario. Abajo está la dentición primaria.

[Se muestra otra transparencia]:

evolución

no produce alteración

control

expoliación

extracción

Úlcera de Riga Fede

extracción

pulido .

D: son muy filosos, lastiman el pecho de la mamá. Si realizamos la extracción hay que asegurarse de sacar tejido pulpar porque si no se forma otra lesión, el tumor pediculado de la infancia

Preliasco y Kramer estudiaron y vieron que había tejido de laceración. Hay que sacarlo. La úlcera de Riga Fede se da con dientes natales o con dentición primaria. Se forma por lesión traumática.

[Se muestra una secuencia de fotos de la lesión desde diversas perspectivas].

D: lo ven bien?

A: sí

D: El tratamiento es pulido, extracción y tópico solución alcalina.

[Se muestra una secuencia de fotos de la lesión desde diversas perspectivas]

D: ahora vamos a hablar de infecciones, bacterianas y micóticas.

La de mayor consulta es el impétigo, que es bacteriana y la viral que es gingivo estomatitis. La primera afecta sólo la piel y hay de dos tipos: vulgar o contagiosa. La etiología es un stafilococo pyogenes y ampollar stafilococo aureus. No produce lesión en cavidad bucal y cómo se va a presentar? Donde se da? Se da en regiones donde se da suciedad, zonas marginales y se da a fines del verano, principio de otoño.

[Se muestra una foto de la lesión]

D: Se forma por una herida superficial pequeña, entra el stafilococo y forma la lesión autoinoculante. Las ampollas al tiempo se rompen o continua purulento, hay costras, se llaman costras meliséricas porque tienen similitud con el color de la miel. Hay mucha pus. Tiene un diagnóstico diferencial que es la gingivo estomatitis herpética. No produce lesión en cavidad bucal, hay que derivar y hacer tratamiento local. El peligro es la complicación severa que puede comprometer todo, por eso se hace tratamiento local. Puede derivar en nefritis porque penetra en vía sanguínea, llega al riñón por otro lado. También puede derivar en granuloma piógeno cuando fue curado queda en una herida, es una complicación más grave. El tratamiento es local, hay que eliminar costras con DG 6, agua de alibur y luego colocar pomadas de ácido fusídico al 20%, el nombre comercial es Fusidín y Bactroban, 3 veces por día. El tratamiento es sistémico, hay que derivar. Se da penicilina 50000 U 1 vez por día o derivados, ampilina en dosis que Uds. conocen. Cuales son?
A (varios al mismo tiempo): 50 mg por día, también cefalosporina de primera generación. Uds. ya conocen ...

A: sí

D: Está?

A: Sí

D ahora vamos a ver lesiones más comunes que uds. van a detectar y trabajar con el pediatra, para derivar. Vamos a ver la familia viral, el virus y la enfermedad.

[Se presenta una transparencia]:

	<p>Familia viral virus</p> <p>enfermedad</p> <p>Herpes HS tipo I</p> <p>gingivoestomatitis</p> <p>Herpes II HS tipo II</p> <p>vaginal no lo vemos</p> <p>H. varicela Zoster varicela</p> <p>herpes zoster</p> <p>D: empezamos con herpes viral tipo I, gingivoestomatitis herpética. Ya lo vieron, no? Cómo comienza?</p> <p>A: inflamación de encías</p> <p>D Y a nivel general?</p> <p>A: fiebre, está irritable y llora</p> <p>D: no pasa nada en encías, el bebé llora, la mamá lo lleva al pediatra y no da un diagnóstico de certeza. A los dos o tres días aparece en encías. Como comienza? Con encías inflamadas, no podemos dar diagnóstico de certeza.Cuál es el síntoma?</p> <p>A: vesículas</p> <p>D: vesículas rodeadas por un halo eritematoso. Y que se forma? Una erosión que duele mucho. El pediatra deriva al odontólogo. Lengua saburral, halitosis y sialorrea.</p> <p>[Se muestra una foto de la lesión].</p> <p>8.50 D: A veces no aparece y nadie se da cuenta y luego aparece el herpes recurrente. Frecuentemente de 2 a 4 años, y a partir de los 6 meses, puede darse en adolescentes y adultos. Hay que calmar a los padres que no duermen, explicarles qué tiene y que dura entre 7 y 10 días, que no tiene secretos y que hay que aguantar. Nunca hay que dar antibióticos, por que? Ya lo vieron en fármaco,</p> <p>hs. A: no contestan</p> <p>D: porque es virósico, salvo que haya infección bacteriana,</p>
--	---

tampoco damos corticoides, lo saben?

A: sí

D: tiene que hacer dieta hipocalórica, líquido para evitar deshidratación, por que hay dolor, buches alcalinos con una gasa envuelta en el dedo y pasar por los dientes, y mantener la zona limpia. También hay que avisar a los padres que hay que tener cuidado con los anestésicos locales. Ojo por que hay quien pone anestesia. Y hubo casos de intoxicación por anestesia de superficie con convulsión. Una vez que se va la enfermedad el virus queda en los ganglios y frente a un estímulo que puede ser stress, problemas gastro intestinales, etc. Recurre la enfermedad, es el herpes simple recurrente. Está el herpes labial, es una vesícula y no aparecen síntomas generales. Se vienen formando ramilletes, en semimucosa y parte de piel del labio, comisuras y también en cavidad bucal, es más definido. A los dos o tres días se rompen y qué queda?

A: costra

D: a los 7 – 10 días se cura, no hay tratamiento definido sino sintomático: alcohol para secar la vesícula y pomada. Cuándo aplicar?

A: antes que se manifieste la vesícula.

A: Por qué? No tiene efecto antes. Cómo nos damos cuenta?

A: porque aparece una zona rojiza

D: es quemante, arde. En un mes queda acantonado y puede recurrir.

Se muestran varias fotos de paladar, de período de costra que es el último estadio.

Queda claro? Alguna pregunta?

A: no contestan

D: vemos otra: varicela, todos la conocen, no? Es una enfermedad infecciosa de edad escolar. Tiene síntomas y las secuelas son más leves en los niños que en los adultos, que pueden tener complicaciones más graves. Se presenta con hipertermia, comienza con malestar general, no se sabe por qué. En tres o

cuatro días hay erupción polimorfa, hay lesiones elementales en diferente estadio. Puede tomar desde el cuero cabelludo, cara, tronco, miembros. Es polimorfo, en un lugar se ve una mácula, vesículas, costras.

[Se muestra una foto de la lesión]

D: Cuando viene con virosis hay que atenderlo, hacer maniobras locales rápidas, para calmar el dolor, 10 a 14 días de crema, sin dejar cicatrizar, la enfermedad continua de 2 días antes de la 1° lesión hasta 6 días después, la incubación es de 10 a 20 días. El tratamiento es sintomático, hay que mantenerlo bien alimentado e hidratado, mantener las medidas de higiene. Si se asocia en pacientes inmunodeprimidos dura más tiempo y los síntomas están más exacerbados. Cuando curó sin dejar secuelas el virus queda acantonado en ganglios basales y el estímulo para que recurra no es tan banal como el de antes.

Veamos el herpes zoster. Se asocia a los inmunosuprimidos, HIV, positivos, paciente diabéticos y es la enfermedad más importante de las que vimos hasta ahora.

[Se muestra una foto de la lesión]

D: vean la foto, la lesión en la vesícula, seguimos el trayecto del nervio sensitivo del trigémino. En chicos se asocia a HIV +, hay vesícula, costra zona sensible por mucho tiempo, 6 meses...

[Se muestra otra foto de la lesión]

D: Vean siguiendo la rama del maxilar inferior, también el paladar. Se asocia con otra enfermedad: candidiasis. El tratamiento es conjunto con el pediatra porque generalmente se asocia con otra enfermedad. Hay que dar analgésicos más antiinflamatorios y antivirales 15 mg por día cada 6 hs.. Mantener la zona higiénica, no rascarse y hacer interconsulta con pediatra. Siempre hacer la interconsulta. Una vez que la enfermedad remitió, hablamos de 12 - 15 días, hay sensibilidad en las zonas que están ya sin vesículas. Vuelve a quedar el virus acantonado en ganglios. Ante estímulos vuelve. Si es lateral es culebrilla.

9.30
hs.

Tienen dudas?

A: es contagioso?

D: como toda virosis

A: puede afectar varias ramas?

D: no, en general, no. Depende de la inmuno supresión. Seguimos. Otra enfermedad que se da en manos, pies, boca, es una infección simple, se da en otoño y en general en chicos pequeños. Es importante hacer un diagnóstico diferencial, aparece en manos, pies y boca. En boca, con cuál podemos confundir?

A: gingivitis herpética

D: pero cuando vemos manos y pies y luego en boca.... las vesículas que dejan libre encía marginal, la gingivo, no. Hay que estar atento porque cuando apoya la mano le duele, esto hay que verlo para un diagnóstico de certeza. El signo patognomónico es el sistema gastrointestinal. Si dice que sí no es gingivo estomatitis herpética. Dura de 7 a 10 días, el tratamiento es sintomático. Bueno, con esto terminamos las virosis. Alguna duda?

A: no

D:Vamos a ver otra infección: micosis. Cuál es el agente etiológico?

A: hongos, cándida

D: Sí, se dividen en micosis superficiales y profundas vamos a ver las superficiales y candidiasis. El hongo es oportunista. Qué quiere decir? que ante una oportunidad se desarrolla la enfermedad. Cuál puede ser?

A: HIV

D: inmunodeprimidos, que tomaron antibióticos, alcohol, diabéticos, esto favorece la aparición de la enfermedad. Cuando el chico nace no tiene hongos pero si la mamá tiene micosis vaginal lo transmite en el parto, también se transmite en guardería, hay que mantener la higiene y las medidas de seguridad. Si se instala hay que hacer la consulta con el pediatra. Cuando está en la cavidad bucal, cómo se llama? Se acuerdan?

A: no contestan.

D: muguet; cómo hacen para hacer el diagnóstico diferencial?

	<p>A: se pasa una gasa y si queda una base eritematosa sangrante.</p> <p>D: también puede haber en la comisura labial. En los adultos se da cuando hay pérdida de dimensión vertical o eczemas en la piel. Del tratamiento se acuerdan?</p>
9.45	<p>A: hay que dar antimicótico</p>
hs.	<p>D: cuál?</p> <p>A: estomazol</p> <p>P: violeta de genciana es el más barato 2% de solución acuosa y la mamá lo coloca con un hisopo 3 veces por día en las lesiones.</p> <p>Nistatina en lactantes menores o prematuros sin inmunodepresión. Se dan buches de nicostatin 3 veces por día, tarda 15 – 20 días en desaparecer y recurre con todos los factores.</p> <p>Alguna duda?</p> <p>A: No</p> <p>D: Vamos a pasar a otras lesiones más frecuentes: aftas. No son virosis, micosis ni infecciones bacterianas. Se acuerdan el agente etiológico?</p> <p>A: estrés, factores psicológicos</p> <p>A: trauma</p> <p>D: es multifactorial, se encuentra asociada a enfermedades autoinmunes, con trastornos gastrointestinales, deficiencia de hierro, trastornos psiquiátricos, factores hereditarios... se clasifican en leves o menores, severas o mayores y herpetiformes.</p> <p>Cuál es la lesión?</p> <p>A: necrosis</p> <p>D: úlcera necrótica. Las severas son más profundas y pueden dejar cicatriz. La herpetiforme es semejante al herpes simple pero aparece en epitelio no queratinizado. Por ubicación se sabe qué enfermedad es. Dura de 7 a 15 días y no deja secuela. Se acuerdan del tratamiento?</p> <p>A: no sintomático y buches alcalinos</p> <p>D: buches con tetraciclina, leche de magnesio, lo conocen, no? Benadryl, corticoides en tópicos. Si recurre hacer interconsulta y estudios complementarios.</p>

[Se muestra una foto de la lesión]

D: lo van a reconocer?

A: no contestan

P: vamos a hablar de manejo de hemangiomas o nevus. El hemangioma es un tumor de vaso sanguíneo. Puede ser capilar, por ejemplo de lengua, puede ser tuberoso o cavernoso. El capilar es muy superficial, igual que en el tuberoso y son pacientes con riesgo de hemorragia. El más profundo es el cavernoso. El capilar no tiene tratamiento, se da en cara, ahora se usa láser. Es poco frecuente en el país, con 300kv por sesión y se elimina 1 cm. cuadrado. El tuberoso puede involucionar, frecuente de 6 a 8 años. Hay que tener en cuenta las hemorragias. El cavernoso tratarlo con corticoide. Tienen que reconocer esta patología. El tuberoso puede deformar el maxilar y hay un tratamiento odontológico y es tema de posgrado. Se hacen placas para que se eleve.

Hay que hacer un buen diagnóstico y mucha investigación clínica del paciente. Veamos el nevus. Es una malformación en cresta neural y hay 4 tipos: el 1° es intradérmico. El azul tiene múltiples melanocitos que se encuentran en la capa superficial del epitelio. Hay que controlarlo por si sufre modificaciones. Se da en piel, con células névicas en tejido colectivo. Se ve en paladar. Hay que derivar si hay modificación de color, forma, tamaño, tiende a malignizarse. Lo trata el dermatólogo. Si crece inmediatamente derivarlo. Bueno, con esto terminamos. Tienen dudas?

A: no

D: bueno, vayan al consultorio.

Observación de la clínica

La observación se llevó a cabo el día 18 de setiembre de 2004

Hay que aclarar que la observación realizada a esta docente se centra en las tareas que realiza en este espacio curricular relacionadas con la formación de los alumnos. No se consignan las tareas que esta docente realiza en la atención individual de pacientes sin presencia de alumnos.

Hay 12 sillones ocupados con alumnos que han colocado sus instrumentos en las mesas de cada uno de ellos y forrado todas las partes plásticas con papel film.

Hay 5 docentes que se encuentran a un extremo del salón. Entre ellos está la Docente de este caso

En la sala de espera hay niños de variadas edades con sus madres y padres.

En uno de los sillones se encuentra un alumno (A) con un paciente (P) de aproximadamente 5 años y su mamá (M). Le está haciendo la HC y el odontograma. La docente (D) observa.

Tiempo	Hechos observados	Implicación
10 hs	(A1 coloca la turbina en su lugar, va sacando los materiales de trabajo, entra la D, se para al costado de los lavatorios y observa- A1 coloca rollo en la boca de P1 con una pinza, el eyector, saca distintas jeringas y las prepara- D ahora circula por la clínica y mira, se vuelve a parar en el mismo lugar que antes y sigue observando el espacio-) Luego se acerca al sillón A1: Te duele acá? Coloca el explorador sobre una pieza dentaria P1: Sí!!!! (Pone cara de dolor) A1: Y acá? Coloca el explorador sobre otra pieza dentaria P1: Sí también. A1: Te molesta en algún otro lugar?	Me duele a mí también

<p>10.20 hs.</p>	<p>P1: No.</p> <p>A1: Te voy a poner esto en la boca, ves? Es sólo para chupar la saliva de la boca. No duele nada. Querés probarlo en la mano?</p> <p>P1: Bueno</p> <p>El A.1 le coloca el aparato en la mano, el P. lo mueve y recorre su mano con él.</p> <p>P1: Bueno, ponelo.</p> <p>A1: lo coloca. Esta bien?</p> <p>P1: Sí</p> <p>A1: Yo voy a revisarte la boca, si algo te molesta avisame. (Realiza las maniobras). Retira el instrumental de la boca del paciente y dice: te vamos a sacar unas fotos de los dientes que te duelen. Venís conmigo? A la mamá. Ud. se puede quedar afuera un ratito. Yo le aviso. Al nene: te parece bien?</p> <p>P1: Bueno. Se levanta y sigue al alumno.</p> <p>D: Cuando tengas las radiografías decime.</p> <p>Se dirige a otro sillón en donde hay una alumna que la está llamando.. Hay una alumna (A2), una paciente de aproximadamente 10 años y otra docente.</p> <p>A2: Mire esto, por favor.</p> <p>D: (al A): de qué se trata?</p> <p>A2: tiene una lesión en la encía.</p> <p>D: Qué puede ser?</p> <p>A2: Podría ser un quiste, un granuloma, algún tumor benigno</p> <p>.....</p> <p>D: Qué otros síntomas tiene?</p> <p>A2: es fibroso al tacto</p> <p>D: qué recomendás hacer?</p> <p>A2: Una biopsia, para tener un diagnóstico más certero.</p> <p>D: Bien. Cómo hacemos?</p> <p>A2: Yo la podría acompañar a cirugía para que se la hagan o si hoy no pueden para sacar turno.</p>	
------------------	--	--

1050 hs	<p>D: tenés la Rx?</p> <p>A3: Sí. Se la muestra</p> <p>D: Observa la Rx. Qué clase es?</p> <p>A3: 4</p> <p>D: Sí. (Mira la boca del paciente). Muy bien.</p> <p>La llama el A1:</p> <p>A1: Profesora, tengo las Rx.</p> <p>D: se acerca al sillón 1. A ver? Las mira. Y qué opinás?</p> <p>A1: yo haría la exodoncia de las dos piezas.</p> <p>D: Por qué?</p> <p>A1: Por que a la larga van a ir a extracción, están muy destruidas.</p> <p>D: Te parece? Miralas bien, una por una</p> <p>A1: Sí, la 74 está peor, no?</p> <p>D: Y la 75? Cómo la ves?</p> <p>A1: Casi llega al nervio. Si la dejamos...</p> <p>D: Y por qué vamos a dejarla? Qué podemos hacer?</p> <p>A1: tratamiento pulpar, pero me parece que no va a servir, está muy cerca del nervio. Cuando saque caries expongo seguro. Me parece mejor sacarla.</p> <p>D: Estás seguro?</p> <p>A1: Sí además es menos stress sacar las dos de una.</p> <p>D: Ya lo atendiste antes?</p> <p>A1: No, es la 1º vez.</p> <p>D: Y te parece que es conveniente?</p> <p>A1: Bueno, es cierto, todavía no tengo mucho feelling.</p> <p>D: Además, cómo podés estar seguro que el tratamiento pulpar no va a andar?</p> <p>A1: Y me parece que no.</p> <p>D: Ya hiciste tratamientos pulpares de estas características?</p> <p>A1: No. Pero por lo que estudiamos.... me parece.</p> <p>D: Me parece bien que recuerdes lo que estudiaste, pero</p>	<p>Qué será la clase? El tipo de lesión?</p>
---------	--	--

11.05 hs.	<p>también estudiaste que lo más importante es evitar las exodoncias innecesarias, no?</p> <p>A1: Sí, pero si es necesaria....</p> <p>D: Yo probaría con endo antes.</p> <p>A1: Bueno, está bien.</p> <p>D: Bueno, qué vas a hacer ahora?</p> <p>A1: Si la exodoncia o el tratamiento pulpar?El tratamiento pulpar porque para la exo tiene que verlo XXXX (la psicóloga).</p>	
11.10 hs.	<p>Además no tenemos tanto vínculo todavía. Voy a ver qué tal con la anestesia....</p> <p>D: Está bien. Empezá y me avisás cualquier cosa.</p> <p>Viene el A 2 y se le acerca</p> <p>A2: Ya hablé con la mamá. Y ya fuimos a cirugía y tiene turno para dentro de una semana. Le pidieron sangre completo.</p> <p>D: Bueno, y con la mamá qué tal?.</p> <p>A2: Bien. Entendió todo. Fuimos con ella a cirugía.</p> <p>D: Bueno, tenés otro paciente?</p> <p>A2: Voy a ver si quedó alguno afuera.</p> <p>Se acerca a otro sillón. Está el A4 con un paciente de 11 años</p> <p>D: Qué hacés?</p> <p>A4: Estoy por ponerle la anestesia a K. Tiene una caries enorme en un molar, no?</p> <p>P4: Sí</p> <p>A4: a la D. Es muy profunda, voy a remover, espero no llegar al nervio.</p> <p>D: A ver? (Mira la boca). Al A4: Sí</p> <p>A4: al P4: te voy a poner primero este spray para que no sientas el pinchazo. Lo hace. Vamos a esperar un segundito. (prepara la anestesia). Estás listo?</p>	Qué paciencia que le tiene!
11.25 hs	P4: y...	

<p>A4: Ahí vamos. (Coloca la anestesia) Ya está. Te dolió?</p> <p>P4: un poco</p> <p>A4: ya no te va a doler nada más. Ahora esperamos que te haga efecto.</p> <p>D: A ver la HC.</p> <p>A4 se la da y la D la lee.</p> <p>D: Ah, hace rato que XX (el A4) te atiende, no?</p> <p>P4: sí</p> <p>D: entonces ya sabés que lo que falta no duele, no?</p> <p>A: Sí.</p> <p>A4: vamos a ver... (coloca el explorador) Sentís algo?</p> <p>P4: Nada</p> <p>A4: entonces empezamos. Si algo te molesta, ya sabés, levantás la mano. (realiza el procedimiento) la D. lo observa</p> <p>A4: muy bien, ya casi terminamos. Ahora vamos a sacar otra Rx. Venís?</p> <p>P4: sí.</p> <p>D: antes de obturar mostrame la Rx.</p> <p>A4: bueno. Se va con P4</p> <p>Se le acerca A2:</p> <p>Doctora: no hay más pacientes en la sala de espera. Qué hago?</p> <p>D: Asistí a A1 en el tratamiento pulpar que está haciendo. Se acercan a ese sillón.</p> <p>D: Cómo va el procedimiento?</p> <p>A1: Bien, no es cierto? No dolió nada hasta ahora, no?</p> <p>P1: hace movimiento con la cabeza.</p> <p>D: Observa la boca del paciente: Mostrame la Rx antes de obturar.</p> <p>A6: se acerca a D: Por favor mire el odontograma. Es un paciente nuevo</p> <p>D Observa la boca de la paciente y va corroborando con el</p>	
--	--

<p>odontograma.</p> <p>D: Fijate la 46. Qué ves?</p> <p>A6: una penetrante....</p> <p>D: Sí, Sacaste RX?</p> <p>A6: No....</p> <p>D: Bueno hacelo y mostrame. Además hay placa. Ya trabajaste esto?</p> <p>A6: No</p> <p>D: Bueno, ocupate de eso.</p> <p>A6: Dra. Tengo la Rx. Es penetrante, hay que hacer la endodoncia.</p> <p>D: (mira la Rx) . Muy bien, se la hacés la vez que viene</p>	
---	--

Entrevista de devolución

La entrevista se llevó a cabo el día 25 de setiembre de 2004.

E: Bueno charlemos de las clases. Te parece empezar por la clase teórica?

D: Sí

E: Y qué te pareció?

D: me pareció bien... no sé... los alumnos no participaron casi.... pero eso siempre pasa.

E: Y por qué te parece que pasa?

D: Porque no están acostumbrados a participar. Vienen de 5 o 6 años de hacer de alumnos que escuchan en los teóricos y no los movés con nada. Y eso que eran pocos.

E: El contenido era nuevo para ellos?

D: No!!!! Lo vieron en Estomatología mil veces. Lo único nuevo era la especificidad etaria, son patologías que se ven en niños o en adolescentes, pero la mayoría también se puede ver en adultos.

E: Y entonces, si conocían el contenido, qué habrá pasado?

D: Te digo que es siempre lo mismo, no abren la boca en los teóricos. Se aburren....

E: Probaste pedirles que lean antes de la clase?

D: Sí pero no leen nada y es lo mismo, hay que darles todo el contenido.

E: Cómo te hubiera gustado que sea la clase?

D: Me hubiera gustado que opinen, que planteen dudas, que aporten de sus experiencias en el tratamiento de los pacientes porque a algunos les tocó ver en la clínica a alguna de las patologías.....

E.: Y no será que el teórico no lo ven como un espacio para eso?

D: Sí, claro. Pero, hay que dar teórico!

E: Por qué?

D: Porque acá es así. Se supone que el docente tiene que transmitir los contenidos.

E: Se te ocurre que se podría hacer otra cosa?

D: Y, qué se yo. Si no diera teórico.... podría darles un caso, pero seguro que no lo querrían hacer.

E: Por qué te parece eso?

D: Por esto que te digo, en el teórico hay que dar teórico.

E: Habría algún problema con la Profesora Titular si hicieras eso?

D: Y no sé.... Imaginate que hay que dar en todas las comisiones lo mismo y si en una

hacemos otra cosa, es un lío. Todos los alumnos tienen que haber visto lo mismo para ir al final.

D: Cómo percibiste a los alumnos respecto a la comprensión del tema?

D: Me pareció que entendían.... preguntas no hicieron... bueno eso no quiere decir nada, pero cómo ya habían visto el tema en Estomato (se refiere a la asignatura Estomatología).... no era tema nuevo. Tal vez por eso me pareció que algunos se aburrían.

E: En que te parece que te ayudó haber hecho la CD para preparar esta clase?

D: En la selección de los contenidos y en la organización. Antes daba todas las patologías, ahora selecciono las más prevalentes, las más frecuentes. Me propongo que los alumnos tomen conciencia de la necesidad de derivar al especialista. Nadie puede saber todo. Si encuentran algo que no pueden diagnosticar, o si tienen dudas, tienen que derivar. Antes no. Les daba todo. Era muchísimo. Había que correr porque nunca alcanzaba el tiempo para dar todas las patologías. Además ahora lo organizo diferente. Y usar el power point también ayuda. Eso lo aprendí en Recursos. (se refiere a los módulos de CD Recursos Didácticos I y II)

E: Qué aspectos de la clase te resultaron gratificantes durante la clase?

DP: No sé, nunca lo había pensado..... me pareció que la mayoría me seguían, algunos asentían.

E: Y qué aspectos te preocuparon o generaron insatisfacción durante la clase?

D: Y esto que decíamos... que no participan. Cada vez que termina una clase me pregunto que podría cambiar para hacerla más dinámica, que se comprometan más Y te aseguro que no se me ocurre. Cómo hacer para que un teórico sea más entretenido? Yo mecho con experiencias personales, viste?, pero eso no alcanza....

E: Y alguna de las cosas que viste en la CD no te podría ayudar con esto?

D: Lo que pasa es que ... sí... podríamos hacer un ABP, la verdad es que son tan pocos alumnos.... o un caso. Y si leyeran antes, un caso estaría bárbaro... pero... ya te dije, es muy difícil, es el espacio del teórico. Están esperando que des la clase.

E: Quienes están esperando?

D: Todos: los alumnos y también los otros docentes. Viste que algunos de los de la clínica vienen a ver la clase.... Qué te puedo decir!! Acá es así!

E: Acá en esta cátedra o en esta Facultad?

D: Ambos, bueno tal vez en otras cátedras pasen otras cosas, no sé....

E: Podés identificar algún momento de la clase en donde hayas sentido tensión o alguna dificultad?

D: No, la verdad que no.

E: Bueno, querés que pasemos a la clínica?

D: Sí, ahí me gusta más.

E: Por qué?:

D: Porque puedo supervisar a los alumnos cara a cara, seguirlos en sus razonamientos. Ves... ahora que lo pienso.... en esto sí me cambió la CD. Ahora los escucho, no les digo qué tienen que hacer. Tengo paciencia. Antes no. Les largaba de una mi diagnóstico o la forma correcta del tratamiento. Ahora puedo bancarme que se equivoquen sin enojarme y sin decirles "la posta". Me parece que me importa menos lucirme yo con mi sapiencia. Tal vez antes era más inseguro y tenía necesidad de demostrar que yo sabía y por eso se los decía. Ahorame importa más que aprendan, que me digan porqué hacen las cosas, que justifiquen, no que prueben porque sí.

E: Ves diferencias entre el teórico y la clínica?

D: Bueno, en la clínica son sólo 5 alumnos los que yo superviso. Claro que recorro toda la clínica y estoy para casos de emergencia, pero en general los docentes se arreglan cada uno con su grupito. En el teórico tengo que hacer otra cosa. Y son más. Me gusta más la clínica.

Me siento más libre. Además los alumnos ya están casi recibéndose y tiene que trabajar solos, hay que dejarlos hacer pero siempre mirando qué hacen, no?

E: Y cómo los ves, ya cerca del final de la carrera?

D: La mayoría va bien. Me parece que hicieron un buen proceso. Y eso que algunos el primer día decían que no les gustaba trabajar con chicos! Si los vieras ahora... Me gusta estar en una materia del final y tratar con casi colegas. Por que así los trato. Yo les pregunto para que puedan conceptualizar lo que hacen. Esta es una carrera muy técnica y (esto lo aprendí en la CD) hay que volver a la teoría para justificar las acciones que se hacen. La clínica me da la oportunidad de conocerlos realmente, ver sus defectos y ayudarlos a modificarlos. Creo que les damos una buena formación.

E: Hubo algún momento de tensión o de dificultad?

D: Dejame que piense... sí cuando XX seguía emperrado en hacer una exodoncia de dos piezas a un nene porque decía que quería ahorrarle la tensión y el stress quirúrgico de una segunda vez y a mí me parecía que había que intentar con una endodoncia en una de las piezas. El lo justificaba bien, pero, ves, es uno de esos casos en que no hay una única

respuesta y la experiencia juega a favor. Yo quería que él pensara como yo, pero ahora creo que en realidad él no cree que sea lo más conveniente. Esto es todo un tema porque además de enseñarles tenemos que cuidar al paciente. Es un tira y afloje entre la enseñanza y la asistencia.

E: Y cómo lo resolvés?

D: Y depende del caso. Hay veces en que podés dejar que prime el criterio del alumno aunque no sea el tuyo porque no ponés en riesgo al paciente. Pero a veces, el alumno está totalmente equivocado y se hace difícil que entienda otro punto de vista sin que sienta que se lo imponés porque sí. Esto es algo que yo siempre me planteo, cómo hacer para que ponga en práctica su criterio como casi profesional cuando está apunto de meter la pata.

E: Y cómo hacés?

D: Trato de llevarlo por medio de preguntas, le cuestiono lo que va diciendo y trato de llevarlo por una línea de razonamiento. A veces me resulta y a veces no.

E: Y qué pasa cuando no?

D: Y supongo que se sentirá frustrado, con bronca, que se yo!

E: y sí...: Cómo dirías que llevás a cabo la enseñanza en la clínica, qué estrategias usás?

D: la verdad es que nunca lo pensé ,....pero me parece que yo me baso en las preguntas. No sé qué nombre tiene, qué vergüenza. Hay un método que sea así? Ah! Una vez vimos con M. lo del interrogatorio en el teórico, era una estrategia para dar teórico que tenía una parte de interrogación para ver si los alumnos habían entendido.

E: Te referís al método de exposición y diálogo que tiene una parte de monitoreo de comprensión de los alumnos? Lo que leyeron en Eggen y Kauchack?

D: Sí, eso. Yo uso esa parte, la de las preguntas.

E: Siempre lo usabas o lo hiciste a partir de hacer la CD?

D: No, me parece que mucho antes no lo hacía, tal vez algunas veces. Pero en general les daba todo cocinado.

E:Entonces, eso cambió por la CD?

D: Sí. Mirá qué bueno, no?

E: Sí. Y qué aspectos te resultaron gratificantes durante la clínica?

D: Esto que hablábamos. Cuando ves que un alumno va bien encaminado y vos le preguntás porqué va a hacer tal cosa y la tiene clara. Esto pasó con XX, el chico de la radiografía.

E: Sí. Me acuerdo

D: Me hace sentir bien, que el esfuerzo vale la pena.

E: Bueno, querés agregar algo más?

D: No. Me gustó esto, lo de la entrevista, me sirvió para pensar algunas cosas. Fue bueno.

E: Me alegro que te haya servido. A mí me sirvió mucho. Te agradezco mucho.

CASO II

ENTREVISTA INICIAL: 4 de agosto de 2005

OBSERVACION DE LA CLASE TEÓRICA: 11 de agosto de 2005

OBSERVACION DE LA CLINICA: 8 de setiembre de 2005

ENTREVISTA DE DEVOLUCION: 22 de setiembre de 2005

Entrevista inicial

4 de agosto de 2005

E: Cuánto hace que estás en la cátedra?

D: Desde el 83, yo me recibí en el 82 y me quedé. Lo que pasa es que estuve 5, 6 años cuando nacieron las nenas que hice un parate y desde el 89 hasta la actualidad.

E: Qué cargo tenés?

D: Soy JTP de dedicación simple rentada y regular. Vengo los jueves de 8 a 16 hs.

E: Estuviste con P y con Testa de Madrid?

D: Sí, P asumió en el 89, yo ya venía con otros años de titular.

E: Y qué funciones cumpliste en la cátedra?

D: 1° fui concurrente durante 2 años, eso en la época de T M y después me incorporé a la clínica, tuve un grupo de alumnos prácticamente recién recibida. Me quedé a cargo porque la docente que se tenía que hacer cargo no sé qué pasó, no me acuerdo si se fue, o se enfermó, si tomó licencia, pero quedé yo a cargo de ese grupo y los teóricos no los dábamos los auxiliares, los daban los adjuntos y el titular.

E: Y qué tal esa 1° experiencia?

D: Era muy joven y muy obediente. Una vez tuvimos que limpiar la cocina, no me acuerdo por qué y yo dije “y bueno... si hay que limpiar, limpiamos”. Hacíamos de todo. Fue fuerte porque no estaba en mis planes. Yo tampoco sabía mucho qué era ser docente auxiliar, no estaba muy claro. Cuando uno entra a una cátedra, salvo el titular... había toda una jerarquía, cuando de pronto me encontré con los alumnos fue fuerte, pero estuve muy apoyada en ese momento por dos personas de la cátedra. Me dieron mucha seguridad, me acompañaron, me dieron mucha confianza, en ese momento se hacía una especie de devolución a los docentes a fin de año y te iban diciendo cómo te habías manejado, qué había pasado durante el año, qué tenías que modificar, entonces eso me contuvo y ayudó mucho.

E: Quienes eran esos docentes que te apoyaron?

D: Eran adjuntos. A mí me largaron, me tocó y además me tocó el hijo de ... así que no fue fácil. Yo creía que se tenía que quedar libre y me dijeron: “bueno, si es así, vas a tener nuestro apoyo, lo que vos digas...” Eso me quedó muy grabado. Igual no sé quedé libre, pero era muy famoso... y yo era muy joven, le llevaba 2 años.

E: Por que se te ocurrió hacer la CD?

D: En realidad era una asignatura pendiente. Siempre la quise hacer. Yo hice 1° la especialidad. Una como mujer no puede hacer todo junto. Yo estoy muy diversificada, pero después nacieron las nenas, se llevan un año, fue todo muy seguido las dos maternidades. Ahí paré y cuando me reintegré una de las cosas que había quedado era en la lista era hacer la CD. Y la hice.

E: Desde la cátedra tuvieron algún incentivo para hacerla?

D: Sí. Acá en las reuniones a principio de año la PT decía "este año los docentes tienen que hacer esto y esto, el que quiera hacer la CD y puede la va haciendo y el que no presenta monografía o tal y tal cosa. Acá uno siempre sabe, aunque no te lo digan que hay una lista de tareas para hacer y seguir haciendo permanentemente.

E: Como te definirías como docente?

D: Es una gran vocación en principio. Yo siempre digo que la Facultad es como mi segunda casa, si bien estoy y dedico tiempo... porque no son sólo las horas que estoy los jueves, uno tiene siempre una serie de tareas, en distintos horarios, otros cursos, y demás. Pero a mí la Facultad me abrió muchas puertas. Yo lo siento desde adentro. No sé si me entendés. No son puertas de éxito. Son puertas internas. Yo digo que toda la seguridad que uno puede tener, toda la experiencia, toda esta cosa de grupo de pertenencia y de contención a mí me lo dio la Facultad, me lo dio la cátedra.... eso se hace con esfuerzo, con tiempo, uno deja otras cosas en su vida para hacer esto.... yo tengo una vocación, a mí me gusta mucho estar acá en la Universidad, me gusta estar con los chicos, me gusta estar en forma permanente, en esta relación tan cercana de poder hablar no sólo de la caries, o del diagnóstico sino un poco más allá de lo que es la profesión, yo siento que lo hago con un gran compromiso, no sé si los demás opinan lo mismo, pero para mí yo lo hago con un gran compromiso.

E: Y qué te gusta más la supervisión de la clínica o las clases teóricas?

D: No sé si hay algo que me guste más. La clínica me cansa un poco, al final del día y a medida que pasan los años. Al principio uno no se da cuenta, pero una está permanentemente atenta, no se puede descuidar nada y estos son grupos chicos de alumnos, hablamos de 10 ó 12 alumnos, pero el ritmo de la cátedra es vertiginoso, eso a veces cansa un poco. Y hay que cuidar a los pacientes...

E: Qué tipo de supervisión hacés en la clínica?

D: Los alumnos trabajan, hacen preguntas y yo me acerco permanentemente y los observo. Intervengo cuando creo que tengo que intervenir, no adelante del paciente, no desde el reto no desde bajar una línea, siempre los llamo aparte, pero básicamente es

observar lo que hacen porque ellos vienen con una formación desde las otras materias, entonces se supone que la mayoría de las maniobras y procedimientos los conocen. El tema es que lo que ellos no saben hacer en principio es el abordaje con los chicos. Entonces tienen temor, no saben dar una anestesia a un chico, no saben con qué palabras explicar las cosas, entonces uno interviene mucho, por eso te digo que hay que estar casi permanentemente. No porque yo piense que van a hacer una macana grande, porque de hecho no la hacen, ellos también son muy cuidadosos, están temerosos, pero sí porque uno diciendo dos o tres cositas, como el ingrediente de una receta, les resolvés la situación, ellos se agilizan, se sueltan y hacen las cosas con mayor seguridad y con más velocidad. Porque a ellos todo les lleva mucho tiempo, y justamente con los chicos lo que hay que tratar es que los tiempos sean cortos.

E: Qué tipo de prácticas hacen los alumnos?

D: Todas. Desde una HC hasta hacer planes de tratamiento integrales. Hacen todo y en lo posible trato que lo hagan ellos. Si es la 1° impresión que toman ellos me acerco y le digo "mira el yeso se prepara de tal forma, va a saturación", le digo dos o tres cosas, pero prefiero que lo hagan ellos. Excepto que no se animen a algo. A veces se angustian y me dicen "A. no puedo" entonces lo resuelvo yo, pero prefiero que lo hagan ellos. De todos modos es progresivo. Después de mitad de año son más independientes. La 1° mitad del año es todo muy lento, les cuesta mucho arrancar, pero después ellos trabajan, a lo mejor atienden por día tres pacientes, para ellos es una barbaridad, entonces a ese ritmo tienen que agilizar las cosas, hasta las cosas administrativas. A veces no se dan cuenta, van buscar una cosa arriba, abajo, al medio, y los busco y me dicen "no, fui a buscar eso. Pero, no, vos tenés que estar trabajando acá". Todo ese tiempo que ellos pierden es un tiempo que vale mucho. O ir a pagar, o a acompañar al paciente al ascensor o al baño, todas esas cosas que está fuera de la situación odontológica a ellos les lleva mucho tiempo. Entonces yo también trato que sinteticen, que apuren que colaboren en la pareja, porque para eso trabajan de a dos, para colaborar.

D: Y los teóricos como son?

D: Los teóricos los preparó siempre. Hay teóricos que son fijos, que uno sabe que el año que viene te vuelven a tocar. Siempre leo, siempre los vuelvo a preparar, aunque ya lo tengo cocinado, ya lo sé, lo di tantas veces, pero igual.

E: Y en ese espacio, en ese tiempo del teórico se puede hacer otra cosa?

D: No. Se da teórico

E: Y los que vos das son de temas que los alumnos ya vieron o de temas nuevos?

D: De temas nuevos, Adolescencia prácticamente no vieron nunca y traumatismos tampoco lo vieron. Y después doy algo de operatoria en adolescentes que tampoco prácticamente vieron. Son temas nuevos.

E: Y cómo organizás los teóricos?

D: En realidad hago una presentación, una exposición, un desarrollo y un cierre. Eso lo planifico siempre. Pero en el medio, para que no se duerman, hago preguntas. No para ver si entendieron o no entendieron, eso no, porque a veces los alumnos no entienden o no están atentos y con tal de que pase la hora no te preguntan absolutamente nada. Pero les señalo algo, digo "bueno Uds. que ven en esta diapositiva?" Antes de decirlo yo, para que ellos se metan y puedan no te digo hacer un diagnóstico con una Rx o con una foto, pero para que puedan mirar, hacer esa apertura de "porqué les parece tal cosa?, porqué pensaron en tal otra?" Trato de hacerles preguntas para que piensen un poco.

E: Siempre hiciste preguntas? Te modificó en esto hacer la CD?

D: tal vez sí. El tema de la interrogación lo trabajamos mucho cuando vimos estrategias... Seguramente algo influyó.

E: Y con respecto a los conocimientos previos ellos los tienen?

D: Sí, ellos los tienen, pero a veces ni se dan cuenta que los tienen.

E: Por qué?

D: Es la situación de ser alumno. El alumno a pesar de todo trata de zafar, no lo digo con mala intención, pero acá está la cuenta regresiva, se reciben, es como que van tachando, la idea es que quieren recibirse y está también la situación familiar, porque uno sabe después de tantos años que hay toda una familia que está puesta detrás de esto. Hay mucha ansiedad, y ellos conviven este último año con esa situación familiar. Eso a veces los alumnos lloran, se estresan, se angustian. Y uno dice: "son grandes!" pero son alumnos. Yo creo que los conocimientos los tienen. Lo que a veces resulta increíble es decir que "vos sabés que esto es así, lo estudiaste, lo leíste, lo viste en tal materia, atendiste pacientes, lo sabés!" yo creo que si no fueran alumnos se darían cuenta que lo saben y también estamos nosotros. Porque si el alumno sabe que puede contar con el docente. A veces se confunden o no tienen muy claras las cosas, pero los conocimientos están.

E: Te acordás en tu historia de formación alguien que te haya impactado mucho y te haya marcado como docente?

D: Sí en la carrera me acuerdo de los dos extremos el docente que ha maltratado y que desde la soberbia, esto que se suben al pedestal, no sé por que, y estos docentes que han

sido más cálidos en el trato, que no han marcado tanta diferencia entre el docente y el alumno y uno podía acercarse, sin tener terror de que nos sacara corriendo.

E: Y vos a qué modelo te acercarías más?

D: Al segundo, sin duda. El docente es un referente muy importante. Va más allá. Yo siempre les digo a los alumnos: "esto lo pueden leer, ahora con Internet, imagínate. Uds. van a AOA o a la biblioteca de la Facultad y van a leer los procedimientos, les van a enseñar la lectura de la placa radiográfica una zona de anatomía, en cualquier lado les van a enseñar eso. Lo que hay que hacer es aprovechar al docente, que a veces ellos no aprovechan -pero eso es desde el lugar de alumno - yo les digo: "Uds. están en el último año de la carrera, eso tienen un valor precioso, incluso es lo último que van a aprender sin pagar, porque realmente los costos de los PG son muy costosos y si Uds. quieren hacer odontopediatría, van a pagar el año que viene, realmente desaprovechar esta oportunidad"... yo no sé si ellos se dan cuenta porque la realidad de ellos es distinta a la nuestra, porque ellos quieren recibirse y salir de acá. Yo lo digo, después qué es lo que ellos hacen no sé. El tiempo del pre grado es acá, afuera es otra cosa, el tiempo de equivocarse es acá. Por eso yo digo que la 1º impresión la tienen que hacer ellos, la 1º anestesia la tienen que dar ellos, yo digo que uno tiene que comandar la llave del abordaje. Cuando uno se da cuenta que ellos pueden con chicos de diferentes edades, de diferentes complejidades, yo los dejo solos.

E: Ellos hacen un diagnóstico y entonces?

D: Ellos hacen el diagnóstico, lo muestran y hacen un plan de tratamiento y lo muestran, el odontograma del paciente y el plan y empiezan a trabajar.

E: Y endodoncias hacen en molares?

D: Sí, hacen todas las endodoncias, no tienen formación en molares y de hecho están tres sesiones para hacerlo, pero bueno, no importa. O lo hacen acá o no lo hacen en toda la carrera. Dicen: "otro conducto! Y sí querido, otro conducto, porque si no aprovechás a hacerlo acá que estamos nosotros, que te podés tomar el tiempo que quieras, no vas a encontrar nunca ni el conducto. Hacen exodoncias, cirugías no hacen, tenemos especialista. Sí tienen el compromiso de estar con el paciente, de estar en el quirófano, es muy bueno desde el aprendizaje porque ellos ven, pueden ser ayudantes en el acto quirúrgico o son espectadores, pero ven cosas que nunca vieron: un quiste, un supernumerario, es muy bueno ese pasaje por el quirófano.

E: Y antes de la derivación pasan por vos, o van solos?

D: No van solos, porque a veces ellos ven imágenes que no son, no tienen idea de lo que son. Hacemos juntos el diagnóstico y les explicamos con la ayuda de la gente de cirugía. Ellos van con la RX "mire Dr. tal cosa", muestran, pero a veces no tienen idea. Entonces esa es una instancia de aprendizaje muy interesante porque hay mucha patología en esta cátedra, acá ven cosas que no van a ver en otros lados. Traumatismos son permanentes. Por día llegan cantidades en primarios, permanentes, abluciones, heridas cortantes, chicos golpeados, accidentes automovilísticos, de todo.

E: Y eso como lo manejan?

D: Con nosotros. Los pacientes llegan a la recepción. Hay un circuito. 1° van a la guardia, después a la recepción, ahí los recibe un docente que está a cargo de la recepción con dos alumnos que colaboran, porque la recepción es como Florida y Corrientes. Entonces ese docente viene y dice: "Mirá A. hay un traumatismo". "Qué traumatismo?" "Primario, lo que sea..." "Lo querés?" Si yo tengo capacidad para atenderlo lo tomo y si no hay capacidad en la clínica, porque a veces no tenés donde ubicarlo al traumatismo, como la urgencia se resuelve en esta cátedra, lo toma alguno de los dos docentes que hacen urgencias. Si lo tomo se lo asigno a un alumno, porque lo que quiero es que vean por ej. la intrusión de un diente primario, 1° veo quién está desocupado, o a quién le faltó el paciente o quién termina en no sé ...lo antes posible. Cuando localizo un alumno le digo: "mirá tengo un traumatismo así o asá... lo vemos juntos y bueno... ahí empieza la tarea que el alumno que ya tuvo la clase de traumatismos pueda ver lo que se le explicó en el teórico y lo que leyó en el libro, y qué harías?, y qué no harías? y por qué?

E: Y como es eso?

D: Yo los tanteo un poco porque si no reciben el paciente, lo ven y te llaman. No, él sabe lo que tienen que hacer. Necesita un referente, que alguien esté cerca, que lo vaya monitoreando... desde lo teórico lo sabe pero es la 1° vez que lo ven.

E. Pueden de la teoría pasar rápidamente a la práctica? Tienen la capacidad?

D: Más o menos. Porque supongamos si es una fractura, ellos te dicen que es una fractura, entonces vos les preguntás "Cuándo se produjo la fractura?, dónde se produjo la fractura?" y te dicen: "Ah! No sé, no le pregunté, me parece que ayer!" Y le digo: "Y tomaste la placa?" "No, todavía no". Hay que volver para atrás permanentemente.

E: Y esto puede tener que ver con el impacto que les puede generar el traumatismo? En otras prácticas lo hacen?

D: No, no creo que tenga que ver con eso porque esto lo observo en otras maniobras, no sólo en los traumatismos. En endodoncia porque ellos dicen que no hicieron endodoncias, en dientes primarios porque nunca vieron dientes primarios, dentición mixta porque no la conocen, entonces confunden los 1° molares permanentes con los segundos molares de leche, qué se yo. No erosiona un incisivo lateral y vienen "Ay Dra.!" "Le hiciste una Rx lateral?" "No porque tiene 8 años y ya lo tienen que tener" No, esto no es dos más dos cuatro, vos hacé la Rx, descartá que el diente está, fijate que cantidad de hueso hay, tranquilizá a la mamá..." "Pero yo no sabía que se caía hoy y le puede salir dentro de 6 meses". Ellos siempre tienen esta cosa de "yo no sabía esto". Creo que es una actitud, está ligado a la posición de ser alumno o al rol de ser alumno, me parece que pasa por ahí. Ellos tienen farmacología y vos les decís "hacé una receta", acá seda fármaco en niños, no saben hacer una receta pero en algún momento aprendieron eso. Esto es la 1° mitad del año, después se van... el 2° traumatismo ya tienen que hacer el diagnóstico. Por ahí hay cosas que es cierto que no pueden ver. Una fractura radicular, con una sola que vean no pueden... Hay cosas que no tienen por que saberlo, pero hay cosas que sí. La idea es que aprendan.

La expectativa es que actúen más como profesionales, con una actitud... pero es difícil porque no dejan nunca de ser alumnos. En principio cuando ellos llegan a la cátedra creen que todos estos años les dieron la formación, pero tal vez no tienen la seguridad suficiente o porque acá se encuentran con chicos, y muchos te dicen: "a mí no me gustan los chicos, yo nunca voy a atender chicos". Pero después ves que hasta el más duro, se van haciendo amigos de los chicos, me parece que es una cosa defensiva. Además acá hay que integrar todo lo que vieron. Es una cátedra integral, no les resulta fácil integrar. Todo lo tienen muy aislado, está muy prendido en algún lugar, se les hace muy complicado.

E: Qué te impactó o te gustó de hacer la CD?

D: En principio me gustó volver a ser alumna. Tanto tiempo y tantos años esta uno del otro lado, a mí me gusta ser alumna, me gusta estudiar. Menos recursos, que no me sirvió, no me pareció útil. Un poco de evaluación, un poco de técnicas de enseñanza. Tantas cosas que venía haciendo hace tantos años mecanizadamente... meterme a ver que era el currículo en la universidad, en la facultad. Vi el plan de estudios.

E: Y hay algo que vos percibas que haya cambiado por hacer la CD en tu forma de ser docente?

D: Yo creo que sí, uno siempre cambia, estoy segura que el saber no ocupa lugar,

siempre algo va a prender.... no fue fácil porque el lenguaje me resultaba complicado, pero entiendo que es así. Decíamos otra vez esta palabra, esta frase.... cambié sobre todo los teóricos de de seleccionar y ordenar los contenidos, de planificar una clase, de hacer un cierre, , el tema de pensar antes qué conocimientos previos tienen... y varias cosas de evaluación, porque acá hacemos evaluaciones escritas y como las hacemos nosotros, por supuesto que estaban supervisadas por los adjuntos y por la Prof. Titular, pero afirmó una serie de cosas que veníamos haciendo, cuando uno dice con los libros abajo, con el saber como soporte.

E: Antes no planificabas, cómo seleccionabas los contenidos?

D: No planificaba como te enseñan en la CD. Sólo me hacía un listado de los temas que iba a dar. Además estaban las diapositivas que te ordenan la clase. Ahora sí, me fijo mejor el orden la secuencia de los temas.

E: Había algo previo a la CD en que te sintieras menos segura como docente, algo que hubieras querido cambiar?

D: La verdad desde lo personal, la verdad que no. Pero bueno, no lo digo por pedantería, yo los teóricos siempre tuve alguna persona que me dijo que bien esto! Viste que hay gente que tiene más facilidad para hacer las cosas? O se anima más? Yo me siento bien dando un teórico, no es un sufrimiento, si bien siempre hay un estrés, no es que voy fresca como una lechuga, pero muchas veces tuve la satisfacción que alguien te diga, no desde el compromiso, siempre me gustó dar clases teóricas, pero esto de poder encuadrar, de dar ciertas pautas dentro del teórico lo aprendí en la CD.

E: Y en la clínica?

D: Es una situación particular, porque estás en tantas cosas a la vez, en tantos detalles, el paciente, la Rx, hay un momento que tenés la cabeza así. Les digo que paren porque me olvido de algunas cosas, de qué paciente se trata, qué pasó la vez anterior, si lloró.... la clínica es vertiginosa, de todas maneras trato de ser muy ordenada, que el alumno cumpla con la bioseguridad, se cuida mucho al paciente. Esta línea de trabajo ya lo veníamos haciendo, porque es la de la cátedra.

E: Y el estilo de supervisión del alumno donde lo aprendiste?

D: Cuando fui alumna no tengo un buen recuerdo de mi coordinadora, sí del adjunto y de la coordinadora general del turno. Lo aprendí cuando ya era ayudante, no cuando era alumna. Por eso es tan importante con este grupo de pares, uno se siente identificado, te pasan las mismas cosas.

E: Qué es lo que más te gratifica de ser docente?

D: Algunos comentarios de los alumnos y algunas cosas que uno ve, que van transcurriendo durante el año, donde uno ve que pueden, que se van independizando, hacen cosas que al principio no podían. A veces te lo dicen ellos. El año pasado tuvimos al abanderado, que no era de mi grupo sino del de al lado, del de G. Y era un chico bastante arrogante al principio. Cuando vio como era esto un poquito cambió de actitud. Y lo dejamos y lo fuimos observando y fue cambiando. A veces vienen subido al caballo. El año pasado era la comisión VIP, creían que venían con una formación.... y se tuvieron que bajar, pero yo los dejo que se bajen solitos... es como con los hijos... uno da el ejemplo... tienen actitudes.... entonces llegó el momento de la presentación clínica. El no estaba de acuerdo con lo que se había decidido y lo dijo hasta último momento, e hizo una presentación clínica maravillosa, bueno, era el abanderado, no se podía esperar menos. Y dijo como conclusión que lo que más le costó de todo era que la nena se cepillara los dientes, era una adolescente y él no podía darle el alta para hacer la presentación porque no se cepillaba los dientes. Y él estaba cansado de hablar con la mamá, hasta que aprendió, escuchando el teórico de adolescentes que en realidad no tenía que hablar con la mamá, si no que tenía que hablar con la nena. Había perdido dos meses sin poder tener el alta y sin poder terminar, lo cual angustia un montón, porque si la chica vienen con placa, no puede sacar la foto solamente por no haber sabido cómo relacionarse con una paciente adolescente y eso lo aprendió en el teórico de adolescencia. No es porque yo haya dado el teórico, yo me identifiqué como cátedra. Me corrió un escalofrío porque él pudo decir, no importa lo que aprendió, lo pudo decir delante de 60 personas. Estaba P, la Prof. Titular, los adjuntos.... o sea que él aprendió a ser humilde, algo aprendió en esta cátedra... porque él empezó y no apostaba una moneda por esta cátedra... y cómo cambió, pero no atizándolo ni amenazándolo, porque no es el estilo, sin embargo él hizo un vuelco. Yo lo que me llevo es lo que él creció. Hay muchos ejemplos así

E: Y qué es lo que menos te gusta de ser docente?

D: Levantarme temprano, a las 6 de la mañana. Me molesta esa corrida, pero el resto no.

E: Hay algún aspecto que te preocupe en tu rol como docente?

D: Me gustaría hacer investigación. Eso no he podido... hay muchas cosas que hacer en la cátedra las cosas hay que hacerlas bien, si no, no sirve, el compromiso es muy importante y la investigación lleva tiempo.

E: Hay algo más que me quieras contar?

D: No.... te dije todo....

Observación de la clase teórica

11 de agosto de 2005

8 hs.	<p>Observación de clase teórica</p> <p>11 de agosto de 2005</p> <p>D: Buenos días. Hoy vamos a ver el tema de la adolescencia. Hasta ahora Uds. estuvieron viendo la evolución y el desarrollo del niño y hemos dedicado un espacio a la adolescencia. Nosotros como cátedra desde hace aproximadamente... desde el año 99 abrió sus puertas y extendió la edad de la atención. Muchos de Uds. ya trabajaron con adolescentes en la clínica, no es cierto?</p> <p>A: no contestan</p> <p>D: No sé si les resultó fácil, difícil, que pueden aportar en relación al vínculo con los jóvenes?</p> <p>A1: Son fáciles</p> <p>D: Son fáciles? Todos opinan lo mismo?</p> <p>A: No</p> <p>D: No son fáciles</p> <p>A: depende del chico</p> <p>D: Yo les cuento que nosotros, la cátedra en realidad, alrededor de los 13, 14 años, 15 por poner una edad de cierre, atendía hasta hace unos años atrás. Nos vimos con el compromiso los odontopediatras, cuando uno vienen siguiendo a los chicos desde tan pequeños, tan comprometidos con lo que es la prevención y la motivación, nos pareció que estábamos dejando de lado a una franja importante de la población que eran los jóvenes. Tal es así que de la mano de los un grupo de gente que ha tenido más experiencia que son los médicos del Hospital Gutiérrez lanzamos un primer congreso de adolescencia, un congreso interdisciplinario, con mucho criterio y con mucho compromiso para lo cual primero aprendimos, porque mucho no sabíamos de esto y hoy por hoy estamos prácticamente atendiendo hasta los 17, 18 años. Uds. saben que la capacidad de</p>
-------	---

esto tiene un límite también por que Uds. están saturados de pacientes. En realidad nos dimos cuenta que esta franja de la población que es nada menos que entre el 20 y el 25% de la población de Latinoamérica, que vamos a llamar adolescencia no tenía inserción en el campo ni de la medicina ni de la odontología. Tal es así que en el hospital hasta hace algunos años atrás los jóvenes que iban a las consultas de clínica médica terminaban derivados por psicopatología por que pensaban que tenían psicopatologías o esquizofrenias, hasta que se dieron cuenta que no era así, que los jóvenes son jóvenes, que están intentando crecer y eso cuesta mucho en este país. De hecho a Uds. les está costando mucho terminar este ciclo, y les vas a costar insertarse en el mundo laboral del adulto. Por eso la Organización Mundial de la Salud prolongó la edad de terminación de la juventud y adelantó el inicio. Cuándo les parece a Uds. que el niño que Uds. vienen atendiendo, con el cual establecieron un vínculo, se llevan bien, confía en Uds... cuando ese chico o esa nena se da cuenta que no es tan nena o que no es tan nene? qué le pasa a esa nena o a ese nene? Cuando puede percibir..., qué le cambia?

A: el cuerpo...

D: El cuerpo. Es decir, lo primero que siente el niño es cuando se mira al espejo que el cuerpo no es igual que el que tenía hasta ese momento. Esa famosa pérdida del esquema corporal es el primer llamado de atención, cuando los chicos se miran en el espejo y ven que las orejas son horribles, que se llenaron de granos, que tienen la nariz grande, que se sienten feos, no se sienten ellos, es cuando ha comenzado la adolescencia. Esto es muy abrupto, por eso nosotros tenemos la obligación ética y moral de reconocer las características biológicas, no sólo las biológicas sino todo lo que tiene que ver con el poder sociabilizarse con las características emocionales y psicológicas de esos pacientes para poder abordarlos. La idea es que ustedes puedan o tengan las herramientas para poder trabajar con los jóvenes, no desde el punto de vista odontológico exclusivo sino que ustedes puedan estar muy bien preparados, muy bien formados porque de hecho los jóvenes no tienen ninguna patología que ustedes no conozcan, los jóvenes no se enferman como cree la gente, los jóvenes no se suicidan como cree todo el mundo, los jóvenes son una población básicamente sana, si? El que se enferma mucho es el bebé y es el chiquito en el primer año de vida, que ya lo

vimos, si? Los jóvenes son un grupo de la población que nosotros consideramos que es de riesgo social alto. Esto tiene que ver con las conductas marginales y con las conductas al límite de estos chicos, con la sensación de omnipotencia, no se dan cuenta pero son tan vulnerables como cualquiera de nosotros, pero bueno, y en ese momento de la vida yo digo siempre, primero a lo mejor está Dios, después ellos y después el resto del mundo, porque ellos creen que nunca les va a pasar nada. Y de hecho, lamentablemente la primer causa (esto es estadísticamente mundial, esto no lo decimos nosotros) de mortalidad en la juventud son los accidentes; lamentablemente a esta edad se suben a las motos y a los autos y conducen a una velocidad excesiva, y bueno, creen que nada les puede ocurrir, por eso hay una serie de conductas, que son conductas de alto riesgo, y que a veces lamentablemente terminan con la muerte.

[Se proyecta una transparencia con una definición de adolescencia]

Dice la OMS que es una etapa en la vida en la que el individuo transita los patrones de la niñez a la adultez, ¿qué quiere decir esto? ¿qué es lo que ocurre fundamentalmente en esta etapa? Acá en esta definición hay tres conceptos básicos. Uno es el que les acabo de decir, ¿qué quiere decir “transitar una etapa de la vida de la niñez a la adultez”?...

A: es una etapa intermedia...

D: Es una etapa intermedia si vos te referís a que no son ni niños ni adultos, no son ni chiquitos ni adultos, son adolescentes. Tienen nombre y apellido estos chicos, son adolescentes. Es una etapa de gran crecimiento, y de crecimiento físico, biológico, de gran desarrollo. ¿En qué otro momento de la vida se crece mucho? En la vida inuterina y en el primer año de vida, ese es un momento de gran crecimiento y desarrollo, salvo que el bebé no lo percibe. Acá sí el joven se da cuenta que está creciendo. Esto es lo que yo les decía que tiene que ver con la pérdida del esquema corporal. Es una etapa en donde se adquiere la madurez reproductiva y donde se obtiene la independencia económica. O sea que esto último es lo que ustedes están tratando de hacer en este momento de su vida.

En el momento en que ustedes puedan, los jóvenes puedan, despegar de los hogares de papá y mamá; yo digo que cada vez se van más tarde porque

obviamente nuestros hijos, y a ustedes a lo mejor les ocurre lo mismo, están abastecidos; mis hijas están abastecidas en casa. Y bueno, mientras estén abastecidos, mientras la sociedad y el mundo sea tan hostil con ustedes cada vez cuesta más irse del hogar de papá y mamá, o no? Hoy por hoy ustedes están en esta casa de estudios, tienen objetivos de recibirse, ok? A partir de ahí comenzará una nueva etapa. ¿Todos viven en la casa con la familia o ya han podido...? Vos vivís sola. Sos de acá o sos del interior? Sos de acá. No es fácil vivir solo en el aquí y ahora en Argentina. Sí es fácil, si quieren estudiar, si mamá y papá alquilan un departamento y pasa una mensualidad, después el resto, autoabastecerse es muy difícil. Por eso, la adolescencia va hasta la segunda década de la vida, entre los 10 y los 20 años aproximadamente; por eso es una etapa tan larga y por eso es tan difícil crecer. Y es tan larga que está subdividida en tres etapas:

La primera, que es la adolescencia temprana, [se muestra una transparencia] que es esa nena que yo les comentaba que ustedes de pronto desconocen, o con la que ustedes se comunicaban perfectamente bien y de golpe se vuelve monosilábica –sí, no-, no los escucha. No tiene nada contra ustedes, no está boicoteando nuestro tratamiento, está creciendo. Son un tanto fastidiosos, no les gusta esperar porque se sienten que están muy ocupados; todos sabemos que no están ocupados, en realidad los ocupados somos nosotros no ellos. Pero bueno, ellos juegan mucho con el tema de sus horarios, como si tuviesen muchos compromisos, muchas actividades, en realidad tienen una gran actividad a la tarde que es dormir la siesta por ejemplo. Porque todos en ese momento de la vida amaban dormir la siesta, o no? Qué? Ahora también... (risas), no, ahora se duermen a las 8 de la mañana, acá, no?

La adolescencia media es hasta los 18 años aproximadamente. Podríamos decir que acá hay una especie de meseta; ya no hay tantos altibajos, ya no hay tantas idas y contramarchas. Este es un paciente que puede sociabilizarse, puede relacionarse un poco mejor con el mundo externo; ha perdido por ahí el pudor de la etapa anterior. A lo mejor es más fácil comunicarse con ellos que con un chico de 12, 13, 14 años. Y por último, la adolescencia tardía, fijense que estamos hablando de los 22, 23, 24 años. Si ustedes alguna vez han tenido posibilidades de ver publicaciones mundiales muchas veces salen artículos

interesantes con respecto a la adolescencia. En realidad todo lo que sale está relacionado con los riesgos de la adolescencia y con las conductas de riesgo. Hoy por hoy hablamos no solamente de adicciones sino también de enfermedades que tiene que ver con alteraciones de la alimentación, que cuáles son? Bulimia y anorexia. No sé si han tenido posibilidades de tratar, de estar frente a un paciente bulímico y anoréxico. Hay muchos más... ¿vieron alguna vez algún bulímico o anoréxico? No... ¿sí, vieron? Bueno, son alteraciones gravísimas, lamentablemente hay una negación por parte de la familia, con todo lo que tiene que ver -yo digo antiguamente se escondía la lepra, los enfermos de lepra iban al leproso, no los veía nadie y demás- bueno, hoy por hoy los papás niegan la bulimia y la anorexia y muchas veces nos la niegan a nosotros; nosotros hemos tenido comunicación con pacientes bulímicas que nunca supimos, nos enteramos tarde. Después de tratar de resolver, por ejemplo, infecciones reiteradas, pacientes que no responden a la medicación, donde uno ve que hay un deterioro físico. No sé en el caso tuyo Romina, si vos... Florencia vos...

A: Sí (...) hablar, hablar y hablar y no paraba.

D: Y no paraba ¿Y de qué edad?

A: 16 años

D: Bueno, acá es donde empiezan los trastornos de la alimentación. Detrás de esto hay una serie de hospitales que están funcionando con equipos interdisciplinarios; les comento esto porque uno muchas veces tiene que pedir ayuda y no sabe a dónde recurrir. Por ejemplo acá en el clínicas hay un equipo interdisciplinario que está trabajando con agentes de salud, psicólogos, médicos, nutricionistas... un conjunto de gente que está tratando de resolver estos temas, es muy difícil porque hay un problema familiar muy grave y como hay una negación y estos chicos lo único que quieren es estar sin comer, se complica. Si esto lo trasladamos al consultorio, para nosotros también es grave porque a veces nos enteramos tarde. Como yo antes les decía, a veces aparece un germen, qué está pasando? Ah! No ...lo que pasa es que.... tarde. Porque hay cosas que uno no hubiera hecho... extracciones que hubiera esperado, y siempre esta actitud expectante ante el riesgo de vida del paciente. Estas son algunas de las características que ocurren en la adolescencia

9.30
hs.

temprana. Este crecimiento es un crecimiento sin anestesia, no avisa, nadie le dice al chico a o a la nena: mirá te va a ocurrir tal cosa, es natural, solamente acá hay que ser cauteloso en los comentarios que uno hace, hay que ser muy respetuoso de lo que le ocurre al joven en este momento de la vida porque ellos pueden sentirse ofendido, maltratados, invadidos. En el estirón, uno de los principales cambio físicos es la aparición de la menarca. Uds. saben más o menos a qué edad en este país aparece la menarca? Hay una edad promedio?

A: 11, 12

D: exactamente, entre los 11 y 12 años es la edad promedio. Por supuesto que hay un grupo grande de nenas que tienen en edad temprana su 1° menstruación, con lo que esto significa, chicos, esto no es fácil de digerir, a veces sorprende a las mismas nenas y a la familia y esto también trae un cambio que se traduce en la conducta. Todo lo que Uds. sientan o perciban que la chica o el chico hace es por algo, pero les vuelvo a repetir, no es en contra de Uds. No es que falten a las citas o que no les contesten, o que les contesten mal o vengan malhumorados por que tengan algo con Uds. es por que les están pasando cosas. Desde el punto de vista social se manejan en grupos de pares.

Qué son grupos de pares?

A: de amigos

D: grupos de amigos, se comparten determinadas cosas con las que ellos se sienten identificados. Son una isla que los contienen un poco y que son paso intermedio entre la familia, de la que ellos van a tener que despegar, y ellos saben que van a tener que despegarse, pero todavía no pueden insertarse en el mundo del adulto. Y las conductas también las tienen unificadas de una manera: escuchan determinado tipo de música y hoy en día la computadora, el lenguaje común es el del messenger, no sé si Uds. coinciden, pero el lenguaje de hoy es así, por eso hablan tan mal y escriben tan mal. Se mueren por estar todo el día chateando. Tal es así que en Japón ya apareció una enfermedad que consiste en que se creó una especie de búnker, los chicos están encerrados en su habitación, no es cierto? Y hacen todo con máquinas: delivery de comida, se sociabilizan por computadora, los chicos no salen. Eso por supuesto... todo llega, nosotros copiamos todo, y el último punto, que tiene que ver con la higiene, si nosotros lo trasladamos al consultorio, qué es lo que les pasa a Uds.

con los jóvenes?

A: no se cepillan los dientes

D: no se cepillan los dientes. Porqué?

A: no lo hacen

A: no tienen ganas

D: básicamente por que no les interesa, tienen un desinterés tan grande que todo el esfuerzo que hizo uno en la época pre escolar o en la escolar, es como si nunca lo hubiésemos realizado. A mí misma me dicen: "Nunca me enseñaste a cepillarme los dientes, no sé como hacerlo". Obviamente yo no me enojo. Uno lo que no tiene que hacer es bajar una línea porque el joven no viene al consultorio para que uno se ponga en padre y lo rete. Uno es el odontólogo. Tienen que tener clarísimo esto. Y ellos necesitan que los atienda un odontólogo, cuando van al odontólogo. Y cuanto más adulto es mejor puede relacionarse con los niños y con los jóvenes. Se entiende esto? Yo una vez escuché a una psicóloga decir que hay que ser muy adulto para tratar a los niños. Si yo me tiro al piso para hacer un dibujo o a jugar con plastilina o con autos, tengo que jugar desde otro lugar. Si yo me siento joven y voy a bailar con mis hijas sería una vieja ridícula. Por que ya bailé cuando tenía que bailar, ahora les toca a mis hijas y uno tiene que acompañarlos desde el lugar de adultos. Si uds. bajan y se ponen en adolescentes, el adolescente se va a dar cuenta y cuando se da cuenta de eso, se terminó la relación paciente profesional. Esto es muy obvio pero uds. lo van a comprobar tal vez no hoy, que están en la instancia del pregrado y que por ahí hay cosas que no les interesan mucho, pero sí el día de mañana. Porque alguna vez van a atender a un niño o a un adolescente. Y hay otra cosa importante: si uds. no están preparados, o sienten que no es lo de Uds. hay que dar un paso al costado. Porque hay infinidad de especialidades en la odontología que no tienen que ver con los chicos y con los jóvenes. A ellos hay que acompañarlos y cuidarlos. En realidad uno a veces siente por sus propios colegas que hay mucho temor de tratar a los niños o jóvenes. A uds. les habrá pasado unos meses atrás y hoy por hoy tienen otras herramientas, por lo menos es nuestra intención. O no? Aunque no les guste. Esto no quiere decir que todos sean odontopediatras pero sí que tengan el manejo para el abordaje. Si? En la adolescencia media

básicamente aparecen deseo de confrontación de los sexual, en algunos casos sí y en otros, no y tienen la posibilidad de relacionarse con los adultos desde una óptica más madura, pueden decidir algunas cosas, pueden ir solos al consultorio aunque a veces para la 1º consulta son traídos por el papá o la mamá, después ellos tratan de manejarse de manera más independiente. Después pueden tener ideales propios, esto es muy importante y llegamos por último a la última etapa que es la consolidación del ser adolescente, que tiene que ver con poder desvincularse de todo lo anterior y de poder insertarse en el mundo adulto. Alguna pregunta hasta acá? No? Arminda Aberasturi en el año 60 llamó a esta etapa de la vida, uds. van a encontrar en la bibliografía varias denominaciones... ella lo llamó síndrome normal de la adolescencia. Qué habrá querido decir con esto? Que les conté hace un rato de los hospitales?

A: la locura....

D: exactamente. Todo lo que parecí un conjunto de síntomas... fueron aceptados, aprendimos que las conductas eran normales. Por supuesto que hay alguna llamativas o alarmantes. Una vez un joven se atendió en el consultorio de la Dra. S. con una iguana en el pecho. Ella no se dio cuenta. A mí me daría mucha impresión, yo trataría que entienda que no es el lugar apropiado para tenerla. No lo voy a retar ni echar del consultorio, pero... no irían con un perro a un quirófano, con algún argumento tratar... porque pueden ocurrir estas cosas; lo de la iguana me parece una actitud un poco exagerada, peor él llevó su mascota... todos estos cambios, estas crisis estos altibajos, conducen finalmente a que los jóvenes puedan finalmente encontrar su identidad. Y vamos a ver desde el punto de vista odontológico cuáles son los motivos de consulta más frecuentes, porqué vienen los chicos a la clínica? Uds. preguntan motivo de la consulta, no?

A: traumatismos.

A: dolor

D: los traumatismos en general tienen que ver con accidentes en deportes o automovilísticos, de motos, a veces son muy severos, no es el caso del nene que se cayó de la hamaca, pueden ser muy severos. Otro de los motivo de consulta son los relacionados con la erupción de los terceros molares, o sea las pericoronaritis. Qué hacemos con ellas?

A: No contestan

D: Cómo las tratamos?

A: se levanta el capuchón y se hacen lavajes con agua oxigenada.

D: ... Y tratamos el dolor. Otro grupo de consulta tiene que ver con la falta de higiene, como no se cepillan les sangran las encías. Esto produce terror, la sangre y el dolor están exacerbados, esta es otra característica que me gustaría que Uds. recuerden en algún momento porque van a tener que retomar lo que Uds. hicieron unos años atrás. Aunque uds. mismos se sientan fastidiados. Van a tener que retomar la motivación, lo que tenga que ver con el dolor, tanto dar una anestesia, o el ruido de la turbina... no porque esto nunca me lo hicieron, no porque nunca recibí anestesia. Mentira, se creen que uno no se da cuenta si recibieron o no anestesia, pero ellos dicen que no. Les da mucho miedo el sangrado, con mucha paciencia volvemos a trabajar sobre el cepillado. Y acá agregamos en el plan de tratamiento el control mecánico de placa y el control químico. Qué es? Cuando se hace y por qué?

A: el mecánico es enseñar técnica de cepillado y el químico colutorios de clorhexidina

D. en qué caso se usan clorhexidina o para que usan control químico?

A: cuando hay gran carga microbiana

P: o sea que sería un coadyuvante. En todos los pacientes? Esto se sistematiza? cuando? en qué riesgo?

A: no contestan

D: En alto riesgo. El control químico lo hacemos en adolescentes con clorhexidine, cómo lo indicamos?

A: 0,12%

D: 0,12% cuanto tiempo?

A: una semana

D: cuántos días?

A: 15 días

D: a lo sumo 15 días entre 7 y 15 días porque uds. saben que pigmenta y tiene una serie de contraindicaciones. Otro grupo de motivo de consulta es la estética. Hoy por hoy todos tenemos que ser hermosos y los chicos y las chicas consultan por estética. Hoy es muy amplia, desde agenesia, dientes conoideos,

dientes en mal posición, blanqueamientos, dientes tratados endodóticamente que se han oscurecido, manchas, pigmentaciones, por medicación por flúor. Las consultas por estética son altamente exigentes uno siente que el paciente está exigido y de resolución inmediata por deseo del paciente. Muchas veces uno tiene que esperar poner la boca en condiciones, bajar el nivel de placa, tengan cuidado con lo que deciden de las agencias sobre todo de 12 y 22 porque sin uno intenta resolverlas y dar respuesta inmediata, hay que tomarse el tiempo y decidir elaborar un plan de tratamiento para después dar respuesta, porque uds. deciden juntar y cerrar el espacio o mantener el espacio. O dejo los primarios hasta que desaparezcan, uno nunca sabe la edad, en el caso de agenesia de laterales y si no están los primarios y tengo el espacio, también tengo que decidir qué hacer. Por ejemplo? Un paciente de 15 años que tiene agenesia de 12 y no tiene ni 52 ni 62?

A: implantes

D: puedo hacer dos cosas: mantener los espacios para luego colocar implantes y eso significa mantener años. No es inmediato. Tengo que poner las cartas sobre la mesa y aclarar bien las cosas. Si el chico tiene 3, 14 ó 15 años y quiere ya mismo los dientes, porque está cansado de no tener los dientes, es una cosa que no se puede resolver hoy, se entiende? Si yo decido mantener el espacio... hasta cuando?

A: hasta los 18

D: porqué dijiste los 18?

A: por crecimiento

D: Por crecimiento y desarrollo. Recién cuando mi paciente culmine su desarrollo yo le puede decir que se haga implantes. Mientras tanto mantuve el espacio, con qué?

A: no se entiende

D: lo que uds. decían, mantenedores de espacio, fijos o removibles. Lamentablemente no son lindos y uno tiene que trabajar en eso "mirá esto es lo mejor que te puedo hacer". No hagan otra cosa, un puente ni nada, hay que mancarse esto. Bueno, segunda posibilidad, si el espacio se cerró, si va a ortodoncia, esto se evalúa, qué opciones, se consultan con el ortodoncista, hay que consultar porque si él decide por equis motivo cerrar, es una clase 2 ó 3,

todo eso hay que pensarlo muy bien antes de hacerlo. Por eso les decía que el paciente presiona. Sobre todo a uds. les va a pasar, uno ya está un paso adelante, estamos más desacelerados respecto a las demandas del paciente, pero a uds. les va a surgir esto de la urgencia de la solución. Tómense su tiempo para decidir porque estos tratamientos son a largo plazo. En los adolescentes, hasta que crezca. Una vez que creció, uds. tratan lo que saben hacer en adultos. Entonces... decíamos que el adolescente es un paciente de alto riesgo social por sus conductas y por la falta de motivación, por la sensación de omnipotencia. Nuestra tarea, por que les parece que uno insiste tanto con esto de que conozcan que esta pasando en esta etapa de la vida? Esto tiene que ver con la responsabilidad, con la ética profesional y algo muy importante que es el secreto profesional. Una vez estuvimos escuchando a una serie de colegas y médicos y salió este tema y coincidimos que uno no debe ser... salir corriendo... porque estos chicos en algún momento vienen solos, se manejan con mucha libertad y confían y se van a entregar como los chicos. Una vez que uds. los motivaron y conquistaron, van a tener una excelente relación. Esto no tiene que ver con que uno sea el amigo, ni confidente. Si uds. saben que hay conductas de riesgo de vida, a veces hay embarazo, en la argentina aumenta año a año el número de embarazos en las adolescentes, estamos hablando de chicas de 13 o 14. a lo mejor no lo vemos en Sta. Fe y Callao pero si hacemos unas cuadras alrededor, esto es terrible, el embarazo en la adolescencia, el embarazo escondido, porque por supuesto los últimos que se enteran son los adultos, y muchos de los chicos que nacen prematuros y desnutridos tienen que ver con mamás adolescentes, porque no tuvo los cuidados que tienen que tener un embarazo. Yo les decía que uno no tiene que ser cómplice de estas situaciones, lo mismo respecto a las adicciones, al alcohol, a la bulimia a la anorexia, al HIV. Uno no puede ser cómplice, hay que poner el límite y a veces si fuera necesario, agarrar el TE, citar a mamá y a papá y blanquear algunas situaciones. Por supuesto que uds. no lo van a hacer permanentemente, no porque Martín no vino a la consulta o porque llegó 2 hs. tarde porque Martín no viene nunca más. Pero sí estamos hablando de situaciones de altísimo riesgo. Y por último me gustaría que se lleven esto que dice acá:

[Se muestra una transparencia]

D: quién lo lee? Alguno está despierto?

A: conductas del profesional frente al adolescente: no adoptar conductas adolescentes, conocer códigos, sus formas de expresión, las conductas en relación a su mundo, respetar su privacidad y ante conductas de riesgo, informar a los padres.

D: Bueno, que quiere decir respetar la privacidad?

A: hablan al mismo tiempo, no se entiende

D: Claro, hay un tiempo que uno comparte con ellos en el consultorio. Así como a veces son monosilábicos, no contestan o están conectados al walkman que a veces es tan chiquito y uno no se da cuenta, porque digo, así como cuando están en casa les molesta que los padres hablen y les den indicaciones de que sí y que no, les molesta que el odontólogo hable, pero hay cosas que uno tiene que hablar y en este espacio odontológico y en esta relación que ya no es como era con el chico, el paciente, el profesional y la familia, ya no es un triángulo, él o ella necesitan ser protagonistas de la situación. Y este protagonismo se lo tienen que dar uds. así como con un preescolar hacemos la enseñanza con papá y mamá y le damos las indicaciones al adulto, con el joven hay que darle el espacio a ellos, espacio que irán ganando a medida que transcurra el tiempo. Una cosa es la 1° consulta, donde sí incorporamos al adulto que lo acompaña, porque a veces vienen en contra de su voluntad y ellos lo dicen: "no quiero estar acá, me trajo esta mujer..., me obligó a venir y acá estoy". A partir de esta situación que a veces se hace embarazosa, donde la mamá protesta: "enseñale a lavarse los dientes, que a mí no me hace caso, decile esto". No, la que enseña soy yo, pero en casa es mamá. Hay que separar, es muy difícil separar y ponerse en el rol que corresponde. Hay que tener un poco de experiencia, o para que la mamá se ubique que es un consultorio y Martín lo mismo. Entonces a partir de la 1° consulta la idea es que Uds. puedan relacionarse con Martín y establezcan un vínculo con él. Si todo transcurre y uds. pueden manejar la situación se va a establecer una relación, porque uds. son jóvenes, entonces puede haber comentarios, de qué hicieron la noche anterior. Uds. son los odontólogos adultos, no sus amigos. Toda esa privacidad hay que respetarlo. Lo mismo que el personal auxiliar. El día que tengan una asistente o dos asistentes... las chicas tienen esa cosa de acercarse a los chicos.

no les gusta. El asistente que cumpla el rol de asistente. "porqué te dejaste crecer el pelo, mirá lo largo que lo tenés!" la asistente no está para hacer esos comentarios. Esos límites los tienen que poner uds. fíjense que tienen bastante para trabajar, cierto? Bueno, yo les decía que hay una exacerbación de dolor, no hay que minimizar las cosas, uno cree que ellos saben todo pero en realidad hay que explicarles, hay que tener mucha paciencia y tolerancia pero hay que exigir algunas cosas. A uds. les habrá pasado acá en la clínica, uds. esperan algo de los pacientes, o no? Que vengán para que puedan darles el alta. Hoy que no falten por so, mañana porque de eso van a vivir. O no? Uds. necesitan que cumplan una serie de requisitos. Para que el paciente cumpla uno tiene que marcar... por ejemplo, dice la bibliografía que uno tendría que tratar de no mezclar en la recepción a los chiquititos con los jóvenes, separarlo. Es posible muchas veces, otras veces no, porque uno se va atrasando y esto crea que la recepción, por Ej., la mía que es solo de chicos pululen los chiquititos, los bebés, las madres embarazadas y llega el de 15 años con la cara ... por que no tiene ganas de mancarse al chiquito, la panza. Entonces uno si puede, separar las cosas, respetar estos gustos y códigos de los jóvenes. El 23 y 24 de setiembre se hace acá el 2° congreso de adolescentes. Me gustaría que uds. estén y esto es un pedido, que puedan presentar algún trabajo. Han quedado mudos. Digo, la comisión C de la cátedra de odontología integral niños, me gustaría que se pongan a trabajar, uno, dos o tres grupos y que hagan una presentación. Puede ser en poster, un caso clínico, el mismo que presenten acá. Sería interesante que se metan y empiecen a incursionar en otro ámbito que ya no es el pre grado, esto los va a formar y les va a servir para más adelante. Estamos para ayudar. Mucho tiempo no hay, pero si alguien tiene ganas o tiene intención de hacerlo sería interesante. Alguna preguntita? Todo bien? Entonces vamos cerrando con el plan de tratamiento y con algunos condicionamientos que tiene el plan de tratamiento. Uds. saben que los chicos que vienen acá no viven acá a la vuelta y esto condiciona los planes de tratamiento. Esto ya lo hemos hablado con algunos alumnos. Por ejemplo uds. tienen que hacer un tratamiento pulpar en un 1° ó 2° molar permanente y quieren salvar esa pieza de la extracción. Si después de eso el paciente no puede hacer lo necesario para salvar, indudablemente aunque uds. hagan la endodoncia y esté muy bien realizada,

esa pieza va a ir a extracción. Cuando uno planifica algo en los jóvenes, tratamientos pulpares, que uds., les lleva un trabajo enorme, pro ahí dos o tres jueves, no, con los problemas que tienen en la clínica, hay un después, si no se puede hacer una corona, qué hacemos? Hay que pensarlo antes. A veces hay que decidir la exodoncia antes o a veces hay que hacer coronas de acero en molares permanentes. Por qué coronas de acero? Porque si es lo único que puedo hacer tengo que pensar en las ventajas, que cuáles serían?

A: es económica

P: sí y es una restauración rígida, lejos supera las amalgamas de composite. Es un recurso económico y en algún momento de su vida y pueda hacer otro tipo de prestación lo hará. Y si les pasa al revés, que viene con la corona de acero y uds. tienen que levantarla porque tiene la plata, como la levantan?

A: no contestan

D: alguna vez levantaron una? Córtenla. No agarren el extractor de puente porque no sale, porque no tiene la adaptación ni el tallado ni nada, como tienen las otras coronas, córtenla con una fresa y la van despegando. Bueno, con esto más o menos están daos todos los conceptos y criterios que como cátedra tenemos para ver qué hacer con los adolescentes. Muchas veces, y con esto cierro, lo que se hacen son tratamientos intermedios. Hay que sacarse de la cabeza esa idea con la que uds. vienen formados de las cosas definitivas y a largo plazo porque en el adolescente a veces eso no es posible. Los tratamientos intermedios bien hechos son a la espera de terminar el crecimiento y desarrollo, se entendió esto? Un tratamiento intermedio como puede ser una corona de acrílico, de acero, una carilla en sector anterior, una incrustación por método directo. Si está bien hecho está perfecto. En dos años o tres cuando el chico tenga 18 tiene posibilidad de hacer otra cosa., alguien tiene algo que preguntar?

A la clínica entonces.

Observación de la clínica

La observación se llevó a cabo el día 8 de setiembre de 2005

Hay que aclarar que la observación realizada a esta docente se centra en las tareas que realiza en este espacio curricular relacionadas con la formación de los alumnos. No se consignan las tareas que esta docente realiza en la atención individual de pacientes sin presencia de alumnos.

El salón es grande muy bien iluminado, con grandes ventanales y 50 sillones distribuidos a lo largo.

A los costados hay dos piletas con jabón líquido adosado en las paredes y botellones de desinfectante líquido.

Cada sillón está equipado con un brazo movable con luz y una mesa operatoria

Hay 15 sillones ocupados con alumnos que han colocado sus instrumentos en las mesas de cada uno de ellos y forrado todas las partes plásticas con papel film.

Hay 5 docentes que se encuentran a un extremo del salón. Entre ellos está la E 1.

En la sala de espera hay niños de variadas edades con sus madres y padres.

Tiempo	Hechos observados	Implicación
10 hs.	A1: Hola, ¿como te va? (le da un beso) Bueno...nos sentamos...: ¿Todo bien? P1: (Es una nena de unos 8 años aproximadamente. Asiente con la cabeza) A 1: Saca el instrumental que va a utilizar pregunta, se coloca los guantes de látex nuevos A ver esa boquita...¿bien, no? (Prende la luz del reflector del	Me duele a mí también

<p>10.15 hs.</p>	<p>sillón, le baja el sillón)</p> <p>P1: (abre la boca)</p> <p>A1: Abrimos bien grande...revisa la boca de la P1, con una mano sostiene su boca abierta y con la mano derecha anota en el Odontograma. Toma el espejo, vuelve a revisa. Vuelve a anotar en el odontograma)</p> <p>En uno de los sillones se encuentra un alumno (A) con un paciente (P) de aproximadamente 12 años. El A está trabajando con el paciente. La docente hasta ese momento observa de lejos lo que realiza la alumna.</p> <p>(D) se acerca</p> <p>A1: Le voy a hacer el conducto.</p> <p>D: Aja!</p> <p>La llama otra docente y la D se aleja unos minutos. Vuelve y se coloca al lado de la alumna.</p> <p>A1: Le pongo anestesia no?</p> <p>D: Sí. Ponele anestesia tópica. (la D observa la maniobra realizada por A1)</p> <p>D: Fijate si tomó.....</p> <p>A1: Sí . coloca el explorador en la boca de P</p> <p>A1: Te molesta en algún lugar?</p> <p>P1: No.</p> <p>A1: Te voy a poner lo de siempre para chupar la saliva de la boca.</p> <p>P1: Bueno. Y te voy a colocar la goma para que no caiga nada</p>	<p>No puedo creer lo que pregunta</p>
------------------	---	---------------------------------------

<p>10.30 hs.</p>	<p>en la boca.</p> <p>A1: prepara la goma dicke y la coloca. La D observa.</p> <p>A1 a P1: Esta bien?</p> <p>P1: hace gestos de asentimiento. La D se aleja del sillón y comenta algo con otra D. Mientras la A1 sigue trabajando en la boca de P1.</p> <p>D: Está ya la apertura?</p> <p>A1: Sí...</p> <p>D: sacaste el filete ya?</p> <p>A1: sí</p> <p>A1: le puse un poco de anestesia de cada lado, le pongo más?</p> <p>D: Esto ya lo vimos, no? Que te parece? No!! Porque cuando ya no tiene el filete nervioso, medio anestubo es suficiente! (usa un tono de voz muy enérgico). Seguí trabajando y llamame cuando termines para mostrarme la Rx de la conductometría.</p> <p>Se acerca a otro sillón donde hay un alumno (A2) con un paciente de alrededor de 13 años (P2)</p> <p>A2: Ahora habría que hacerle perno y corona. La semana pasada hice el conducto pero le duele</p> <p>D: sacale una placa para ver si salen bien los ápices. Y medicalo.</p> <p>D a P2: te duele ?</p> <p>P2: sí</p>	
------------------	---	--

	<p>D: Desde cuando?</p> <p>P2: desde hace unos días</p> <p>D: te duele todo el tiempo?</p> <p>P2: tengo latidos...</p> <p>D a A2: sacaste todos los filetes?</p> <p>P2: sí..... (pone cara de no estoy muy seguro)</p> <p>A2: es una necrosis séptica ?</p> <p>D: puede ser. Lavaste bien con hipoclorito?</p>	
10.35 hs.	<p>A2: sí</p> <p>D: vamos a volver a abrir. Vení un momento. Qué pasó? Algo mal hiciste! Seguro que no lavaste con hipoclorito lo suficiente o dejaste restos de pulpa infectada!!</p> <p>A2: (no contesta)</p> <p>D: No, si no, no puede ser. Hacelo de nuevo y llamame. No</p>	
10.40 hs.	<p>obtures sin mostrarme la RX</p> <p>D se acerca a A3 que está con una paciente de 14 ó 15 años (P3)</p> <p>D: A ver? Se acerca a P3 y mira su boca. Qué pasó?</p> <p>A3: tratamiento pulpar....</p> <p>D: duele? A P2. Mira la Rx</p> <p>A3: le hicieron la apertura en guardia</p> <p>D: qué ves?</p> <p>A3: mira la Rx: un proceso</p> <p>D: dejaste abierto la otra semana?</p>	

	<p>A3: sí</p> <p>D: le pusiste ahora hidróxido de calcio?</p> <p>A3: Sí</p> <p>D: bueno, dejalo una semana y vemos.</p> <p>La llama el A1:</p> <p>A1: Profesora, tengo las Rx de la conductometría como me dijo</p> <p>D: se acerca al sillón 1. A ver? Las mira. Si está bien.</p>	
11.00 hs.	<p>Mostrame las de la conometría cuando las tengas.</p> <p>A1: sí</p> <p>A4 la llama y D se acerca al sillón donde P4, de alrededor de 6 años tiembla</p> <p>D1: Por qué temblás? Te sentís mal?</p> <p>P4: no contesta</p> <p>A1: no hay termómetro</p>	
11.10 hs	<p>D: (le toca la frente a P4): parece que no tiene fiebre.</p> <p>A P4: mirá ella (se refiere a A4)va a empezar y vemos como vas, sí?</p> <p>P4: no contesta</p> <p>D a P4: es tu caso clínico?</p> <p>A4: sí. Tiene un traumatismo de hace 5 años no tratado. Pulpa sin vitalidad.</p> <p>D: hay que hacer una tratamiento pulpar y reconstruir... el traumatismo no tratado es lo que querés presentar? Tenes Rx</p>	

<p>11.20 hs.</p>	<p>previa? Esta inactivado... (mira la Rx.) Esta no está bien!! (se refiere a la Rx)</p> <p>A4: es la que saqué el otro día</p> <p>D: qué vas a hacer?</p> <p>A4: La vuelvo a sacar, pero yo ya la saqué desde la punta de la nariz con una inclinación de 60°. Después voy a hacer la apertura y ver si está obturado con hidróxido de calcio.</p> <p>D: muy bien</p> <p>A5: ya le saqué Rx. Panorámica. Hay un supernumerario</p>	
<p>11.25 hs.</p>	<p>P: Sí? A ver? (mira la RX)</p> <p>A5: Voy a hacer la exodoncia pero nunca hice ...</p> <p>P: Bueno, empezá y avisame cualquier cosa</p> <p>A5: Le tengo que dar más cantidad de anestesia que si fuera?</p> <p>P: Y a vos que te parece!!!!</p> <p>Se acerca a A6</p> <p>Mira la boca del P6</p> <p>P Te fijaste si hay fistulas?</p> <p>A6: Sí y no encuentro.</p> <p>P: (mira la boca de P6): muy bien, no hay.</p> <p>P: Qué mas notaste:</p> <p>A6.: Me parece que está erupcionando el 5, no?</p>	

<p>11.40 hs.</p>	<p>P: A ver.... Sí. Qué más.....? mira el odontograma Y la ...</p> <p>A6: Sí , tiene caries. Irá a conducto?</p> <p>P: Tenés la RX?</p> <p>A6: Sí. La muestra</p> <p>P: Y qué opinás?</p> <p>A6: No sé....</p> <p>P: Sería mejor que lo sepas, no?</p> <p>Viene el A 1 y se le acerca:</p> <p>A1: Dra. Tengo las de la conometría.</p> <p>D: (mira) Este te quedó corto. Hacelo otra vez.</p> <p>La D se acerca a otro sillón en donde una alumna (A5) la llama.</p> <p>A5 a P5: hace calor, querés sacarte el buzo?</p> <p>A5 a D: este es mi caso clínico.</p> <p>D: sí me acuerdo.... las fotos de las arcadas con digital salieron?</p> <p>A5: no salieron bien. Las saco de nuevo... acá hay que hacer extracciones y tratamiento pulpar. En ésta (señala una pieza dentaria) puse ionómero, pero no sé..</p> <p>D: Cuántos años tiene?</p> <p>A5: 7</p> <p>D: repetí las fotos de las arcadas...</p> <p>A5: hay que inactivar?</p> <p>D: (mira la boca) No. Acá sí.</p> <p>A5. En 11 y 21 hago composite?</p>	
------------------	--	--

	<p>D: sí, hay mucho para hacer</p> <p>A5: me conviene hacer tratamiento pulpar o restaurar adelante?</p> <p>11.50 hs. D: A ver.... (mira la boca): Mirá tiene dentición mixta. Esta no está. Tiene dos caries no penetrantes y (mira el odontograma que le da la alumna) ocho penetrantes. Tenés Rx de penetrantes? Hay que determinar cuáles van a tratamiento pulpar y cuáles a extracción. Esta va a extracción y esta a tratamiento pulpar. Y esta también a tratamiento pulpar.</p> <p>A5: Y qué hago primero?</p> <p>D: Si él colabora (se refiere a P5) empezá por el tratamiento pulpar y luego las exodoncias. Priorizá los molares permanentes. Por qué empezaste por esto? (le señala una pieza)</p> <p>A5: porque la primera vez me dijo la madre que no había tiempo.</p> <p>D: Pero si das respuesta a la demanda de la mamá... hay otras cosas que priorizar... Yo esto no lo haría, empezaría por molares permanentes y luego las exodoncias</p> <p>A5: puedo hacer estos dos hoy? (señala dos piezas en la boca).</p> <p>Puedo remover caries?</p> <p>D: hay vitalidad?</p> <p>A5: Sí</p>	
12 hs.	<p>D: (mira en la boca y coloca un instrumento). Mirá! (dice que no con la cabeza). Si vos querés podemos intentar remover caries y llegar a cavidad pulpar, lavar bien, dejar una torunda con formocresol en forma diluida y un taco duro que no apriete</p>	

y si no remite el juéves va a extracción. Empezá

A5: bueno

La A3 se le acerca y le muestra la Rx.

A3: es la Rx final. Me parece que me quedó bien. Ya puedo obturar?

D mira la Rx: sí

Se acerca al sillón donde está A1

D: Cómo va?

A1: ya terminamos casi. Le muestro la Rx?

D: (la mira) ya podés obturar.

A1: (sonriente) gracias!

Se acerca a un alumno A6

A6: me pidió la Dra. B que mire a este paciente

D: bueno.

A6: le muestra una Rx

D: lo van a hacer con MT[se refiere a la especialista en Endodoncia]? Qué posibilidad de hacer perno y corona hay? Se puede hacer de acero?

A6: sí

D: Bueno, evaluá si hacés el tratamiento pulpar, buscala a MT. Qué vas a hacer ahora?

A6: le voy a dar amoxicilina 7 días y cuando baje todo hay que

<p>ver qué hacemos.</p> <p>D: Amoxicilina de cuánto?</p> <p>A6: de 500 mg</p> <p>D: y qué más darías?</p> <p>A6: Ibuprofeno 400m mg para el dolor.</p> <p>D: Ahá. Cuántos días?</p> <p>2 ó 3 días cada 8 hs hasta desaparecer dolor, no?</p> <p>D: hacele la receta que yo te la firmo</p> <p>A6: repite : Amoxicilina de 500 mg, Ibuprofeno 400m mg.</p> <p>D: explicale todo a la mamá</p> <p>A6: sí</p>	
--	--

Entrevista de devolución

22 de setiembre de 2005

E: Hablemos de la clase, te parece?

D: Bueno. Sabés que? Me olvidé que tenía una reunión.... No me voy a poder quedar mucho...

E: Está bien. Lo que puedas. Qué te pareció el teórico?

D: Bien, a mí me resulta fácil dar teórico, te acordás que te conté? Y más de esta tema. Adolescencia, lo tengo re cocinado.... ellos vienen sin saber nada, aunque ya casi todos a esta altura trataron a algún adolescente. En general no tienen problemas de trato pero se ponen bastante nerviosos con el tema de la prevención.

E: por qué?

D: Por que no se lavan los dientes, siguen con placa y ellos se lo toman como personal, y no es así.... es característica

E: entonces el tema era nuevo, no?

D: Sí.

E: Y quedaste conforme con la clase? Hubo algo que te hubiera gustado cambiar?

D: Y... me gustaría que no duerman, que estén más activos. Viste que yo hago preguntas, no? Pero igual... no hay forma de motivarlos. Son alumnos, esperan todo de vos. Además siempre duermen en los teóricos. Ya lo sabemos.

E: Por....?

D: Yo creo que a esta altura de la carrera quieren hacer lo menos posible. Si les das todo masticado, mejor. Es el ser alumno.

E: me parece que hacés diferente tipo de preguntas, no?

D: sí?

E: a veces preguntás; en un caso concreto en donde hay que tomar decisiones, por ej. Cuando preguntaste por el caso de mantener el espacio y cómo hacerlo y a veces aplicar conocimientos, sin toma de decisiones, no?

D: Tenés razón, no me había dado cuenta.

E: Vos me comentaste en la 1° entrevista que siempre hacías preguntas en los teóricos y que de algún modo ver a fondo la interrogación como estrategia te había influido. Te habrá cambiado el modo de preguntar, el tipo de pregunta que hacés?

D: Sí. Puede ser. Ahora que vos lo decís.... Sí. Pero siempre hice preguntas, tal vez ahora las haga mejor.

E: te parece que hay algún otro tipo de pregunta que realices o con otra modalidad?

D: No sé. Cómo?

E: A veces se hacen preguntas esperando una sola respuesta o una pregunta pero en realidad no da tiempo a que el otro responda.

D: No, no me parece que yo haga eso.

E: Y este teórico siempre lo organizás igual?

D: en general sí, tenemos las diapositivas... Las usamos para toda la cátedra. Ya están armadas. En general el teórico se arma alrededor de las diapositivas. Bueno, ahora están en el cañón. Es lo mismo....

E: Y a vos que te parece eso?

D: Bien. Pero antes no daba tanto ejemplo de mi propia práctica. Esto lo empecé a hacer cuando estaba en la CD. Me di cuenta que era importante.

E: Cómo te diste cuenta?

D: En realidad lo vimos con M. cuando trabajamos el teórico y todos teníamos que dar uno. Vimos que nuestra experiencia era importante para transmitir, que si no los chicos lo pueden leer de un libro. Eso me pareció bien, ves?

E: Uds. vieron en la CD otras estrategias de enseñanza. Podrían implementarse?

D: Te referís a ABP o casos que vimos con M? No sé en qué momento, porque en la clínica no hay oportunidad y en el teórico... no.

E: Por qué no?

D: No todos hicimos la CD, los docentes digo y la mayoría no sabría como.... sería ... no. No podemos hacer una cosa en un turno y otra en otro. Y siempre se dio teórico. Es lo general.

E: Sigamos con el teórico de adolescencia que diste. Ellos sabían algo del tema?

D: No. Es la primera vez que lo ven. Buenó... algunos, la mayoría ya trabajó con adolescentes en la clínica y tal vez trabajaron con la psicóloga si tuvieron alguna dificultad con un paciente... pero de teoría, es la primera vez.

E: Y pueden trasladar su experiencia a la reflexión teórica?

D: No, en general, no. Viste que en teórico cada uno opinaba diferente respecto a si trabajar con adolescentes es fácil o difícil.

E: Las preguntas que vos hacés te sirven para ir evaluando a los alumnos en el teórico?

D: No, yo sólo reconozco a los que superviso en la clínica, los del grupo, al resto...

E: Y en la clínica?

D: Ahí sí. Les voy preguntando cosas para ver si tienen los conocimientos para tratar a los pacientes. En general cuando los vas viendo trabajar ya te vas dando cuenta de cómo son.

E: Por qué?

D: Y... uno los va viendo todo el año. Y ya vas identificando a los que van bien y a los otros. Siempre hay algunos a los que necesitás estarle encima.

E: Y qué hacés con esos alumnos?

D: los observo mucho, les digo que antes de hacer cualquier procedimiento me avisen, miro todo lo que hacen.

E: Y si no vos no estás de acuerdo con el tipo de tratamiento que ellos proponen?

D: depende, generalmente terminan haciendo lo correcto.

E: Y qué te pareció el día que yo pude observar en la clínica? Hay algo que te haya llamado la atención?

D: Es como te decía la otra vez... tenés que estar atenta a todo. Es bastante desgastante porque no podés permitir que se te pase nada. Hay una responsabilidad... con el paciente. Además hay que trabajar muy personalmente con los alumnos, ir siguiéndolos. Ese día apareció ese alumno que tuvo que rehacer los conductos, no? Ves, eso me angustia bastante porque pienso: cómo van a hacer cuando estén solos?

E: pero uds. No evalúan el desempeño clínico?

D: Sí, lo vamos siguiendo y si creemos que un alumno no está en condiciones le podemos pedir que siga viniendo para recuperar. Pero igual...es tan subjetivo. Yo creo que tendríamos que ajustar el instrumento que usamos, porque esas listas de cotejo que tenemos no nos sirven. Eso lo vimos en la CD. Eso me sirvió! Yo quisiera hacer rúbricas.

E: Y no lo podés proponer?

D: Sí. Vamos a ver qué pasa...

E: A mí me pareció, tal vez me equivoque, que vos les decías bastante lo que tienen que hacer, no?

D: Sí, no sé, les digo lo que creo que es necesario para que salgan adelante. Te acordás que te conté la otra vez que a veces alcanza con darle un dato.

E: qué hacés cuando un alumno comete un error?

D: en general no los cometen porque estamos mirando siempre....

E: Y si le preguntás algo, en la clínica digo, y se equivoca?

D: no sé.... Me parece que lo corrijo. No se puede quedar con una idea equivocada.

E: Y si hizo mal algún procedimiento?

D: Si se puede que lo rehaga!

E: Cómo ves a los alumnos en la clínica? Y en el teórico?

D: Yo creo que en la clínica algunos son más independientes y trabajan bien. Son casi profesionales. Otros no, necesitan todo el tiempo que les digas si está bien o está mal lo que están haciendo. Siempre hay quien quiere zafar, es el ser alumno, no? En los teóricos siempre están dormidos. Esperan que les digas todo y listo. [mira la hora]. Mirá, me tengo que ir.... Disculpame

E: Está bien. Gracias

Entrevista a la Profesora Titular de la cátedra de Odontología Integral Niños

22 de junio del 2005

E: Gracias por atenderme,

PT: Bueno, quisiera hacerle algunas preguntas para ver cómo es el funcionamiento de la cátedra y cómo se enseñan las "prácticas complejas" que desarrollan los alumnos.

Uds. Están trabajando con alumnos del Plan Nuevo y del Plan Viejo?

Aparentemente muchos del nuevo no llegaron todavía. El año pasado tuvimos una comisión para ellos, tenemos pocos alumnos...

E: Y por qué le parece que pasa esto?

PT: No llegan a 5° año, aparentemente del Plan 90 llegaron 42 ó 43 que están en el turno del lunes y en el vespertino, pero el vespertino se está moviendo con 5 alumnos, que es una barbaridad...nunca ocurrió una cosa así, siempre fueron pocos los del vespertino pero nunca tan pocos... no lo suprimimos como turno porque están los docentes y para no discontinuar una tarea que venimos haciendo hace mucho, pero la verdad es que así no se puede trabajar. Después de Plan 2000 tampoco llegaron muchos. El año pasado había 44 y este año entraron 173 que no es el número que tendría que haber llegado, pero aparentemente es en las materias básicas y en la pe clínica de operatoria que tuvieron problemas y ...anatomía y bioquímica son cuellos de botella. El año que viene viene un número un poquito mayor pero igualmente bajo, eso es lo que está ahora en 4° año, pero en 3° hay un exceso, porque abrieron en alguna medida ese cuello de botella y entonces vienen muchos alumnos, que no es tampoco es bueno, porque en algunas cátedras se quejan que tienen un sillón cada tres alumnos, eso perjudica mucho la enseñanza de las clínicas. Por que en las clínicas la enseñanza tienen que ser muy personalizada y eso lo impide a veces el número de alumnos. Pero por lo menos son chicos que se están comportando bien, no hay problemas conductuales, porque otros años sí tuvimos ese tipo de problemas, llegan más demandantes, o no están de acuerdo con las normas que tiene la cátedra, o hacen problemas por la bioseguridad... o también a veces vienen muy mal formados y cuando llegan a 5° año hay que estar al lado de ellos para que aprendan lo que no aprendieron y resulta que este año, no. Hay un grupo que es bastante bueno. Acá se ve porque es integral, lo que no aprendieron se nota enseguida. Ya tenemos problemas con los tratamientos de endodoncia porque en general no vienen sabiendo hacer tratamientos en dientes permanentes multiradiculares, nunca hicieron y acá la mayor demanda es esa porque hay chicos de 8 ó 9 años que

requieren tratamientos de conducto, a veces un poco más grande. Los grupos de adolescentes más todavía, siempre tienen uno o dos para hacer. Y no saben. Hay que estar... tenemos que formar más docentes y tomar más profesionales que manejen la endodoncia bien para poder colaborar con los alumnos, porque si no, no se le da solución a los pacientes. Igualmente estamos haciendo más extracciones de dientes permanentes de lo que desearíamos, porque si hay mucha destrucción de la pieza permanente, quién nos asegura que los tratamientos van a durar, entonces al final, hacemos extracciones.

E: V. podemos reconstruir la historia de la cátedra?

PT: Acá hubo una historia... la odontopediatría como se la ve ahora en la Argentina no existía. Era la atención de un chico pero sin tener en cuenta su componente emocional y se utilizaba históricamente anestesia general y también anestésicos.. no se le daba anestesia al chico, se usaban esos elementos que enfrían de golpe la mucosa y produce... para la extracción de un diente primario. muchas veces se usaba, lo hacían con óxido nítrico o anestesia general y había acá un equipamiento para traer médicos, había camillas, oxígeno, todo lo necesario para la anestesia general. Cuando en 1959 entró acá la Dra. Eboscue, ella también venía de EEUU con los criterios de la anestesia general, pero también sabiendo que la anestesia general produce una sensación de muerte, entonces decidió que todos los chicos que requerían anestesia general pasaran a grupos con psicoanalistas que los prepararan para esa anestesia. Se formaron grupos, la primera que entró acá fue Arminda Aberasturi junto con Susana L. de Ferrer, ellas empezaron los 1º grupos. Eduardo Salas se agregó más tarde junto con Salmovici y lo que observaron en los grupos era que los chicos no mostraban tener miedo a lo que se les iba a hacer sino que los grandes tenían miedo de atenderlos a ellos. A partir de esas experiencias se empezó a formar más a los odontólogos, a hacer más cursos de PG de odontopediatría, a que el alumnos de odontopediatría tuviera una formación mucho más intensiva y a tratar de que se perdiera ese miedo al chico. En el año 62 el servicio de anestesia general ya había desaparecido y se atendía a todos los chicos con anestesia local, unido a un conocimiento del crecimiento y desarrollo del niño y a su desarrollo emocional y desde entonces los psicoanalistas quedaron incorporados a la cátedra, pero en ese período lo que más hicieron fue observación de niños y la devolución en forma de artículos o de cursos, no dentro de la cátedra. En el año 66 entró el grupo de Gendarmería y ese grupo dio marcha atrás con todo lo de psicología. Tenían un aula de psicotecnia donde los chicos que no se dejaban atender los ponían ahí y no había

psicólogos. Algún odontólogo un poco más sádico los adiestraba de alguna forma un poco violenta siempre, ya sea con la voz o con hechos y al final los chicos se dejaban atender o no los traían más. Cuando los padres se entraba que había pasado, a veces no los traían. El alumno en ese momento sólo aprendía técnicas. No había nada más que eso dentro de la odontopediatría. En el año 83 durante todo ese período no había habido concursos, eran gendarmes que eran nombrados por conocimiento. En el 85, en la década del 80 hay un concurso. A ese concurso mi marido se presenta pero fue muy digitado y él lo impugnó. Aceptaron la impugnación y entonces se abre una nueva instancia que ya es 85, 86, que son años de pelea, donde se abre un nuevo concurso, se presenta mi esposo y en ese concurso se convoca a un jurado internacional, porque como había sido impugnado... de 5 jurados, en lugar de 3 y ahí se presentan el Dr. B. que era adjunto, el Dr. K también adjunto y él y lo gana por unanimidad.

E. Hubo muchísimos años sin concurso, con titularidad "a dedo", no?

PT: Sí. Y después de eso, lo gana pero en esa época estaba la norma de "no innovar" que estuvo en boga en todo el período post proceso. Entonces a T. L. le quedaban 2 años para jubilarse y se acogió al "no innovar" para mantenerse esos dos años hasta que se jubilara. A A. P. mientras tanto lo habían nombrado titular y se tenía que hacer cargo en tres meses de la cátedra, si no, perdía las posibilidades de ese concurso. Entonces el Decano interventor de ese entonces que era A. G. decidió formar una 2º unidad académica en el Hospital de La Boca y ahí A. Con docentes amigos tuvo una cátedra hasta tanto en el 89 se hizo cargo acá. En esos dos años tenía 24 alumnos, porque esa era la posibilidad que daba el Hospital para trabajar con alumnos, formó gente adentro del Hospital y gente para cuando viniera acá. Cuando se hizo cargo de la cátedra, mucha gente renunció y siguió la línea de los que se iban, otros se mantuvieron y entró gente nueva formada por él en el Hospital. Al tiempo hubo concursos y hubo nuevos Adjuntos y JTP, etc. No todos nuevos, mucha gente de esa época está como B, C, E, B, S. Que son nuestros adjuntos ahora. Todo ese grupo se había formado con los anteriores pero les faltaba toda la parte humana. Eso se fue haciendo a partir de las clases que se dieron en ese período, cursos y la incorporación de psicólogos a la cátedra. Actualmente hay uno o dos por turno, eso lo fue armando A. Con la ayuda de T. M. que era la psicóloga del Hospital de la Boca que le ayudó a formar todo un plantel dentro de la Facultad. T. M. es licenciada en psicología y después se incorporó al grupo el Dr. R. que armó un grupo de docentes para atender discapacidades y ahí vino una psicóloga P. S. que todavía está en la cátedra. Ella trabajó inicialmente con los discapacitados. Más tarde

vino la Lic. C. que trabaja actualmente con las familias de los discapacitados, más que con el chico discapacitado. También hay psicólogos que trabajan con los chicos que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas de mayor duración y de más riesgo, esos tienen psicoprofilaxis quirúrgica con dos licenciadas que se ocupan de eso. Actualmente la tarea de los psicólogos es la formación del alumnos sobre todo ellos trabajan el psicodrama como técnica, entonces los alumnos traen y teatralizan sus problemas en la clínica y entre todos van viendo qué es lo que pasó en la clínica en esa relación paciente – odontólogo, cuando un chico no se deja atender o un alumnos tiene mucho miedo de atender al chico. Y con esa dinámica que es rápida, en la 2º mitad del año están trabajando realmente con mucha soltura. Al principio están más tensos, pero después se sueltan y están muy bien preparados para atender y enfrentar la profesión. Le sumamos fonoaudiólogas, que al comienzo era una sola y ahora hay una en cada turno, que atienden problemas bucales de hábitos, de mal posiciones linguales, todo lo que se vaya agravando con el tiempo por un mal hábito bucal tratan de resolverlo, no atienden ni tartamudos ni dislalias, sólo lo relacionado con la odontología. Y están trabajando todo el día. Estas chicas vienen ad honorem, igual que las psicólogas. Y vienen contentas porque dicen que no ven en la carrera las situaciones que ven acá y lo hacen por dos o tres años y después se van, pero siempre dejan a alguien para que haga la misma experiencia. A pesar que hacen en forma gratuita lo hacen con gusto, cumplen el horario y atienden bien a los chicos. Hay una fonoaudióloga y dos psicólogas que están rentadas y las forman y organizan las tareas de todas las demás. Ese es el aval que tenemos para que no hagan cualquier cosa con los chicos.

E: Y cuando los alumnos detectan algún problema los derivan a las fonoaudiólogas?

PT: Sí y a veces están superadas de pacientes.

E: Una pregunta el Dr. T. L. Estuvo mucho tiempo, no?

PT: No; hubo varios en ese período. Estuvo el Dr. M.A., desde el 69, el Dr. S., creo que 1º estuvo S. Y luego T. L.

E: Fueron muchos años...

PT: desde el 69 hasta el 87. Y fue una marcha atrás. Fue un período que se ve en los mismos docentes que tenemos todavía de esa época. Son más rígidos, muy estructurados. Y se fueron los que no pudieron soportar otro tipo de atención. Son buenos profesionales, no les podemos discutir, saben trabajar, pero les falta todo lo humanístico y esta profesión tiene mucho que ver con lo humanístico, estamos

atendiendo pacientes y en la boca, que es la zona más sensible, la 1º conexión del cuerpo con el mundo y no es valorada como tal.

E: Y ahora cómo está organizada la cátedra?

PT: Aumentamos el nº de adjuntos ahora, ya está llamado el concurso, por ahora son interinos. Hay un adjunto de tiempo SE, que se presentó para el cargo de titular, el año que viene. Es la única que se presentó así que seguro que sale. Y después están los dres. S., C., P, M y B. seis adjuntos de los cuales dos son de hace muchos años, son regulares y los otros interinos, ahora en el concurso serán regulares. Todos de dedicación simple. Lo que pasa es que la clínica requiere mucha atención. La gente que coordina las clínicas que son todos adjuntos o JTP están con dedicación simple porque todos trabajan afuera. Tenemos 18 JTP simples, no me acuerdo bien cuántos ATP rentados de 1º y también de 2º rentados no concursados. Pero acá necesitamos mucha gente. Hay muchos ad honorem. Para poder estar al lado del sillón y ver qué está haciendo el alumno, hasta que se larga solo. Y para poder hacer tiempo SE tendríamos que sacar cargos simples, juntar cargos simples para armar las SE. Eso es fácil en las básicas donde lo que se da es clases y no hay una atención al lado del sillón. Pueden decidir tener más cargos SE. Pero acá yo no lo veo fácil el SE.

E: Y en total entre los rentados y ad honorem...

PT: Con los ad honorem somos unas 150 personas. 15 ó 20 no docentes. Hay tres que limpian y cinco administrativos.

E: Más o menos 130 docentes?

PT: Sí. Todos los años entra un nº bastante grande y durante el año la mitad prácticamente se va. Eso pasa todos los años. Consiguen trabajo y se van. Por eso este año no hicimos el curso que hacemos todos los años en enero, porque todos los años hacemos un esfuerzo enorme para formar 40 personas y nos queda la mitad. Este año, con los que quedan, lo hacemos el año que viene. Para que la formación sea acorde a los que les interesa.

E: Qué tipo de prácticas hacen los alumnos?

PT: Sí. Porque acá es integral. Hacen toda la odontología en un chico. Y a veces es más difícil, 1º por las dificultades que puede haber en la relación y después porque el chico está creciendo y hay que respetar lo que se le pone en la boca. A lo mejor no es tan técnico, porque uno trata de hacer las cosas más sencillas, no las más complejas, para facilitar el tiempo operatorio. Es todo, hay que hacer todo tipo de intervenciones y como

cada alumno tiene varios pacientes, lo que no hace en uno, lo hace en otro. Al final salen con posibilidad de enfrentar la profesión muy buenas.

E: Cómo se enseñan esas prácticas?

PT: Algunas ya vienen sabidas y otras en el preclínico, todos los años antes de iniciar la actividad clínica hay un preclínico de 8 semanas, específico de la odontopediatría. Ahí se dan las 1° clases de psicología, de relación paciente alumno, situación odontológica. De esa parte me ocupo yo, personalmente. Quiero que todos reciban la misma información en ese sentido. Después tienen de pulpa y anatomía de los dientes primarios, tratamientos pulpares, dientes primarios, que es lo diferente a lo que ellos ya saben; cómo dar anestesia al chico. Son clases teóricas, el día entero vienen y tienen clase y ven presentaciones clínicas de los alumnos del año anterior y van viendo el diagnóstico y ante ese diagnóstico que harían. No es con un paciente pero por lo menos van tomando criterios de lo que van a ver en la clínica. El teórico es para todos los alumnos del turno y después armamos pequeños grupos con los docentes. A lo mejor la situación clínica la ven todos juntos y después la resolución con los mismos docentes que vana atender después. Son grupitos de 5 ó 6. Después dan un examen de los temas que se vieron en el preclínico. Es eliminatorio. No pueden acceder a la clínica si no aprobaron. Pero en general lo aprueban, tienen 3 instancias, pero tuvimos algunos que no aprobaron porque no le dieron trascendencia a esta instancia, se fueron a veranear, porque siempre coincide después de semana santa, y no vuelven. Hay gente que no toma conciencia que está haciendo una carrera universitaria....

Después pasan a la clínica y trabajan en parejas. Un sillón para dos alumnos. Uno trabaja a la mañana y el compañero le ayuda y a la tarde rotan.

E: Cómo supervisan los docentes la clínica?

PT: Hay coordinadores de grupo que pueden tener 10 alumnos pero trabajan con dos ayudantes y ellos tienen uno o dos sillones cada uno, supervisan así es muy supervisada. Pero al mismo tiempo los dejamos trabajar solos. Eso es lo importante de esto, entender que la situación odontológica es del alumno con el chico y a veces con la madre, porque si el chico es muy chico tiene que estar la madre. En esa situación odontológica uno no se tiene que meter, tiene que ser aceptado por el chico. Esas cosas son las que hay que cuidar. El docente va a mirar lo que hace pero lo mira un poco de lejos y si tiene que mirar de cerca tiene que pedir permiso. El chico tiene que aceptar que ese docente se meta también adentro de su boca. Esto tendría que ser en todos los estilos y en todas las edades porque a nadie le gusta que lo venga a mirar uno de afuera. Pero no se hace acá

adentro de la facultad. No hay respeto por el paciente en muchas cátedras. El paciente es un elemento para estudiar y para que alguien aprenda y no esa persona que vino a exponer y a exponerse íntimamente y tiene sentimientos respecto a esa boca. Tenemos mucha gente pero no inmiscuyéndose directamente en esa boca.

E: Y si hay que señalarle algo al alumno?

PT: Se lo llama y se le dice. Hay una aulita para hacerlo. Tratamos que no sean dichas delante del paciente las cosas. Sin embargo a veces, hay deslices. Porque no todos adhieren.

Además siempre hay un control que impide que lo que está haciendo el alumno requiera que el docente intervenga directamente. Las macanas que puede haber, o los problemas por los que se los llama son porque son alumnos que no empiezan a atender. Hacen la ficha y el chico se fue y después el chico faltó y no lo llamaron. No toman conciencia que acá hay que atender igual que en otra cátedra, aunque no les decimos que hay que hacer tantas cosas pero tenemos que verlos trabajar continuamente. Y a veces llegan a mitad de año y hay alumnos que no han mostrado que están interesados en aprender. Por que si no van a llegar a fin de año y no pueden terminar la materia. De cualquier modo al que no termina la práctica y terminó la clínica se le permite venir diciembre y enero a terminar. Si no la terminó, a veces se enferman, o tienen problemas familiares. En un año hay muchas circunstancias que uno tiene que tener en cuenta y hay alumnos que no pueden terminar con las expectativas de la cátedra y entonces pueden venir y hacer algo intensivo y venir todos los días diciembre y enero y terminar.

E: Los alumnos hacen un diagnóstico y un plan de tratamiento. Eso se lo muestran al docente para que lo apruebe?

PT: Sí. Y también se lo muestran al padre para que lo firme. El padre tiene que saber lo que le van a hacer al chico, cuanto le va a costar, cómo lo va a abonar, es decir, todo eso es una conversación y un aprendizaje del alumno.

E: Y en general los chicos están solos al menos que sean muy chiquitos, no?

PT: Sí, menores de tres años entran en general con la mamá, aupa, porque la relación con la madre es muy simbiótica y aún no la pueden dejar. Después la madre viene y les da la mano si es necesario, otras veces está nada más. Y después le chico solo decide entrar. Hay madres que molestan, en ese caso se les dice que esperen en la sala de espera o que estén un poquito más lejos. A veces acceden otras, no. Hemos tenido quienes dijeron que iban a hacer acciones legales porque el hijo era de ellos y querían ver qué les iban a hacer. A esa gente les permitimos estar, tratamos que el alumno

trabaje ligero, pero esas cosas también les van a pasar en el consultorio, de manera que es un aprendizaje. Hay padres que vienen con varios hijos atendiéndose en diferentes sillones y están pendientes de lo que pase en cada uno y se quedan con el más chiquito o con el que los necesita. Tratamos que esos hermanitos sean atendidos al mismo tiempo y en sillones más o menos juntos para que se termine rápido.

E: Cuáles son las dificultades más frecuentes de los alumnos?

PT: En uno de los ECEO que hicieron las chicas del sábado salió que era la toma de radiografías, entonces se intensificó la enseñanza, la técnica de toma de radiografías. Sobre todo en el día sábado. Ellos tienen un teórico de ese tema pero tal vez en la parte práctica se necesita más. Otro problema es en la toma de impresiones, porque ellos tienen la conducta, traen elementos que son para adultos. Siempre les enseñamos a usar las cubetas más chiquititas pero no siempre nos llevan el apunte. A veces tampoco aprendieron bien a tomar impresiones. Yo creo que ahora que está A. C. (nuevo titular de esa cátedra) eso debe estar bien, pero antes venían que ni sabían hacer bien la preparación para llegar a la boca. En general de operatoria vienen bien, saben aislar, hacer amalgamas o composite, y lo hacen bien, pero en permanentes. Lo tienen que adaptar a un chico. Y el problema principal ahora para nosotros en la endodoncia porque no la tienen en permanentes. Nosotros enseñamos la de primarios pero resulta que estamos enseñando también la de permanentes y se nos escapa de las manos. Pero es en todos lados. Porque de otras Facultades cuando recibimos especialistas nunca hicieron conductos en multiradiculares y derivaba. Pero acá si derivamos a endodoncia no atienden a nadie porque tienen demasiada gente y además estamos derivando a un chico. Hay que tener cuidado. En endodoncia todavía no están enseñando un multiradicular, quedan en los uni.

E: Y uds. Cómo hacen?

PT: Tenemos para permanentes jóvenes un teórico pero no para ubicar los conductos, esta es una tarea de endodoncia, no nuestra. Vamos a hacer un curso para docentes para formarlos y que puedan ayudar más a los alumnos. Vamos a terminar por hacer una Facultad paralela.

En adultos atienden un paciente en el año y pueden tomarse el tiempo si tienen que hacerle 3 conductos. Nosotros atendemos 10 pacientes en el año por alumno. Si cada uno trae un conducto, son 10 conductos más lo demás de la boca, no se llega. Es más actividad de la que hicieron en endodoncia. Más intensivo. No... se nos escapa de las manos este problema.

E: Además de este punto particular, en general cómo vienen los alumnos preparados para ver un paciente en forma integral?

PT: El año pasado que fue el 1° año que tuvimos alumnos de plan 2000 el grupo que eran 40, les costaba mucho ver al chico, venían muy estructurados, venían con una cosa muy intensiva de aprobar, de saber... nos costó mucho ablandar a este grupo. Y decían que eran rígidos los del turno de los jueves, que ya son docentes más rígidos, así que imagínate, ellos decían que los alumnos eran rígidos. Eran todos los abanderados, los escoltas... eran muy exitosos pero les costaba mucho relacionarse con el chico. Lo hacían como si fuera un adulto. Si el chico se movía o se levantaba y se iba no lo podían... no estaba dentro de su esquema... si el chico se cansaba... cómo no podía aguantar dos horas con la boca abierta? El cansancio del chico no lo podían aceptar. Este año, que también vino Plan 2000, no escuché que hubiera estas dificultades. Yo no estoy en la clínica pero no vinieron a quejarse de esto.

E: Esto tal vez también marque diferencias entre los grupos que vienen de los diferentes planes, con distintas formaciones, qué va a haber que apuntalar...

PT: Yo creo que las clínicas va a haber que apuntalarse y hay contenidos que no los toma nadie y llegan acá... antes estaba el CAMECO (clínica de mediana y alta complejidad) y ahí algo hacían de endodoncia, ahora no sé. Por el momento vienen con dificultades. Y en la Guardia hacen aperturas, abren la cámara y los mandan para arriba. Yo doy en la Guardia la parte del curso de odontopediatría y A. lo mismo y nuestra mayor dificultad es la 1° atención de un traumatismo, porque depende de lo que hicieron en la urgencia cómo va a evolucionar ese diente y hace muchos años que venimos haciendo esa tarea y van viniendo en mejores condiciones porque siempre hay nuevos. La guardia renueva mucho el plantel. Además acá adentro, cada maestrillo con su librillo, en la misma cátedra. Hacen una pregunta y no nos ponemos de acuerdo con la respuesta, es complejo. Al final bajar líneas sería lo más útil y uno no quiere hacerlo para que razonen, piensen por sí mismos, pero si trabajan mal hay que hacerlo. Nosotros el año pasado para obligar a los docentes para estudiar y tener criterios más unánimes les tomé al comienzo del año un examen domiciliario. Les dimos el examen, lo tuvieron algunos una semana, otros 10 días, otros 15... pero después de tenerlo y hacerlo tenían que venir y con el coordinador del turno tenían que ponerlo en común. Cada uno tenía un examen diferente y era toda la odontopediatría... Y les había dado artículos para leer y preguntas para responder y aunque no los leían todos, al ponerlos en común se enteraban. Y en algunos turnos se hizo y se hizo bien y en otros turnos me costó mucho,

dependía del coordinador, en algunos no se atrevía, siempre tenía trabajo. No fue parejo. Pero por lo menos lo hicieron.

E: Y como es la evaluación?

PT: Tiene parciales, uno es el preclínico. Ahora tienen parcial. Lo hace el coordinador del turno con la psicóloga porque tiene que ser una situación donde haya que pensarlo todo, lo conductual y lo técnico, con preguntas. Corrige el coordinador con un grupo que acordaron las respuestas. Se les da la devolución y pueden recuperar los que necesiten.

E: Cómo es la devolución?

PT: Les mostramos los exámenes sobre todo al que tuvo dificultades. La clínica se evalúa con una lista de cotejo. No la llenamos pero es un indicador de lo que se mira en el alumno. Como es la atención con el paciente, con la madre. Además dan clase a los padres en la sala de espera y un docente también mira y después la presentación del caso clínico que es un portfolio, eso lo aprendí de Uds., vienen no sólo con el Plan de tratamiento sino con lo que sintieron ellos durante la atención, esa es una condición, si no, no sirve. Y cómo maduraron en la atención, qué les pasó, que van a hacer con la odontopediatría. Por que si a ellos no les gustó la atención tienen que tener conciencia de ello y no atender chicos. Por ellos y por el chico. Yo creo que lo armamos bastante humanístico, pero llevó mucho tiempo. Tal vez descuidamos mucho la investigación, tal vez porque la clínica insume mucho. Pero es algo que a B. le va a tocar, la investigación clínica dentro de la cátedra. Yo lo traté de hacer, de hecho tuve 2 UBACYT y los trabajos fueron aceptados, que para un clínico es bastante, pero reboté todas las veces dentro de la Facultad. Hay que buscar un básico que esté agiornado con el tema.... hay poca investigación clínica, y tampoco el básico sabe de clínica para saber qué hay que hacer, es mutuo. Pero se ponen arriba del banquillo Nosotros trabajamos con los Hospitales en investigación clínica que en la facultad, porque le estamos dando manos al Garrahan, al instituto de nefrología y en el Clínicas y resulta que no podemos dentro de nuestra casa.

Entra un no docente: Dra, disculpe pero la buscan.

PT: ya voy. Voy a tener que ir...

E: V, le agradezco muchísimo su tiempo y disponibilidad.

INDICE

ANEXO	2
CASO I	3
ENTREVISTA INICIAL	4
OBSERVACION DE LA CLASE TEORICA	11
OBSERVACION DE LA CLINICA	21
ENTREVISTA DE DEVOLUCION	28
CASO II	33
ENTREVISTA INICIAL	34
OBSERVACION DE LA CLASE TEORICA	43
OBSERVACION DE LA CLINICA	57
ENTREVISTA DE DEVOLUCION	67
ENTREVISTA A LA PROFESORA TITULAR DE LA CATEDRA	71