

VOL. 13, Nº 1 (2009)

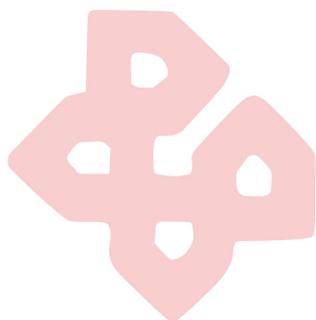
ISSN 1138-414X

Fecha de recepción 18/11/2008

Fecha de aceptación 20/02/2009

LA ENSEÑANZA DE PRÁCTICAS PROFESIONALES EN LA UNIVERSIDAD: ESTILOS DOCENTES DIVERSOS PARA APRENDIZAJES COMPLEJOS EN LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS

Professional teaching practices in the university: Learning styles for different educational complex in odontological clinics



*Elisa Lucarelli, Claudia Finkelstein, María Donato,
Gladys Calvo, Patricia Del Regno, Mónica Gardey,
Martha Nepomneschi y Viviana Solberg*

Universidad de Buenos Aires

E-mail: elisalucarelli@arnet.com.ar

Resumen:

Este artículo presenta los avances realizados en uno de los casos estudiados (Prótesis removible, una de las asignaturas del Ciclo Profesional) en la investigación que desarrolla el equipo del Programa "Estudios sobre el aula Universitaria", acerca de los espacios de formación para aprendizajes complejos de la práctica profesional en la universidad, dentro de la carrera de Odontología.

El análisis de lo que sucede en los espacios de las clases teóricas y muy especialmente de las clínicas, permite el reconocimiento de cómo desarrolla el estudiante en esos contextos, el aprendizaje de las habilidades complejas, en las que se incluyen no solamente las operaciones que realiza en la boca del paciente, sino también las habilidades comunicacionales y las actitudes que supone el trato con pacientes ancianos.

Se identifican dos tipos básicos en los que se manifiesta el estilo docente: el modelado y el andamiaje, dando lugar al reconocimiento de cuándo, cómo y frente a qué demandas interviene el docente en el desarrollo de la atención odontológica que realiza un estudiante avanzado.

Comprender las notas peculiares sobre la enseñanza en estos espacios permite avanzar en la construcción del campo de la Didáctica Universitaria en una perspectiva crítica.

Palabras clave: enseñanza universitaria- enseñanza en la clínica- estilos docentes- aprendizajes complejos

Abstract:

This article presents the previews in one of the studied cases as a part of the research that the program team 'Studies about the university classroom' develops, regarding the training spaces for professional practice complex learning's in the university, at Odontological degree course.

One of the subjects of the Clinical Cycle -Removable Prosthesis- is taken as a studying case.

The analysis of what happens inside theoretical classes and very specially in the clinics allows us to recognize how students learn complex abilities in those contexts, including not only the operations they perform inside the patient's mouth, but also communicational abilities and attitudes that aged patients treatment requires.

Two basic types are identified in which teaching style manifests: modeling and scaffolding giving rise to the recognition of when, how and towards what demands teachers take part in the odontological care that advanced students develop.

Understanding particular notes about teaching in such spaces allows us to move forward in the

1. Introducción

Este artículo presenta los avances realizados en uno de los casos estudiados como parte de la investigación que está desarrollando el equipo del Programa “*Estudios sobre el aula Universitaria*”, acerca de los espacios de formación, para aprendizajes complejos de la práctica profesional en la universidad, dentro de la carrera de Odontología.

El Programa tiene como eje de interés el análisis de los procesos que se dan en el aula universitaria, entendida como los espacios institucionales donde se desarrollan la enseñanza y el aprendizaje en la universidad, en cualquiera de sus localizaciones: aula tradicional, auditorios, sedes de práctica, laboratorios, clínicas, terreno.

En la actualidad se ha focalizado este interés en los espacios de formación destinados a la práctica en la profesión en las carreras de grado de la Universidad de Buenos Aires, en este caso particular, en la Facultad de Odontología de esa Universidad.

Se plantea como uno de sus objetivos centrales avanzar en el estudio de los modos de articulación de la teoría y la práctica, concretado en el avance del conocimiento sobre las modalidades que desarrollan los docentes universitarios a través de la puesta en acción de dispositivos metodológicos de enseñanza y evaluación que se dan particularmente en las asignaturas Clínicas, orientados a la construcción de los aprendizajes complejos de la práctica profesional.

Uno de los casos en estudio es la asignatura Clínica Integrada IV (Prótesis removible) del Ciclo Profesional de la formación de los futuros odontólogos. A través de una metodología que desarrolla la lógica cualitativa, se realizaron entrevistas clínicas a integrantes del equipo docente¹, análisis de materiales curriculares y observaciones de clases, de manera de contextualizar con un encuadre situacional e histórico las características que se evidencian para la enseñanza apropiada a los propósitos del Ciclo Profesional de esa carrera.

El análisis de lo que sucede en los espacios de las clases teóricas y muy especialmente de las clínicas, permite el reconocimiento de cómo desarrolla el estudiante en esos

¹ Se realizaron entrevistas al Profesor Titular y a dos Profesores Adjuntos y observaciones durante los meses de agosto y setiembre de 2005 en dos comisiones de Clínica diferentes.

contextos, el aprendizaje de las habilidades complejas, en las que se incluyen no solamente las acciones que realiza en la boca del paciente, sino también las habilidades comunicacionales y las actitudes que supone la relación con pacientes ancianos.

La comprensión de las notas peculiares sobre la enseñanza en estos espacios permite avanzar en la construcción y diferenciación del campo de la Didáctica Universitaria en una perspectiva crítica.

2. Contextualización del ámbito de la investigación: la Facultad de Odontología de la UBA y del Plan de Estudios de la carrera de Odontología

En el contexto de este artículo, en primer lugar, se realizará una descripción de la Facultad de Odontología y las características que asume el Plan de Estudios.

La Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires es una de las Unidades Académicas de la citada Universidad; su creación data de 1946. Funciona como Hospital Universitario realizando actividades asistenciales en sede y en otras externas asociadas. Se ofrecen también dos cursos de formación de técnicos: Curso de Asistentes Dentales y el Curso de Técnicos de Laboratorio. Ingresan por año alrededor de 300 alumnos a la Carrera de grado y egresan 180. La población estudiantil actual es de 1870 alumnos. Son en su mayoría de sexo femenino y la edad promedio es de 21 años. Hay 1480 docentes de los cuales el 67% es rentado y el 33%, ad honorem. Son también en su mayoría de sexo femenino.

El Plan de Estudios (Res. CS N° 2985/99) de la carrera prevé una duración de seis años contando al Ciclo Básico Común como el primer año de la formación. Se puso en marcha en el año 2000 y organiza la carrera en dos ciclos: *el ciclo general* que abarca el Ciclo Básico Común a todas las carreras de la Universidad de Buenos Aires y el primer año de la formación, y otro *profesional*. Tiene una carga horaria total de 4980 hs. La organización curricular se establece a través de asignaturas obligatorias anuales o semestrales y Cursos Optativos. El alumno debe cumplir con no menos de tres Cursos Optativos, con un mínimo de 40 horas.

La Facultad de Odontología presenta un currículum híbrido, un escalón intermedio entre el modelo curricular estadounidense y los diseños curriculares integrados, en el sentido que incluye asignaturas disciplinares y asignaturas integradas desde el segundo año de la carrera. La integración supone la asociación de cátedras básicas en algunos casos y de cátedras básicas y clínicas para el dictado de otras asignaturas. Presenta una suerte de columna vertebral que se desarrolla desde el tercer año de formación (incluyendo el Ciclo Básico Común) en donde se integran disciplinas básicas y clínicas constituyendo clínicas integradas; en ellas se articulan a nivel horizontal y vertical diversas disciplinas que secuencian los diferentes niveles de atención de los pacientes desde menor grado de complejidad hasta alcanzar niveles de complejidad media; quedando los pacientes de alta complejidad bajo la atención del posgrado. La integración curricular es una estrategia importante a la hora de la formación profesional en el área de la salud. Tal es así que Harden (2000) plantea once peldaños en el tránsito desde los diseños basados en disciplinas a la integración.

El currículum de Odontología se ubica en el noveno peldaño hacia la integración, llamado mutidisciplinar característico de la enseñanza clínica ya que independientemente de cual fuera la naturaleza del tema a tratar, éste se trabaja bajo el prisma de las diferentes disciplinas. El tema es eje del aprendizaje de los estudiantes; aun cuando las disciplinas pueden mantener su identidad, es dable sostener que renuncian a su autonomía, en tanto su

contribución al conjunto disciplinar está explícita en los documentos curriculares y en la asignación de los tiempos.

El Plan de Estudios plantea como fundamento la inmersión temprana del estudiante en la práctica clínica. Es así como desde tercer año ya comienzan este tipo de prácticas con pacientes supervisadas por el docente.

3. Las particularidades de la cátedra en estudio: Clínica Integrada IV (Prótesis removable)

La asignatura Clínica Integrada IV (Prótesis removable), ubicada en el quinto año de la carrera, es de régimen de cursado anual y tiene una carga horaria de 280 hs. que corresponden al 29% del total de horas estipuladas de cursada para ese año.

Tiene como correlativas a todas las asignaturas de 3er. año y a algunas de 4°. Cursan esta asignatura 280 alumnos divididos en 5 comisiones, de 55 alumnos. Clínica Integrada IV es dictada por docentes de las Cátedras Clínica I de Prótesis y Clínica II de Operatoria y Prótesis. La mayor carga horaria está asignada a los contenidos propios de Clínica I de Prótesis, por lo tanto, se considera responsable de esta asignatura integrada al Profesor Titular de Clínica I de Prótesis, quien a la vez realiza la gestión general del conjunto disciplinar. Cada una de las comisiones está a cargo de un Profesor Adjunto quien tiene bajo su responsabilidad el dictado de las clases teóricas; hay 25 Jefes de Trabajos Prácticos (JTP) -que se ocupan de la coordinación general de la clínica- y 12 Ayudantes de Trabajos Prácticos (ATP) que supervisan, junto con el JTP, a un pequeño grupo de alumnos.

Es de interés realizar una breve revisión del Programa analítico que presenta la asignatura. Está dividido en dos partes, *Prótesis total removable* y *Prótesis parcial removable*, con estructuras independientes en cuanto a numeración de las unidades y estilos de presentación.

Ambas partes se orientan a presentar los contenidos de la asignatura. Acorde con esto no se incluyen componentes usualmente presentes en las programaciones curriculares tales como: objetivos, duración, cantidad de horas semanales, estrategias metodológicas de enseñanza y evaluación, formas y criterios de evaluación, pautas para la aprobación y/o acreditación de la asignatura, bibliografía.

En *Prótesis total removable* los contenidos aparecen organizados en 10 unidades temáticas de diversa estructura: algunas (ej. la II Examen Clínico-Psicológico y Radiológico) tienen un denominación que define la índole de contenidos a trabajar y son analíticas en cuanto a la presentación de los temas y subtemas. Otras no guardan esta estructura y pareciera que el tema inicial es el que caracteriza el contenido (ej. la III Impresiones y modelos)

La organización secuencial de las unidades parece indicar una orientación del contenido que va de lo general a lo particular, del marco conceptual de la asignatura a los procedimientos a seguir por el profesional.

La segunda parte, *Prótesis parcial removable*, consta de 6 unidades, que evidencian una organización secuencial del contenido conceptual y procedimental semejante a la antes descrita. En la unidad 4 se incluyen temas vinculados con la confección de las prótesis y contenidos técnicos que el odontólogo debe conocer para la utilización del servicio de los Laboratorios. Es interesante observar que se presenta el tema *Relación odontólogo-*

laboratorista, códigos, que permitiría inferir otro contenido referido a la formación de actitudes y habilidades comunicacionales.

Puede analizarse este programa teniendo en cuenta la categoría de De Alba sobre los *campos de conformación estructural del currículum* (De Alba, 1991: 68-74), que plantea agrupamientos de elementos curriculares para propiciar determinado tipo de formación en los estudiantes. En este sentido se observa que el programa de esta asignatura propicia la formación de los estudiantes en el *campo científico-tecnológico* (esto es con contenidos relativos a los conocimientos y técnicas de este área de la odontología) y en algunos aspectos del correspondiente al de *incorporación de elementos de la práctica profesional*. Ambos campos de carácter flexible en cuanto a la posibilidad de sustitución y renovación de contenidos.

En cuanto a su organización, puede concluirse que el programa se caracteriza por una enunciación de contenidos, secuenciados en forma lineal, ya que cada tema sigue a otro, sin volverse a tratar, y según la lógica de las conexiones y dependencias entre los elementos de la asignatura. La secuencia de tareas u operaciones correspondientes al tipo de práctica profesional que trata la asignatura en sus dos partes, se identifica con el modelo “escalera” (Eisner, 1979, citado por Gimeno Sacristán, 1993: 327-8) en el que unas actividades son necesarias antes de las posteriores siguiendo una ruta definida.

4. Haciendo un poco de historia

El interés que para este equipo de investigación reviste la historia de la cátedra tiene que ver con que la representación acerca del origen y de la historia institucional opera como estructurante tanto del funcionamiento de la misma, como de los resultados en términos de formación que adquieren los estudiantes. La historia, desde esta perspectiva, no remite al relato objetivo de los hechos, tal cual han sucedido, sino a como es percibida por los miembros de la cátedra y en especial, por el Profesor Titular, en tanto se constituye, por el rol que desempeña en “guardián” de la misma.

El proyecto que sustenta la cátedra, y los fines que persigue están determinados por los mandatos sociales originales. En este sentido, todo proyecto de cambio sustantivo que se oponga en mayor o menor medida, a los mandatos fundacionales, conlleva en sí un alto componente utópico².

La historia de la cátedra da cuenta de cambios en la concepción del objeto de estudio. Estos cambios se apoyan en alteraciones que se suscitan en la conducción de la cátedra y en los proyectos que ellos sustentan.

Es habitual que los fundadores de un proyecto educativo sean revestidos de un gran poder, como si en sí mismos instauraran la “marca del padre”. Todo mandato fundacional subsume un mandato social. Se podría plantear como hipótesis que el mandato social ligado a la formación académica de alto nivel del futuro odontólogo en el momento inicial de la creación de la Facultad, aparece en este caso vehiculizado en un mandato fundacional que incluye como figura central de esta cátedra a un profesional de alto reconocimiento mundial.

² Lidia Fernández (1994) menciona que la utopía remite a la exploración y la conquista, la persecución de una realidad imaginaria siempre por venir. Respecto al desafío que supone, encierra la siguiente tesis en cuanto a la formación: “*Todos pueden alcanzar el conocimiento pues el saber no es un don ni un privilegio(...) cualquiera puede desarrollar conocimiento*”. (op.cit: 156)

En su momento fundacional la cátedra, en cuanto a su objeto de estudio, refiere a la odontología de prótesis como un objeto complejo que abarca tanto la parte técnica como la clínica. Quien se hace cargo de la cátedra, en sus inicios es un especialista en prótesis.

Aunque desconocemos las fechas exactas en que estuvieron a cargo de la cátedra, en el relato de la historia se identifican dos grandes profesionales. Se advierte en este primer período la influencia de fuertes figuras, señaladas como innovadoras y con gran reconocimiento en el campo profesional.

En un segundo momento, en 1973 se llamó a concurso y quien ganó el concurso era profesor adjunto en la cátedra de Técnica de Prótesis. En este segundo momento se produce un cambio que implica una modificación en la consideración del objeto de estudio. Se lo concibe poniendo énfasis en la atención clínica dejando el aspecto técnico como específico de la asignatura Técnica de Prótesis. La atención del paciente se convierte en eje de la formación. Se produce una segunda fundación. Ese cambio implica no sólo una modificación en el objeto de estudio y en el énfasis de la formación sino que significa un cambio en la identidad del proyecto original en tanto imprime un nuevo sesgo a la práctica profesional. Se convierte en una nueva utopía y la formulación de este componente ilusorio encierra una exclusión. Esta utopía conlleva una meta difícil y un desafío. Sin embargo algunos quedan fuera de este espacio utópico (los que eligen irse), lo que da cuenta de la exclusión. Esto marca en sí mismo una suerte de paradoja. Sin embargo esta contradicción constitutiva es la que da fuerza al proyecto y contiene aspectos convocantes.

Finalmente, un tercer momento, hace 10 u 11 años, cuando asume el profesor Titular actual. Si bien hay una línea de continuidad con lo anterior, y el objeto de estudio sigue manteniendo básicamente su estructura compleja, la atención clínica, ésta última adquiere nuevos rasgos que implican la inclusión de nuevos componentes.

El proyecto actual entonces incluye diferentes dimensiones:

- la concepción de la rehabilitación protética comprende la consideración del paciente, en un sentido integral: el paciente no es sólo una prótesis. El procedimiento para la elaboración de la prótesis no se da solamente en un sentido técnico convencional, sino que se tienen en cuenta otros factores que incluyen a los sujetos; intervienen otros criterios, como el estético, el funcional, el preventivo, etc. Se inscribe en una concepción alternativa de la rehabilitación protética, que deriva de la utilización de un determinado procedimiento, como parte de la dimensión técnica, para la elaboración de la prótesis pero que sugiere la puesta en acto de todos los criterios de intervención odontológica que aseguren la atención integral del paciente; de este modo se incluye el abordaje de contenidos actitudinales. Estos contenidos se enseñan pero no se reconocen como tales. Acerca de esto no hay mención en el Programa ni registro en las observaciones de clase hechas; es una enseñanza incidental pero claramente observable; pregna la cátedra y el aprendizaje de los estudiantes. Forman parte de un conocimiento tácito que se transmite
- la permanente inclusión de nuevos aspectos técnicos vinculados con el uso de materiales, técnicas y procedimientos odontológicos. En el campo (o subcampo) profesional de la rehabilitación se da la estructuración, al interior del mismo, en función de una diferenciación en torno a valores, entre la dimensión predominantemente técnica y la dimensión predominantemente profesional.
- la inclusión de una modalidad administrativa que incorpora a los laboratorios y las prácticas odontológicas de manera sistemática.

5. Cómo se organiza la enseñanza

Desde la perspectiva de la enseñanza, la cátedra organiza la enseñanza privilegiando dos espacios curriculares bien diferenciados: el de las clases teóricas y el de la clínica.

Las clases teóricas están a cargo del profesor adjunto de la comisión. Durante los espacios correspondientes a las sesiones teóricas, la técnica utilizada por parte del docente es la *exposición*. El contenido de la exposición está pautado por el orden prefijado que tienen las diapositivas que se pasan como recurso visual.

Una clase expositiva es una forma de enseñanza en la cual los estudiantes reciben información suministrada por los docentes de una manera (presumiblemente) organizada. El propósito fundamental es transmitir determinados conocimientos teóricos a los estudiantes a través de un discurso que posee una lógica determinada. Su objetivo puede ser introducir un nuevo contenido, permitir una visión global o sintética de un tema o presentar o esclarecer conceptos básicos de determinado tema. Requiere dominio del contenido por parte del profesor generándose una situación unilateral en donde el docente es quien detenta el saber y conduce el proceso de enseñanza. La popularidad de las clases expositivas puede remontarse a tres factores (Eggen y Kauchak, 1999: 1) Las clases expositivas son económicas en términos de planificación: la energía puede dedicarse a organizar contenidos. 2) Las clases expositivas son flexibles: pueden aplicarse a la mayoría, si no a todas, las áreas de contenido. 3) Las clases expositivas son relativamente fáciles de implementar: en su nivel más elemental implican la presentación de contenido. Eggen y Kauchak completan la idea señalando que a pesar de estas ventajas, las clases expositivas tienen dos problemas importantes que las hacen ineficaces para muchos alumnos. Primero, promueven el aprendizaje pasivo y alientan a los alumnos a la mera tarea de escuchar y absorber información, pero no necesariamente a interrelacionar ideas. Las exposiciones usualmente son monólogos donde el docente habla y los alumnos escuchan. El segundo problema es que el docente no puede, en el curso de la clase, evaluar la comprensión de los alumnos o el progreso del aprendizaje.

Perinat (2004) apunta que la clase expositiva es la actividad docente por excelencia en la Universidad. Esta estrategia garantiza autoridad intelectual al docente y permite cumplir con la función académica esencial: transmitir el saber o el saber hacer de la disciplina. El docente resume en sí mismo la voz de los autores y los textos. Detenta la palabra en un discurso “monogestionado” donde el estudiante interviene muy esporádicamente. Sin embargo, de hecho, tiene una dimensión dialógica latente, ya que el docente construye su discurso adaptado a las necesidades y nivel de los alumnos y por otro lado, realiza un diálogo polifónico (Bahktine, en Todorov, 1981), al invocar de manera explícita o implícita a quienes cita en su exposición acordando o discrepando con ellos. El autor señala que esta estrategia es una rutina expositiva en la que el alumno toma apuntes y escucha. Su objetivo es lograr la comprensión del estudiante, pero éste es pasivo (no participa en la programación de la clase y las preguntas que puede realizar que permitirían el contraste de opiniones, la contrastación o contra-argumentación son prácticamente inexistentes). Es en este sentido monogestionada. Por otro lado, los estudiantes no tienen tiempo necesario para reflexionar in situ y construir contra-argumentaciones o contra-argumentos. El autor señala que esta estrategia sigue siendo el puntal de la transmisión del conocimiento canónico actualizado.

Tiene algunos presupuestos: en primer lugar, supone que el docente posee los conocimientos adecuados y que el contenido que transmite hay que aceptarlo como válido. La cultura institucional avala esta afirmación. El discurso no refleja dudas, hipótesis o

incertidumbre. En segundo lugar, el libro de texto es otra versión - y a veces la misma - del discurso del docente y es en este sentido indiscutible.

Esto trae como consecuencia que el saber comunicado no es percibido como pasible de ser sometido a corroboración o procesado más allá de su retención. Es un saber ya elaborado por el docente.

Se observa en los fragmentos extraídos de las observaciones que se utiliza la interrogación didáctica, hay un uso de las preguntas que tiende a constatar si existe conocimiento previo en los alumnos. El siguiente fragmento así lo evidencia.

El profesor pregunta a los alumnos:

P: ¿Alguna vez se preguntaron cómo sabe la boca que tiene que masticar?

Los alumnos se miran entre ellos, miran al docente pero no responden nada.

El profesor enseña la respuesta, explicando... (Obs. 26/08/05)

No se advierte el planteo de preguntas abiertas que podrían promover más factible el pensamiento reflexivo y crítico. El saber profesional está en manos del docente y es quien lo transmite. Los alumnos durante los teóricos siguen atentos el desarrollo, pero no participan. Siguen en silencio la exposición del docente.

En el caso en estudio, se utilizan como recurso didáctico la presentación de diapositivas que al igual que el contenido del discurso de la clase se encuentra organizado de lo general a lo particular. La secuencia es la siguiente: en primer lugar, se presenta el tema general con alguna/s definición/es. Luego, se señalan diferentes aspectos que plantea el tema como: ventajas, desventajas, contraindicaciones, aspectos a tener en cuenta, etc. Finalmente se muestra una sucesión de fotos a través de las cuales se observan los procedimientos correspondientes para realizar el trabajo en una situación específica. Es una demostración de los pasos a seguir en un ejemplo. Las fotos exponen la boca de un paciente y los pasos que se siguen para realizar la tarea. Se utiliza la ejemplificación³ como forma de manifestación de la articulación teoría y práctica.

La secuencia de diapositivas es armada por el equipo docente para trabajar los mismos contenidos en todos los teóricos de todas las comisiones, pues es una forma de calibrar a los docentes unificando la presentación de los contenidos. Queda fuera de la intencionalidad el adaptar el material a la modalidad docente que dicta el teórico. El recurso pasa a ser el eje de organización del contenido ya que es la imagen a través de fotos o contenidos enunciados la que guía el desarrollo conceptual del teórico.

El profesor adjunto que desarrolla la clase, luego de presentar el tema a trabajar en esa sesión, hace algunos señalamientos ligados al “*deber ser*” de la profesión. Plantea algunos aspectos relacionados a la atención del paciente o a la compostura de una prótesis que deben hacerse de una determinada manera. Consecuentemente, el discurso, en algunos casos, es taxativo y prescriptivo: “*Hay que...*”. No incluye alternativas o relatividades. El mensaje implícito es “*Hay que hacer esto y de esta manera*”. Es posible que esta modalidad adoptada por el profesor en su discurso esté más ligada a los aspectos más técnicos de la profesión. Este testimonio da cuenta de esta situación:

³ La ejemplificación es una de las modalidades de expresión de la articulación teoría-práctica de menor jerarquía, en una escala en cuyo extremo de mayor articulación se encuentran, por ejemplo, la resolución de problemas o el trabajo en terreno (Lucarelli: 2004).

Nueva diapositiva. El Profesor explica: - *hay que* enfrentar los trozos de fractura y si son nítidos, *hay que* pegar las dos partes con cera resinosa. Es difícil romper el acrílico pero la fatiga produce rotura.

Nueva diapositiva. Al mirarla, el profesor señala: - Aquí vemos cómo se está pegando con cera resinosa. *Hay que* pegar para garantizar la posición.

Pasa dos diapositivas más sin decir nada, donde se ven fotos que muestran cómo pegar las prótesis.

Nueva diapositiva. El profesor agrega: - *Hay que* hacer una llave de yeso. *Hay que* hacer un modelo.

Nueva diapositiva. Agrega: - Tenemos que sacar los excesos. (Obs 2. 08/08)

Asimismo, nos permite pensar en el lugar que ocupa el saber dentro de la clase. Evidentemente es el docente el poseedor del saber y quien tiene la voz autorizada en el tema. Sin embargo, al preguntarnos qué elementos conforman este saber recurrimos al concepto de *odontología basada en la evidencia*. En el marco del Congreso de Educación Odontológica (Winning, T et al: 2008) llevado a cabo en febrero de 2008, se han consensuado una serie de lineamientos referidos a la formación de los profesionales de la odontología. En este Congreso se denomina a la odontología basada en la evidencia *como cuidado de la salud basado en la evidencia*, de este modo se convierte en un concepto más amplio que compromete tres dimensiones: el paciente (sus características biológicas, preferencias, valores y expectativas), la experticia clínica del profesional (incluyendo tanto las habilidades para llevar a cabo la atención del paciente así como la experiencia adquirida en el reconocimiento de las necesidades de sus pacientes y de su comunidad), y, finalmente, la mejor evidencia científica disponible. La diferencia entre aquella concepción que hace un uso convencional de la evidencia científica y la más actualizada, es que desde esta última se toman en cuenta tanto las fortalezas así como las limitaciones de la evidencia científica, considerándola dinámica y sujeta permanente a procesos de actualización. No se considera como deseable la simple aplicación de los resultados de trabajos de investigación clínica, o de reviews sistemáticos, o de lineamientos clínicos basados en evidencia, aislados de las necesidades y cuidados que requieren los pacientes y la población.

Desde este mismo punto de vista, la enseñanza basada en este enfoque supone reconocer lo que no se sabe, convertir los problemas en preguntas y resolverlos en función de los hallazgos, focalizar la enseñanza en la evidencia clínica, la evaluación y la habilidad para desafiar el saber alcanzado.

Observamos que algunos profesores, en el desarrollo de los teóricos, dan muestra de *su experiencia o experticia* en la profesión y buscan transmitirla a sus alumnos en las clases con una modalidad de tipo prescriptiva. Analizando este aspecto de la actuación docente podría decirse que tomar en cuenta la experticia profesional, como fundamento de las decisiones clínicas, en función de las necesidades de tratamiento protético de los pacientes y su contexto podría significar situarse en un abordaje basado en la evidencia, pero el tipo de discurso expresado que se apoya en la autoridad y en un saber que no destaca las dudas o incertidumbres pareciera colisionar con este enfoque.

El docente prosigue indicando cómo usar materiales como el acrílico incluso habla de haber usado un pedacito de “bolsita de nylon” como material auxiliar para la confección de la prótesis. Seguidamente, el profesor advierte:

- Tengan cuidado con el acrílico porque puede meterse en los ‘espacios muertos’ o solidificar y luego, para sacarse la prótesis, estar tan endurecida ‘que el paciente tiene que llamar al Automóvil Club’ para sacarla... (Obs. 26/08)

6. La enseñanza en el espacio curricular de las clínicas: sus rasgos distintivos

Luego de los teóricos, que no son de carácter obligatorio, los alumnos atienden a los pacientes en la clínica.

Es interesante recordar que, en términos generales, este espacio curricular tiene peculiaridades que imprimen sesgos a la enseñanza y al aprendizaje de los estudiantes. Está signado por varias tensiones que lo atraviesan: la lógica de la enseñanza y la lógica de la atención, los tiempos operatorios en la atención odontológica, los tiempos de la formación y los tiempos del paciente. El docente está sujeto a multiplicidad de demandas. Los pacientes y los alumnos requieren de su presencia para resolver situaciones que en general son vividas como necesidades ciertamente apremiantes que deben ser satisfechas. La clínica, como escenario de formación, se caracteriza por: su alto grado de variabilidad, impredecibilidad e inmediatez para la toma de decisiones y falta de continuidad. En estas condiciones un docente, un pequeño grupo de alumnos y un paciente conforman un escenario complejo sujeto a variadas presiones, una de ellas, el tiempo. (Irby, 1995). El tiempo, en este ámbito, es percibido por los actores de modo tal que dicha percepción no suele coincidir con la cronología real. La inmediatez sentida por el paciente para la resolución de su problema odontológico, el tiempo operatorio y los tiempos de la formación suelen ser disímiles aun cuando todos estos procesos ocurren en el mismo espacio y tiempo. En el caso particular de la Clínica Integrada IV, el paciente suele ser un geronte que por su edad y características personales requiere de un tiempo de atención acompasado, durante el cual el estudiante debe escucharlo, responder a las preguntas pausadamente. El estudiante debe manejar los tiempos de modo tal que el paciente no se sienta apremiado ni desatendido. De este modo los alumnos acompañan al paciente desde la puerta de entrada de la clínica hasta el ascensor cuando se retiran. Este ritmo pausado se percibe en la clínica, los estudiantes trabajan relajadamente sin presiones. A diferencia de otras clínicas donde ya sea por características del grupo etario al cual pertenecen los pacientes, por el tipo de prácticas clínicas que deben realizarse, o por la urgencia del tratamiento, la Clínica Integrada IV pareciera compatibilizar los tiempos operatorios, de atención de necesidades de los pacientes y los de la formación. Esta peculiaridad pareciera generar un clima favorable para el aprendizaje.

En el caso a que hacemos referencia, cada alumno trabaja en un sillón odontológico con un paciente. Su tarea es supervisada por un docente que tiene a su cargo a un pequeño grupo de estudiantes. Llevan a cabo una la supervisión docente a partir de la observación de las prácticas odontológicas que realizan los alumnos. Hacen preguntas buscando sustentación teórica y orientan las prácticas que desarrollan con los pacientes.

Aunque cada profesor de prácticos tiene asignado un grupo de alumnos, las consultas de los alumnos se realizan indistintamente a cualquier docente de la comisión que responde sin diferenciar si es o no del grupo bajo su responsabilidad. El docente interviene ante la demanda puntual del estudiante, quien trabaja autónomamente. El tipo de consulta responde a requerimientos específicos vinculados con la resolución de las prácticas que se están realizando. Por otro lado, se da un aprendizaje colaborativo incidental: los alumnos se consultan entre sí, analizan sus casos, comentan sus diagnósticos, etc. y observan y/o colaboran con sus compañeros en ausencia de su propio paciente. Si bien la atención al paciente es individual, no se observa un clima de competitividad.

El alumno realiza prácticas profesionales de rehabilitación protética con un alto grado de autonomía. Esto supone que maneja sus tiempos en función del tipo de práctica que debe realizar y de la presencia o ausencia del paciente. La asistencia a las instancias formativas - tanto al teórico como a la clínica - es voluntaria y el requisito para la aprobación de la clínica es que cumplan con una cantidad establecida de trabajos de variada complejidad antes de la culminación del año. Esto favorece a que el alumno trabaje en un clima relajado, donde el tiempo no opera como factor de tensión.

En las Clínicas observamos que los docentes utilizan distintas estrategias para facilitar el tránsito del novel al “experto” tal cual es definido en términos de competencias básicas que deben poseer los alumnos al finalizar el proceso formativo. Se diferencian dos *formas básicas de enseñanza* que se relacionan con el tipo de intervención que realiza el docente. Identificamos una forma de intervención más centrada en la observación, la supervisión y el *modelado* y otra centrada en la observación, la supervisión y el *andamiaje*.

El “modelado” es una forma básica de enseñanza de habilidades técnicas, comunicacionales y actitudinales en las que el docente se constituye en modelo de acción y competencias para sus alumnos. Tiene como base al *aprendizaje por observación*; en tanto los alumnos son considerados como aprendices que saben observar y que pueden imitar, imitativos. Cuando un docente muestra o modela cómo se realiza una acción, (Bruner, 1997) parte de la creencia que ese alumno no sabe cómo hacer una operación, que quiere hacerla, que probablemente lo haya intentado y que puede aprender a hacerla a través observar el *modelo*.

En este caso el experto busca transmitir una habilidad adquirida a través de la práctica repetida, a un novato que, a su vez, debe practicar el acto modelado para tener éxito. Para esto el estudiante debe reconocer los objetivos que se quieren lograr, identificar cuáles son los medios utilizados para perseguir esos objetivos, y, finalmente, admitir que la acción modelada lo conducirá exitosamente al objetivo.

En varias ocasiones se ha observado la utilización de la estrategia de enseñanza por modelado, a través de explicaciones y demostraciones docentes en torno al caso que presenta algún paciente.

En las Clínicas observamos situaciones con predominio de modelado como las siguientes:

- interacciones didácticas verbales específicas entre docentes y alumnos de grado, junto al sillón odontológico cuyo objetivo es la enseñanza de procedimientos técnicos:

P: A ver... ¿cómo va?...

A: Bien (sigue trabajando sobre la paciente).

P: Fijate el reborde

(La alumna cambia de posición y mira al interior de la boca. Con el dedo toca el molde)

A: Se va para adelante... (ella saca la prótesis de la paciente y se la da en mano al profesor)

P:- Hay mucho ahí -(mientras señala un sector de la masilla naranja). Cortale un poco (le da en mano el bisturí)

A: (lo toma y recorta un poco de esa masilla anaranjada. Luego le pasa nuevamente el esmalte traslúcido. Se lo pasa por todo el molde)” (Obs. Cl. 12/8)

- actitudes de respeto, atención, cuidado, orientación, comprensión y adecuación por parte del profesional docente hacia el paciente anciano/ desdentado (en lo profesional y en lo humano-vincular). Por ejemplo intervenciones del docente dando explicaciones sobre tratamiento o brindando algún tipo de “encuadre” a los pacientes si ellos no comprenden o resisten aspectos del criterio odontológico en torno a cuestiones como formato de la prótesis, grado de pulido, color dado a la dentadura, etc.

También observamos otra forma de intervención del docente en que se da la observación, la supervisión y el andamiaje.

A medida que el año académico avanza el estudiante va realizando las prácticas rehabilitadoras con un mayor grado de autonomía. De esta manera, la supervisión del docente se realiza en función de la demanda explícita del alumno. La intervención es puntual y salvo excepciones (que se derivan de la complejidad de la práctica o del paciente), el docente no interviene directamente con el paciente, sino que es el alumno quien sigue adelante en la práctica odontológica.

Puede relacionarse este acompañamiento y guía por parte del docente con la noción de *andamiaje* con la cual, Bruner (1979) define el modo que tienen las personas para implicarse profunda y productivamente en el aprendizaje de otros sujetos. La noción de andamiaje alude a los pasos que se dan para reducir los grados de libertad cuando se lleva a cabo algún tipo de tarea, de manera que el sujeto que aprende se pueda concentrar en la habilidad que esta adquiriendo. La metáfora del “andamiaje”, introducida por Bruner y sus colaboradores (Wood, Bruner y Ross, 1976), quiere significar -a la vez- el carácter necesario de las ayudas, de los “andamios”, que los agentes educativos prestan al aprendiz, y su carácter transitorio, ya que los andamios se retiran de forma progresiva a medida que el aprendiz va asumiendo mayores cuotas de autonomía y de control en el aprendizaje. Se trata de ambientes educativos con unas características muy precisas: integran desde el principio al alumno en la realización de la tarea; le proporcionan un nivel de ayuda que se ajusta a las dificultades que encuentra y a los progresos que realiza, ofrecen una ayuda temporal, que se retira progresivamente a medida que el alumno asume la responsabilidad; y sitúan la influencia educativa en la zona de desarrollo próximo, tomando como punto de partida lo que el alumno aporta a la situación -su nivel real de desarrollo, en términos vygotskyanos- y respetando la dinámica de construcción o reconstrucción del conocimiento que exige el verdadero aprendizaje.

El andamiaje siempre es provisional y debe ser: ajustable (de acuerdo con el nivel de competencia del sujeto menos experto) y temporal (ya que la ayuda debe ir desapareciendo).

A: (a la paciente: Ahora abrí y cerrá la boca.

Mientras la paciente lo hace, la alumna le pasa sus dedos dentro de la boca, le mueve las mandíbulas y la piel que rodea la boca pasando sus dedos por dentro de la boca y le dice:

- Poné “flojita” la cara...

- Ahora mové la mandíbula para un lado y para el otro- agrega la alumna a su paciente.

Se acerca el profesor y expresa: - A ver... ¿cómo va?...

Bien- le contesta la alumna y sigue trabajando sobre la paciente. (Obs. Cl. 12/8)

Desde esta perspectiva el docente lleva a cabo diversos andamiajes en la Clínica, pues es quien supervisa u orienta en la definición del tipo de rehabilitación protética, o ayuda

a definir una situación. En algunos casos en las Clínicas observadas, el docente asume el rol de asistente del estudiante mientras observa el trabajo que realiza.

El análisis del espacio de la Clínica como lugar para la formación en la profesión nos remite a considerar los formatos didáctico-curriculares que desde la investigación han sido reconocidos para tal fin. Donald Schön (1992) fundamentándose en una nueva epistemología del conocimiento profesional, ha identificado al prácticum reflexivo como el espacio de formación apropiado para reflexionar en la acción y sobre la acción; mencionando dos dispositivos como sostén: el docente en su rol de tutor (como guía, sostén que ayuda a hacer y reflexionar) y el grupo de pares que colabora en esa reflexión. Al reconocer la existencia de zonas indeterminadas de la práctica en las que un profesional debe jugar con la incertidumbre, la singularidad y el conflicto de valores para resolver los problemas que se le presentan, ve en el prácticum reflexivo un lugar privilegiado para que el estudiante pueda tomar decisiones en contextos reales pero a la vez protegidos.

En el caso de la formación de grado en Odontología, cuando los estudiantes se enfrentan a un paciente en la clínica, se hacen cargo de él, actúan y realizan procedimientos en función de los aprendizajes ya adquiridos, consultan con sus pares, desarrollan muchas de las habilidades y destrezas propias del mundo profesional de la odontología, pero se encuentran aún en un espacio de aprendizaje protegido, en condiciones donde están presentes la tutoría y la supervisión del docente y el acompañamiento de los otros estudiantes. Se manifiesta así un espacio intermedio entre la lógica de la órbita profesional extramuros y la lógica de la enseñanza universitaria. Es un espacio en el cual, si bien los estudiantes sienten miedos y tensiones, están acompañados pues las experiencias de aprendizaje están pensadas para que puedan actuar sin cometer daños al paciente. Es a través del acompañamiento del docente que el alumno va ganando autonomía en sus acciones.

Las pruebas de ajuste y elaboración de prótesis parece ser un delicado e individualizado trabajo para cada paciente, por lo que insume mucho tiempo de trabajo. Según lo observado, podría decirse que el profesor adjunto y su equipo, en este espacio de formación, apuntan a un clima sin presiones donde el eje sea el trabajo de los alumnos, respetando sus ritmos y a la vez las modalidades particulares de atención del paciente.

Durante la clínica, se presentan *diversas formas de intervención docente*:

- Seguimiento / observación a distancia: En estos casos el docente recorre los diferentes sillones observando a distancia lo que hacen los alumnos. A veces, se paran junto a un sillón y observan unos minutos sin mediar palabras y luego continúa su recorrido.
- Control e indicación: Esta es la manera que más se ha observado.
 - Por propia decisión del docente al observar a un alumno
 - Porque el alumno lo requiere. En algunos casos revisa al paciente, le indica al alumno los pasos a seguir en su atención o directamente interviene.

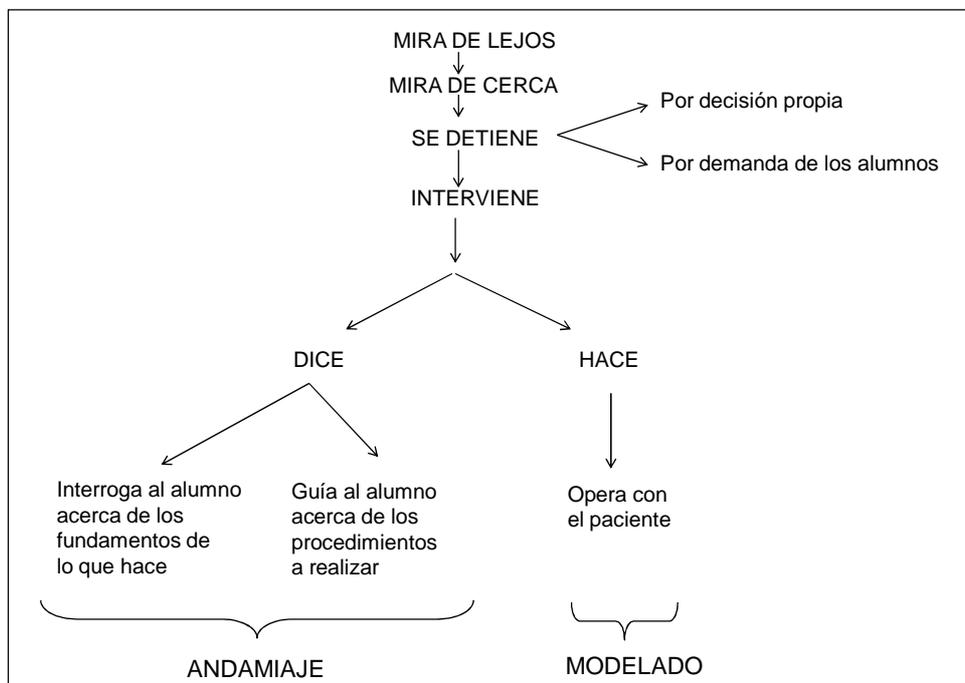
Por otra parte, según las observaciones realizadas, podría decirse que si bien el docente a cargo se muestra cercano y pendiente por supervisar la tarea realizada por sus alumnos, posibilita un trabajo con grados crecientes de autonomía por parte de ellos. El docente no tiende a “reemplazar” al alumno, en tanto no se lo ve realizando directamente las acciones de tratamiento sobre el paciente, sino que -en ocasiones- guía al alumno

verbalmente o, a lo sumo, marcando un gesto motriz inicial, para que luego continúe la actividad el propio alumno.

En algunos casos -aunque en menor medida- se ha observado que el docente interviene directamente sobre el paciente en determinados procedimientos técnicos: para explicarle al paciente -frente al alumno practicante- por ejemplo, que ya no es posible realizar más ajustes o pulidos de la prótesis o que deben acostumbrarse a utilizar estas prótesis nuevas con ciertos requisitos y sugerencias (de modo de comer, hablar, higiene y cuidado diario, control odontológico periódico, etc.).

En algunas contadas ocasiones el profesor “pasa más seguido” por el sillón odontológico para supervisar el trabajo de algún estudiante; incluso el docente interviene directamente sobre el trabajo de ese alumno, realizando una acción -aunque breve- sobre la prótesis del paciente. Podrían plantearse, a modo de supuesto, los motivos que impulsan al docente a intervenir: la falta de seguridad o de eficiencia en su operación manifestada por el alumno, el tiempo excesivo que requiere esa práctica para ese estudiante o la dificultad que plantea el procedimiento. No podemos dejar de preguntarnos si la presencia del observador y por el registro que realiza, no hace que el docente se sienta “exigido a intervenir”, dado que se observa a su alumno, pero también su propio desempeño, así como el tipo de interacción establecido.

En algunas ocasiones, se ha observado que el docente -además de estar atento al procedimiento técnico realizado por el alumno- se interesa por evaluar si el alumno conoce los fundamentos teóricos de las maniobras que realiza y, en consecuencia, le hace algunas preguntas específicas acerca de las razones que justifican la toma de decisiones de dicho procedimiento.



Las Clínicas de Prótesis removibles asumen las modalidades de formación propias del *andamiaje* especialmente en lo relativo al acompañamiento, tutoría, supervisión de los procedimientos que realizan los estudiantes, siendo menor el énfasis destinado al desarrollo de procesos reflexivos sobre las prácticas realizadas, en simultáneo o con posterioridad a esa

realización. No aparece como objetivo manifiesto de la cátedra el desarrollo de la reflexión en un espacio diferenciado de la acción misma, la inclusión de oportunidades para trabajar sistemáticamente sobre lo que se ha vivido en la clínica, de modo que los alumnos despejen sus dudas, verbalicen sus experiencias, las socialicen y los docentes tengan oportunidad para realizar señalamientos, orientaciones, sugerencias bibliográficas.

Por otro lado, la clínica, como ámbito en el cual se desarrollan los procesos de enseñanza y aprendizaje, plantea de un modo vivencial algunos grados de incertidumbre debido a la incorporación de un cuarto integrante: el paciente a la “tradicional” tríada docente-alumno -contenido. La presencia del paciente incorpora “complejidad extra” al desarrollo de aprendizajes de alto grado de complejidad, como los que hacemos referencia.

Desde esta perspectiva pareciera haber un tiempo propio de la lógica de la atención, un tiempo *externo*, (digital) que es el tiempo cronológico del orden y secuencia de los procedimientos odontológicos que corren a veces en paralelo y a veces se tensionan con las necesidades del paciente como sujeto de atención.

Y por otro lado un tiempo *interno*, (analógico) que es el tiempo personal del estudiante; en el que cada uno tiene su ritmo de aprendizaje característico, que a su vez se va modificando en el transcurso de la cursada en la medida que va adquiriendo autonomía en el manejo de la clínica.

El tiempo externo, es el que va marcando duraciones, lapsos y límites formales; el tiempo interno lucha muchas veces para encuadrarse con los ritmos que impone el tiempo externo.

Por lo que hemos podido observar en esta cátedra el proceso de aprendizaje-atención-supervisión y comunicación se desarrolla en un “tiempo especial”, que podríamos decir, se trata de un tiempo “intermedio” donde se observan características del tiempo *externo* y el tiempo *interno* en una dinámica de interacción mutua y creativa.

La atención de los pacientes transcurre en un clima reposado, atento, cuidadoso y la supervisión de esa atención por parte de los docentes es, como ya lo hemos señalado, en parte a demanda, en otros momentos de comprobación acerca de “cómo van transcurriendo las cosas”.

La impresión del trabajo en estas circunstancias está impregnado con el concepto de “apropiación del acto” de G. Mendel (1996) que, en este caso, podríamos denominar “apropiación del tiempo”: esto es, al observar a los estudiantes dialogando entre sí y con sus docentes, mostrando seguridad y autonomía en el manejo profesional con los pacientes y apoyándose entre sí a la hora de las dudas o del empleo de maniobras alternativas. Es en este sentido que el concepto mendeliano adquiere una impronta de la mayor relevancia al permitir la apropiación del tiempo, del espacio y de la confraternidad vincular que les hace sentir la unicidad y la mutualidad en una interacción fértil, protegida y afectuosa. La “apropiación del acto” muestra aquí toda su potencia interpretativa al esclarecer cómo se desarrolla el cambio cualitativo en el proceso de enseñar y aprender cuando los sujetos toman la formación en sus propias manos dándose mutua referencia entre sí y con sus maestros.

En cuanto a los *contenidos* a aprender, están determinados por la especificidad disciplinar y por la peculiaridad del sujeto en atención, el adulto mayor en un sentido integral, que es lo que caracteriza el objeto de estudio de esta cátedra. Como hemos señalado anteriormente, la dimensión técnica ligada a la rehabilitación protésica se ven enriquecidos por criterios estéticos, funcionales y preventivos.

Los contenidos se definen por su complejidad y no por su simplicidad; es decir que esos contenidos forman como un “tejido de constituyentes heterogéneos, inseparablemente asociados, que presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple” (Morin, 1994).

Esos elementos constituyentes son: conocimientos científico técnicos, procedimientos y contenidos actitudinales. Estos últimos requieren una mención especial en tanto su enseñanza no es explícita. En este punto creemos de interés referirnos al concepto de currículum oculto. Jackson (1991) mostró que en la interacción que acontece en el proceso formativo se promueven una serie de resultados no intencionados ni previstos por la institución o el formador. Santos Guerra (2000) define el currículum oculto como el conjunto de normas, costumbres, creencias, lenguajes y símbolos que se manifiestan en la estructura y el funcionamiento de una institución. De manera no explícita son una fuente de aprendizaje que se realizan de manera osmótica, sin que se expliciten formalmente ni la intención ni el mecanismo o procedimiento cognitivo de apropiación de significados. Estos aprendizajes guardan una estrecha relación con la esfera de lo valorativo y lo actitudinal. Para Jackson este tipo de currículum es una forma de socialización donde formas determinadas de comportamiento son paulatinamente internalizadas y sobre las cuales no se puede tener un control. Este currículum va más allá de las intenciones explícitas, porque precisamente da cuenta de aquello sobre lo cual el docente y la institución no tienen una intencionalidad consciente, aunque su efectividad no se puede negar. Se caracteriza por ser (Lasarski, 2008):

- *subrepticio*, es decir, influye de manera no manifiesta, aunque no por eso es menos efectivo.
- *omnipresente* porque actúa en todos los momentos y en todos los lugares. De ahí su importancia y su intensidad.
- *omnímodo*, porque reviste múltiples formas de influencia. Se asimilan significados a través de las prácticas que se realizan, de los comportamientos que se observan, de las normas que se cumplen, de los discursos que se utilizan, de las contradicciones que se viven, de los textos que se leen, de las creencias que se asumen.
- *reiterativo*, como lo son las actividades que se repiten de manera casi mecánica en una práctica institucional que tiene carácter rutinario.
- *invaluable*, es decir que no se repara en los efectos que produce, no se evalúa el aprendizaje que provoca, no se valoran las repercusiones que tiene.

En general el aprendizaje de valores (en su núcleo afectivo y actitudinal) guarda una relación estrecha con el currículum oculto, en tanto éste se vincula con lo que se actúa, más que con la información de qué se dice. En muchas ocasiones la actuación, los códigos empleados en la comunicación, las formas de decir o afirmar una cosa no necesariamente convergen con lo que se dice en el plano explícito. En el caso en estudio, consideramos que se hacen presente algunos de los rasgos que caracterizan a ese concepto: no hay una intencionalidad explícita de enseñar contenidos actitudinales referidos al trato con adultos mayores. Ni los entrevistados manifiestan esta intención, ni el programa de la asignatura lo explicita.

Sin embargo, a través de las observaciones realizadas se perciben actitudes sistemáticas llevadas a cabo por diferentes alumnos que dan cuenta de la internalización de ciertas pautas y modalidades de comportamiento (ir a buscar a los pacientes a la sala de espera, ayudarlos con los abrigos que traen, explicarles las modalidades peculiares de su tratamiento a ellos y a sus acompañantes cuando los hay, y acompañarlos hasta el ascensor

esperando que se retiren de la clínica). Creemos que estos comportamientos, en tanto aparecen como rasgos estables en la conducta de los alumnos, son producto de aprendizajes propios de ese currículum oculto, y que como tales, no son intención declarada de los docentes ni sujetos a evaluación. Probablemente han sido aprehendidos a través del modelado y la imitación en la vida cotidiana de las clínicas. Cabría preguntarse si no sería necesaria la explicitación de estos valores por parte de los responsables de la formación, de manera tal que estos aprendizajes generados por el currículum oculto puedan ser reconocidos como tales, y pasen a formar parte de propósitos y actividades explícitos en el currículum formal.

7. El proceso de evaluación en el ámbito del desempeño clínico

La Clínica Integrada IV propone una secuencia en la evaluación de los alumnos que incluye instancias de evaluación sumativa como formativa.

En general la evaluación de carácter sumativa queda asociado a los componentes cognitivos del aprendizaje, mientras que la evaluación del desempeño clínico está fuertemente situada en instancias formativas. La evaluación en la clínica es llevada a cabo por los docentes con una mirada puesta en la posibilidad de realizar los ajustes necesarios en los procesos de aprendizaje y enseñanza con el propósito de alcanzar los logros previstos. La tarea de nuestro grupo de investigación se inició en esta cátedra en el preciso momento en el cual los estudiantes eran evaluados a mitad de año para apreciar qué trabajos habían realizado y planificar cuáles deberían realizarse a futuro en pos de la aprobación de la asignatura. La evaluación en este momento actuaba como un dispositivo regulador de los aprendizajes de los estudiantes.

Al igual que en el proceso de enseñanza, la instancia de evaluación no presiona a los alumnos; prevé tareas y dispone de tiempos, pero también estos tiempos se ajustan al contexto clínico. Los alumnos deben cumplir con determinados trabajos clínicos pero en un tiempo contextualizado a las posibilidades de los pacientes y, seguramente, a sus propios ritmos de aprendizaje.

Los profesores de la cátedra manifestaron en las entrevistas que, en varias oportunidades, los alumnos alcanzan a cumplir con sus trabajos cuando ya ha finalizado el año. La cátedra les permite seguir concurriendo en el verano a aquellos alumnos que aún no habían finalizado con los requisitos dispuestos para la aprobación de la asignatura.

El tipo de intervención docente en el espacio de la clínica pareciera dar cuenta de la puesta en acto en forma constante y asistemática de evaluaciones formativas. Los docentes se acercan a los alumnos no con la intención de marcar el error para penarlo sino para que el estudiante reoriente su trabajo.

Así como la evaluación supone un juicio de valor, el *feedback* (Lazarski, et al.:2007) se puede instalar como un proceso que acompañe a la evaluación pero diferenciándose de ella ya que su propósito no es la valoración del trabajo sino la toma de conciencia por parte del estudiante de sus propios aciertos y errores. Esta práctica, que en general se realiza en todos los espacios de formación profesional que suponen la adquisición de competencias profesionales en las que se ligan las destrezas, el conocimiento y la actitud es una modalidad que aún no parece haberse incorporado como práctica en la Cátedra de Clínica de Prótesis.

8. A modo de cierre

La indagación de los procesos que se dan en estos espacios para la formación de las habilidades de la práctica profesional como son las Clínicas, permite observar con lentes de aumento, el atractivo camino de la configuración de la Didáctica Universitaria. Implica ver este campo en toda su complejidad, a partir de comprender cómo ese camino se diversifica y particulariza en función de las características disciplinares y, principalmente, de la profesión. Una mirada crítica de esa problemática se hace presente al evitar caer en simplificaciones globalizadoras que ocultan la multiplicidad de dimensiones propias de un entramado donde teoría y práctica, método y contenido, elementos técnicos y sujetos de la enseñanza y el aprendizaje, permiten avanzar en la comprensión de la situación didáctica propia de cada contexto.

Referencias bibliográficas

- Bruner, J. (1997). *La educación puerta de la cultura*. Madrid: Ed. Visor
- Bruner, J. (1972). *Hacia una teoría de la instrucción*, La Habana: Ediciones Revolucionarias
- Bruner, J. (1979). The role of dialogue in language acquisition. En A. Sinclair, R. Jarvella y W. Levelt (comps). *The Child's Conception of language*, Nueva York: Springer-Verlag
- Bruner, J. (1996). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Editorial Gedisa
- De Alba, A. (1991). *Currículo, crisis, mito y perspectivas*. México: UNAM-CESU.
- Castoriadis, C. (1983). *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets
- Díaz Barriga, A. (2006). La educación en valores: Avatares del currículum formal, oculto y los temas transversales. [en línea]. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*. Dirección URL: <http://redie.uabc.mx> . [Consulta: 22 de abril 2008].
- Escanero Marcén, J. F. (2007). *Integración curricular*. Rev. Educación Médica. Vol. 10. Nº 4
- Eggen, P. y Kauchak, D. (1999). *Estrategias docentes*. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Fernández, L. M.: (1994). *Instituciones educativas. Dinámicas institucionales en situaciones críticas*. Buenos Aires: Paidós
- Finkelstein, C. y Gardey, M. (2006). Habilidades docentes en la enseñanza de clínica. *V Congreso Nacional y II Internacional de Investigación Educativa*. Cipolletti. Octubre de 2006.
- Finkelstein, C. (2007). *La comunicación en el aula y su vinculación con las estrategias de enseñanza: la clase expositiva y la interrogación didáctica*. Cuaderno de cátedra. Buenos Aires: OPFYL. UBA. FFyL
- Gimeno Sacristán, J. (1993). Ámbitos del diseño. En Gimeno Sacristán, J. y Pérez Gómez, A.: *Comprender y transformar la enseñanza*. Madrid: Morata.
- Irby, D. (1995). Teaching and learning in ambulatory care settings: A thematic revue of de literature. *Acad. Med.* Vol 70(10). 898-931
- Johnson, D. y Johnson, R. (1985). *La dinámica interna de los grupos de aprendizaje cooperativo*. (Traducción y versión sintética por Diana Mazza - Ficha de Cátedra de Didáctica II. FFyL- UBA)
- Lazarski, M. P. et al. (2007). How do feedback and instructions affect the performance of a simulated surgical task? *J Oral Maxillofac Surg.* (Jun) 65(6), 1155-1161
- Lucarelli, E. (2004). *El eje teoría práctica en cátedras universitarias innovadoras, su incidencia dinamizadora en la estructura didáctico curricular*. Tesis doctoral. Buenos Aires: UBA, FFyL.

- Oliver, R et al (2008). Curriculum structure: principles and strategy. *European Journal Dental Education*. Vol 12 (suppl 1). 74-84
- Perinat A. (2004). *Conocimiento y educación superior*. Buenos Aires: Edit. Paidós.
- Rinchuse, D. J. y McMinn, J. T. (2007). *Resumen de revisiones basadas en la evidencia*. RAAO - Vol. XLVI. Núm. 2
- Santos Guerra, M. A. (2000). *Entre bastidores. El lado oculto de la organización escolar*. Archidona: Ed. Aljibe.
- Mendel, G. (1996). *Sociopsicoanálisis y educación*. Buenos Aires: Novedades Educativas
- Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Madrid: Ed. Gedisa
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos*. Barcelona: Paidós
- Vygotsky, L. S. (1979). *El Desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores*. México: Grupo Grijalbo.
- Winning, T. et al (2008). *Evidence-based care and the curriculum*. *European Journal of Dental Education*. Vol. 12
- Wood, D., Bruner, J. y Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of Child Psychology and child Psychiatry*