

Cinco desafíos para la educación odontológica.

Si comparamos el estado de salud entre una persona del año 1930 con una del 2014 vamos a encontrar que ahora vivimos más años y enfermamos y morimos de patologías distintas. Sin embargo, hay una zona del cuerpo donde la situación permanece relativamente sin cambios: la boca. La caries dental y la enfermedad periodontal continúan afectando prácticamente a todas las personas en algún momento de su vida.

¿Qué cambios debería tener el currículo dental para asegurar que los egresados puedan manejar estas patologías? Si comparamos los currículos de escuelas dentales chilenas de 1930 y 2014, vemos que hay más asignaturas, pero el enfoque sigue siendo en un modelo de instrucción de técnicas restauradoras, con programas basados en “rendimientos”. La única manera consiste en introducir cambios en la educación dental.

En primer lugar, toda la evidencia epidemiológica muestra la multifactorialidad de las patologías bucodentales. Sin embargo, el grueso de las asignaturas en odontología siguen enfocadas en la parte dental y enseñadas por dentistas. Para poder comprender la multifactorialidad y complejidad de las patologías bucodentales se requiere por un lado aumentar la cantidad de asignaturas que entreguen al estudiante las competencias necesarias para comprender como nuestros pacientes toman decisiones, así como de que manera podemos entregar de manera eficiente instrucciones acerca de higiene y cuidados de salud oral y generar cambios de conductas y actitudes.

En segundo lugar, considerando que esta generación serán aquellas que estará activa laboralmente hasta el año 2060, cabe preguntarse: ¿Qué competencias le damos hoy a nuestros egresados para asegurar que puedan evaluar toda la información acerca de nuevos tratamientos, técnicas y métodos diagnósticos que aparecerá en los siguientes 40 años? Esto requiere que los docentes del 2014 dominen aquellas competencias para entregarlas a los futuros profesionales, a objeto que estos tengan la habilidad para buscar, evaluar y

aplicar críticamente la información proveniente de los estudios científicos.¹

En tercer lugar, la carrera requiere un enfoque más médico y menos técnico. Esto implica una verdadera integración entre los ramos básicos y los ramos clínicos, que le permita al estudiante ir integrando la comprensión del impacto que tiene las “omics” en la comprensión del continuo salud-enfermedad: genómica, proteómica, metalobolómica, así como la visión ecológica del cuerpo que brinda el estudio del microbioma.²

En cuarto lugar, los métodos de enseñanza deben integrar las tecnologías de la información. El modelo clásico del profesor experto – estudiante inexperto debe cambiar hacia un modelo donde el profesor entrega los problemas más relevantes del área, las experiencias del pasado y propone que los estudiantes validen sus propios conocimientos mediante metodologías activas de aprendizaje. Esto implica traspasar la responsabilidad del aprendizaje al estudiante, lo que disminuye de manera significativa la tasa de reprobación en cualquier asignatura científica.³

Por último, la universidad debe entregar a los profesores las herramientas que permitan evaluar a largo plazo las distintas intervenciones educativas. En este momento un docente que se enfrenta a un curso al inicio de año no sabe prácticamente nada acerca de las competencias, fortalezas y debilidades que tienen sus estudiantes. Hoy existe la tecnología que permite a las universidades implementar sistemas de información académica para que el docente entregue educación personalizada basada en los distintos perfiles de estudiantes.

Aquellas instituciones interesadas en enfrentar estos desafíos podrán encontrar de interés tanto los artículos acerca de educación publicados en el J Oral Res como aquellos del número especial del Journal of European Dental Association de febrero del 2008 dedicado a la Educación Global, donde aparecen guías específicas

para una serie de temas educacionales, como la elaboración del currículo,⁴ la integración de la odontología basada en la evidencia,¹ o el uso de tecnologías de la información.⁵ Serán estas instituciones, con docentes, currículos y estrategias innovadoras, las que serán reconocidas por haber enfrentado el desafío de transformar la odontología de una carrera de la enfermedad en una carrera de la salud.

DR. SERGIO URIBE

Especialista en Radiología Oral y PhD (c) en Ciencias Médicas.

Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.

Referencias.

1. Winning T, Needleman I, Rohlin M, Carrassi A, Chadwick B, Eaton K, Hardwick K, Ivancakova R, Jallaludin RL, Johnsen D, Kim JG, Lekkas D, Li D, Onisei D, Pissiotis A, Reynolds P, Tonni I, Vanobbergen J, Vassileva R, Virtanen J, Wesselink P, Wilson N. Evidence-based care and the curriculum. *Eur J Dent Educ.* 2008; 12(s1): 48–63.
2. Slavkin HC. From Phenotype to Genotype: Enter

Genomics and Transformation of Primary Health Care around the World. *J Dent Res.* 2014 May 5; doi:10.1177/0022034514533569.

3. Freeman S, Eddy SL, McDonough M, Smith MK, Okoroafor N, Jordt H, Wenderoth MP. Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. *Proc Natl Acad Sci* [Internet]. 2014 May 12 [citado 2014 mayo 18]; disponible en: <http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1319030111>

4. Oliver R, Kersten H, Vinkka-Puhakka H, Alpasan G, Bearn D, Cema I, Delap E, Dummer P, Goulet JP, Gugushe T, Jeniati E, Jerolimov V, Kotsanos N, Krifka S, Levy G, Neway M, Ogawa T, Saag M, Sidlauskas A, Skaleric U, Vervoorn M, White D. Curriculum structure: principles and strategy. *Eur J Dent Educ.* 2008; 12(s1): 74–84.

5. Mattheos N, Stefanovic N, Apse P, Attstrom R, Buchanan J, Brown P, Camilleri A, Care R, Fabrikant E, Gundersen S, Honkala S, Johnson L, Jonas I, Kavadella A, Moreira J, Peroz I, Perryer DG, Seemann R, Tansy M, Thomas HF, Tsuruta J, Uribe S, Urtane I, Walsh TF, Zimmerman J, Walmsley AD. Potential of information technology in dental education. *Eur J Dent Educ.* 2008;12(s1):85–92.