

G. Machuca¹
M. López²
C. Machuca³
J.V. Ríos¹
E. Velasco⁴
A. Martínez-Sahuquillo¹
P. Bullón²

El decálogo de Harden como base para la programación en Odontología Integrada de Adultos. Parte I: Concepto, bases metodológicas y necesidades docentes

- 1 Profesor Titular.
Facultad de Odontología.
Universidad de Sevilla. España.
- 2 Catedrático. Facultad de Odontología.
Universidad de Sevilla. España.
- 3 Catedrático Auxiliar.
Facultad de Odontología.
Universidad de San Juan de Puerto Rico.
Puerto Rico (USA).
- 4 Profesor Asociado.
Facultad de Odontología.
Universidad de Sevilla. España.

Correspondencia:
Guillermo Machuca Portillo
Facultad de Odontología
Universidad de Sevilla
C/ Asunción 19, 3º A
41011 Sevilla.

RESUMEN

La Odontología Integrada de Adultos es una asignatura presente en los curricula en Odontología españoles y de otros países, que por la complejidad en la interrelación entre las áreas que integra muestra muchos problemas a la hora de elaborar la programación docente. Proponemos en el presente trabajo un sistema de programación basado en el «decálogo de Harden», del que pensamos que cumple los requisitos adecuados para reflejar nuestros propósitos en esta materia. En esta primera parte analizaremos las bases conceptuales y metodológicas, y las necesidades docentes de la asignatura.

ABSTRACT

Comprehensive Dentistry in the Spanish dental curricula, as well in that of other countries. However, due to complexity of the relationship among teaching areas, there are many problems when elaborating the educational programming. In the present paper we propose a system based on «Harden's Decalogue», that we think that fulfils the requirements needed in this matter. In this first part we study the conceptual, methodological and teaching basis of this matter.

KEY WORDS

Comprehensive Dentistry; Learning Planning; Educational Programming.

PALABRAS CLAVE

Odontología Integrada de Adultos; Programación docente; Proyecto docente.

INTRODUCCIÓN

La Odontología Integrada de Adultos es una disciplina que se contempla en los planes de estudio actuales para la consecución del título de odontólogo, no de una manera caprichosa, sino por una serie de motivos contrastados que nos hacen reflexionar sobre el detrimento que sufriría la formación del alumnado en el supuesto caso de su no existencia.

Y la principal justificación es histórica. La última revolución científica, cuyo comienzo podríamos cifrar en las postrimerías del siglo XIX, va a tener una particularidad muy interesante que es la «especialización» de los científicos, ya que tanto los conocimientos científicos como los métodos para acceder a él son tan extensos y sofisticados que obligan a parcelar dichos conocimientos. Esta parcelación de los conocimientos, en nuestros tiempos, y en no pocos casos, ha llegado a ser tan excesiva que es dificultoso, incluso, el análisis de los conocimientos adquiridos, para que una vez comprendidos puedan ser utilizados. Es por ello que el papel de los generalistas en determinadas materias científicas es absolutamente imprescindible para proceder al análisis de las aseveraciones vertidas por los especialistas, pudiendo establecer una valoración de conjunto de los problemas, en ocasiones muy distinta de la parcial referida por cada especialista⁽¹⁾.

Dentro del ámbito de las ciencias biomédicas o sociosanitarias, entre las que podemos incluir a la odontología, ha surgido otro problema sobreañadido como consecuencia de la parcelación del conocimiento, que es la deshumanización del ejercicio profesional, al centrarse más la atención sobre la enfermedad que sobre el propio paciente en sí⁽¹⁾.

Esta pérdida de la visión de conjunto de los profesionales sanitarios, que tan evidente ha sido en nuestro país en los últimos tiempos, ha llevado en el campo de la medicina a la necesidad de plantearse el resurgir del antiguo médico de cabecera, que conociendo y tratando al paciente como individuo es capaz de solucionar sus problemas de salud, consultando en el momento preciso con el especialista adecuado.

En el campo de la odontología el papel del generalista es aún más importante que en el de la medicina, ateniéndonos a las notables diferencias existentes entre el porcentaje de odontólogos y médicos que se especializan. El dentista usualmente practica la odontología general, y menos de un 15% de ellos son especialistas que limitan su práctica a una especialidad. En cambio, sólo un porcentaje de médicos menor del 25% elegirían, si pudieran, el ejercicio de la medicina general o de atención primaria⁽²⁾.

A la vista de estos hechos, la sociedad demanda a la Universidad la formación de profesionales que sean capaces de manejar un concepto «integrado» de la odontología, pudiendo hacer partícipe al paciente de dicha visión, para que mientras se le informa de los pro y contra de determinadas actuaciones sobre la cavidad oral, las alternativas y, en fin, las informaciones y actuaciones necesarias, transformen al paciente en un copartícipe del cuidado y mantenimiento de su salud oral. Este concepto permitirá una mejora en la calidad de la asistencia odontológica, así como una comunicación racionalizada del odontólogo generalista con los diferentes especialistas, ya que el primero tendrá un juicio crítico lo suficientemente desarrollado para conocer sus limitaciones, o en su caso evitar al paciente molestias físicas o económicas realizando interconsultas innecesarias.

Siguiendo a Lombardía⁽³⁾, desde un punto de vista docente, la Odontología Integrada de Adultos debe entenderse como una disciplina *aglutinante, coordinada y complementaria*.

Aglutinante

Ya que sirve de punto de encuentro de todas las disciplinas, favoreciendo el intercambio de ideas, actitudes y conocimientos. Este punto permitirá soslayar uno de los mayores problemas presentes en la práctica actual de la profesión odontológica, cual es el aislamiento, ya que contribuirá a la comprensión de puntos de vista profesionales distintos del nuestro, y por supuesto, al haber un mayor intercambio entre las

G. Machuca
M. López
C. Machuca
J.V. Ríos
E. Velasco
A. Martínez-Sahuquillo
P. Bullón

El decálogo de Harden como base para la programación en Odontología Integrada de Adultos. Parte I: Concepto, bases metodológicas y necesidades docentes

- 10 distintas áreas, la contribución docente (no sólo a los alumnos sino también a los profesores) debe ser inestimable.

Coordinadora

Es quizás uno de los mayores potenciales de esta materia, ya que la perfecta sincronización de tareas teóricas y clínicas va a redundar en una perfecta integración de los conocimientos por parte de alumnos y profesores, y en una considerable mejora en la asistencia a los pacientes que acuden a las facultades de odontología, que van a ver resueltos sus problemas de una manera global, razonablemente rápida y satisfactoria. Tal como puede desprenderse del artículo de López y cols.⁽⁴⁾, realizado en la Clínica Integrada de la Facultad de Odontología de Sevilla, estos hechos traen como consecuencia un incremento en el prestigio de la Facultad de Odontología que esté desarrollando el procedimiento, con una elevación considerable del número de pacientes que demandan asistencia, así como de los ingresos económicos, lo que aseguraría la continuidad de la asistencia clínica, indispensable en estos centros docentes.

Complementaria

Ya que aglutinaría los solapamientos inevitables entre las distintas disciplinas, vehiculizándolos en pro de una correcta atención del paciente, intentando evitar a toda costa enfrentamientos carentes de sentido entre los diferentes perfiles.

En resumen, la Odontología Integrada de Adultos no será más que la parte de la ciencia estomatológica que se ocupa de *profesionalizar* a los futuros odontólogos, enseñándoles a tratar al paciente de manera globalizante que influya en la correcta realización de un diagnóstico, un plan de tratamiento y un pronóstico que deben conducir a la total restitución de la salud estomatognática dañada, y a la prevención de las secuelas de la enfermedad o de las consecuencias de un tratamiento inadecuado.

BASES METODOLÓGICAS DE LA PROGRAMACIÓN DOCENTE

A la hora de elaborar y desarrollar un proyecto docente, no debemos olvidar nunca que la finalidad principal de cualquier actividad educativa es, sin duda, el aprendizaje de los alumnos.

El aprendizaje se ha definido como *«un proceso que entraña un cambio casi constante en la forma de pensar, sentir y actuar del estudiante»*.

Se trata, por tanto, de un proceso personal influenciado por la motivación, y ambos constituyen dos variables que condicionan la actuación. A medida que el proceso del aprendizaje continúa, los patrones de respuesta se hacen más complejos, lo que, unido a los estímulos y a la motivación, va a condicionar el cambio de conducta final.

Como quiera que la motivación es un proceso individual intrínseco que varía de unos estudiantes a otros, lo único que puede hacer el profesor es descubrir los motivos y estímulos que pueden actuar sobre aquélla e intentar reforzarlos. El profesor presenta la materia y contribuye a fomentar la motivación extrínseca en forma de premio o castigo, pero es el estudiante quien tiene que aprender. La pedagogía actual insiste más, por tanto, en el *aprendizaje* que en la *enseñanza*⁽⁵⁾.

Según Blight, el profesor debe conseguir que el estudiante conozca los hechos, a su vez conozca los datos, que piense y que relacione ambas cosas para elaborar la comprensión de los mismos, y por último actúe^(6, 7).

La motivación principal que debe llevar al estudiante a la facultad de odontología es el deseo de aprender. Los profesores deben proveer los estímulos y la oportunidad para mantener tal motivación. Si el estudiante se ve inundado de datos y de material que no es capaz de absorber y carece de objetivos claros que alcanzar, se limitará a repetir lo que le han enseñado, pasando los exámenes, pero sin encontrar satisfacción en aprender o sin hacerlo tan rápida o efectivamente como sería de desear.

Aunque no existe un criterio universal sobre cómo se debe enseñar en las facultades de ciencias de

la salud, son aceptados los siguientes principios pedagógicos⁽⁸⁾:

- a) El aprendizaje depende de la capacidad intelectual, motivación y experiencias propias.
- b) El aprendizaje debe ser activo. Las técnicas docentes han de lograr que los estudiantes despierten el interés por la asignatura y adquieran los conocimientos con la ayuda del profesor y de las técnicas docentes empleadas.
- c) La motivación es un factor de gran importancia, debiendo ser atendida en el diseño del programa docente.
- d) El aprendizaje es más sencillo si se lleva de lo simple a lo complejo que en sentido inverso y si en cada etapa el alumno tiene la oportunidad de aplicar lo aprendido.
- e) El conocimiento teórico debe ser la base para la creación de patrones de comportamiento estandarizados frente a diversas situaciones de carácter práctico.
- f) A mayor reserva de patrones de comportamiento que el alumno sea capaz de generalizar, mayor será su capacidad para enfrentarse a problemas complejos o desconocidos.

La organización de un proyecto docente exige la realización de una serie de tareas que pueden ser clasificadas en cuatro grandes grupos, según las directrices establecidas en la *Guía Pedagógica de la OMS*⁽⁹⁾ en materia de ciencias de la salud, lo que configuraría la denominada «espiral de la educación», que comprende:

- A) El establecimiento de los objetivos y las tareas educativas.
- B) La planificación de un sistema de evaluación.
- C) La preparación y realización de un programa educativo, seleccionando las actividades de aprendizaje correspondientes y organizando estas actividades de tal modo que los efectos sean óptimos.
- D) La realización de la evaluación, evaluando la eficacia de los programas de formación, y apreciando los progresos realizados por los estudiantes.

Pero aunque pensamos que la organización de las susodichas tareas quedan perfectamente estructuradas

en dicha jerarquización, existen otras maneras de desarrollar una programación docente, que en ocasiones, además de aportar cierta originalidad, van a cumplimentar de una manera más objetiva y fácil de comprender los fines que se pretenden a la hora de planificar la docencia. Una de ellas sería la aplicación del llamado «Decálogo de Harden» a la planificación en Odontología Integrada de Adultos.

DECÁLOGO DE HARDEN Y ODONTOLOGÍA INTEGRADA DE ADULTOS (I)

La enseñanza de la Odontología Integrada de Adultos en las Facultades de Odontología debe seguir un método pedagógico igual al que se aplica a cualquier otra actividad docente.

En 1986, Harden⁽¹⁰⁾ publicó un trabajo sobre las 10 preguntas que deben plantearse para planificar un curso o curriculum. Vamos a planteárnoslas, intentando responderlas adecuadamente dentro del marco de la planificación de la docencia en Odontología Integrada de Adultos de una manera genérica, ya que aunque pensamos que la mayoría de los datos que vamos a presentar probablemente sean extrapolables a cualquier facultad de odontología española, la realidad legislativa y social de cada universidad es única, y estos criterios deberían ser adaptados a las circunstancias de cada una en particular. Debemos considerar que las respuestas a las siete primeras preguntas constituyen los elementos fundamentales del proceso educativo.

Estas preguntas formuladas por Harden, respondidas de acuerdo a la realidad de la enseñanza de la Odontología Integrada de Adultos, son las siguientes:

1) ¿Cuáles son las necesidades en relación al producto final que se quiere obtener?

Constituyen los objetivos del primer nivel y deben de estar encaminados a cubrir las necesidades sanitarias de la población.

El Servicio de Salud Bucodental de la Organización

512 Mundial de la Salud (OMS), junto con la Federación Dental Internacional (FDI), recomendaron el establecimiento de metas concretas para la salud bucodental como parte del programa «Salud para todos en el año 2000»⁽¹¹⁾. En este Plan se reconoce a la Universidad como un instrumento esencial para influir sobre la opinión pública, en tanto en cuanto debe tener un prestigio social importante, además de formar a los futuros profesionales sanitarios.

La estrategia establecida para la región europea de la OMS en 1984 exigía cambios radicales en las políticas sanitarias de determinados países, en los que se concedía prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, promoviéndose cambios fundamentales en los servicios asistenciales, desarrollándose la atención primaria de salud. Es por esto que cobra cada vez mayor importancia la prevención y la colectivización de los servicios sanitarios, lo que nos ha llevado desde hace unos años en España a un cambio radical de mentalidad en la profesión sanitaria⁽¹¹⁾.

Es por ello fundamental conocer las características de la población que va a ser tratada por los profesionales que formemos, la prevalencia de las enfermedades bucodentales en nuestro medio, el nivel de asistencia odontológica y la estructura sociosanitaria de la asistencia bucodental en nuestra comunidad.

En España, tras un continuo incremento del índice CAOD hasta 1984, en la actualidad puede detectarse un descenso que lo sitúa en 3,5 (severidad moderada)⁽¹²⁾, lo que indica que no sólo las directrices preventivas expuestas anteriormente en el plan «Salud para todos en el año 2000» distan de cumplimentarse, sino que hay una gran cantidad de tratamiento restaurador por llevar a cabo, si bien la preocupación de la sociedad por solventar sus problemas en lo que se refiere a obturaciones y sustitución de dientes perdidos ha aumentado de una manera considerable. Las campañas publicitarias efectivas, llevadas a cabo en su mayoría por firmas comerciales, y el aumento del nivel socioeconómico de nuestro país, parecen ser los responsables de esta mejora en los índices dentales. Sin embargo, debemos observar también que la

disminución en la prevalencia de caries va a originar en el futuro un cambio en las demandas de la población española, encaminadas a tratamientos en los que la estética juegue un papel fundamental, o imbricando diferentes ramas de la Odontología, por lo que la asignatura Odontología Integrada de Adultos va a cobrar cada vez más relieve.

En el caso particular de nuestra Comunidad Autónoma se dan una serie de circunstancias que siempre habrá que tener en cuenta a la hora de programar, y es que los bajísimos índices sociosanitarios andaluces inciden directamente en el estado de la salud oral en general. Al estudiar el estado periodontal de los andaluces en edad media de la vida (35-44 años) mediante el índice CPITN recomendado por la OMS, aunque encontramos datos parejos con el resto del país en los que se refiere a que la mayor afectación periodontal se produce referente a una mayor incidencia de cálculo y bolsas moderadas, si estudiamos las cifras cuidadosamente podremos apreciar que el porcentaje de individuos con sextantes sanos es bastante menor en nuestra Comunidad que la media nacional. Además la afectación periodontal moderada (bolsas entre 3-5 mm) es casi doble en Andalucía que en el resto de España^(12, 13).

Además de en el estudio de González y Bullón⁽¹³⁾, al que hemos hecho referencia anteriormente, es obligada la referencia a los estudios de Torres y cols.⁽¹⁴⁾, que encuentran una distribución parecida con un rango de edad más elevado.

Merece la pena hacer mención a los estudios de Rodríguez^(15, 16), Machuca y cols.⁽¹⁷⁾, y Nieves⁽¹⁸⁾, sobre el estado de salud oral de una población de pacientes gestantes de la provincia de Sevilla. Ambos estudios arrojan un índice de caries muy elevado (un 81,1% de las mujeres presentaban caries, con una media de 4/gestante), con un índice CAOD elevado (11,79), pero que aumentaba no a expensas de los dientes ausentes (con prevalencia baja), sino a expensas del número de dientes obturados (un 88,15% los presentaban). Aun así, las necesidades de tratamiento dental de esta población eran considerables. Las caries se daban con más frecuencia en mujeres que

habían tenido un embarazo previo anterior, lo que podría hacer relación a la importancia de esta patología durante el embarazo.

Aunque, presumiblemente por motivo de la juventud de la muestra, la pérdida de dientes y las necesidades de reposición protodéncica (sobre todo en lo que a completas se refiere) era casi nula; el 95% de las pacientes presentaba algún grado de patología periodontal, que se agrupaba predominantemente, al igual que en los grupos anteriores, en cálculo y bolsa moderada, lo que hacía su tratamiento muy asequible por parte de cualquier odontólogo competente.

También se encuentra en el citado estudio una frecuencia elevada de alteraciones de la articulación temporomandibular, que se relacionaba directamente, como era de esperar, con el número de dientes cariados, ausentes, las necesidades de tratamiento restaurador o quirúrgico y el índice CAOD.

La pirámide poblacional española actual ha evolucionado asemejándose a la de los países más industrializados del Norte de Europa, presentando un envejecimiento por la base y la cúspide de la pirámide, con una tasa de crecimiento que ronda el 1%, por lo que con las perspectivas actuales, tenderemos a tener una población cada vez más longeva, pero con menor número de nacimientos. Además, en España el fenómeno va a encontrarse agudizado ya que presenta en la actualidad una de las esperanzas de vida más altas del mundo (77 años en 1990) unida a una de las tasas de natalidad más bajas (1,3 hijos/mujer en 1990). Los estudios prospectivos de población preveen que para el año 2000 se habrán superado los seis millones de personas de este grupo de edad, que representa en términos porcentuales más del 15% de la población española⁽¹⁹⁾.

Esta población «vieja» que espera a los odontólogos del futuro, merced a la expectativa mayor de vida, al avance de las ciencias médicas y a los condicionantes arquetípicos actuales, no va a conformarse con llegar «sin dientes y con dentadura» a la tercera edad, sino que requerirá una conservación de sus dientes (en algunos casos a ultranza, mediante tratamientos periodontales y conservadores avanzados), manteniendo además una estética adecuada y demandando

tratamientos protodéncicos lo más escuetos y confortables posibles. Es por esto que una correcta integración de los tratamientos, con unos correctos esquemas diagnósticos de prioridades terapéuticas jugarán una parte importante. Esto condicionará una mayor «esperanza de vida activa», independiente, que es realmente a lo que se tiende, pero también profundos cambios de actitud de los profesionales sanitarios, como se ha apuntado anteriormente.

Los condicionantes anteriores hacen que los ancianos estén destinados a ser unos de los principales usuarios de los servicios de atención odontológicos por varias razones:

- Su importancia numérica.
- La disminución progresiva de los índices de caries en niños y jóvenes.
- El descenso del número de pérdidas dentarias parciales y totales.
- El aumento de prevalencia de caries radicular y coronal.
- La previsible mejora de su estatus socioeconómico⁽²⁰⁾.

En nuestro medio, en Andalucía, la población anciana representa un porcentaje del 11,71%. Este dato es importante porque se trata de una de las Comunidades Autónomas españolas con índices relativos más bajos, lo que es lógico, ya que el crecimiento de la población anciana está influenciado directamente por factores socioeconómicos, y es bien sabido que Andalucía es una de las Comunidades con tasas más altas de desempleo y analfabetización de Europa.

Aún más llamativos del mal estado bucodental de nuestra población, sobre todo en lo que respecta a la trascendencia actual de la mala política preventiva e informativa de épocas pasadas, son los datos de Obando⁽²¹⁾ sobre la salud oral de pacientes geriátricos de Sevilla y Huelva. Estos datos son de una especial trascendencia para nosotros a la hora de planificar la formación de nuestros futuros profesionales de la salud dental en la materia que nos ocupa. Es así, que esta autora, en un estudio realizado sobre 326 pacientes institucionalizados en asilos de Sevilla y Huelva, encuentra una delicada salud general, a la que había que unirle los efectos devastadores de su pésimo estado bucodental,

14 que se reflejaba en un grado de edentulismo de un 71,2%, un índice CAOD de 29,1 que se incrementaba con la edad, y en el que había que valorar que sólo un 4,3% de los pacientes tenía algún diente obturado.

Si el estado dental era malo, el grado de reposición prostodóncica no dejaba menos que desear. Aunque el uso de prótesis era superior al 40% había un gran número de ellas en mal estado, necesitando su reparación urgente, por lo que las necesidades de tratamiento protésico eran muy altas. A este alto grado de edentulismo con deficiente reposición protésica se unía una de sus consecuencias: un 25% de alteraciones patológicas de la articulación temporo-mandibular que contribuía a empeorar la calidad de vida de la muestra estudiada.

Al haber una gran proporción de fumadores y de pacientes con restos radiculares y demás factores irritativos, la presencia de patología de la mucosa oral estaba presente en el 17,8% de los pacientes, en los que se observaban sobre todo alteraciones linguales, leucoplasias, queilitis actínicas e infecciones candidiásicas.

Aunque los índices periodontales se ajustaban a la distribución de la población española en general, con una mayor prevalencia de los índices correspondientes a cálculo y bolsa moderada, el 76,9% de los individuos de la muestra hubieron de ser excluidos del estudio por ser edéntulos, lo que da idea del paupérrimo estado periodontal.

Según lo anteriormente expuesto podemos extrapolar que las necesidades no ya de prevención como sería de desear siguiendo las directrices comunitarias, sino de tratamiento odontológico en los pacientes de la tercera edad andaluces son elevadísimas. Esto debe hacernos pensar sobre el modelo de odontología integral que queremos enseñar, que debe tener un matiz eminentemente conservador, y más aún preventivo, para que las generaciones venideras no lleguen a edades avanzadas con una salud oral tan precaria.

Otro dato que debe condicionar la formación de los futuros odontólogos es la estructura de la asistencia dental en el medio en el que vayan a desarrollar su profesión en el futuro.

La primera característica de nuestro país frente a

casi todos los países de la Comunidad Económica Europea, es que el Estado no contribuye a cubrir casi ninguna faceta de la asistencia odontológica. El único tratamiento ofrecido por la Seguridad Social durante décadas ha sido la extracción dental y ciertos tratamientos de cirugía (exodoncia de dientes retenidos), aunque sí se ha cubierto toda la asistencia en lo que corresponde a cirugía maxilofacial. Aunque en los últimos tiempos ha habido intentos serios de remediar esta situación, como ha sido la creación de los Centros de Salud entre cuyas prestaciones se contaba una asistencia dental de tipo preventivo (con tartrectomías programadas, profilaxis y motivación para la salud oral, etc.). En nuestro ámbito de trabajo, todo este plan se ha visto desbordado en la Comunidad Andaluza por la gran cantidad de pacientes, que por motivos culturales o económicos que analizaremos posteriormente, reclaman la asistencia estatal convencional, esto es, la exodoncia. Es por esto que los programas preventivos de salud bucodental se han visto restringidos a la población infantil y los colegios, lo que al menos nos hace albergar la esperanza de que las generaciones futuras tengan unos planteamientos mejores para el cuidado de su cavidad oral.

Entre los factores culturales, que incluso a veces pueden llegar a tener más arraigo y ser más difícilmente solucionados que los económicos, se encuentra la idea de que «al dentista se acude cuando duele una muela», ya que la asistencia a la consulta dental siempre se ha asociado en nuestra Comunidad a «miedo y dolor», por lo que se ha diferido la asistencia al odontólogo hasta que era ineludible la visita. También hemos de destacar la dificultad que se planteaba para establecer tratamientos integrados en pacientes que consultaban por un problema puntual, y que no querían saber nada más del resto de su boca.

Entre los motivos económicos debemos destacar el hecho de que nuestra profesión, hoy día, es de tipo liberal, sin casi aportación estatal, con los únicos límites que le imponga la legislación vigente y la ética profesional personal. Esta circunstancia es causa de una serie de acontecimientos:

- La concentración de profesionales en grupos de

población que puedan sufragar el coste, en ocasiones elevado, del tratamiento dental. Hay que tener en cuenta que en nuestro país en la actualidad se dan paradojas tan interesantes como el hecho de que sobren dentistas (1/3.500 habitantes recomienda la OMS, mientras que en la actualidad hay 1/3.292 habitantes); sin embargo, en el ámbito rural, en Sevilla precisamente, en los pueblos de menos de 5.000 habitantes la relación es de 1/15.905⁽¹²⁾.

- El modelo de servicio ofrecido se caracteriza por actuar únicamente frente a la demanda de atención. Si hemos descrito que nos encontramos en una región pobre y desatendida en sus necesidades bucodentales estatalmente, vamos a tener como consecuencia que el mayor número de consultas va a ser por procesos dolorosos, molestos o alteraciones muy severas de la estructura dentaria. El modelo de enfermedad que se ajusta a estos patrones es la caries dental, sobre todo en sus estadios más avanzados, en cuyo tratamiento los profesionales de nuestro país han invertido casi todos sus esfuerzos tradicionalmente. Como consecuencia de este modelo de atención, los profesionales dentales españoles no han establecido medidas preventivas de ningún tipo, no ya a nivel comunitario, sino ni tan siquiera entre los pacientes que acuden a su consultorio.

De todos estos datos podemos extraer una serie de conclusiones importantísimas a la hora de desarrollar la docencia en Odontología Integrada de Adultos en España:

1. Debemos formar a nuestros profesionales del futuro atendiendo a lo expresado por la OMS en su plan «Salud para todos en el año 2000», con respecto a que la principal idea que debe primar en su quehacer diario es la prevención de las enfermedades orales, enseñándoles a motivar a la población en el cuidado oral, y a detectar precozmente los signos y síntomas de las enfermedades orales.
2. No debemos olvidar el medio en el que la mayoría de nuestros futuros alumnos van a desenvolverse, y las características de éste, de las que ya hemos hablado convenientemente. Es, por tanto, que nuestra formación no puede ir sólo encaminada a los

objetivos del punto anterior, que son para algunas Comunidades como la nuestra, desgraciadamente hipotéticos en buena medida, sino que debemos tener en cuenta los estudios sobre la salud oral de la población llevados a cabo en nuestro país, en cada una de las regiones, en los que se detecta una gran cantidad de patología dental, periodontal, de las mucosas, de la articulación temporo-mandibular, así como necesidades imperiosas de tratamiento periodontal, odontológico y prostodóncico, por lo que la formación de profesionales capaces de atender esta demanda de tratamiento integral, elevado pero no demasiado específico va a ser fundamental.

3. No debemos caer en el error de dar a los futuros odontólogos una formación intervencionista y mecanicista. Debemos intentar despertar en ellos la inquietud científica y la amplitud de miras de un profesional europeo de la Sanidad, para que así puedan responder a las necesidades futuras de la población de su entorno, que como se ha descrito anteriormente, van a responder más a modelos preventivos y de restauración integral de la salud bucodental perdida, con lo que ello lleva implícito de estética y otros condicionantes menos observados en tiempos pasados.
4. Por último, pero no por ello menos importante, y a la vista de que al parecer el tipo de asistencia dental que va a primar en España en un futuro inmediato es el privado, cuyo ejercicio adecuado precisa de una ética profesional adecuada, debemos inculcar a nuestros alumnos ese sentido de la ética para con sus pacientes y compañeros, para que ellos mismos y la sociedad se sientan orgullosos de una hermosa profesión, que ha sido tachada (a veces justa y a veces injustamente) de poco prestigiosa y mercantilista.

AGRADECIMIENTOS

A los Profesores Rafael Llamas y José Luis Gutierrez, responsables de las áreas de Terapéutica Dental y Cirugía Bucal, respectivamente.

G. Machuca
M. López
C. Machuca
J.V. Ríos
E. Velasco
A. Martínez-Sahuquillo
P. Bullón

El decálogo de Harden como base para la programación en Odontología Integrada de Adultos. Parte I: Concepto; bases metodológicas y necesidades docentes

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Laín Entralgo P. *Historia Universal de la Medicina*. Ed. Salvat. Barcelona, 1972.
- 2 American Dental Association. *Oral Health Care Guidelines*. Septiembre de 1989.
- 3 Lombardía T. *Proyecto Docente*. Universidad de Oviedo, 1991.
- 4 López M, Bullón P, Ríos JV, Machuca G, Martínez-Sahuquillo A, Velasco E. Coordinación en la Clínica Dental Integrada: Un Reto Docente. *Arch Odontost* (en prensa).
- 5 Argielles JL. *Comment former a la pratique des soins de santé primaires?*. Les cahiers du Cidesco, 1984.
- 6 Blight DA. The case for a variety of teaching methods in each lesson. *British Journal of Medical Education* 1970;4:202-212.
- 7 Blight DA. *What's the use of lectures?*. Penguin books. Random House. New York, 1972.
- 8 Miller GE, Fullop T. *Educational strategies for health professions*. Public Health, nº 61: WHO. Ginebra, 1974.
- 9 Guilbert JJ. *Guía pedagógica para el personal de salud. Organización Mundial de la Salud e Instituto de Ciencias de la Educación*. 5ª ed. Instituto de Ciencias de la Educación. Universidad de Valladolid. Valladolid, 1989.
- 10 Harden RM. Approaches to curriculum planning. Ten questions to ask when planning a course of curriculum. *Medical Education* 1986;20:458-466.
- 11 Organización Mundial de la Salud. *Los objetivos de Salud para Todos en el Año 2000*. WHO. Madrid, noviembre 1986.
- 12 Follana M, Noguero B, Llodra JC, Sicilia A. Demografía de la Profesión Dental Española. *Revista de Actualidad Odontostomatológica Española*, 1994; Número Monográfico I. Demografía de la Profesión Dental Española, 1993; 3-70.
- 13 González V, Bullón P. Estudio epidemiológico piloto de salud oral y necesidades de tratamiento periodontal en un grupo de adultos de 35-44 años en Sevilla. *Arch Odontostomatol Prev Com* 1989;4:45-50.
- 14 Torres F. *Valoración periodontal de 567 adultos de 15 a 70 años por el método CPTIN de la OMS*. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla, 1991.
- 15 Rodríguez JL. *Valoración del estado de salud Oral en una Población de Embarazadas de la Provincia de Sevilla*. Trabajo Fin de Carrera. Universidad de Sevilla, 1994.
- 16 Rodríguez JL, Machuca G, Machuca C, Ríos JV, Velasco E, Martínez-Sahuquillo A, Bullón P. Consideraciones sobre el tratamiento odontológico integrado de la paciente gestante. *Revista Europea de Odontostomatología* (en prensa).
- 17 Machuca G, Rodríguez JL, Lacalle JR, Machuca C, Ríos JV, Velasco E, Martínez-Sahuquillo A, Bullón P. Valoración del estado de salud oral en una población de embarazadas de la provincia de Sevilla. Estudio preliminar. *Avances en Odontostomatología Iberoamericana* (en prensa).
- 18 Nieves E. *Estudio multicéntrico del estado bucodental en una población de embarazadas de la provincia de Sevilla*. Trabajo Fin de Carrera. Universidad de Sevilla, 1995.
- 19 González A. *Presente y futuro de la población andaluza. I Congreso de Demografía Urbana y Regional*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas e Instituto Demográfico Español. Madrid, 1991.
- 20 Subirá C, Cuenca E. *Programa piloto de atención integral a mayores de 65 años. Odontología (1)*. Facultad de Odontología. Barcelona, 1993.
- 21 Obando R. *Estado de Salud Oral en una Población Geriátrica Institucionalizada de Sevilla y Huelva*. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla, 1994.