



La clínica como estrategia didáctica

En el contexto de la
Facultad de Odontología
de la Universidad
de Antioquia

Nelson Cortés Castaño¹

Introducción

El presente trabajo monográfico es el resultado —la evaluación a posteriori— de mi labor educativa de más de treinta años en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. El tema

1. Odontólogo, Especialista en Ortodoncia, Especialista en Didáctica Universitaria, Magíster en Ciencias Sociales. Correo: ncortes001@gmail.com.

objeto de estudio, la clínica como estrategia didáctica, tiene como propósito hacer una reflexión, en conjunto con algunos profesores de esta dependencia de la Universidad, sobre el rol que ellos desempeñan como docentes de clínica comprometidos con la educación de estudiantes. Se trata de indagar, entre muchas cosas posibles, sobre el credo teórico-educativo en el que se apoya la práctica profesional, sobre cuál ha sido la concepción de la odontología acerca de la didáctica y sobre el tipo de estrategias de enseñanza empleadas.

La monografía, en su primera parte, está orientada al estudio del marco teórico desde el cual la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia ha construido, en sus últimos cincuenta años, sus prácticas de enseñanza. Se examinaron diversos constructos teóricos propios de la profesión, como el proceso salud-enfermedad, el modelo docencia-servicio, la práctica odontológica y la clínica integral; igualmente, algunos conceptos aportados por la educación, como currículo, objeto de estudio y modelo pedagógico, que, en conjunción con los anteriores, les han dado soporte a los discursos sobre la enseñanza de la odontología. Lo anterior, para poder introducir los conceptos centrales de la monografía: estrategia didáctica, método científico, procedimiento terapéutico y experiencia ético-estética.

En la segunda parte se presenta el trabajo realizado con un grupo de profesores de clínica,² con el cual se procedió de diferentes maneras: en forma escrita —mediante encuestas—, oral —por medio de entrevistas— y conversacional —durante una reunión grupal—.

El proceso investigativo con los docentes no se limitó a la indagación sobre las actividades realizadas durante el proceso instructivo sino que avanzó, en un enfoque hermenéutico, hacia la comprensión e interpretación de los discursos escritos y orales expuestos por ellos

2 Conformado por quince profesores de ambos géneros y de diferentes campos especializados de la odontología, con amplia trayectoria como docentes de clínica.



para saber cómo guiaban la reflexión sobre el objeto de estudio y cómo procedían para el logro de algunos objetivos, a saber: relacionar las teorías de enseñanza y aprendizaje, propiciar en los estudiantes una actitud crítica, implementar estrategias didácticas, integrar la docencia y el servicio, abordar los temas de su campo disciplinario, orientar a los estudiantes hacia la resolución de problemas y establecer relaciones de mutuo respeto tanto con los estudiantes como con los pacientes.

La hipótesis que orientó el presente trabajo monográfico es la siguiente: la clínica odontológica debe favorecer, además de la realización de procedimientos terapéuticos, una actitud científica y una experiencia ético-estética. En otras palabras, la clínica odontológica, como estrategia didáctica, debe cumplir varios fines, es decir, satisfacer ciertas necesidades de orden: a) pedagógico: relacionadas con la implementación de estrategias de aprendizaje para que el estudiante adquiera los conocimientos, la habilidad y las destrezas propias de la profesión, b) académico: concernientes al desarrollo de conocimiento científico pertinente y c) social: como respuesta científico-técnica y ética a las demandas individuales o colectivas.

Lo expresado anteriormente permite develar ciertas problemáticas propias de la clínica odontológica actual. La primera, que el espacio didáctico que abre la clínica circunscribe el objeto de estudio a la enfermedad —la clínica del signo—; la segunda, que, a pesar de lo anterior, lo central de la clínica no parece ser la reflexión sobre la enfermedad, sino su intervención —instrumentada del órgano afectado—; la tercera, derivada de las dos anteriores, que el enfermo dejó de ser *un fin en sí mismo* y se convirtió en un *medio*, en un *recurso* que provee la institución para el aprendizaje de los estudiantes.

La hipótesis de trabajo indica, entonces, que en la clínica no sólo se pueden —y se deben— realizar procedimientos odontológicos para atender las diferentes afecciones de la cavidad bucal, sino que allí pueden tener lugar otras posibilidades. La primera, consecuencia de

La hipótesis de trabajo indica, entonces, que en la clínica no sólo se pueden —y se deben— realizar procedimientos odontológicos para atender las diferentes afecciones de la cavidad bucal, sino que allí pueden tener lugar otras posibilidades.

poner al estudiante en contacto con la realidad del organismo enfermo, está relacionada con el proceso de racionalización sobre la enfermedad cuando se articulan los signos y los síntomas con sus causas, es decir, cuando se hace el diagnóstico. Este primer esbozo de investigación indica que en la clínica se puede seguir el rigor del método científico que se inicia en lo real del organismo —como proceso de inducción a partir de lo particular de los sig-

nos y de los síntomas—, del cual se abstraen consideraciones generales sobre la enfermedad para, posteriormente, mediante un proceso deductivo, volver a él para la implementación de los principios establecidos.

La segunda posibilidad es que el diagnóstico “debe poder ver más allá del caso a tratar (y del objeto a estudiar), para captar al hombre en la totalidad de su situación vital” (Gadamer, 1996: 56-57). Las palabras de Gadamer dan cuenta de la experiencia ético-estética presente en los tipos de encuentros que posibilita el acto clínico odontológico: desde el punto de vista del servicio, el del clínico con el paciente, y desde el punto de vista educativo, el del docente con el discente; actos que implican a los sujetos de diferente manera: al profesor en cuanto enseñante, al estudiante como aprendiz y al enfermo en tanto paciente.

Lo anterior indica que, aunque las carreras universitarias, como la odontología, deben determinar tanto un objeto teórico o de estudio —los saberes— que explique el campo de dominio propio de la profesión como un objeto empírico o de intervención —conjunto de prácticas



relacionadas con el trabajo mismo—, la educación del estudiante no puede reducirse exclusivamente al dominio de la teoría y de la técnica, dejando de lado a los sujetos que hacen posible que ellas sean consideradas prácticas sociales.

Si el profesor no tiene claridad sobre su rol como docente se pueden presentar, al menos, dos problemáticas: la primera, que no sepa proyectar la clínica más allá del desarrollo de destrezas motrices para la implementación de procedimientos y técnicas, dejando de lado la atención individual a personas —el encuentro intersubjetivo— y el estudio sistematizado de la enfermedad —el desarrollo de una actitud científica—. La segunda, aceptando que el objetivo de la clínica fuese solamente el desarrollo de destrezas motrices y la implementación de procedimientos y técnicas, que desconozca cómo implementar estrategias didácticas para un mejor aprendizaje por parte de los estudiantes. Esto último fue lo que se indagó con el trabajo de campo —y lo que justificó el trabajo monográfico—: saber qué y cómo enseña el profesor; además, cuáles son las estrategias que emplea para el cumplimiento de su compromiso docente-educativo.

En resumen, la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia tiene en sus instalaciones espacios de práctica denominados *clínicas* donde los estudiantes aprenden haciendo, es decir, desarrollan habilidades y destrezas para la atención a pacientes. Se pretende indagar si también en ellas el profesor favorece el desarrollo de una actitud científica y ética; es decir, si el amplio campo de posibilidades de formación que abre la clínica se ha reducido sólo al aprendizaje e implementación de procedimientos y técnicas, o se puede ampliar, también, al estudio sistematizado y objetivo de las enfermedades y al establecimiento de una relación profesor-estudiante-paciente. El planteamiento del problema se resume de la siguiente manera: ¿cómo convertir la clínica odontológica en una estrategia didáctica que favorezca, además de los aspectos técnicos, la investigación y la dimensión ético-estética?

El estado del arte

Desde la década de los cincuenta, cuando se incorporaron las *clínicas integrales* al plan de estudios del programa de Odontología de la Universidad de Antioquia, las investigaciones sobre las actividades clínicas, en esta dependencia, se han encaminado a evaluar más el componente de servicio de salud que el aspecto educativo de las mismas; pocas investigaciones han evaluado el aprendizaje de los estudiantes. Si se busca en la red, no aparece ninguna en particular que se haya ocupado de estudiar la *clínica como estrategia didáctica*. De los trabajos existentes hay que destacar los realizados por los profesores Raúl Mejía y Fanny Yepes (1997 y 1998) y por las profesoras Beatriz Castañeda y Martha L. Salinas (2003).

Mejía y Yepes (1998: 87,91) se propusieron, al evaluar diferentes características de las clínicas integrales, “tener una visión del papel que desde hace cuarenta años vienen cumpliendo las clínicas integrales en los aspectos curriculares y de prestación de servicios”. Aunque los investigadores tuvieron la intención de no “limitarse sólo al enfoque de los aspectos operativos de las clínicas integrales”, sino abordar también “las clínicas integrales desde la perspectiva pedagógica, relacionada con los aspectos curriculares”, finalmente terminaron haciendo lo primero.

Para el logro de su objetivo dividieron su estudio en dos períodos: 1970-1989 y 1990-1996. Los investigadores encontraron que durante el primer período las clínicas integrales, aunque reunieron las actividades antes realizadas en clínicas separadas, no superaron el enfoque tradicional de atención enmarcado en el paradigma biotecnológico. Hallaron, asimismo:

Excesivamente desfavorables aspectos como la oportunidad y la continuidad que son esenciales al estudiar la calidad de un servicio [...] Debido a los resultados aberrantes de la continuidad, podría afirmarse que uno de los más graves problemas de funcionamiento de las clínicas de la Facultad [...] resulta ser la gran falta de consideración y respeto por el paciente, en el cual están involucrados diferentes aspectos institucionales [...] Para poder



lograr la sola modificación favorable de los resultados de la continuidad, se requeriría un cambio sustancial tanto de los aspectos metodológicos y filosóficos de la docencia en las clínicas, como en los específicos de un serio respaldo político-administrativo institucional (Mejía y Yepes, 1998: 92-100).

Para el período 1990-1996, los investigadores concluyeron:

La investigación que se divulga muestra, en la primera etapa estudiada, hallazgos similares a los observados de 1990 a 1996, lo cual indica que las clínicas integrales no han tenido cambios de fondo en los aspectos curriculares ni el enfoque de servicio desde 1970 hasta la fecha de terminación del estudio. Algo más, ningún hecho especial se ha dado de 1996 a 1998 que amerite sospechar que algo pueda haber cambiado en estos dos años en el aspecto curricular o en el de servicio de salud, ni en la práctica ni en lo actitudinal (1998: 100).

Castañeda y Salinas (2003: 30) destacan en su investigación la importancia de la evaluación formativa del estudiante, dado que “promueve la retroalimentación del aprendizaje y los posibles cambios en la actividad didáctica para facilitar el logro de los objetivos”. Lo anterior, dicen, contrasta con lo que se hace en la Facultad de Odontología, específicamente en la práctica clínica, donde “se ha llevado un tipo de seguimiento del trabajo diario de cada estudiante, pero no del aprendizaje del estudiante mismo; es decir, una cuantificación de lo elaborado por cada paciente, sin relación con unos objetivos de aprendizaje determinados o con unos objetivos de conocimiento por aprehender” (p. 30).

Más adelante agregan:

Si nuestro modelo pedagógico considera las distintas dimensiones del aprendizaje: aprender a aprender, aprender a hacer y aprender a ser, entonces el sistema evaluativo también deberá considerarlas, integrando varios procesos, la evaluación aptitudinal (el saber conceptual y el saber hacer) y actitudinal (el saber ser y el saber actuar) [...] No puede justificarse ni mucho menos evaluarse un hacer sin los conceptos que lo fundamentan; en ese sentido, la evaluación conceptual busca que el estudiante tenga una respuesta frente a datos, hechos y conceptos, para lo cual debemos facilitar en el estudiante procesos de asociación que permitan evocar o

reconocer determinados conceptos o nociones. La evaluación entonces debe ser lo suficientemente confiable para valorar, más que el resultado, el proceso que lo originó, y suficientemente válida como para medir lo que se quiere medir (p. 33).

Marco de referencia

El nacimiento de la clínica

Se puede hacer una distinción semántica entre los términos clínica y hospital: mientras los hospitales fueron lugares creados, en épocas muy remotas, para la asistencia pública, las clínicas fueron territorios situados para complementar la instrucción de los médicos.

Para situar la problemática anteriormente señalada, es conveniente partir de lo que las personas, en general, entendemos por *clínica*: lugar donde habitualmente se ejerce la medicina; recinto sanitario donde se trata la enfermedad. El término ‘clínica’ deriva del griego *klíne*, que significa lecho, cama. El *Diccionario terminológico de ciencias médicas*

trae la siguiente definición: “Institución médica en la que se enseña la práctica del arte médico junto a la cama de los enfermos”. Se puede hacer una distinción semántica entre los términos clínica y hospital — ambos con la connotación de sitio o de lugar—: mientras los hospitales fueron lugares creados, en épocas muy remotas, para la asistencia pública, las clínicas fueron territorios situados para complementar la instrucción de los médicos. No obstante el arraigo del concepto de clínica como lugar, éste no puede reducirse a espacio físico, pues, de ser así, se perdería el sentido que le asignó la medicina moderna: proceso de racionalización que se hace sobre la enfermedad, mediante el cual se relacionan signos y síntomas con causas, con la correspondiente traducción en un significado al que se llama diagnóstico.

En el siglo *XI* existía una diferencia entre los funcionarios que practicaban el arte de curar, una diferencia relacionada con el nivel de



conocimientos y con la experiencia de los agentes de la salud. Por un lado, estaban los *médicos* (los doctores) y por el otro los *oficiales de la salud*. Entre los médicos había, incluso, una distinción: doctores en medicina y doctores en cirugía, diferencia fundamentada en si el “objeto de la intervención” se localizaba en lo interno o en lo externo del organismo.

En esa época los médicos recibían su enseñanza teórica en una de las escuelas de medicina existentes y completaban la misma con algunas experiencias clínicas. Los oficiales de salud, por su parte, no requerían de enseñanza escolarizada pero sí era necesario para ellos “atestiguar algunos años de práctica en hospitales o como ayudantes privados de un doctor” (Foucault, 1989: 121). A ellos se les encomendaba la atención de las gentes del pueblo, de los campesinos que, dado su trabajo, se afectaban más por *enfermedades externas* que no necesitaban de un conocimiento teórico profundo. La práctica exigida al oficial de salud contrasta entonces con la “iniciación clínica” del médico, estructura mucho más fina y compleja en la cual se integran el saber y la experiencia, asunto que es fundamental para entender el rol social que cada uno de ellos debía cumplir.

El hospital que funcionó desde la Edad Media hasta el siglo XVIII “no era, por ningún concepto, un medio de cura, ni había sido concebido para curar” —la experiencia hospitalaria no se incluía en la formación del médico—. En dicho período de la historia “el hospital era esencialmente una institución de asistencia a los pobres”, para prestar ayuda material (comida) y espiritual (últimos sacramentos) a las personas que iban a morir, de cuya misión se encargaba un personal caritativo, religioso o laico.

Con el ingreso de los médicos a los hospitales —en razón de intereses económicos y políticos de los Estados— se crean las condiciones para que en dicho lugar aparezca “la clínica como la dimensión del hospital” (p. 71), donde se complementará el saber del médico que hasta ese momento sólo se impartía en la escuela y que estaba condensado

en los grandes tratados de medicina. A partir del siglo XIX se articularán el hospital, la clínica particular, el laboratorio y la biblioteca; se redefinirá un nuevo campo de objetos para la medicina; y surgirá un inexplorado discurso, el de la clínica.

Es posible que en un período muy primigenio de la medicina, la atención del médico estuviera dirigida hacia el padecimiento del enfermo —sin separarlo de su enfermedad—; pero con la instalación de la clínica en los hospitales, la enfermedad se consolida como el objeto de estudio de la medicina y el enfermo queda desplazado de su condición de sujeto de atención y pasa a ser instrumento de aprendizaje.

Institucionalización de la práctica odontológica

Aunque la historia le reconoce al dentista francés Pierre Fauchard el haber compendiado y sistematizado el conocimiento odontológico de la época en su obra *Le chirurgien dentiste*, publicada en 1728 (González, 1998: 62) —y lo nombra, además, como “el padre de la odontología en Occidente”—, la odontología no inicia su legitimación social, es decir, el reconocimiento como profesión, hasta 1840, cuando se crea en Estados Unidos el primer centro de enseñanza del mundo: la Escuela de Cirugía Dental de Baltimore (p. 970), nacida como institución privada, al margen de la universidad. Sólo en 1923, la Escuela de Baltimore se incorpora a la Universidad de Maryland. No obstante el proceso de institucionalización iniciado, la Escuela Dental de Baltimore no allanó la desintegración existente entre la teoría, los conocimientos biomédicos y la práctica, la clínica dental; mientras la primera se enseñaba en la escuela y por médicos, la segunda se ofrecía en forma preceptoril, en los consultorios privados de los dentistas, tal como se venía haciendo en el siglo XVIII.

En Colombia, el proceso histórico ha sido más o menos similar al que se vivió en Estados Unidos. En 1888, 1891 y 1919 se crean tres cen-



tros privados para la enseñanza de la dentistería: los Colegios Dentales de Bogotá, Cartagena y Medellín, respectivamente. En 1930 se crea la Escuela Nacional de Odontología como un ente dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, y funcionó, administrativamente, de esa manera, hasta 1941, cuando es elevada a la categoría de Facultad de Odontología (Duque y López, 2002).

En 1932 se crea la Escuela Dental de Medellín y, después de un cierre temporal, se reabre en 1938 como una dependencia adscrita a la Universidad de Antioquia (Payares y Arango, 1991: 55-57). El profesorado, dice Javier Echavarría, “estaba conformado en su mayoría por médicos que entusiastamente colaboraron y dieron orientación a la profesión dental hacia el cuidado y prevención de las enfermedades orales” (cit. Payares y Arango, 1991: 58). En 1941 la Escuela Dental de Medellín recibió, también, la investidura de Facultad de Odontología. Como puede apreciarse, tuvieron que pasar muchos años para que las facultades de odontología, extranjeras y nacionales, construyeran su propio espacio y adquirieran autonomía académica y administrativa —sin la mirada tutelar de la medicina—; para que sus conocimientos, tanto biomédicos como biotécnicos, fueran enseñados mayoritariamente por odontólogos.

Rastreo al concepto de clínica en la historia académico-administrativa de la Facultad de Odontología

En el año 1950, la Facultad de Odontología inicia una reforma al plan de estudios, bajo la dirección del dentista americano Lester W. Burket. Para la década de los cincuenta, como lo relatan Payares y Arango (1991: 67), el plan de estudios estaba dividido en tres etapas: ciencias básicas, materias técnicas odontológicas (preclínicas) y práctica clínica, y se desarrollaba en íntima relación con las políticas de la Facultad de Medicina y del Hospital San Vicente de Paúl.

En 1956, durante el Seminario de Educación Dental realizado en la ciudad de Bogotá, se habló por primera vez de la importancia de la

creación de las clínicas integrales en el plan de estudios de las facultades de odontología (p. 67). Para el año 1958 ya se había creado una clínica integral en el último semestre de la carrera de Odontología (Facultad de Odontología, 1958).

En 1961 se funda el Departamento de Odontología Preventiva y Social y se propone el modelo preventivo-social, mediante el cual se pretendía el desarrollo de algunas actividades del plan de estudios — prácticas sociales— por fuera de las instalaciones de la Facultad. Se incorpora así “una doctrina preventivista en la formación del recurso humano, con cierto énfasis en el aspecto social, a una concepción más integral del objeto de conocimiento odontológico” (Arango, 1990: 42). Bajo la aplicación de dicho modelo, puntualiza Arango, “es posible hablar de las diferentes dimensiones constitutivas del ser humano, a saber, lo biológico, lo psicológico y lo social” (p. 47).

Para la década de los sesenta, la Facultad de Odontología estaba en la búsqueda de un *profesional integral*³ competente para enfrentar problemáticas diferentes a las meramente biotécnicas —referente que llevaba implícito el concepto de formación integral—: “El concepto de odontólogo integral no aparece claramente definido, sino que se señalan una serie de características formales que se esperan de este tipo de profesional” (p. 35). La organización académico-administrativa y el plan de estudios, en lo fundamental, continuaban orientados a hacer de la odontología moderna una “medicina de la boca” en la que al paciente se le consideraba sólo como un organismo viviente a quien la institución no supo ubicarlo como el centro de atención, acorde con sus demandas, sino que lo adecuó a las necesidades de las clínicas, como medio de aprendizaje.

La profesión persistía en una clara distinción entre práctica odontológica y práctica clínica, conceptos que al equipararse se utilizaban

3. Aquel que, además de estar científica y técnicamente capacitado para atender los problemas de la cavidad bucal, comprende las necesidades del país para que pueda ser un líder de la comunidad (Facultad de Odontología, 1973).



indistintamente como el hacer técnico-instrumental del odontólogo. Con la reducción de la dimensión social de la práctica odontológica a mera técnica —a práctica dental—, no sorprende, entonces, que la profesión entendiera por Odontología Integral la confluencia de todos los conocimientos y técnicas existentes —atomizados en ese momento en especialidades— en una clínica a la que se denominó “integral”.

Como bien comentan Payares y Arango (1991: 87), “La clínica integral es homologada a tratamiento integral y a odontología integral. Parece, pues, que la preocupación por ‘lo integral’ estuviera completamente centrada en un nivel técnico-operativo”. Finalmente, se pudo definir la Clínica Integral así: “Se busca dar una visión lo más completa de lo que es un tratamiento integral de acuerdo con cánones modernos. El alumno tiene la oportunidad de practicar todas las ramas de la odontología integral en un solo paciente, como si estuviera en su propio consultorio” (Facultad de Odontología, 1965).

En 1988 el Consejo de la Facultad de Odontología aprueba un nuevo marco conceptual que establece una ruptura con los que le precedieron en lo referente a la concepción que se tenía del proceso salud-enfermedad y de la práctica odontológica; igualmente, se establece como indispensable para la formación del recurso humano odontológico el modelo educativo docencia-servicio (Facultad de Odontología, 1988).

En el año 1989 se realiza un seminario-taller con el objetivo de evaluar, en forma crítica, el proceso de reforma iniciado en el año anterior. Con relación a la clínica se concluye: “tomar el trabajo clínico como un eje integrador, muy importante en el desarrollo de los objetivos sociales y éticos, además de los aspectos técnicos que han predominado en el proceso educativo de la Facultad” (Payares y Arango, 1991: 125). Los profesores continuaban empeñados en integrar lo que de hecho no podía estar desintegrado: la teoría —el saber que se discutía en el salón de clase— y la práctica —el hacer que se implementaba en la clínica—.

En 1993, el Consejo Superior de la Universidad de Antioquia aprueba un nuevo currículo para la Facultad de Odontología, fundamentado en las reflexiones que los profesores habían realizado meses atrás sobre la estructura académica y administrativa de esta dependencia. En 1997 entra en crisis la propuesta de transformación curricular; se nombra una comisión triestamentaria que tuvo por objetivo revisar, entre otras cosas, el marco conceptual, la estructura general del plan de estudios y el modelo docencia-servicio (Facultad de Odontología, Marco Referencial, 2001). Apenas se iniciaba un proceso de transformación curricular con miras a construirle a la profesión un estatuto epistémico; pese a todo, la “formación integral” aún se entendía como la yuxtaposición de conocimientos y de habilidades y las actividades clínicas continuaban orientadas al tratamiento de las enfermedades de la boca y al desarrollo de destrezas manuales.

Del año 2000 al 2004 no se introdujeron cambios importantes al marco conceptual existente. Se confirmaron, con algunas observaciones, el modelo docencia-servicio —como proceso investigativo—, el modelo pedagógico —como metodología activa— y la clínica integral —como la principal estrategia para la integración del conocimiento—.

Con respecto a la primera confirmación, se insistió en la importancia de que la investigación formativa se incorporara como eje actitudinal a la docencia y al servicio, de manera que la escogencia de los contenidos académicos —el componente académico del plan de estudios— fuera el resultado de la investigación de las necesidades que se detectaban en el componente de servicio. Con relación a la segunda, se consideró indispensable que los cursos del plan de estudios —incluidos los clínicos— se desarrollaran alrededor de problemas, necesidades o situaciones que le permitieran al estudiante integrar los contenidos temáticos de las diferentes áreas del conocimiento y el desarrollo del espíritu científico. En lo tocante a las clínicas de la Facultad, se criticó que “están en mora de realizar un replanteamiento de sus concepciones, contextualizaciones y operativizaciones,



porque generalmente son el producto de una mirada unidisciplinar o especializada y parcializada” (Facultad de Odontología, Informe Consolidado 2004: 8-13).

Contextualización

La Facultad de Odontología fue, si no la primera, una de las primeras dependencias de la Universidad de Antioquia en iniciar un proceso de transformación curricular acorde con las políticas que en educación se venían gestando de tiempo atrás en América Latina (Unesco/Orelac, 1993: 30) y que, en Colombia, dieron origen a nuevas leyes —Ley 30 de 1992 y Ley 100 de 1993—. En el marco conceptual de la Facultad de Odontología de 1998 —Acta 055 del Consejo de Facultad— se señaló una serie de circunstancias conceptuales y académico-administrativas que deberían modificarse:

La práctica educacional odontológica ha sido predominantemente informativa, exigente de un comportamiento predeterminado y confinada al ámbito intramural. Ha carecido de un compromiso científico y social frente a las condiciones socioeconómicas y de la salud del país y de la región [...] que incide en una formación alejada de la realidad, carente de capacidad de acción crítica, creadora y objetiva que permita a sus egresados explicar y transformar la realidad, adquirir responsabilidad social y tomar decisiones.

El enfoque integrador del marco conceptual —la salud y la enfermedad, la docencia y el servicio, lo clínico y lo socio-epidemiológico— permitiría, en lo fundamental, redimensionar el concepto de práctica odontológica y cumplir con sus funciones: la prestación de servicios, la formación de recursos humanos y la generación de conocimientos científicos; funciones que, a su vez, se expresarían en los diferentes niveles de integración: la odontología integral, la clínica integral, el tratamiento integral y, finalmente, la atención integral.

Para una mejor comprensión del concepto central de la presente monografía, es conveniente averiguar cómo se han definido —y entendido— algunas de las nociones propias de la profesión; y, también,

las aportadas desde la educación, constructos teóricos que han servido para fundamentar el proceso docente-educativo.⁴ Esas nociones son las siguientes:

El proceso salud-enfermedad humano fue asumido como “una cualidad de los seres vivos y una expresión particular de la vida humana. Es al mismo tiempo un concepto biológico y social. Por eso el proceso salud-enfermedad presenta varias dimensiones y niveles explicativos, la determinación social constituye su eje explicativo fundamental” (Facultad de Odontología, 1998).

A pesar de que la Facultad de Odontología asumió como su objeto de estudio⁵ el proceso salud-enfermedad en su componente bucal, los profesionales, en general, no lo asumieron como un objeto teórico en proceso de transformación, sino como un objeto natural —como diente—, circunstancia que condujo a que los profesores, por lo general, sólo hicieran disquisiciones sobre lo orgánico del proceso, al margen de las consideraciones sociales e históricas que lo determinan. No es de extrañar, entonces, que las especialidades odontológicas hayan construido su propio objeto de estudio, acorde con la porción del organismo que intervienen.

El modelo docencia-servicio está definido como:

La conjunción de esfuerzos y de recursos entre la institución formadora, la institución prestadora de servicios y la comunidad, para que, partiendo de la producción de conocimientos científicos, ejecuten acciones para el mejoramiento de las condiciones de salud de toda la comunidad o de parte de ella (Facultad de Odontología, 1998).

-
4. Proceso sistémico que se ejerce en las instituciones educativas, que posee fundamentos teóricos que lo sustentan, que relaciona el mundo de la vida con el mundo de la escuela y que cuenta, además, con un personal especializado para su ejecución: el docente, a quien le corresponde realizar la mediación entre el saber a enseñar y el sujeto que aprende.
 5. La ciencia lo nombra como objeto de conocimiento o de investigación, mientras la educación lo denomina como saber a enseñar (Chevallard, 1991: 16-17).



Con dicho modelo, los estudiantes de odontología no solamente aprenderían los procedimientos terapéuticos, con su correspondiente fundamentación científico-técnica, sino que se formarían en una perspectiva mucho más amplia de atención en salud, como lo proponía el método integral.

Aunque el modelo docencia-servicio se presenta como un todo inseparable, se puede percibir que se le ha orientado más hacia el componente del servicio de la práctica odontológica —la institución prestadora de salud y lo real de la enfermedad—, que hacia el componente educativo —la institución educativa y el estudiante—. Es decir, aunque en su concepción original el modelo estuvo pensado para “el análisis y reconceptualización permanentes, que permitan, por un lado, la evaluación, ajuste y retroalimentación continuos del currículo y por otro contribuir a la solución de problemas concretos de salud y enfermedad en la comunidad” (Facultad de Odontología, 1998), sus funciones son más administrativas que educativas, orientadas a planear, programar y evaluar las actividades del servicio y a resolver problemas concretos de la cavidad bucal de las personas que asisten a las clínicas. Se requiere, entonces, como reza el marco conceptual, “de una oportunidad para que el modelo docencia-servicio pueda mostrar su validez por medio de una práctica odontológica más amplia que permita reconocer su viabilidad y utilidad para la producción del recurso humano” (Facultad de Odontología, 1998).

La práctica odontológica ha sido entendida como una respuesta científica, técnica y social a las necesidades de salud individuales y de la colectividad (República Dominicana, 1989: 6). No se deben asumir como sinónimos los términos práctica odontológica y atención clínica odontológica porque, mientras la primera es un referente teórico conceptual que habla de la dimensión social de la odontología, la segunda —también nombrada como práctica clínica— es el último eslabón del componente de producción de servicios; por lo tanto, la práctica odontológica no se puede reducir a los procedimientos técnicos que se realizan durante el acto clínico odontológico.

La odontología integral es el primer nivel de integración con la práctica odontológica que, como concepción idealizada de la odontología, integra de manera operacional “la producción de conocimientos, de recursos humanos y de servicios alrededor del proceso salud-enfermedad bucal” (Arango, 1990: 40). En ella se compendia una concepción holística de la práctica que articula lo clínico-socio-epidemiológico y que tiene como finalidad la atención a seres humanos.

La clínica integral es una de las estrategias fundamentales para la formación de odontólogos que aproxima al estudiante a la *práctica clínica*, en términos actitudinales, aptitudinales, de habilidad y de destrezas. Tiene como objetivo la racionalización del proceso salud-enfermedad sin separar sus dimensiones biológicas, psíquicas y sociales. La clínica integral debe diferenciarse de la *clínica integrada* porque mientras la primera es el efecto resultante de una política de integralidad gestada alrededor de una problemática compleja de salud, la segunda es una yuxtaposición de conocimientos y de procedimientos biotecnológicos de las diferentes especialidades odontológicas, alrededor de un problema de la cavidad bucal.

La clínica integral incorpora en su concepción aspectos socio-epidemiológicos y articula procesos académico-administrativos en un intento por superar el modelo biologista existente.

La clínica integral incorpora en su concepción aspectos socio-epidemiológicos y articula procesos académico-administrativos en un intento por superar el modelo biologista existente. Mediante ella se pretende que los pacientes sean considerados “como unidades bio-psico-sociales para que su estado de salud-enfermedad bucal sea analizado con un criterio de totalidad con relación al resto de las estructuras y sistemas orgánicos” (Arango, 1990: 47).

El tratamiento integral es un efecto de una concepción holista del enfermo, como unidad bio-psico-social, que integra de



manera coherente los diversos conocimientos teórico-prácticos y hace la adecuada selección de los procedimientos terapéuticos que se implementarán durante el acto clínico.

La atención integral, también conocida como práctica clínica o práctica dental, es el último eslabón del componente de producción de servicios de la práctica odontológica que se materializa en el acto clínico mediante la aplicación individual de las técnicas apropiadas para la resolución de problemas concretos de la cavidad bucal y áreas anexas. Es la fase operativa o instrumental que el profesional realiza sobre objetos concretos: dientes, encías, huesos, etc.

Los términos *tratamiento* (integral) y *atención* (integral) también suelen confundirse dada la dificultad de establecer una clara demarcación entre ambos momentos; sin embargo, se pueden diferenciar ya que el primero se entiende como el discernimiento y selección de las terapias más ajustadas a la condición particular de cada paciente —la fase deliberativa, en la que también participa el enfermo—, mientras que la segunda se relaciona con la escogencia e implementación de las técnicas para la intervención instrumentada de los objetos —la fase operativa, de exclusivo dominio del profesional—.

El currículo es el instrumento que materializa las ideas y concepciones sobre la educación y que guía el proceso docente educativo. Comúnmente los profesores lo confunden con el plan de estudios, con la ordenación semestral o anual de los diferentes cursos, circunstancia que de alguna manera incide en que muchas veces nos preocupemos más por lo que va a enseñar —por los contenidos— que por la planeación y organización de los mismos cursos —por la didáctica—.

El modelo pedagógico de los procesos conscientes (González y Álvarez, 1998: 119-124), acogido por la Facultad como una pedagogía activa, pretendía que el profesor rompiera con la orientación educativa tradicional —centrada en la verdad, el maestro y en el texto— y avanzara hacia un modelo activo —centrado en el estudiante— privilegiando

la indagación y el descubrimiento. Con dicho modelo el estudiante debería ser considerado como un sujeto pensante y dinámico, centro de su proceso de formación, a quien la información requerida para su formación no le llegaría desde el exterior, sino que él mismo la construiría.

Por su parte, el profesor ya no sería un transmisor de conocimientos, sino un orientador del proceso enseñanza-aprendizaje. Igualmente, los objetos de estudio estarían ahora orientados a la resolución de problemas reales, y los medios y métodos centrados en procesos participativos. Sin embargo, las metodologías activas que deberían apoyar el proceso formativo del estudiante, al parecer, no produjeron el efecto esperado, pues en la actualidad el estudiante se sigue comportando como un receptor pasivo.

Una de las principales dificultades que se percibe en la Facultad de Odontología para implementar el enfoque integrador propuesto en el marco conceptual —la salud y la enfermedad, la docencia y el servicio, lo clínico y lo socio-epidemiológico, lo teórico y lo práctico—, con miras a la educación de estudiantes de odontología, no obedece, principalmente, a un escaso desarrollo teórico, metodológico o técnico de las asignaturas que integran el plan de estudio, sino más bien a la poca comprensión que un buen número de profesores tienen del currículo y de los referentes teóricos que fundamentan la práctica odontológica.

A lo anterior habría que sumarle otros impedimentos conceptuales: 1) Los problemas de la cavidad bucal se siguen considerando independientes del resto del organismo enfermo, olvidando que cuando se enferma un órgano, se enferma todo el organismo; 2) Persiste una concepción biologista, individual y mecanicista de la salud y de la enfermedad que, al no incorporar otros aspectos de la dimensión humana que también los determina, como lo psíquico y lo social, impiden comprender el proceso salud-enfermedad como una problemática de totalidad: en su dimensión histórico-social; 3) Se siguen estudiando por separado los aspectos básicos o teóricos y los aspectos prácticos



o técnicos: la teoría y la práctica no se desarrollan de manera simultánea; y 4) El variado campo de objetos propios de la odontología se sigue estudiando con una mirada netamente disciplinaria o especializada, cuando la ciencia moderna demanda un enfoque interdisciplinario y transdisciplinario.

Durante la presente investigación se ha asumido el modelo educativo docencia-servicio como un modelo de tipo administrativo, el modelo educativo de los procesos conscientes —no en su rigor metodológico, pues tiene exigencias muy particulares que la institución no ha implementado— como una pedagogía activa que ha pretendido romper con el modelo transmisionista del conocimiento y la clínica como una estrategia didáctica con múltiples posibilidades: pedagógicas, científicas y sociales para la educación de estudiantes.

Marco conceptual

El concepto de estrategia no tuvo origen en la pedagogía, sino en la milicia: “Arte de dirigir las operaciones militares” (*Diccionario de la Real Academia Española*), noción que posteriormente se extendió como el arte de dirigir cualquier asunto para alcanzar un objetivo determinado.

El término *estrategia* aparece por primera vez en la Facultad de Odontología en los referentes teóricos de la década del cincuenta cuando se programaron las clínicas integrales para agrupar, en una sola actividad, la docencia antes dispersa en varias clínicas: “Las clínicas integrales son una estrategia educativa para la formación de los estudiantes de odontología, mediante la atención directa a pacientes en un servicio de salud” (Arango, 1963: 173). En los referentes teóricos consultados no se explica el significado del concepto estrategia didáctica, ni los alcances del mismo; tampoco se hace referencia a la clínica como estrategia didáctica.

Aunque la estrategia exige un cambio en la concepción que tanto el docente como el estudiante tienen del proceso educativo —que incluye

la reflexión y la crítica sobre el mismo y el rol de cada uno como enseñante y aprendiz—, se descubre que en la Facultad de Odontología se ha trabajado con una visión instrumental de la didáctica como una instancia generadora de directrices y pautas de conducta cuya finalidad es la de dirigir la enseñanza a partir de guías, protocolos o manuales, en vez de orientarla para la comprensión de la relación entre los sujetos⁶ —profesor y estudiante, clínico y paciente— y entre los sujetos y los objetos⁷ —profesor-estudiante y objetos de estudio—.

Por su carácter abierto y plural, la estrategia está ligada a otros conceptos que le ayudan a configurar su acción en las diferentes disciplinas: educación, pedagogía, didáctica y método. Está sujeta a la educación, en cuanto subsistema de la sociedad; a la pedagogía en cuanto metodología de la educación y de la que se deriva la didáctica; a los métodos, en tanto formas organizativas mediante los cuales se operacionalizan los objetivos y se establecen los medios.

Not (2000) se refiere a dos perspectivas o métodos⁸ pedagógicos desde los cuales se ha organizado el saber desde el siglo XVIII: desde el exterior, con la pretensión de formar o de transformar al alumno —lo que él denomina “heteroestructuración”—, y desde el alumno, para ayudarlo a formarse o transformarse —que él denomina “autoestructuración”—. Con el primero, el docente utiliza los objetos de conocimiento como instrumentos para ejercer su acción sobre el alumno;

6. Se es sujeto cuando éste “constituye un centro de iniciativas para la acción, aunque ésta consista sólo en una mera toma de conciencia de sus propios estados o circunstancias [...]. La función del sujeto no es otra que aquella que fundamenta y garantiza nuestra identidad” (Not, 2000: 10).

7. “Se ha definido como el lugar, en el transcurso de una acción determinada, en que la ejerce el sujeto de esta acción [...] [Se aplica por extensión] a todos los contenidos del universo simbólico: tanto a las representaciones puramente mentales como a los signos o símbolos que los designan” (Not, 2000: 12).

8. El término ‘estrategia’ viene a remplazar, a partir de los años ochenta, lo que tradicionalmente aparecía en los textos como problemática del método (Eldestein, 1996: 87).



es decir, el objeto es el que determina la acción. Con el segundo lo importante no son los objetos, sino los individuos, quienes efectúan las acciones; es decir, el factor determinante de la acción es el estudiante. Como comentario adicional, dice Not:

Los factores determinantes de la adquisición de los conocimientos no están sólo en el objeto, ni sólo en el sujeto, ni vinculados exclusivamente a la preponderancia de éste o de aquél, sino en la interacción sujeto-objeto [...] [en una especie de] síntesis que permita sobrepasar las contraposiciones que acabamos de evocar [...] [Se trata de] un método de educación cognoscitiva basado en la “interestructuración” del sujeto llamado a conocer, con el objeto que se lo propone para tal fin (7-24).

Del planteamiento de Not es interesante lo relacionado con el proceso de “interestructuración” entre el sujeto que busca conocer y los objetos del universo natural y cultural —el sujeto debe estructurar la información que recibe y a la vez ser estructurado por ella—, perspectiva que tiene que ver con el desarrollo de los procesos de subjetivación, mediante relaciones interpersonales y de objetivación, mediante la construcción del conocimiento; más interesante aún, dado el trabajo monográfico que se realiza, es la posibilidad de aplicación a la enseñanza de la odontología, en particular a los problemas didácticos que se presentan en la clínica, pero no sólo en la perspectiva del presente —la resolución de problemas con procedimientos—, sino, también, en su devenir —la reconstrucción del conocimiento con investigación—.

Restrepo, al referirse a las estrategias y métodos para asegurar la calidad de la enseñanza en la universidad, propone tres modelos pedagógicos globales:

El modelo idealista de educación, cultivado a partir de la Edad Media, centrado en la verdad, bondad y ética delegadas en el maestro y en el texto, se vale primordialmente de la estrategia expositiva magistral [...] El modelo conductista, basado en el logro eficiente de metas educativas, privilegia lógicamente una tecnología educativa sistemática basada en principios de la psicología conductista y de la teoría de sistemas, como estrategia didáctica. El modelo de la educación activa [...] apoyado en el principio de que el alumno debe ser el centro de la educación, privilegia el descubrimiento, la

indagación activa, como estrategia metodológica de enseñanza-aprendizaje (Restrepo, 1986: 21-22).

En el mismo artículo, Restrepo comenta que “la estrategia de aprendizaje por descubrimiento se hace operativa a través de diferentes métodos [...] la solución de problemas, el estudio de casos y el seminario investigativo, pudiendo los docentes idear y aplicar variaciones de éstos” (p. 33).

El autor propone —advirtiendo que su posición pudiera tomarse como reduccionista— dos grandes estrategias de enseñanza: “la estrategia expositiva de enseñanza o por recepción, más centrada en el docente y en el contenido, y la estrategia de aprendizaje por descubrimiento y construcción del conocimiento, más centrada en el estudiante” (Restrepo, 2003: 197).

Con la estrategia de aprendizaje por descubrimiento y construcción, el estudiante, a partir de un problema:

Busca, indaga, revisa situaciones similares, examina literatura relacionada, recoge datos, los organiza, los interpreta y enuncia soluciones. Construye, así [organiza] conocimiento o aprendizaje de conocimiento, aunque sea conocimiento ya existente. Desde esta estrategia de enseñanza es más posible fomentar competencias investigativas, así no se desarrollen proyectos completos de investigación. Es lo que puede denominarse formación investigativa o investigación formativa (p. 197).

Del planteamiento de Restrepo llama la atención lo relacionado con la formación investigativa como estrategia de aprendizaje por descubrimiento, estrategia que pudiera implementarse en la clínica en forma similar a como lo han hecho otras prácticas de docencia investigativa o modos de resolver problemas empleadas en la universidad, como el ABP, el aprendizaje basado en problemas, el seminario alemán, el estudio de casos o el método de proyectos.

Hermida (1983) ha estudiado la clínica como método clínico y la propone —junto con el método socio-epidemiológico— como parte del método integral para la investigación en salud. Ambos métodos, el



clínico y el socio-epidemiológico, ceñidos al rigor del método científico: el primero, en forma deductiva —un principio general o ley se le aplica a uno o a varios casos particulares—, y el segundo, en forma inductiva —de uno o de varios casos particulares se deduce un principio general o ley—. Mientras el método clínico enfrenta el proceso salud-enfermedad en un organismo individualmente considerado, el socio-epidemiológico lo hace de manera colectiva.

Hermida propone estudiar el método clínico en su doble vertiente como método científico y como elemento del proceso administrativo. Como vertiente científica del método clínico tiene, a su vez, dos componentes: el empírico, que se relaciona con la demostración práctica, mediante datos, en tanto manifestaciones de los hechos o de los fenómenos biológicos, y el teórico, que se entiende con las teorías científicas que explican lo anterior. Como vertiente administrativa del método clínico se entiende con el hecho particular de atención a las personas, en lo relacionado con la planificación, programación y evaluación de las actividades realizadas o por realizar.

Del planteamiento de Hermida es importante, para este proyecto monográfico, tanto la vertiente científica del método clínico, en cuanto posibilidad de reconstruir el conocimiento, como el componente administrativo del mismo, en cuanto procesos de subjetivación.

Los postulados de Not, Restrepo y Hermida ayudan a entender la clínica en dos dimensiones: como vertiente científica del método clínico y como estrategia de enseñanza-aprendizaje; es, sin embargo, el momento de pensarla, también, en su dimensión ético-estética.

Como método científico, demanda una actitud investigativa —lo tocante con la reflexión, objetiva, sobre el objeto de conocimiento: el proceso salud-enfermedad—; como estrategia de enseñanza-aprendizaje conserva el sentido que tiene la didáctica de mediación —entre el saber a enseñar y el saber enseñado—, y como dimensión ético-estética reivindica la dimensión humana —lo concerniente a las relaciones que se construyen durante el acto clínico entre el profesor, el estudiante y el enfermo—.

Las diferentes dimensiones permiten apreciar aspectos objetivos y subjetivos —diferentes pero inseparables— que se hacen evidentes durante las actividades clínicas, tan importantes a la hora de educar estudiantes y de atender pacientes.

Las diferentes dimensiones permiten apreciar aspectos objetivos y subjetivos —diferentes pero inseparables— que se hacen evidentes durante las actividades clínicas, tan importantes a la hora de educar estudiantes y de atender pacientes.⁹

Se puede, igualmente, establecer cierta relación entre las funciones de la práctica odontológica y las connotaciones que se le han dado al término *clínica*. Si se asume la práctica en términos de la producción de servicios, la clínica estaría pensada como un lugar donde se

instalan los equipos y los instrumentos propios para la ejecución de procedimientos odontológicos; de manera similar, si la primera se piensa en tanto producción de conocimientos, la segunda podría concebirse en cuanto método que guía el proceso investigativo. Igualmente, si una se concibe como la formación de recursos humanos, la otra podría asumirse como un espacio que permite tanto el encuentro de un grupo humano “para establecer lazos de comunicación” como una estrategia que “posibilite las prácticas pedagógicas” (Litwin, 1997: 44).

La propuesta es, entonces, pensar y actuar la clínica más allá de un lugar donde se realizan los procedimientos odontológicos: como un método que facilite la construcción del conocimiento, como una estrategia de enseñanza que posibilite el autoaprendizaje mediado por

9. Dado que en las instituciones formadoras del personal de la salud, como la medicina y la odontología, se cuenta con un sujeto paciente, para la presente investigación asumiremos la clínica como una estrategia didáctica con características propias que la hacen diferente a otras estrategias que se le asemejan, como el método de casos y del aprendizaje basado en problemas.



el docente y, también, como un espacio de comunicación que facilite una experiencia ético-estética. Al asignarle nombres a la clínica—lugar, método, estrategia, espacio— no se pretende separar el conjunto en sus partes; simplemente, es una manera de mirarlo desde diferentes perspectivas, todas posibles para el docente de clínica. Parafraseando a Luis Not, se trata de asumir la clínica como una estrategia que “interestructure” al sujeto llamado a conocer —el estudiante— ya no con el objeto llamado a ser conocido —el organismo—, sino con otro sujeto que demanda atención —el enfermo—.

El trabajo con los profesores

Este estudio monográfico se construyó sobre una propuesta metodológica cualitativa —tipo histórico-hermenéutica— de corte descriptivo. El interés fundamental se centró en las opiniones de los profesores, las cuales fueron analizadas y contrastadas a la luz tanto de algunos postulados teóricos como de las preguntas centrales que guiaron el proceso de recolección y análisis de la información.

De un total de 85 profesores vinculados, de medio tiempo y de tiempo completo, que integran la nómina de Facultad de Odontología, se seleccionaron 25, de ambos sexos y de los diferentes campos especializados de la odontología, que cumplieran con un solo requisito esencial: tener una amplia trayectoria como docentes de clínica. A cada uno de ellos se le informó ampliamente sobre el proyecto monográfico que se realizaría y se le invitó a participar en forma voluntaria con el mismo. Quince colaboraron y con ellos se realizó el proceso investigativo.

La encuesta

El instrumento de la encuesta constaba de cinco puntos; en el primer ítem se invitó al profesor a que hiciera una breve descripción de la clínica; en los dos siguientes, a que enunciara y definiera, respectivamente, tres características primordiales y tres funciones básicas de

un profesor de clínica; en el numeral cuatro se preguntaba sobre el complemento práctico de la teoría, y en el quinto, por el lugar de la clínica en la formación del odontólogo. En la entrega del cuestionario se le recordó a cada profesor la importancia de expresar su experiencia como clínico, dado que el instrumento no pretendía evaluar conocimientos, sino saber algo de sus vivencias como profesores con pacientes y con estudiantes.

La información suministrada por los profesores, como era de esperarse, fue bastante heterogénea. De ella surgieron múltiples definiciones, diversos enunciados y conceptos, y disímiles apreciaciones o posiciones que daban a entender que cada profesor, al parecer, tenía su propia concepción sobre la clínica. A continuación se presenta un primer ejercicio de categorización que arroja los siguientes resultados:

Las preguntas

Pregunta uno: las descripciones sobre la clínica. Sobre este tema, se obtuvieron las siguientes respuestas:

- Sitio o lugar donde se practica
- Espacio físico donde se implementa la teoría
- Espacio de encuentro de personas
- Espacio académico teórico-práctico
- Escenario donde confluyen saberes
- Práctica donde se aprende
- Actividad diagnóstica y terapéutica
- Acto o encuentro con el paciente
- Momento de relación intersubjetivo
- Proceso metodológico para desarrollar motricidad
- Metodología para aplicar el conocimiento



La forma como las personas nombran los objetos, hechos, fenómenos o eventos de la realidad no está desligada de la manera como aprendieron a concebir el mundo. Y con la noción que se construye del mundo —resultado del acopio de acontecimientos, experiencias y vivencias recogidas en diferentes momentos y circunstancias de la vida— se puede, nuevamente, reinterpretar la realidad. Al nombrar los objetos, las personas les dan existencia en el universo simbólico: simbolismo que propicia la comprensión del sentido que los mismos tienen en el contexto en el que están inscritos.

Los diferentes nombres con los que los profesores se refirieron a la clínica permitieron, en un primer momento, hacer cierta aproximación —hermenéutica— al sentido que cada uno de ellos le asignó. En un segundo momento, relacionar este sentido con las diversas posibilidades que abría la hipótesis que orientó la monografía —la clínica odontológica debe favorecer, además de la realización de procedimientos terapéuticos, una actitud científica y una experiencia ético-estética—. En un tercer momento, teniendo en cuenta el sentido que los profesores le habían asignado a la clínica, saber qué posibilidades se tenía de que la asumieran como una estrategia didáctica que facilitara el aprendizaje de los estudiantes, o como una experiencia ético-estética que favoreciera la relación con el otro.

Un buen número de los profesores encuestados nombraron la clínica como un sitio, lugar, espacio o escenario, términos que tienen la connotación de territorio físico donde habitualmente los odontólogos han acomodado los equipos y los instrumentos y donde realizan sus prácticas clínicas. Algunos la nombraron como actividad o como práctica, palabras que, aunque no hacen referencia directa a un lugar físico, están muy cercanas a éste en cuanto es allí donde se realizan los procedimientos odontológicos (como las actividades o las prácticas). Quienes la nombraron como proceso metodológico o como metodología —aunque pudieron quedarse anclados al asunto del desarrollo de la motricidad— abrieron la puerta al desarrollo de una de las funciones centrales de la

clínica: el proceso investigativo. Aquellos que la nombraron como espacio o acto de encuentro, o como momento de relación, avanzaron más allá de la dimensión espacio-temporal donde generalmente se realizan acciones instrumentadas sobre objetos concretos para darle cabida al ser humano, centro de la práctica odontológica.

Cuando la clínica se concibe como un lugar físico al que se llega sólo para realizar técnicas instrumentadas sobre los órganos de la cavidad bucal, se hace difícil entender el objeto de estudio de la profesión —el proceso salud-enfermedad— más allá de los objetos naturales concretos —los dientes—, y se pierde la oportunidad de pensarlos como objetos teóricos —como conocimientos— a los que hay que transformar para beneficio de los individuos y de las comunidades.

La clínica como un proceso metodológico permite trascender, de alguna manera, el acto clínico determinado por un espacio y un tiempo, lo cual representa un avance sobre ella como lugar físico —aun sin dejar de ejecutar las acciones instrumentadas— hacia un proceso científico que requiere de una reflexión sobre el objeto de estudio y de una organización y sistematización de la información obtenida en múltiples actividades clínicas.

La clínica como el espacio para el encuentro con el otro-estudiante —que no está constituido sólo por ignorancia— y con el otro-paciente —que no se reduce a órgano afectado— se convierte en la mejor estrategia para la formación del recurso humano en odontología y para la atención integral de pacientes. Estos últimos transitaron por uno de los caminos más enriquecedores de la existencia humana que hemos denominado una experiencia ético-estética.

Pregunta dos: las características de un docente:

- Ser apasionado por lo que hace; que disfrute su labor.
- Tener un saber específico; poseer un conocimiento integral de la odontología; tener un conocimiento de las bases teóricas; tener la capacidad de integrar el conocimiento.



- Saber establecer relaciones con el paciente; tener la capacidad de relacionarse con otros; reconocer al paciente como sujeto; ser tolerante, paciente y comprensivo; equitativo.
- Poseer el deseo de ayudar a otros; responsable del progreso de la salud del paciente; estar dispuesto a compartir sus conocimientos y experiencias; saber intercambiar conocimientos y técnicas.
- Tener capacidad analítica, habilidad e ingenio; tener juicio crítico y formación ética; propiciar la formación de criterios clínicos en los estudiantes.
- Poseer formación pedagógica; saber orientar el proceso de aprendizaje; permitir que el estudiante desarrolle su propio aprendizaje.
- Tener la capacidad de aprender de otros, propiciar su propia formación; tener la capacidad de contextualizarse; reconocer que todos debemos aprender.

Las características propuestas, quizás sumándole alguna pero sin quitarle ninguna, configuran al docente ideal, entendiéndolo como aquel que posee una sólida formación en todos los campos: disciplinario, investigativo, pedagógico, humanístico, etc. y una ilimitada vocación de servicio. Aunque se puede hacer un listado amplio de atributos que pudieran ser importantes para un buen desempeño docente, es difícil que el profesorado, en general, cumpla con la totalidad de las aptitudes y las actitudes que demanda la institución o la sociedad; cada quien cultiva aquellas que, acorde con su historia de vida y con la actividad específica que se le asigna, considera básicas para su práctica como profesor.

En el conjunto de características enunciadas por los profesores no se pudo apreciar que alguna de ellas fuera más relevante que las demás —lo que es indicativo de una tendencia— para que ayudara a definir el perfil del profesor que se requiere para la docencia en clínica; sólo unos pocos las resaltaron, aunque a todos se les pidió que así lo hicieran. Una hipótesis que explicaría, al menos en parte, por qué un

buen número de profesores se refirió a los atributos básicos para un profesor y no específicamente a las condiciones particulares para un docente de clínica, podría ser que no hay claridad —disparidad de opiniones— sobre el concepto de clínica: lugar, escenario, espacio, práctica, actividad, metodología, etc.; o lo contrario, que se tenga una idea fija de la clínica —suficiente claridad— como el lugar donde sólo se realizan procedimientos técnicos y, por ello, persista el pensamiento de que para ser docente de clínica únicamente se requiere el dominio de un conocimiento específico; pensamiento heredado de la forma como históricamente se han seleccionado los profesores en la facultad.

Al parecer, en muchos profesores persiste la idea anterior, con el agravante de que se piense que dicho campo específico del saber puede ser “enseñado” independientemente de si va dirigido a individuos o a grupos, a estudiantes de pregrado o de posgrado; de si lo central es una reflexión meramente conceptual o si contempla una aplicación práctica; de si está de por medio la adquisición de una destreza, el desarrollo de una habilidad o la prestación de un servicio, es decir, ajeno de todo un proceso educativo que requiere de una planeación, de una metodología y de unas estrategias de aprendizaje.

Los requisitos para un docente de clínica —en comparación con los que se requieren en un salón de clase, en una preclínica o en un laboratorio— podrían ser los más exigentes dado que no sólo se requiere el dominio teórico de un campo disciplinario concreto sino que también se exige determinada experiencia —entendiendo por ésta no la sumatoria de procedimientos realizados sino la capacidad para saber tomar las decisiones adecuadas en el momento más conveniente—, amén de una proporcionada formación pedagógica, de una hábito por la investigación y de una férrea vocación de servicio.

Pregunta tres: las funciones de un docente:

- Reflexionar sobre la enfermedad o la problemática del paciente; restituir la salud del paciente.



- Integrar el conocimiento teórico-práctico; aportar desde lo conceptual y tecnológico al área biológica.
- Instalar al estudiante en situaciones problemáticas; orientar el desarrollo de las destrezas.
- Dar ejemplo con su comportamiento; establecer relaciones con las personas de la clínica; compartir conocimientos y técnicas con estudiantes y compañeros.
- Organizar las tareas de los estudiantes y asignarles el trabajo correspondiente; ayudar a superar las dificultades y a modificar conductas y conceptos; propiciar la curiosidad como forma para llegar al conocimiento; potenciar las fortalezas de los estudiantes.
- Asesorar u orientar el proceso docente, educativo o de aprendizaje; emplear la mayéutica como estrategia de aprendizaje; evaluar el proceso de aprendizaje.
- Generar modelos de trabajo; enseñar a investigar.

La pregunta por las funciones está estrechamente relacionada con la anterior: las características de un docente de clínica. Aquí también se percibió que un buen número de profesores plasmó su pensamiento sobre las funciones que, idealmente, debe desempeñar un profesor y no sobre aquellas que, sobre el terreno —reales—, debe realizar un profesor de clínica.

Los profesores privilegiaron de muy diversas formas las funciones propuestas. Un buen número de ellos las relacionaron con el acompañamiento que el profesor debe hacer al estudiante durante su proceso de aprendizaje: “propiciando su curiosidad, instalándolo en situaciones problemáticas, potenciando sus fortalezas, ayudándole a superar dificultades”, entre otras. Algunos se refirieron a funciones que podrían ser consideradas como centrales para el progreso de la clínica, como la integración del conocimiento en sus aspectos teóricos y prácticos y la implementación de la investigación. Un grupo se

pronunció a favor de funciones concernientes al desarrollo de habilidades y destrezas o a la aplicación de técnicas para la atención a pacientes.

La amplia gama de funciones propuestas no se convertirá en un factor de distracción para la apreciación de esta pregunta si la evaluación de las mismas se hace en conjunto con otras consideraciones hechas por los profesores en otros apartes de la encuesta. Para que un profesor pueda realizar adecuadamente determinadas funciones educativas, entre otras cosas, requiere: asimilar el referente teórico con el que la institución educativa orienta el proceso formativo de los estudiantes; conocer ampliamente el contexto en el que operan dichas funciones —teórico, práctico, técnico, científico, docente, investigativo, individual, grupal, instruccional, formativo, preventivo, curativo—; poseer un dominio teórico-conceptual y técnico-metodológico de un campo determinado de objetos —conocimientos, habilidades o destrezas—; adquirir una mínima formación en docencia universitaria —didáctica—; manifestar su deseo de acompañar a aquellos que se beneficiarán de ellas —disposición, vocación, gusto—.

La generalidad de los profesores, no obstante la variada oferta de funciones, persiste en privilegiar los aspectos relacionados con los saberes específicos, las actividades prácticas, la asignación de trabajos a los estudiantes y la solución de problemas odontológicos en los pacientes; es decir, se inclinan más por los aspectos instruccionales y procedimentales que por los formativos. Si se desconoce el contexto en el que se trabaja, si no se posee una mínima formación pedagógica o si no se tiene gusto por lo que se hace, difícilmente se puede favorecer, además de la realización de procedimientos terapéuticos, una actitud científica y una experiencia ético-estética.

Pregunta cuatro: ¿Considera usted que la clínica es el complemento práctico de una teoría?

Esta pregunta se prestó para una confusión porque mientras la intención del instrumento era averiguar si el profesor consideraba la



clínica como un lugar donde se realizaban actividades meramente prácticas y, por ende, separadas de su fundamento teórico, algunos profesores entendieron la expresión “complemento práctico” —así lo explicaron durante las entrevistas— como lo que le faltaba a la teoría para completar una unidad (teórica-práctica) que simplemente se realizaba en dos momentos diferentes. Por lo anterior, dado la ambigüedad de la pregunta, se decidió no tenerla en cuenta para la interpretación del pensamiento del profesor.

Pregunta cinco: Defina el lugar de la clínica en la formación del odontólogo.

Los profesores expresaron de muy diversas maneras su posición al respecto:

- Es primordial para el saber hacer pero no lo es todo, se requiere de otras formaciones como complemento para el ser.
- Es el sitio natural donde el estudiante debe ver hacer, ayuda a hacer y hace, basado en conocimientos.
- Es un sitio predominante si se considera desde la definición de interrelaciones debido a que la formación del profesional debe ser tanto en conocimientos y habilidades psico-sociales como en destrezas.
- Es un componente del proceso formativo y las instituciones no deben permitir que sea el único o el principal. Es muy importante porque ocupa nuestro mayor porcentaje de la práctica odontológica.
- El lugar dependerá (en algunas ocasiones) del área de interés. En general, las ciencias de la salud fundamentan mucha parte de su formación en el manejo del área clínica.
- Es un espacio de participación del estudiante en el desarrollo de los procesos de formación a través de unos objetivos generales y específicos tratando de mejorar las condiciones funcionales y estéticas de una persona o sujeto.

- Es importante, pues se espera que el odontólogo esté preparado para un hacer que es propio del campo odontológico, pero no más importante que otros saberes; yo diría que es igualmente importante.
- Es variado, puede ser el espacio físico, el espacio académico, el espacio programático que permite la interacción teórica-práctica, no solamente el espacio del hacer [la clínica].
- Es el espacio donde el individuo rompe unos temores y crea otros, derrumba barreras y crea puentes en su personalidad, establece su propia capacidad de servicio, potencia sus fortalezas.
- Debido a que la odontología fundamenta sus quehaceres en técnicas y manualidades [la clínica] es el sitio donde el odontólogo aplica su conocimiento.
- La clínica es el complemento práctico de la fundamentación teórica, más que esto, es el escenario donde el profesional exhibe su “ser integral”.
- Es el eje central, donde puede aplicar o confrontar su conocimiento, crear uno nuevo, compartirlo. Es donde desarrolla potencial, donde deber dar y ser ejemplo de vida.
- El estudiante debe participar en ésta desde que inicia su proceso formativo.
- Es importante porque dentro de los muchos campos de acción que tiene está el hacer y el servicio a un paciente.
- Sin dejar de lado otros aspectos que ponderan en la formación del odontólogo, considero que la clínica deber ser su componente esencial.

Como puede notarse, dada la gran variedad de enunciados, se ha interpretado de muy diferentes maneras el significado del concepto *formación*, explícito en muchos de los referentes teóricos de la Facultad



de Odontología. Si bien podrían ser muchas las razones que explicarían las diferentes interpretaciones dadas al concepto, aquí sólo se exponen dos. La primera tiene que ver con el sentido que se le da a los términos formación y educación: algunos profesores consideran que es únicamente a los padres a quienes les compete la formación —en el sentido de orientar los comportamientos y las conductas—, y a ellos sólo la educación —en el sentido de instrucción—. La segunda es que no hay claridad sobre quién es el sujeto de la acción, el profesor o el estudiante; mientras algunos profesores imaginan que son ellos los que forman al estudiante, otros consideran que sólo contribuyen a ello, es decir, piensan que es el estudiante mismo quien, con cierta orientación, se forma. Parece ponerse en duda la responsabilidad del profesor para emprender, al mismo tiempo, acciones complejas como formar en el ser, instruir en el saber y adiestrar en el hacer.

La formación es un “proceso en constante estado de desarrollo” en el que tienen responsabilidad tanto padres como educadores.

En este sentido, la formación no puede considerarse como un objetivo de la educación, como sí lo puede ser, para un programa como el de odontología, por ejemplo, el desarrollo de ciertas destrezas.

Aunque no se pone en duda que es a los padres a quienes en primer lugar les concierne la formación de sus hijos, tampoco se puede desconocer la influencia que ejercen los docentes sobre los estudiantes durante los diferentes niveles de escolarización. Es por ello que con Gadamer (1991: 40) podemos decir que la formación es un “proceso en constante estado de desarrollo” en el que tienen

responsabilidad tanto padres como educadores. En este sentido, la formación no puede considerarse como un objetivo de la educación, como sí lo puede ser, para un programa como el de odontología, por ejemplo, el desarrollo de ciertas destrezas. La razón es que el hombre no tiene posibilidad de llegar a ser, sino que en su devenir va siendo, una misión interminable.

El asunto de la formación se torna más complejo en la Facultad de Odontología porque la generalidad de los educadores-odontólogos ha considerado, de tiempo atrás, que la formación en el ser está desligada de la instrucción en el saber y del adiestramiento en el hacer y por ello delegan en otros dichos asuntos. ¿Cómo se podría explicar la anterior consideración? Porque en la Clínicas de la Facultad de Odontología no está inscrito el sujeto, sino sólo el objeto, lo cual quiere decir que ella, la clínica, desde su creación, no fue pensada para atender personas, sino para intervenir organismos.

Desde ese entonces, el pensamiento de buena parte de los profesores —independientemente de si son biólogos, médicos u odontólogos— ha sido dominado por el modelo de las ciencias naturales, es decir, por el rigor del método empírico-analítico, el cual fragmentó la esencia del hombre, asumió como su objeto de estudio el cuerpo físico—circunscrito a la cavidad bucal para los odontólogos— y descartó todo aquello no susceptible de cuantificación y de intervención instrumentada.

Si bien la formación del estudiante va más allá del mero cultivo de capacidades o talentos, está estrechamente relacionada con dichos logros, no en el aspecto técnico, sino en el deliberativo, ya que al docente le corresponde no solamente “enseñar” cómo se hacen los procedimientos, sino también reflexionar —con el estudiante— sobre el por qué y para qué de los mismos.

Consideraciones finales

De las diferentes descripciones, características y funciones expresadas sobre la clínica, se seleccionaron algunos de los términos utilizados por los profesores y se organizaron en dos grupos que sirvieron —dándoles la condición de conceptos o de categorías de análisis— para centrar la conversación durante las entrevistas, así: grupo uno: teoría, práctica y técnica; y grupo dos: proceso, método y metodología.

Las encuestas tampoco tuvieron como objetivo indagar por los métodos empleados por los profesores para el aprendizaje de los estudiantes;



sin embargo, en algunos de sus planteamientos pudimos inferir algunas metodologías —léase por ahora estrategias de aprendizaje, aunque no estuvieron referidas de esa manera—, que también sirvieron para orientar los diálogos posteriores:

- Integrar la teoría y la práctica
- Utilizar la mayéutica como estrategia de aprendizaje
- Instalar al estudiante en situaciones problemáticas
- Potenciar las fortalezas de los estudiantes
- Propiciar la curiosidad como forma de llegar al conocimiento

Antes de proceder con la segunda fase del trabajo monográfico, se requirió de una evaluación, en conjunto, del pensamiento de los profesores —con base en las respuestas dadas—, para apreciar cómo ellas iban aportando elementos para visualizar los problemas fundamentales que se presentaban cuando se intentaba pensar la clínica desde una nueva dimensión que conjugara otros elementos de orden conceptual y práctico. Lo anterior se puede plantear en forma de pregunta: ¿de qué manera el pensamiento de los profesores se aproxima o se aleja de lo planteado en la hipótesis de trabajo?

Para iniciar la evaluación se retomaron las categorías de análisis incluidas en el primer grupo: teoría, práctica y técnica para averiguar si dichos conceptos, tomados aislados o en relación con el concepto *clínica*, favorecían o dificultaban el desarrollo del espíritu científico o la construcción de una experiencia ético-estética con el otro: profesor, estudiante, paciente —que constituye el centro de la reflexión monográfica—. ¿Asumen los profesores la teoría, como un proceso reflexivo sobre un campo infinito de objetos de conocimiento que, con la ciencia moderna, muchas veces, constituyen el fundamento de la acción; la práctica, como la capacidad de elegir, sabiamente, entre

múltiples opciones; la técnica, como una actividad instrumentada, con desarrollo propio que puede ser independiente de la ciencia y que tiene por objetivo el aprovechamiento práctico?

Lo que se desprende de la encuesta es que no se asumen dichos conceptos como se describieron en el párrafo anterior. Hay una tendencia en muchos de los profesores a asociar la clínica —pensada como espacio físico— con la técnica, en tanto intervención instrumentada sobre objetos materiales y con la práctica, en cuanto realización de procedimientos, pero no con el proceso teórico o la reflexión sobre un objeto de estudio: la enfermedad.

De lo anterior se descubre que los profesores no parecen diferenciar la práctica (“tengo mucha práctica: sé hacer cosas”) de la técnica “(lo hago con la técnica x””, pues ambos términos se utilizan, indistintamente, con la connotación de ‘hacer’. Igualmente, se confunde el objeto teórico —el objeto de estudio: la enfermedad— con el objeto de intervención —el objeto material: diente, por ejemplo—. En lo que sí hacen, muchos, una marcada diferencia —bastante problemática por cierto— es entre lo teórico y lo práctico, como si ambos componentes de la unidad teoría-práctica se pudieran asumir con total independencia uno de otro: “la teoría se recibe en el salón de clase; la práctica se realiza en la clínica”.

Con relación a las categorías de análisis denominadas proceso, método y metodología, contenidas en el grupo dos, muchos de los profesores no asumen la clínica como un proceso, como una reflexión continua sobre la salud y la enfermedad humanas para el aprendizaje de los estudiantes, que, eventualmente, podría derivar en una intervención para contribuir a la salud de los pacientes.

La mayoría de los profesores no hace una programación de las actividades clínicas ni sistematiza dichas experiencias para construir un nuevo conocimiento; sólo unos pocos se refirieron a este punto y enumeraron como una de las funciones de un docente de clínica



La mayoría de los profesores no hace una programación de las actividades clínicas ni sistematiza dichas experiencias para construir un nuevo conocimiento.

“organizar las tareas de los estudiantes y asignarles el trabajo correspondiente”. De lo anterior se desprende que gran parte de los procedimientos que se realizan en la clínica no tienen una proyección —anterior o posterior— en el tiempo; buena parte de ellos son intervenciones puntuales sobre el órgano afectado con limitación espacio-temporal.

Algunos pocos profesores nombraron la clínica como método o como metodología pero, aunque abrieron la puerta al desarrollo de una de las funciones centrales de la clínica: el proceso investigativo, no sustentaron su posición; uno de ellos se limitó a considerar que una de sus funciones consistía en “generar modelos de trabajo o en enseñar a investigar”.

Aún persiste en algunos la idea de que la clínica es “la oportunidad” que tienen los estudiantes para poner en “práctica” sobre pacientes lo “aprendido” en el salón de clase o en la preclínica; así lo refiere uno de los profesores: “debido a que la odontología fundamenta sus quehaceres en técnicas y manualidades, es el sitio donde el odontólogo aplica su conocimiento”. En general, no se asume como un proceso integrado —teórico-práctico— de investigación científica o como una estrategia de enseñanza-aprendizaje.

La clínica, sin embargo, sí es una de las mejores oportunidades que tiene un estudiante de odontología para el encuentro con el otro: con el otro de quien recibe algo, el profesor, y con el otro que espera algo de él, el paciente; en otras palabras, para involucrarse en una experiencia ético-estética que constituye uno de los pilares fundamentales para su formación como sujeto social. Dos profesores se refirieron al tema en términos de las características de un docente: “Saber establecer relaciones con el paciente”; “tener la capacidad de relacionarse con otros” y “reconocer al paciente como sujeto”; “ser

tolerante, paciente y comprensivo”; o como una de las funciones docentes: “Dar ejemplo con su comportamiento”; “establecer relaciones con las personas de la clínica”.

Un profesor, al referirse al lugar de la clínica en el proceso formativo del estudiante, dice: “es primordial para el saber hacer pero no lo es todo, se requiere de otras formaciones como complemento para el ser”. Un buen número de profesores comparte el siguiente pensamiento de uno de sus compañeros: “es el sitio natural donde el estudiante debe ver hacer, ayuda a hacer y hace, basado en conocimientos”. No es de extrañar que, incluso, uno de los profesores se hubiera referido al lugar de la clínica en el proceso formativo de los estudiantes de la siguiente manera: “Es un componente del proceso formativo y las instituciones no deben permitir que sea el único o el principal”.

La encuesta, primer instrumento aplicado a la muestra de profesores, constituyó, entonces, el primer insumo —la puerta de entrada a su pensamiento— para iniciar la discusión sobre la clínica. Ella no pretendió evaluar los conocimientos de los profesores, sino escuchar sus puntos de vista sobre la clínica; lo plasmado en ella se tomó como un pre-texto para orientar la fase siguiente del estudio monográfico: la entrevista.

La entrevista

Las entrevistas tuvieron como objetivo interpretar de qué manera los sujetos —los profesores de la Facultad de Odontología—, los discursos —los referentes teóricos construidos por la profesión— y las prácticas —las diferentes expresiones de la odontología: técnicas, científicas o sociales— estaban integrados y habían contribuido a la consolidación de la clínica como uno de los principales ejes para la educación de odontólogos. A cada profesor se le informó que la entrevista tendría una duración de una hora, pero que podría dedicársele más tiempo si lo consideraba conveniente; que la conversa-



ción debería fluir libremente pues sólo se contaba con un formato semiestructurado de preguntas; que el entrevistador no haría uso de medios de grabación visuales o auditivos; y que sólo tomaría algunas notas para la posterior elaboración de la memoria correspondiente a cada sesión.

Para cumplir con el cometido, a los profesores se les hizo saber que era importante que se tuvieran la mejor claridad posible sobre la clínica: hacer el tránsito de la definición a la descripción y de ésta al concepto para, más tarde, poder discutir ampliamente sobre las estrategias utilizadas por cada uno de ellos, para lo cual contaríamos con dos elementos de trabajo: uno, el concepto original con el que la medicina del siglo XVIII la había introducido en su práctica —proceso de racionalización sobre la enfermedad que se hace junto a la cabecera del enfermo—, y dos, la descripción que cada uno de los profesores había plasmado sobre ella en la encuesta.

Dado que la mayoría de los profesores, más que una descripción sobre la clínica, hizo una definición, la entrevista se inició invitándolos a que retomaran lo plasmado en la encuesta y a ampliar o a modificar su contenido si lo consideraban conveniente. Algunos de los profesores mantuvieron firme su posición: la clínica “es el sitio natural donde el estudiante debe ver hacer, ayuda a hacer y hace, basado en conocimientos”, mientras otros la fueron modificando a medida que participaban en la discusión: “Debido a que la odontología fundamenta sus quehaceres en técnicas y manualidades [la clínica] es el sitio donde el odontólogo aplica su conocimiento”. No obstante, “la clínica es el complemento práctico de la fundamentación teórica [y] más que esto es el escenario donde el profesional exhibe su ‘ser integral’”.

Hay que advertir, sin embargo, que durante las entrevistas se percibieron en algunos de los entrevistados ciertas incoherencias —normales— en sus discursos, que, con mucha discreción, intentaron disimular con frases como “lo que quería decir [sobre la clínica] era...; “es que es más fácil decirlo [durante la entrevista] que escribirlo [en

la encuesta]”; “la clínica sí tiene que ver con la reflexión [concepto que usted plantea [sobre la salud y la enfermedad], pero allí [lugar] también hay que hacer cosas”. Algunas veces repitieron frases escuchadas al entrevistador en conversaciones pasadas, como “un aspecto central de la clínica es la relación que emerge entre los sujetos”, en un intento de hablar un lenguaje “social” y, por qué no, “de darle gusto” al entrevistador. Al profesor se le escuchó atentamente y, de su relato, se tomaron algunas notas, sin entrar en polémica o controversia con él.

El relato de los profesores se escribió inmediatamente después de terminar la entrevista —lo más literalmente posible, dado que no se contaba con grabaciones— y, posteriormente, se condensaron en cuadros para apreciar, en primer lugar, la descripción que cada uno había hecho de la clínica en la encuesta y en conjunto con su respectivo relato; en segundo lugar, el tipo de estrategia empleada; en tercer lugar, si ésta (la estrategia) abría alguna posibilidad a lo propuesto en la hipótesis de trabajo de la monografía: que en la clínica, además de los procedimientos terapéuticos, tuvieran lugar la actitud científica y la experiencia ético-estética.

El concepto de clínica

Para la generalidad de los docentes entrevistados, la clínica continuaba relacionada, principalmente, con acciones instrumentadas que se ejecutan sobre pacientes enfermos: implementación de técnicas, perfeccionamiento de destrezas y resolución de problemas clínicos —casos—. Pensada así, la clínica no podía ser otra cosa que un lugar a donde acudir en busca de solución a problemas de la cavidad bucal: un policlínico. Muy pocos de ellos asociaron la clínica con un proceso investigativo mediante el cual se crea conocimiento o se reconstruye el existente, proceso que requiere la conceptualización del problema, el diseño metodológico, la recolección y el procesamiento de la información y, finalmente, el análisis y la interpretación; en otras palabras, pocos consideraron la clínica como un proceso científico.



También muy pocos estuvieron inclinados a pensar la odontología como una práctica de salud, de la que la clínica es uno de los espacios para la interacción social, o la clínica como una experiencia ético-estética que abre un espacio para el encuentro entre sujetos que sufren y que requieren, también, de una respuesta a su sintomatología, que, generalmente, va más allá del signo médico.

En la Facultad de Odontología, la reflexión sobre el objeto de estudio de la profesión —el proceso salud-enfermedad humano, componente bucal— está aún en ciernes: aún se le considera como un objeto cosa —diente, encía, mucosa— y no como un objeto teórico —conocimiento— al que hay que construir o transformar. Parte de la explicación reside en que la educación tecnológica que se recibe en esta dependencia de la Universidad está muy sujeta al desarrollo de destrezas para el manejo de objetos concretos —materiales e instrumentos— sobre órganos, igualmente específicos, de la cavidad bucal, lo que ha dificultado que los estudiantes hagan el tránsito del pensamiento concreto al abstracto o hipotético-deductivo. Al estudiante de odontología se le prepara para el hacer práctico, fundamentando, principalmente, en textos técnicos y en manuales de procedimiento y no en la racionalización de los procesos tendientes a la transformación del objeto de conocimiento, como paso previo, pero también posterior, al uso de tecnologías sobre el objeto de intervención.

Cuando una profesión tiene pretensión de ciencia debe cumplir, entre otras cosas, con dos requisitos básicos: haber especificado un objeto de estudio y tener definido un método de trabajo. El objeto de estudio, a su vez, debe estar sustentado, necesariamente, en conceptos (teóricos) que respalden la práctica profesional, entendiendo ésta, principalmente pero no exclusivamente, en su dimensión de producción de conocimientos, es decir, sin desconocer la importancia de la formación del recurso humano y de la prestación de servicios.

El método, por su parte, es el camino que guía el proceso científico o educativo y que tiende a resolver, en cierto orden y por etapas, una

determinada tarea teórica o práctica. El método o, mejor, los métodos, por lo general toman el nombre del campo de objetos que pretende estudiar; así, por ejemplo, en salud se utiliza tanto el método clínico como el epidemiológico, métodos particulares en los que cambia sólo el objeto de estudio: mientras el primero estudia las particularidades del hombre enfermo, el segundo estudiará los problemas de salud de las colectividades humanas. Ambos no son otra cosa que la aplicación particular del método científico.

La profesión odontológica y la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia en particular, apenas inician la reflexión sobre sus referentes teórico-conceptuales y la consolidación de los métodos que les permitan la construcción de un estatuto epistémico que las represente ante la comunidad científica.

Sobre las estrategias empleadas en la didáctica:

- Repetir los procesos como forma de aprendizaje; potenciar las fortalezas de los estudiantes.
- Hacer antes la reflexión sobre la enfermedad y después la evaluación sobre el procedimiento; integrar los conocimientos al problema individual del paciente.
- Articular la teoría y la práctica para tener un mejor conocimiento sobre la salud y la enfermedad; ayudar a la integración del conocimiento.
- Fortalecer los conocimientos teóricos antes de las fases operativas.
- Estimular el desarrollo de la investigación.
- Relacionar las disciplinas teórico-prácticas que tienen que ver con procedimientos sobre el organismo humano.
- Propiciar la curiosidad del estudiante para que “haga y se haga” preguntas que tengan relación con el conocimiento, consigo mismo y con el otro.



- Instalar al estudiante en situaciones problemáticas para que busque soluciones.
- Permitir que el estudiante desarrolle su propia curva de aprendizaje.
- Generar modelos de trabajo para que el estudiante aprenda a organizar las tareas que se le encomiendan.

Durante la entrevista, la mayoría de los profesores simplemente narraron algunas de sus experiencias como educadores a los que se les ha asignado docencia en la clínica. Si bien casi todos mencionaron algunas acciones tendientes a mejorar el aprendizaje de los estudiantes, prácticamente ninguno se refirió de manera específica a algún tipo de estrategia didáctica utilizada en la clínica, o se detuvo a explicar alguna técnica que considerara propia y que le hubiera dado buenos resultados, en términos de enseñanza-aprendizaje. Aunque la mayoría de los profesores considera que, acorde con el modelo educativo docencia-servicio, el profesor debe preparar la clínica para que el estudiante se forme como clínico, muchos no siguen una metodología de trabajo que les indique cómo prepararla, implementarla y evaluarla, pero sí dan cumplimiento a los protocolos para la aplicación de técnicas.

Para el profesor promedio de la Facultad, la clínica está más asociada con el servicio —con procedimientos— que con la investigación —con proyectos—. Quizás por ello, para muchos, sea indiferente asistir a una clínica, dictar clase o dirigir una preclínica; en dichas actividades no se requiere, necesariamente, hacer preguntas que conduzcan a un proceso investigativo. Si no hay preguntas sobre un objeto de conocimiento o de estudio, es probable que no se requiera de un método o de una estrategia que guíe el proceso de construcción o reconstrucción de los mismos, a lo sumo de un manual de procedimientos; y, como se mencionó antes, dado que muchos profesores tienen la creencia de que sólo existen objetos materiales para intervenir, no

serían necesarias intervenciones argumentadas sobre objetos teóricos, sino intervenciones instrumentadas sobre un objetos concretos.

En su versión oral, buena parte del grupo de profesores reiteró lo manifestado en forma escrita: la clínica es el lugar donde se aprender a hacer, “el espacio donde el odontólogo aplica su conocimiento o el territorio apropiado para que el estudiante aprenda a solucionar problemas”.

En relación con la solución de problemas (“instalar al estudiante en situaciones problemáticas”), algunos docentes se refirieron a una metodología conocida de tiempo atrás en la facultad: el aprendizaje basado en problemas (o ABP), metodología que tiene cierto nexo con la clínica, mediante la cual el profesor acompaña al estudiante en la reflexión teórica sobre un problema y en la toma de decisiones para su resolución; sin embargo, al preguntarles a quienes la mencionaron sobre su implementación en la clínica, sólo unos pocos pudieron hacerlo con propiedad.

Ningún profesor se refirió a otros tipos de metodologías activas basadas en el método científico: el seminario alemán, el método de casos, el método de proyectos o la formación investigativa como estrategia de aprendizaje por descubrimiento, metodologías que también le posibilitan al estudiante, a partir de un problema, la revisión de la literatura, el estudio de situaciones similares, la recolección y sistematización de los datos y la búsqueda de soluciones.

La hipótesis de trabajo:

La clínica odontológica debe favorecer, además de la realización de procedimientos terapéuticos, una actitud científica y una experiencia ético-estética.

El procedimiento terapéutico

Un discernimiento muy arraigado entre muchos de los profesores de clínica es, como ya se ha referido, el siguiente: “A la clínica se va



a poner en práctica los conocimientos teóricos”. Este enunciado da a entender que en la Facultad de Odontología no se ha desarrollado una metodología de trabajo para la clínica, teniendo en cuenta, como punto de partida, el referente conceptual: integración teórico-práctica. Al parecer, algunos clínicos menosprecian la teoría, considerándola sólo como una mera visión intelectualista de la realidad —sin sustancia material— separada o enajenada de la “verdadera práctica” o razón de ser de la odontología: “trabajar con las manos”. Si el procedimiento instrumentado —entendiendo por éste el ejercicio empírico de repetición, reproducción y aplicación de técnicas— es el componente esencial —sustancial— de la práctica del odontólogo, no hay razón para que la profesión permanezca en la Universidad. Vista de esta manera, la profesión no pasa de ser una tecnología, carente del fundamento que requiere una práctica universitaria, y por ello debe ubicarse en un tecnológico.

Una buena parte de los entrevistados siguen entonces pensando la clínica en términos del hacer práctico. Como fundamento para dicha apreciación, algunos citan dos referentes teóricos que, infortunadamente, han sido mal entendidos: el modelo educativo docencia-servicio y la función de producción de servicios de la práctica odontológica. El primero, porque se asocia la docencia con “enseñar” y el servicio con “hacer”; la segunda, porque se asocia la prestación de servicios con la aplicación de técnicas.

Se sigue afirmando —afortunadamente no por todos— que en las clínicas de la Facultad se debe hacer la “aplicación práctica” del conocimiento; “aprovechar” la presencia del paciente como sujeto de operatividad para que el estudiante aprenda; aprender el oficio que le permitirá al futuro odontólogo un adecuado desempeño en el mundo laboral; hacer las ofertas terapéuticas “acorde con las necesidades del paciente”; propiciar el “deseo de ayudar a otra persona para que ésta obtenga un mejor estado de salud bucal”. Expresiones como las anteriores, y otras más, dan a entender que en el pensamiento de muchos docentes la clínica es sólo el lugar donde se pone en

“práctica” el saber teórico y no una de las mejores estrategias para la educación —y la formación— de odontólogos.

La actitud científica

En la sociedad del conocimiento, la sociedad actual, la calidad de la educación superior está estrechamente relacionada con la práctica de la investigación. Con la expedición de la Ley 30 de 1992 se abrió en el país la discusión sobre cuál debería ser el compromiso de las universidades colombianas con la investigación de alto nivel y con su implementación, discusión que pone de presente la función pedagógica de la universidad, es decir, la forma como ésta debe familiarizar al estudiante con la lógica investigativa en su respectivo campo de objetos. Independiente de la diferencia introducida por el Consejo Nacional de Acreditación entre investigación formativa e investigación científica propiamente dicha, el interrogante que se presenta es de qué manera éstas pueden operar no sólo en el terreno de las disciplinas o ciencias básicas —naturales, formales o sociales—, sino también en el de las profesiones o carreras.

El punto de partida de una investigación es, desde luego, la existencia de un vacío en el saber que no ha tenido un esclarecimiento satisfactorio, o de un problema que requiere de una solución.

El punto de partida de una investigación es, desde luego, la existencia de un vacío en el saber que no ha tenido un esclarecimiento satisfactorio, o de un problema que requiere de una solución. Por su parte, el propósito final de la misma consiste en proponer hipótesis, tesis o teorías que, a manera de respuestas, esclarezcan los interrogantes que ha generado la situación problemática,

contestaciones que, necesariamente, entran a confrontar el cuerpo de teorías existente en la comunidad científica. Y para avanzar en el estudio de las situaciones problemáticas se requiere, entre otras cosas, la delimitación de un objeto de conocimiento —que en el caso



de la odontología tiene que ver con el proceso salud-enfermedad humano— que se puede ampliar a un variado campo de objetos —las diferentes enfermedades con manifestaciones bucales—, la escogencia de un método, que podría ser el empírico analítico, sin descartar otros enfoques metodológicos, como el histórico-hermenéutico o el crítico social, y la disposición de unos sujetos: unos que poseen los conocimientos: los clínicos, y otros que portan en sus cuerpos las situaciones problemáticas: los enfermos.

Se debe ser cuidadoso con el sentido que se le asigna al concepto objeto de conocimiento proceso salud-enfermedad porque se corre el riesgo de asumir lo humano únicamente como materialidad orgánica, como objeto cosa, cuando de lo que se trata es del proceso histórico, del recorrido de un sujeto que, además de tener un cuerpo físico que se puede enfermar —determinante biológico—, tiene una tradición y unas costumbres, es decir, está inmerso en una sociedad y en una cultura que también lo determinan.

La diferencia entre el objeto de estudio y el sujeto histórico está en la singularidad de este último, en que es individuo y no masa; por ello, el método empírico-analítico es insuficiente para comprenderlo por fuera de su estructura físico-química, en su dimensión social e histórica, y se debe recurrir a otros enfoques metodológicos para interpretar el recorrido de su padecimiento.

Teniendo en cuenta que el modelo docencia-servicio, o la integración docente asistencial, definido en el marco de referencia, ha tenido en los últimos años un desarrollo importante en las instituciones formadoras del recurso humano en salud, al incorporarle el componente investigación —docencia-servicio-investigación—, el interrogante ahora es saber de qué manera los profesores de clínica de la Facultad de Odontología han acompañado a los estudiantes en su proceso formativo —en el sentido de comprender y avanzar en la investigación científica— para que aprendan a formular problemas, a idear hipótesis, a diseñar metodologías, a recolectar información, a procesar datos y

a hacer la interpretación de los mismos, teniendo como insumos los múltiples eventos —léase enfermedades— que a diario se presentan en las clínicas. Se repite, de acuerdo con lo escuchado en las entrevistas, que la generalidad de los profesores no la conciben como un proceso investigativo, sino como un “acto” limitado en el espacio y en el tiempo durante el cual se realizan intervenciones instrumentadas. Lo anterior explicaría, al menos en parte, porqué algunos profesores asisten a la clínica sólo a supervisar los trabajos de los estudiantes sin un método o estrategia que les permita el seguimiento de un proceso —contrario a como se hace cuando se desarrolla un proyecto investigativo—.

La experiencia ético-estética

La clínica, en las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, puede ser asumida de varias maneras: como una práctica curricular, en cuanto orienta el sentido que se le debe dar al proceso educativo del estudiante, es decir, en tanto hace posible la intención de la institución de enseñar los conocimientos, las habilidades y las destrezas que el profesional requiere para su titulación. Igualmente, dado que muchas de ellas han explicitado en su marco referencial que uno de los ejes teórico-metodológicos cardinales para la formación de estudiantes es la investigación, la clínica puede concebirse como una práctica investigativa. En el mismo sentido, dado que una de las funciones de las prácticas sanitarias es la prestación de servicios a individuos y a comunidades, la clínica puede tener el sentido de una práctica social.

Como se puede apreciar, el aporte de los profesores a la formación de estudiantes sí va más allá de propiciar tanto la adquisición de talentos y competencias para su desempeño en el mundo laboral, como de favorecer el desarrollo de proyectos investigativos tendientes a reconstruir el objeto de estudio. La contribución del educador se ubica, también, en la reflexión permanente sobre la cotidianidad, que incluye, entre otras, preguntas sobre el sentido que para cada estudiante



tiene su formación, la deliberación sobre el deber que cada persona tiene de “formar-se”, no para ganar o tener más sino para llegar a ser.

En el artículo 6 de la Ley 30/92, relacionado con los objetivos de la educación superior, se lee: “Se centra la formación *en la persona* [el énfasis es nuestro], el conocimiento y la prestación de un servicio de calidad a la comunidad”; leído en la clave de este estudio, significa que los campos de acción que las instituciones educativas le ofrecen al estudiante de educación superior no deben limitarse únicamente a los de la ciencia y la técnica; deben incluir también los de las humanidades, el arte e, incluso, el de la filosofía, porque ellos le permitirán “saber-se” sujetos de relaciones sociales. En primer lugar están los sujetos; en segundo lugar, los proyectos y los procedimientos.

Un pensamiento como el anterior es muy difícil de asimilar en profesiones como la odontología, históricamente incrustada en el paradigma empírico-analítico y en una metodología educativa centrada en la transmisión de contenidos, que instruye profesionales expertos en el hacer; pensamiento que no permite entender qué significa formarse como clínico. Se insiste en el término “formar-se” y no en “formar” porque la formación del estudiante es, en lo esencial, autónoma, es decir, la presencia de un maestro no es un *sine qua non*, lo cual no significa que se pueda prescindir de él, pues éste sigue presente en “el discurso que forma”.

La contribución del profesor en la formación del estudiante no debería estar desligada de la enseñanza de las ciencias y las disciplinas; esa separación induce intervenciones taxativas, como cuando un profesor señala: “A ustedes los que dictan las clases de humanidades les corresponde la formación del estudiante; a nosotros, la enseñanza de los conocimientos y de las técnicas”. El profesor no debe separar el cómo se hacen las cosas del por qué y el para qué se hacen, y, tanto el salón de clase como la clínica —entendidos más allá de un lugar físico—, son espacios que hacen posible toda una red de conversaciones que entrelazan sujetos, discursos y prácticas. La pregunta es: ¿cómo hacer para que du-

rante los diálogos académicos el profesor de clínica no limite su discurso al hacer técnico sobre los objetos de intervención —los dientes—, sobre los objetos de conocimiento —los proyectos— y se incluya (forma reflexiva del verbo) e incluya (forma indicativa del verbo) a otros —los sujetos— en lo que hemos dado en llamar experiencia ético-estética?

Algunas de las intervenciones de los profesores develan en su discurso posturas sobre la “formación en el ser”, como las siguientes:

- La relación que se establece con el paciente en la clínica es de uno a uno; se atienden personas una por una y no en grupo, lo que quiere decir que aunque el conocimiento que se obtiene en los libros es sobre lo general, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento es sobre lo particular.
- El proceso salud-enfermedad no ha sido entendido en la Facultad de Odontología en una dimensión más amplia que involucre al paciente como un ser social, sino en una dimensión estrecha —lo puntual de la cavidad bucal—.
- La clínica permite que se lleve a cabo un proceso de formación, lo que no quiere decir que se descarte el proceso de instrucción, como también la posibilidad de resolver necesidades de orden orgánico. La clínica hace parte del componente formativo de los estudiantes, allí hay una “estética” porque hay sujetos que se relacionan.
- Hay que considerar al paciente como una totalidad, sin fragmentarlo ni atender únicamente la necesidad, porque de esa manera tan sólo se atienden casos y no personas. En medicina, como en odontología, hemos cosificado a la persona, no miramos al paciente como un todo sino en sus partes.

Expresiones como las anteriores —y otras más— dan a entender que en el pensamiento de muchos profesores sí está presente el concepto de formación, entendido no únicamente como proceso instructivo, sino como reflexión pedagógica, en una relación particular con



el estudiante que introduce la duda, estimula el debate e incita a la crítica para descubrir y construir nuevas formas de aproximación al conocimiento. ¿Qué falta entonces? Que se posibilite la emergencia de la subjetividad durante el acto clínico; que profesor y estudiante comprendan que también ellos —y no sólo aquel a quien atienden: el paciente— además de individuos que tienen marcas en el organismo, son sujetos que sufren, sufrimiento que no puede ser detectado por métodos empíricos porque el padecimiento que portan sus cuerpos no tiene el carácter de objeto de la ciencia.

La plenaria

Con la sesión plenaria se completó la tercera etapa concebida para reunir información para el trabajo monográfico sobre la clínica. El objetivo estaba orientado a la discusión grupal alrededor de los diferentes métodos (estrategias) empleados por los docentes en la clínica. Para cumplir con el objetivo, a cada profesor se le entregaron, con la debida anticipación, varios documentos con tópicos alusivos al tema de la clínica y una hoja de trabajo con cinco puntos que deberían ser diligenciados previamente y que servirían, también, de insumo para la deliberación final.

A la asamblea final, programada para que tuviera una duración de dos horas, asistieron, además de un estudiante de la especialidad en didáctica universitaria y de su asesora, trece de los quince profesores convocados y un profesor invitado, con carácter de observador. La reunión fue dirigida por el estudiante de la especialización; y la asesora, dada su formación en educación, tuvo la tarea de esclarecer los vacíos conceptuales que surgieran alrededor de las estrategias didácticas.

Después de una corta introducción por el estudiante de la especialidad, los profesores tomaron uno a uno la palabra para referir su experiencia en la clínica y para contar sobre las metodologías empleadas para favorecer el aprendizaje de los estudiantes.

Las preguntas 1 y 5 de la hoja de trabajo estuvieron orientadas a relacionar los propósitos de formación institucional y los objetivos de la clínica, con el ordenamiento que cada profesor estableció para cada sesión. Dicha información se resumió en un cuadro en el que aparece, además del ordenamiento establecido por el profesor (pregunta 5) y el razonamiento correspondiente (pregunta 1), la relación establecida entre ellas con algunas categorías de análisis: propósitos y objetivos institucionales (pregunta 1), funciones de la práctica odontológica y la hipótesis de trabajo.

Las preguntas 2, 3 y 4 se referían al método, dado que se quería saber sobre las estrategias utilizadas por los docentes para favorecer el aprendizaje de los estudiantes, pero también sobre su preparación y evaluación. También ellas se resumieron en un cuadro en el que aparece nuevamente el ordenamiento de los dos primeros numerales de la pregunta 5 como actividades privilegiadas, el método utilizado por el profesor (pregunta 3), la forma como lo prepara (pregunta 2) y la evaluación correspondiente (pregunta 4).

Se trataba de establecer la coherencia existente entre ordenamientos, raciocinios y categorías de análisis para discernir, en la medida de lo posible, una línea de pensamiento que ayudara a entender cómo concebían la clínica los profesores de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia

El orden o la prioridad establecida por los profesores para la pregunta 5 fue el siguiente:

- | | | |
|-----|--|-----------------|
| (4) | El perfeccionamiento de destrezas motrices | (5453355515355) |
| (2) | El estudio a profundidad de los casos | (3335221331121) |
| (5) | La implementación de técnicas | (4544443424243) |
| (3) | El desarrollo de la investigación | (1221512243534) |
| (1) | La formación del estudiante | (2112134152412) |

Nota: Los números del paréntesis indican las veces que cada frase aparece en ese puesto.



Del ordenamiento anterior se pudo leer que las tres actividades que privilegiaron los profesores en la clínica son, en su orden: 1) la formación del estudiante, 2) el estudio a profundidad de los casos y 3) el desarrollo de la investigación. Ni el perfeccionamiento de las destrezas motrices ni la implementación de técnicas ocuparon un lugar destacado. Vale la pena, entonces, detenerse a considerar dicho ordenamiento porque contrasta, de manera significativa, con lo manifestado por los mismos profesores en la encuesta y en la entrevista.

Puede argumentarse que un promedio como el anterior es apenas una “tendencia general” y que en realidad dice poco sobre el pensamiento de los profesores con respecto a la clínica. Sí, es válido dicho planteamiento, pero lo sorprendente, por decir lo menos, es que durante la reunión plenaria —de la cual queda el aporte escrito en la hoja de trabajo— se modificaron los discursos de algunos profesores. Después de haber leído y escuchado a quince profesores en sus disertaciones sobre la clínica, en la que la mayoría se manifestó a favor de la realización de procedimientos —necesariamente relacionados con el perfeccionamiento de las destrezas motrices y con la implementación de técnicas—, ahora se privilegian dos de los elementos de la hipótesis de trabajo: la formación y la investigación, que antes estuvieron bastante ausentes. ¿Qué indujo a algunos de ellos a modificar su posición con respecto a la clínica?

Una recomendación que se hace a quienes incursionan en investigaciones de corte histórico-hermenéutico, con propuestas metodológicas de corte descriptivo, es que, por principio, se debe confiar en la veracidad de los relatos de los entrevistados y encuestados. Por ello se debe tener sumo cuidado a la hora de escoger la muestra, consideración que se tuvo muy en cuenta cuando se seleccionaron los quince profesores de la Facultad de Odontología.

Como se mencionó en uno de los párrafos consagrados a la entrevista, algunos de los profesores modificaron sus apreciaciones a medida que se avanzaba en la investigación. A pesar de que no es del interés

del investigador intentar explicar lo sucedido, una interpretación posible es que durante las conversaciones con los profesores, algunos de ellos fueron asimilando de mejor manera el propósito que se perseguía con la investigación, lo que les permitió hablar de tópicos que, incluso para ellos, se presentaban desconocidos; tal es el caso de la función formadora del profesor de clínica.

La interpretación de esta parte final de la investigación se hizo de una manera apenas somera. El objetivo de palpar la opinión de los profesores ya se había cumplido en las etapas previas. Ya se había detectado que un buen número de profesores no tenía claridad sobre el concepto de clínica y que, por tanto, no se podía esperar que tuvieran una metodología o estrategia que les ayudara a implementar la clínica en toda la dimensión que proponía la hipótesis de trabajo. La reunión plenaria tenía por objetivo que los profesores plasmaran “en vivo” algunas de sus experiencias, compartir con ellos algunos tópicos que habíamos detectado y hacerle un cierre al proceso investigativo.

A manera de ejemplo, se toma el ordenamiento que hace de la pregunta 5 el profesor número 1 y se contrasta con el razonamiento que hizo sobre el mismo; igualmente, con los propósitos y los objetivos institucionales (pregunta 1), con las funciones de la práctica odontológica y con la hipótesis de trabajo:

- (1) El estudio a profundidad de los casos
- (2) La implementación de técnicas
- (3) El perfeccionamiento de destrezas motrices
- (4) La formación del estudiante
- (5) El desarrollo de la investigación

Razonamiento: “No conozco los conceptos actuales acerca de propósitos de formación institucionales, pero los objetivos de los programas van encaminados a cumplir una gama amplia de situaciones en cada



sesión de clínica, de tal manera que el estudiante pueda estar capacitado para entender, diagnosticar y tratar los pacientes”.

Coherencia entre el ordenamiento y el razonamiento: La hay porque lo que privilegia es el estudio de casos, la implementación de técnicas y el perfeccionamiento de destrezas.

Relación con los propósitos institucionales: El ordenamiento que el profesor hace es contradictorio, puesto que el estudio a profundidad de los casos es, de hecho, un proceso investigativo y el profesor pone el desarrollo de la investigación como el último punto; con lo anterior se cumpliría el objetivo del saber. En un lugar relativamente privilegiado pone la implementación de técnicas y el perfeccionamiento de destrezas motrices, con lo que cumple con el objetivo del hacer. El objetivo de la formación en el ser no ocupa un lugar importante.

Relación con la práctica odontológica: producción de servicios, de recursos y de conocimientos. Privilegia fundamentalmente el hacer del odontólogo, los procedimientos, las destrezas y las técnicas, es decir, el primer componente de los enumerados. No hay mucha relación con los restantes componentes de la práctica.

Relación con la hipótesis de trabajo: la clínica odontológica debe favorecer, además de la realización de procedimientos terapéuticos, una actitud científica y una experiencia ética-estética: sólo en lo tocante a la realización de procedimientos.

También, a manera de ejemplo, se hace un ejercicio de interpretación, consistente en relacionar las dos primeras prioridades establecidas por el mismo profesor (de las cinco establecidas para los métodos didácticos utilizados en clínica) con el método propuesto para implementarlas (pregunta 3), con la forma como lo prepara (pregunta 2) y con el tipo de evaluación que realiza (pregunta 4).

Método utilizado: Si bien hace referencia al aprendizaje basado en problemas, a la discusión de casos y al seminario investigativo —como si

las implementara al tiempo—, estas estrategias tienen sus aplicaciones específicas, principalmente, por fuera de la clínica y como paso previo al estudio individual de la problemática de los enfermos.

Preparación: El profesor propone la discusión de casos, pero advierte que, en general, no hay preparación individual de cada sesión, sino general. Hay que advertir que el estudio de la problemática real de salud de un enfermo, en la clínica, no es equivalente al estudio de casos, pues estos últimos pueden ser meramente teóricos o simulados.

Evaluación: Si bien dice evaluar la participación activa del estudiante en las discusiones, la preparación de los temas asignados, etc., no explica cómo lo hace.

Dichos ejercicios se pueden hacer con lo planteado por los demás profesores pero, por lo repetitivo del procedimiento, se deja para la consideración del lector.

Conclusiones

En la época actual, dominada por un modelo de producción capitalista, el currículo de algunas instituciones de educación superior, entre ellas las facultades de odontología, se ajusta cada vez más a las peticiones de los empleadores ofreciendo profesionales con “perfiles operativos” que suplan las demandas del mercado. No obstante, los profesores están en la obligación de advertir a la comunidad —esa es una de sus principales funciones— del peligro que representa, durante la formación universitaria, que se privilegien únicamente los objetos empíricos (importantes, sí, para las intervenciones instrumentadas sobre el organismo) en menoscabo de los objetos teóricos —decisivos para la construcción y reconstrucción del conocimiento— y del hombre mismo, centro de toda práctica social.

Cuando se habla de docencia universitaria, necesariamente hay que hacer referencia, entre un amplio campo de tópicos, al currículo y al



plan de estudios y a todo lo relacionado con ellos: a los propósitos educativos y a los objetivos trazados por la institución; al método científico con el que se enfrentan los diferentes saberes de cada disciplina o ciencia en particular y a la didáctica requerida para inducirlos; al tipo de relación que se establece entre el profesor y el estudiante y entre el estudiante y el paciente, en las profesiones de la salud.

Si el propósito de la enseñanza en la educación superior es el de formar universitarios que sean, además de ética y socialmente responsables, calificados y competentes en sus respectivos campos, hay que tener en cuenta la relación existente entre el modelo pedagógico global y las estrategias particulares de enseñanza seleccionadas por cada dependencia universitaria. Restrepo (1986: 21) denomina a este universo de fines, relaciones y medios “el prototipo o modelo pedagógico que encarna una acción educativa determinada, en un espacio y tiempo dados”.

Para el caso particular de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia se requiere, entonces, que se implementen estrategias por medio de las cuales se puedan lograr, en la medida de lo posible, tanto realizaciones científicas y pedagógicas como éticas y sociales. Es el caso de la clínica, una estrategia de aprendizaje por descubrimiento que ofrece a los estudiantes de odontología otras opciones diferentes a las que están acostumbrados —la ejecución de procedimientos técnicos— porque favorece la imaginación, la crítica, la creación, todo ello a través del planeamiento y de la búsqueda de solución a problemas, es decir, estrategias de pensamiento que van más allá del aprendizaje de contenidos y del desarrollo de destrezas motrices.

Si en la institución, con sus directivos, profesores y estudiantes, se reconoce —y se acepta— la clínica como estrategia didáctica, y no únicamente como un lugar o un sitio de trabajo, el proceso docente-educativo podría tomar otro rumbo, dado que se abriría la posibilidad

de desarrollar lo propuesto en la hipótesis de trabajo: la clínica odontológica debe favorecer, además de la realización de procedimientos terapéuticos, una actitud científica y una experiencia ética-estética; los profesores, en particular, podrían formular los objetivos pedagógicos o formativos¹⁰ correspondientes para cada una de las unidades académicas de aprendizaje —clínicas— y seleccionar los métodos¹¹ mediante los cuales se implementan aquéllos (los objetivos), ejercicio éste que antes parecía bastante difícil, cuando no se tenía claridad sobre el significado del concepto de clínica: reflexión sobre el objeto de estudio de la profesión, el proceso salud-enfermedad.

En resumen

1. La clínica integral nace en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia en la década de los cincuenta, como una estrategia para la formación de estudiantes en términos de actitudes, aptitudes, habilidades y destrezas. En su concepción original incorpora aspectos socio-epidemiológicos y articula procesos académico-administrativos con el objetivo de racionalizar el proceso salud-enfermedad, sin separar las dimensiones biológicas, psíquicas y sociales. Una vez estructurada la clínica integral, vendría, como efecto, el tratamiento integral del enfermo —como unidad bio-psico-social—, pero lo que en realidad se percibe hoy en día es el funcionamiento de clínicas “integradas”, cuyo mayor logro es la sumatoria de procedimientos técnicos alrededor de problemas concretos de la boca, durante el acto clínico odontológico.

10 Pensados para “la promoción del pensamiento cualitativo, la educación de la inteligencia, el mejoramiento de la calidad del pensamiento con miras a posibilitar la investigación científica y el desarrollo tecnológico, funciones de las cuales se ha responsabilizado la universidad” (Restrepo, 1986: 24).

11 “Principio de organización y ordenación del trabajo del docente de acuerdo con un fin preestablecido, configurado sobre la marcha del proceso educativo y ajustado, además, a las leyes intrínsecas, a las exigencias de las materias que se enseñan” (Nassif, 1961: 7).



2. Para la década de los ochenta, la Facultad implementó el modelo de integración docente-asistencial —que podría asumirse como una estrategia educativa— por medio del cual el estudiante de odontología no sólo aprendería los procedimientos terapéuticos, con su correspondiente fundamentación científica, sino que también se formaría en una perspectiva más amplia de atención en salud, acorde con lo propuesto por el modelo integral. Sin embargo, el tiempo ha demostrado que dicho modelo está orientado más hacia el componente de servicio que hacia el componente educativo; es decir, está encauzado hacia las actividades que atienden necesidades de los pacientes y no a las demandas de aprendizaje de los estudiantes.
3. Para la década de los noventa la institución adoptó el modelo pedagógico de los procesos conscientes, como una pedagogía activa que pretendía que el profesor rompiera con la orientación educativa tradicional, centrada en la verdad, el maestro y en el texto, y avanzara hacia un modelo participativo, centrado en el estudiante, privilegiando la indagación y el descubrimiento. No obstante, en la actualidad un buen número de profesores siguen aferrados a las estrategias expositivas tradicionales, de modo que lo principal no es desarrollar en el estudiante la capacidad para resolver problemas, sino el aprendizaje de contenidos y la adquisición de destrezas.
4. Una de las principales dificultades que se presenta en la Facultad para implementar el enfoque integrador propuesto en el marco conceptual: la salud y la enfermedad, la docencia y el servicio, lo clínico y lo socio-epidemiológico, lo teórico y lo práctico, no reside en un escaso desarrollo teórico, metodológico o técnico de las asignaturas que integran el plan de estudio, sino, más bien, en la poca comprensión que tienen bastantes profesores de los procesos pedagógicos y de las estructuras curriculares, como también en el escaso conocimiento de los referentes teóricos que fundamentan la práctica odontológica.

5. Aunque las estrategias activas exigen un cambio en la concepción que tanto profesores como estudiantes deben tener del proceso docente-educativo —que incluye imaginación, creación, reflexión y crítica con miras a transformar los objetos de conocimiento—, la generalidad de los profesores aún tienen una visión instrumental de la didáctica, como una instancia generadora de acciones, cuya finalidad es la de desarrollar en los estudiantes habilidades y destrezas motrices —mediante el seguimiento de guías, protocolos o manuales— para la realización de procedimientos instrumentados sobre los objetos de la cavidad bucal.
6. Un buen número de profesores no asume la clínica como método clínico, es decir, como método científico cuya finalidad es la de transformar el objeto de estudio de la profesión: el proceso salud-enfermedad humano. Tampoco como una experiencia ético-estética, esto es, como posibilidad de aceptar al otro: estudiantes o pacientes como interlocutores válidos, como sujetos en proceso de formación y aprendizaje —no como ignorantes—, los primeros; y de ser atendidos como seres humanos —no como bocas enfermas—, los segundos.
7. Dada la insuficiente comprensión que un buen número de profesores tienen acerca del concepto de clínica y, por ende, de la casi inexistencia de metodologías para su implementación como estrategia didáctica activa, se requiere que en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia se trabaje más en pos de favorecer —acorde con lo propuesto en la hipótesis de trabajo— una actitud científica y una experiencia ética-estética para que la profesión se exprese como una práctica científica y, a la vez, social.



Referencias bibliográficas

- Arango, Luis Alberto (1963). "Porqué se creó una clínica integral en nuestra Facultad", en: *Seminario Latinoamericano sobre la Enseñanza de la Odontología*. Bogotá, OPS/OMS, Publicación Científica N.º 77.
- _____ (1990). *La enseñanza de la odontología*. Medellín, Universidad de Antioquia.
- Castañeda, Beatriz Helena y Salinas, Martha Lorena (2003). *Elementos para construir una propuesta de evaluación de los aprendizajes para la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia*. Medellín, Trabajo monográfico. Facultad de Educación.
- Chevallard, Ives (1991). *La transposición didáctica: del saber sabio al saber enseñado*. Buenos Aires, Aique.
- Duque, Camilo y López, Héctor (2002). *La odontología en Colombia: historia, cultura y sociedad*. Bogotá, Universidad El Bosque.
- Edelstein, Gloria (1996). "El método en el debate didáctico contemporáneo", en: *Corrientes didácticas contemporáneas*. Buenos Aires, Paidós.
- Facultad de Medicina (Documento de circulación interna, 2002). *La evaluación del aprendizaje basado en problemas —ABP—: experimentación y validación*. Medellín, Universidad de Antioquia.
- Facultad de Odontología (1958). *Prospecto 1958-1959*. Medellín, Universidad de Antioquia.
- _____ (1965). *Prospecto 1965*. Medellín, Universidad de Antioquia.
- _____ (1973). *Prospecto 1973*. Medellín, Universidad de Antioquia.
- _____ (1993). *Documento de trabajo*. Medellín, Comisión de transformación curricular del Consejo de Facultad, Universidad de Antioquia.
- _____ (1988). *Marco conceptual. Acta 055 del Consejo de Facultad*. Medellín, Universidad de Antioquia.
- _____ (2001). *Marco referencial: Programa de pregrado en Odontología*. Medellín, Universidad de Antioquia.
- _____ (2004). Informe consolidado del trabajo de la comisión de rediseño curricular. Medellín, Comité de Currículo.
- Foucault, Michel (1978). "Incorporación del hospital en la tecnología moderna", en: *Medicina e historia: el pensamiento de Michel Foucault*. Washington, OMS/OPS.
- _____ (1989). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México, Siglo XXI.

- Gadamer, Hans-Georg (1991). *Verdad y método*. Salamanca, Sígueme.
- _____ (1996). *El estado oculto de la salud*. Barcelona, Gedisa.
- González, Elvia María (1998). “El proyecto de aula o acerca de la formación en investigación”. *Revista Universidad de Medellín*. Medellín, N.º 73, pp. 119-124.
- _____ y Álvarez, Carlos (1998). *Lecciones de didáctica general*. Medellín, Edinalco.
- González, Julio (1998). “Historia de la odontología”, en: Bascones, Antonio. *Tratado de odontología*. Madrid, Trigo, pp. 907-992.
- Hermida, César (1983). *El método en investigación y en administración para la salud*. Quito, Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas.
- Litwin, Edith (1997). *Las configuraciones didácticas. Una nueva agenda para la enseñanza superior*. México, Paidós.
- Mejía, Raúl y Yepes, Fanny (1997). “Veintisiete años de seguimiento de las clínicas integrales de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia (1970-1996). Parte I”. *Revista de la Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia*. Medellín, Vol. 9, N.º 1, pp. 39-46.
- _____ (1998). “Veintisiete años de seguimiento de las clínicas integrales de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia (1970-1996). Parte II”. *Revista de la Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia*. Medellín, Vol. 9, N.º 2, pp. 87-93.
- Nassif, Ricardo (1961). *Docencia e investigación, bases para una metodología de la enseñanza superior*. Santa Fe, Universidad Nacional del Litoral.
- Not, Luis (2000). *Las pedagogías del conocimiento*. Santafé de Bogotá, Fondo de Cultura Económica.
- Payares, Carlos y Arango, Alberto (1991). *Consideraciones sociohistóricas de la odontología en Colombia y Antioquia*. Medellín, Promotora de Ediciones y Comunicación.
- República Dominicana (1989). *La odontología alternativa para la década del 90*. Santo Domingo, Gráficas Chemar (Informe del grupo de trabajo, sin autor).
- Restrepo, Bernardo (1986). “La enseñanza en la universidad: estrategias y métodos para asegurar su calidad”. *Estudios Educativos*. Medellín, N.º 25, pp. 21-33.
- _____ (2003). “Investigación formativa e investigación productiva de conocimiento en la universidad”. *Nómadas*. Bogotá, N.º 18, pp. 195-202.
- Seminario Latinoamericano sobre la Enseñanza de la Odontología (1962). *El seminario de Bogotá*. Bogotá, OPS/OMS, pp. 173-184.



Para el Grupo de Investigación UNUN VERTERE (Unidad en la Diversidad) es motivo de inmensa satisfacción presentar su primera publicación: *La formación integral en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia*.

El interés permanente del grupo es la búsqueda de sentido de las relaciones que se dan e implementan en la práctica odontológica más allá de la relación odontólogo-paciente. Igualmente es nuestro objetivo reflexionar sobre cómo enseñar la odontología, cómo entender sus múltiples interacciones internas y externas, su objeto de estudio, su fundamentación, su episteme y el conjunto como profesión. De hecho, nuestra intención como profesionales de la salud es develar eso que está inmerso en nuestra praxis, más allá de nuestros sentidos, para aproximarnos a un objeto de estudio que se torna elusivo y, con frecuencia, se confunde con el hacer, esto es, con la intervención tecno-instrumental.

Es de nuestro interés proponer explicaciones, desde el logos, al sufrimiento y al malestar que genera en los seres humanos la alteración del sistema estomatognático, lo cual no siempre está asociado al dolor. El sistema estomatognático es el conjunto de órganos y tejidos que permiten respirar, llorar, succionar, deglutir, sonreír, masticar, besar, hablar, y que está íntimamente asociado a la identidad y a la autoestima y, por tanto, a la calidad de las relaciones interpersonales y a la funcionalidad social.