

**EI CONSULTORIO COMO ESPACIO PARA LA ENSEÑANZA DE LA
ODONTOLOGÍA EN LA EDUCACION SUPERIOR**

HÉCTOR ALEJANDRO MONTOYA GARCIA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN AVANZADA
MEDELLÍN
2007

**EI CONSULTORIO COMO ESPACIO PARA LA ENSEÑANZA DE LA
ODONTOLOGÍA EN LA EDUCACION SUPERIOR**

HÉCTOR ALEJANDRO MONTOYA GARCÍA

Trabajo de grado para optar al título de
Especialista en Didáctica Universitaria

Asesora

ELVIA MARIA GONZALEZ AGUDELO
Doctora en Ciencias Pedagógicas

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN AVANZADA
MEDELLÍN
2007

TABLA DE CONTENIDO

	Página
FICHA TÉCNICA	5
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1: LA EXCLUSIÓN DEL CONSULTORIO COMO ESPACIO EN LA ENSEÑANZA DE LA ODONTOLOGÍA	10
CAPÍTULO 2: EL PAPEL DE LA DIDÁCTICA EN LA ENSEÑANZA DE LA ODONTOLOGÍA	15
2.1 Antecedentes de la odontología como profesión	15
2.2 Modelos de enseñanza de la odontología en América Latina	22
2.3 El sistema didáctico	29
2.4 Componentes del sistema didáctico	34
2.5 El espacio como componente de la didáctica	43
2.6 El consultorio como espacio del sistema didáctico para la enseñanza de la odontología: desde la silla del barbero hasta el consultorio odontológico actual	46
CAPÍTULO 3: EL MÉTODO COMO COMUNICACIÓN NO VERBAL EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO	61
3.1 La teoría de los signos de Charles Sanders Peirce	64
3.2 La exploración física: comunicación no verbal en el espacio-consultorio	67
3.3 La proxémica como estudio del espacio aplicado al consultorio odontológico	70
3.3.1 <i>El código proxémico</i>	72
3.4 La Kinésica (cinética, kinésica o quinésica) aplicada al campo de la enseñanza de la odontología	83

3.4.1 <i>Clasificación de los elementos cinéticos</i>	83
3.5 Hacia una lectura del espacio- consultorio: el método como comunicación para la enseñanza de la odontología	86
CONCLUSIONES	92
BIBLIOGRAFÍA	94
CIBERGRAFÍA	98
REFERENCIA DE IMÁGENES	100

EI CONSULTORIO COMO ESPACIO PARA LA ENSEÑANZA DE LA ODONTOLOGÍA

FICHA TÉCNICA

PROBLEMA: ¿Cómo articular, desde la didáctica, el consultorio odontológico como espacio por excelencia para la enseñanza de la odontología?

OBJETO DE ESTUDIO: El consultorio odontológico como espacio didáctico.

CAMPO DE ACCIÓN: La enseñanza de la odontología en la educación superior.

OBJETIVOS

GENERAL: Comprender, analizar e interpretar, desde la didáctica, el consultorio como espacio para la enseñanza de la odontología en la Educación Superior.

ESPECÍFICOS:

- ❖ Comprender e interpretar el desarrollo histórico del consultorio odontológico
- ❖ Articular desde la didáctica el consultorio como espacio, en tanto componente del sistema didáctico en la enseñanza de la odontología.

- ❖ Interpretar las implicaciones del lenguaje verbal y no verbal en los procesos comunicativos que se llevan a cabo en el espacio consultorio, desde una visión didáctica.

METODOLOGÍA: Esta es una investigación teórica con enfoque hermenéutico, donde se comprende la historia del consultorio odontológico para analizar su evolución en el marco de la enseñanza de la odontología, para proponer una síntesis, donde se articule desde los componentes de la didáctica el consultorio como espacio y se interprete desde allí la comunicación verbal y no verbal y su incidencia en la enseñanza de la odontología.

RESULTADO ESPERADO:

- ❖ Aportar conceptualmente a la enseñanza de la odontología.
- ❖ Caracterizar el consultorio-espacio en el sistema didáctico para la enseñanza de la odontología.
- ❖ Dar pautas al docente y al estudiante de odontología en el manejo del lenguaje verbal y no verbal involucrado en los procesos comunicativos que se llevan a cabo en el espacio consultorio.

INTRODUCCIÓN

La formación del odontólogo en el campo de la didáctica, se convierte, así, en un reto para las generaciones de docentes actuales, quienes se ven obligados, no sólo a comunicar el conocimiento, sino también a desempeñar un trabajo que involucra la ciencia y la técnica en los niveles teóricos y prácticos, en un marco de docencia motivadora, competente, flexible y creadora de nuevo conocimiento. La elección de ser además de odontólogo, profesor de los futuros profesionales del área, exige conocer y construir proyectos didácticos de aula y de área, que permitan que las disciplinas específicas se enriquezcan desde los diferentes saberes construidos en el contexto de las humanidades, entre ellas, la didáctica, la teoría de los signos y la teoría de la comunicación, por ejemplo. El docente de la Universidad de Antioquia debe ser consciente de que su referente teórico abarca tanto la enseñanza, como la educación de la sociedad, el cual privilegia la formación del hombre y la mujer dentro y fuera del marco universitario

En esta línea, la propuesta que se presenta a continuación está enfocada hacia la inclusión consciente de los componentes de la didáctica general en la enseñanza de la odontología, teniendo como referente, el componente método y, dentro de éste, los procesos de comunicación verbal y la comunicación no verbal entre los sujetos que se involucran en la situación didáctica en un espacio llamado consultorio, pues el docente es, ante todo, un ser que se

construye en lo social y comunicativo, los dos elementos fundamentales del lenguaje como capacidad humana.

En primer lugar, se hará una conceptualización en torno al problema de la comunicación verbal y no verbal en el espacio-consultorio; a continuación, se abordará la historia de la odontología y cómo esta área ha pasado de ser una aplicación meramente empírica, para convertirse en una profesión prestigiosa del área de la salud y, por lo tanto, susceptible de ser enseñada y aprendida en un contexto universitario. Una vez se determine la odontología como profesión, y se reseñen unos modelos de enseñanza en este campo, la didáctica general será asumida como una herramienta que potencia los procesos de enseñanza-aprendizaje que se llevan a cabo en la formación de los profesionales; en este marco, se ubicará el espacio consultorio como parte importante de la evolución de la odontología, así mismo, el método como comunicación, que es el tema que nos ocupa.

Partiendo de estas perspectivas didácticas, y después de definir el espacio-consultorio y la comunicación como método, desde los planteamientos teóricos de los profesores Carlos Álvarez de Zayas y Elvia María González Agudelo (2002), el lector reconocerá la importancia de las interacciones comunicativas que se llevan a cabo en dicho espacio, desde la teoría de los signos; esto porque se asumirá el lenguaje como facultad humana que nos capacita para comunicarnos con los demás, interpretar los signos que nos ofrece el entorno y apropiarnos del mundo que nos rodea. Entrará, pues, en escena, el tema de

la comunicación no verbal mediante los signos, como elemento esencial para la lectura efectiva del contexto que debe hacer el profesional de la odontología para lograr un desempeño adecuado en el mundo del trabajo, lo cual, a mi modo de ver, es uno de los objetivos fundamentales en la enseñanza de la profesión.

Finalmente, esto llevará a un acercamiento al análisis de los elementos de la comunicación no verbal que entran en juego en el espacio-consultorio, como parte de una propuesta metodológica para el proceso docente-educativo que se lleva a cabo en el campo de la odontología.

El recorrido propuesto anteriormente, se basa en una mirada hermenéutica, en tanto es necesario comprender el concepto de espacio como componente didáctico, analizar su incidencia en la enseñanza de la odontología, interpretar las relaciones que en éste se dan desde una perspectiva comunicativa y finalmente, proponer una síntesis dialéctica en la cual se pueda hacer una lectura del espacio-consultorio efectiva para la docencia universitaria de la odontología y para los procesos de enseñanza que este espacio promueve. Para terminar, cabe recordar que, en el proceso hermenéutico de traducción, están inmersos, según recuerda González (2005), análisis, comprensión, interpretación y síntesis.

CAPÍTULO 1

LA EXCLUSIÓN DEL CONSULTORIO COMO ESPACIO EN LA ENSEÑANZA DE LA ODONTOLOGÍA

La comunicación es una parte fundamental en los procesos de comunicación del conocimiento; no en vano se le tiene en cuenta en el sistema didáctico en el momento de definir el método como comunicación. Si bien, para efectos metodológicos, ésta ha sido dividida en verbal y no verbal, al parecer, en nuestra cultura ha imperado la primera, en tanto a la última se le considera escasa de rigurosidad y parámetros normativos claros en el proceso comunicativo. Sólo hasta hace algún tiempo, a partir de los estudios de autores como Mark Knapp (2001), se ha conseguido integrarse en la semiótica del entorno, mediante la incorporación del estudio del lenguaje no verbal en los diferentes contextos comunicativos y disciplinares. Menciona este autor que la bata blanca, por ejemplo, le da el valor a quien la porta de pertenecer al área clínica y que esto define su influencia en las relaciones interpersonales. Igualmente, los elementos que ofrece la comunicación no verbal se han adaptado al estudio del derecho, la literatura, entre otros.

La enseñanza de la odontología, por lo tanto, no puede ser ajena a estos referentes y por ello, también ha asumido el estudio del lenguaje no verbal en el intercambio comunicativo entre odontólogo y paciente como una parte del análisis de los procesos que se llevan a cabo en el consultorio, aunque no se

les ha planteado como parte fundamental de la docencia de la odontología propiamente dicha. Prueba de ello es que, aunque existen estudios que mencionan la importancia del lenguaje no verbal en el consultorio, como en el caso del artículo de G.E Belaunde (2005), titulado *El lenguaje corporal en el consultorio dental*, no se tienen antecedentes correspondientes a cómo se da en la práctica la comunicación verbal y no verbal en los cubículos de las instituciones de Educación Superior de la ciudad de Medellín, específicamente en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, en lo que a la enseñanza de esta área se refiere y qué tan efectiva es la comunicación en general en dicho espacio.

En este mismo sentido, el Doctor José Pablo Velásquez Escobar, docente de esta Facultad, señaló en entrevista realizada para este trabajo en el mes de abril del año 2007, que:

“En la Facultad los odontólogos clínicos tienen en cuenta el lenguaje verbal y no verbal de forma heterogénea...en la formación de la universidad en la última década, algunos docentes hacen hincapié en la manera en que se escuchaba al paciente, en la manera en que se debía observar cuidadosamente al paciente, en la parte gestual y demás, hacían énfasis en la parte de presentación personal, en la seguridad en que debía tener para transmitir el mensaje al paciente; parece ser que éstos son contenidos que se encuentran desarticulados y se dan en diversas asignaturas, pero no se precisa qué contenidos maneja esa asignatura, ni como se está mirando la aplicación de la misma en la Facultad. El rol del odontólogo no sólo está centrado en la práctica intramural de una institución hospitalaria o de un consultorio, sino que él tiene posibilidades de desempeñarse en otros roles que exigen de una capacidad de comunicación verbal y no verbal que trascienda el ámbito odontológico, pero estos contenidos, no aparecen condensados dentro de los contenidos del curso, sino que están a la potestad de quien dirige el curso, o la potestad del profesor o clínico a cargo del grupo de estudiantes”

Y a continuación sostuvo:

“Existe la necesidad de que se introduzcan ese tipo de contenidos al interior de la Facultad, hay muchas cosas que quedan en un plano de incertidumbre porque no se sabe interpretar adecuadamente el mensaje no gestual que trasmite el paciente y ello puede dar lugar a malos entendidos incluso a practicas indebidas porque no se sabe mensurar de pronto el temor que se exhibe en el rostro, en la palidez de un paciente o la expresión de sus ojos con lo que yo voy a hacer y entonces ello da lugar para complicaciones, estrés o choque entre profesional y paciente, considero que se debe desarrollar un contenido, que sea basado en la parte epistemológica hasta el punto que se haya desarrollado hasta hoy.”

En algunos casos, se menciona el círculo de demostración en las actividades docentes de orientación clínica en odontología, lo cual la vincula con la atención a pacientes y por ende, con procesos de interrelación comunicativa; sin embargo, realmente, no se encuentra un referente teórico desde el cual se justifique tal estrategia y se vincule, por lo tanto, a la práctica del estudiante una forma más adecuada para leer el contexto comunicativo que se va a encontrar en el consultorio real. Para citar un caso particular en la práctica del docente de odontología, se encuentra que algunas veces el estudiante no es capaz de llevar efectivamente a la práctica la teoría aprendida en la clase magistral, en la lectura documental y en el círculo de demostración con o sin paciente, entonces, en el momento de actuación iatrogénica con un paciente real, se evidencia la efectividad de la comunicación no verbal que pone en juego el docente que dirige la práctica del estudiante cuando ésta es errada, en tanto los elementos no verbales que le señalen dicho error al estudiante, como gestos, miradas, posición del cuerpo, expresiones faciales, se constituyen en mecanismos que van a posibilitar la conciencia de la falla, pero no la desconfianza y el temor del paciente en el procedimiento posterior y

atención por parte del estudiante, lo cual sí sucedería en el caso de que se dé un señalamiento verbal del error por parte del docente hacia el estudiante.

Los estudiantes de odontología, aun en la práctica que realizan en el cubículo universitario, no tienen conciencia de que la comunicación no verbal, muchas veces es el único medio con el que cuentan para interrelacionar con los pacientes, pese a que ellos mismos son usuarios de ésta; por ejemplo muchas de las acciones ejemplares que puede llevar a cabo el docente en el círculo de demostración cuando ejecuta un procedimiento estudiado previamente con los estudiantes, se pasan por alto, justamente, porque en el currículo y en las aulas o espacios de clase no se explicitan unas directrices propias de procedimientos en los cuales medie la comunicación como componente fundamental, este elemento hace parte del ejercicio profesional, más como intuición o experiencia propia del odontólogo, pero no como política de enseñanza en la Facultad.

Esto se evidencia, por ejemplo, en las respuestas que dan los estudiantes cuando se les pregunta acerca de cómo se aborda la comunicación no verbal en la enseñanza de la práctica odontológica en el consultorio o en el cubículo, en caso de que sea conciente de su utilización y si ésta se tiene en cuenta de forma conciente, si en la Facultad se potencia o no un trabajo en el que se involucre, tanto por parte del estudiante como del docente. Así mismo, vale la pena preguntarse, si el estudiante considera el conocimiento acerca de la comunicación no verbal como parte de la práctica y de su formación.

Por parte de los docentes, las preguntas sobre cómo actúa la comunicación no verbal en el cubículo y si se presenta alguna variación con respecto a su efectividad en el espacio consultorio, tanto a nivel institucional como privado.

Lo anterior deriva en una preocupación en torno al espacio-consultorio como el lugar donde se dan los procesos comunicativos que determinan la efectividad o no de los procedimientos odontológicos que allí se practican en un contexto real. Por lo anterior, se daría lo que Chevallard (1991) ha definido bajo el término de transposición didáctica como "... el trabajo que transforma de un objeto de saber a enseñar un objeto de enseñanza" (1991), en este caso, el consultorio odontológico se convierte en el objeto de enseñanza que se debe enseñar y aprender.

Así las cosas, y teniendo en cuenta que la didáctica busca hacer la transposición de un saber sabio, construido socialmente a un saber susceptible de enseñarse, la pregunta que guía este texto es: ¿Cómo articular desde, la didáctica, el consultorio odontológico, como espacio por excelencia para la enseñanza de la odontología?

CAPÍTULO 2

EL PAPEL DE LA DIDÁCTICA EN LA ENSEÑANZA DE LA ODONTOLOGÍA

En el presente capítulo, se hará un recorrido histórico por el desarrollo de la odontología como profesión; se bosquejará su relación con la medicina, y la manera como elementos vinculados desde antaño con su ejercicio, como es el caso de las personas practicantes de esta profesión y de la silla dental, se han convertido, con el pasar del tiempo, en causantes de temor e incluso, culpables de la deserción de muchos pacientes. El recorrido planteado permitirá establecer una conexión entre la práctica de la odontología y su enseñanza en el ámbito universitario en la actualidad, de modo que se visualice la pregunta problematizadora que inspira este texto: ¿Cómo articular desde la didáctica el consultorio odontológico como espacio por excelencia para la enseñanza de la odontología?

2.1 Antecedentes de la odontología como profesión

A continuación, se realiza un bosquejo de los antecedentes históricos de la profesión odontológica, desde su vinculación con el trabajo del barbero cirujano, pasando por la del cirujano dentista sustentada posteriormente en la Medicina, hasta el momento en el cual se da el reconocimiento social y jurídico a la formación de recursos humanos de esta profesión, en el ámbito universitario.

La enseñanza de la Odontología propiamente dicha, se inicia en 1840 en los Estados Unidos de América, según lo sostienen Payares y Arango (1991); a partir de entonces comienza a propagarse en el mundo el modelo curricular para la formación de los profesionales de esta especialidad. Pero, veamos antes, un poco de historia.

Desde la época de Hipócrates, Padre de la Medicina, los tratamientos médicos y dentales estaban bajo la acción de la misma persona, lo cual involucraba un abordaje integral de la salud de los pacientes, de acuerdo con los conocimientos que poseía el médico de la Antigüedad. Incluso, para el siglo XIX, el trabajo del cirujano dentista, provoca que la historia de la odontología se una indisolublemente con el quehacer y el desarrollo de la Medicina por un tiempo más.

Sólo con el correr de los años, se fue estableciendo una separación, tanto teórica como metodológica, entre la medicina y la odontología; en este sentido, las vicisitudes de la odontología durante la Baja Edad Media (1000 – 1500), contribuyeron a acentuar dicha separación entre la medicina y la cirugía, pues esta última era tomada por los médicos como simple oficio de artesanos, y quienes la ejercían fueron rebajados en su categoría científica y en aprecio público, dando lugar a la degradación de la profesión y a su integración con otras artes menores en una nueva clase laboral denominada: los barberos-cirujanos.

“El barbero-cirujano tenía a su cargo las operaciones quirúrgicas tanto generales como bucales, además de las correspondientes a su oficio principal. Realizaba sangrías, extracciones dentarias, sajaduras de abscesos y amputaciones ocasionales.” (Payares y Arango; 1991: 270); de esta forma, a partir de la aparición del barbero-cirujano se dio la vinculación a la práctica odontológica de todo tipo de personas.

Los barberos-cirujanos se vieron equiparados con sacamuelas y charlatanes, lo cual provocó gran malestar entre los profesionales de la labor médica, quienes abandonaron en manos de personas cada vez menos calificadas la práctica odontológica, por considerársele de menor estatus.

En el siglo XII, a partir de la fundación en la Universidad de Salerno de la carrera de médico como tal, la cirugía continuaba siendo considerada como un oficio menor y, por lo tanto, se aprendía sin necesidad de estudios superiores. Así fue como

“Cuando los saberes y los remedios estaban poco desarrollados quienes manejaban los asuntos dentales eran gentes iletradas, de escasa formación y procedimiento rudo. La universidad y la medicina consideraron a la dentistería como un menester deleznable, propio para ser ejercido por indocumentados personajes cuando no por rematados rufianes a los que en ocasiones, se les impedía entrar en las ciudades y poner rótulos intramuros. Barberos de arrabal, quebrantahuesos, charlatanes, bolatineros... el dentista iba de feria en feria, de encrucijada en encrucijada, ridiculizado por el vulgo y anatematizado por la religión...” (González, Julio, citado por Payares y Arango; 1991: 27)

Un hecho interesante es que, en 1308 los barberos-cirujanos, se agrupaban en Londres para crear el Gremio de los cirujanos-barberos; al parecer, esta decisión estaba basada en la exigencia de cierta formación de quienes se dedicaban a esta actividad y la defensa de sus intereses en la lucha contra la charlatanería. La situación caótica de quienes ejercían algunas ramas de la salud era tal, que desde temprano se comienza a adoptar medidas coercitivas contra quienes ejercían sin preparación alguna; así es como encontramos que, en los siglos XII a XIV se comienza a dictar ordenanzas, leyes y decretos para poner fin a esta situación. Algunos de esos requisitos para obtener el título de barbero-sangrador, eran: ser aprendiz por dos años, certificarlo y, luego durante 8 años, trasladarse de un pueblo a otro; esto representaba un adelanto en relación con las disposiciones anteriores a la época.

La charlatanería (concepto visto en Payares y Arango; 1991) y el abuso de los iletrados había llegado a tal extremo, que los gobernantes comenzaron a preocuparse un poco por esta situación y se vieron obligados a adoptar medidas contra estos y otros desmanes, además de preocuparse por la salud de su población y porque toda práctica, sobre todo, la de los sacamuelas, fuera controlada de alguna forma. En este sentido, los Reyes Católicos dictaron el 9 de julio de 1500 una ley conocida como la Pragmática de Segovia, mediante la cual exigían a los barberos una capacitación y un examen para poder ejercer legalmente el arte de “sacar muelas”, esta ley era de obligatorio cumplimiento en todo el Reino Español; por ella, se inició la separación entre los simples barberos, dedicados a afeitar y otros menesteres, y el barbero-flebotomiano y

los dentistas quienes, por lo tanto, no necesitaban cierta preparación y determinados conocimientos que debían demostrar mediante exámenes. Los reinos de España y Portugal crearon los Protomedicatos, que tenían la función de combatir el empirismo y fiscalizar el ejercicio de todas las personas dedicadas a la atención de salud en todas sus ramas; luchaban por el cumplimiento de las disposiciones legales establecidas por los soberanos. En el siglo XVII, según lo registran Payares y Arango (1990), se observa una separación más neta entre la Medicina y la Odontología. En Francia, en 1609, un edicto reglamentó la profesión y obligó a los dentistas a obtener previamente el título mediante un examen; ése fue uno de los primeros documentos donde se hace referencia a la exigencia de un examen para ejercer como dentista.

En mayo de 1699, se creó en Francia una subdivisión de los cirujanos-dentistas, quienes no eran ni médicos ni barberos, para impedir el ejercicio profesional a charlatanes y barberos.

En 1728, ocurre un hito trascendental en la historia de la Odontología, Pierre Fauchard, publica su libro *“El cirujano dentista”*, en el que señaló el desarrollo de la profesión. La obra llamó la atención a los gobiernos y a los cirujanos más célebres que abandonaban esta parte del arte dental.

Fauchard colaboró con el gobierno en la reglamentación de la profesión e insistió en que los aspirantes debían rendir exámenes ante médicos

especializados en la Odontología. El trabajo de Fauchard coloca a Francia a la cabeza del desarrollo de la cirugía dental y, además, sirvió de derrotero para otros países por constituirse en un verdadero sendero para la prosperidad de la cirugía dental.

Para el cierre del siglo XIX, con el inicio del desarrollo industrial en América, el avance acelerado de la odontología fue una realidad, tal como se señaló al comienzo del capítulo; así es como, desde la incertidumbre de sus perspectivas empíricas iniciales, la odontología comienza a crecer en lo científico y en lo tecnológico hasta nuestros días, por lo cual se fundan escuelas para la formación de recursos humanos en la profesión odontológica, en países como: Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Estados Unidos, Guatemala, México, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

En este breve recorrido del desarrollo de la profesión odontológica, se puede constatar que la odontología continuaba siendo considerada como oficio artesanal, aunque se hubiera establecido leyes que regulaban su ejercicio como profesión

Ahora, la diferencia básica entre oficio y profesión es que el oficio u ocupación se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, mientras que la profesión se refiere a menudo específicamente a los campos que requieren estudios universitarios a nivel de pre-grado o licenciatura, donde se adquiere el conocimiento

especializado respectivo(Web); por lo tanto, son características de la profesión, la dedicación idónea, habitual e interesante del individuo a determinada actividad con base en la educación, la formación y el perfeccionamiento (Martínez; en Web).

Un hecho de extraordinaria importancia ocurre en 1819, cuando la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de Maryland invita a Chapin A. Harris (1769-1844) a impartir una serie de lecciones sobre dentistería para estudiantes de medicina, lo cual se realizó en los años 1823 a 1825. Es la primera vez que, de forma organizada, se impartieron conocimientos de Odontología.

2.2 Modelos de enseñanza de la odontología en América Latina.

La práctica odontológica en América Latina se ha desarrollado desde cuatro modelos básicos que han involucrado el desarrollo científico y la prestación del servicio, como componentes de la profesión; no se puede afirmar que algunos de los modelos se hayan presentado cronológicamente, pues éstos se han superpuesto unos a otros, según afirma Arango Botero (1988).

El primero de estos modelos difundidos en la región fue el europeo, el cual se presenta en la América hispana de la época de la conquista, por lo tanto, se puede prever que los servicios médicos eran orientados hacia la atención de

la clase dominante y es la iglesia la encargada de atender a los enfermos, en el marco de la práctica de la caridad cristiana, como lo recuerda Arango Botero (1988).

Pese a que las primeras universidades se fundaron en Santo Domingo y México durante el siglo XVI, sólo hasta 1908, la enseñanza de la medicina se comienza a hacer en la Facultad de Medicina de Bahía, fundada fuera del contexto universitario. Su aparición coincide con el modelo universitario francés que se refleja en los currículos de medicina.

“En consecuencia, el primer modelo de educación odontológica que identificamos es el modelo francés. Se caracteriza por ser un modelo individualista, de aspecto puramente biólogo, curativo y elitista, era parte de la universidad de sentido napoleónico de servicio al estado; con la finalidad de formar la clase profesional que representa la práctica hegemónica.” (Arango Botero; 1988: 4)

Este es un modelo que corresponde con el de enseñanza tradicional; en él los problemas nacen de quien lleva a cabo la práctica y no desde las necesidades de los usuarios del servicio; la metodología es básicamente la clase magistral, en la cual prevalece la voz del docente, frente a la de los estudiantes y tiene como función social, el fortalecimiento del estado:

“En el modelo pedagógico tradicional la razón y la moral son pilares para la formación de un hombre ilustrado según los cánones de la cultura de occidente... sus estrategias didácticas parten de la problemática continuista, del legado moral e intelectual de la humanidad bajo objetivos impuestos por la tradición; los contenidos son enciclopédicos; los métodos transmisionistas; en las formas prima el proceso de enseñanza sobre el proceso de aprendizaje, la labor del profesor sobre la del estudiante; los medios son el pizarrón y la tiza; y la evaluación es memorística y cuantitativa.” (Álvarez de Zayas y González; 2002: 27)

Con la llegada de la Universidad Inglesa ingresa a América el modelo flexneriano que se acomodó al componente programático y tecnológico de las provincias, lo cual es acorde con la adaptabilidad de los grupos europeos enclavados en Norteamérica; asimismo, afirma Arango Botero: “la dependencia económica determinó el cambio del modelo francés, en la enseñanza de la medicina y por lo tanto de la odontología, por el modelo que apareció en el país del norte, en 1910, como consecuencia del informe Flexner.” (1988: 5); como se puede ver, éste corresponde con el modelo capitalista que garantiza la reproducción de la fuerza de trabajo mediante diseños instruccionales, con modelos y procedimientos concretos:

“Sus estrategias didácticas parten de objetivos planeados por el estado, acordes con un problema de producción económica...los contenidos, al igual que en el modelo tradicional, siguen siendo enciclopédicos y los métodos, así mismo, transmisionistas. En las formas el proceso se equilibra, empieza a denominarse enseñanza-aprendizaje, el profesor ya no es el único protagonista de la educación, el estudiante empieza a cobrar importancia...en los medios, se vive un cambio importante, el tablero empieza a perder vigencia y aquellos derivados de la revolución de las comunicaciones como la televisión, el cine, las audiovisuales, los retroproyectores, le otorgan dinamismo al desarrollo de las clases. En la evaluación entra toda una serie de test para sistematizar los conocimientos que asimilan los estudiantes” (Álvarez de Zayas y González; 2002: 28)

Uno de los cambios que introduce el modelo flexneriano, fue el control del funcionamiento de las instituciones formadoras, que se da a partir de la incorporación de la enseñanza en escenarios reales de práctica; con esto se logró introducir la enseñanza de la odontología en el ámbito universitario del cual se encontraba fuera hasta ese momento.

“Este enfoque condujo a la separación mayor entre lo individual y lo colectivo. Lo curativo se enfatizó en detrimento de lo preventivo y el desarrollo de lo individual y de lo técnico, tuvo la prioridad en el proceso” (Arango Botero; 1988: 6); en este momento aparecen los simuladores, maniquís fantomas o tipodontos y lo que se ha dado en llamar, la tecnología educativa, lo cual se considera un cambio en los procedimientos didácticos y en el medio de aprendizaje. Desde este enfoque, se enfatiza en los comportamientos, más que en las capacidades.

Más adelante, en el año de 1940 surgen varios cambios curriculares en la Facultad de Medicina de Western Reserve, relacionados con la integración de las ciencias básicas con las clínicas, de la curación con la prevención. Este modelo tuvo eco en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, que adoptó una orientación preventiva y social, dando lugar a la creación de un Departamento con ese nombre, en 1960 (Payares y Arango; 1991)

Este enfoque denominado preventivo social, se ha concretizado en las denominadas experiencias extramurales, las cuales se han constituido en estrategias de aprendizaje que involucran a los estudiantes con los problemas sociales que hay por fuera de la práctica estudiantil cotidiana. Pese a este interés, Arango Botero (1988) sostiene que “la realidad social no ha sido identificada a través de la investigación, en los lugares en los cuales se desarrollan las actividades extramurales, cuando se ha hecho un estudio

previo a su creación, no se ha ido más allá de la descripción de aspectos de morbilidad.” (1988: 10).

Este modelo se conoce como modelo pedagógico social, en el cual tiene importancia el estudiante, su devenir político, ideológico y social; desde este enfoque, se pretende formar en para resolver problemas sociales que mejoren la calidad de vida de las personas;

”sus estrategias didácticas se constituyen a partir de las necesidades sociales contextualizadas, respondiendo a problemas específicos de la comunidad...los contenidos siguen siendo los inmanentes al desarrollo de las ciencias...los métodos, aquellos que corresponden a la construcción de la lógica científica. Las formas se equilibran en el proceso de enseñanza-aprendizaje, los estudiantes desarrollan no sólo sus habilidades de pensamiento sino también su personalidad...el docente es un líder, un ser tan activo en el salón de clase como en la comunidad, su enseñanza no es directiva...los medios hacen énfasis en el trabajo en grupo, en los talleres. La evaluación es cualitativa, a veces individual, a veces colectiva“(Álvarez de Zayas y González; 2002: 31)

Lo anterior ha llevado a la Universidad a plantearse una reflexión en torno a su papel como institución comprometida socialmente, de lo que se ha ocupado el modelo de docencia-servicio; este modelo busca vincular al profesional como un verdadero agente de salud, desde la integración de la investigación en el servicio, en el cual el paciente deja de significarse como objeto y se convierte en modelo de las necesidades de aprendizaje. “El modelo docencia-servicio-investigación, es un complejo sistemático de elementos tanto teóricos como instrumentales, que se conjugan bajo unos mismos objetivos y una serie de normas y estrategias para la comprensión y transformación de su objeto de

trabajo-estudio y de la propia práctica odontológica.” (Payares y Arango; 1991:

44). Por lo tanto, se define docencia-servicio como:

“(…) un conjunto de recursos y esfuerzos entre las instituciones formadoras de recursos humanos, las prestadoras de servicios y la comunidad, para que partiendo de la producción de conocimientos científicos se ejecuten acciones que contribuyan a la solución de los problemas de salud de la colectividad o parte de ella.” (Arango Botero; 1988: 12)

Este último modelo, además de constituirse en una estrategia didáctica alternativa, orienta verdaderos procesos sociales, en el marco de la investigación, la enseñanza y el servicio, “se hace, por lo tanto, la práctica odontológica en la realidad concreta en los diferentes niveles de complejidad.” (ibídem)

Pese a lo anterior, tal como lo sostiene Arango Botero (1988), el modelo de servicio ha determinado un modelo educacional, que contempla un perfil educacional y un perfil profesional que determinarían, a su vez, el perfil ocupacional: PE =PP- PO¹ (s.f: 13).

Desde los planteamientos y modelos presentados anteriormente, es claro que el modelo de enseñanza de la odontología debe involucrar la formación integral en la cual es necesaria la inclusión de los procesos sociales y no sólo de los de aprendizaje. En este orden de ideas, la odontología ha asumido una serie de métodos y medios de aprendizaje; entre los más comunes que se

¹ PE: perfil educacional, PP: perfil profesional y PO: perfil ocupacional.

encuentran, se puede mencionar: la clase magistral, la cual da lugar a la transmisión del conocimiento de manera directa y por medio de la comunicación verbal; esta debe tener como objetivos: la orientación, la condición explicativa, la demostración o validación del conocimiento, el análisis crítico y la divulgación. Otro método utilizado comúnmente es la tutoría, en la cual el profesor toma la responsabilidad de orientar el desarrollo de las capacidades de los estudiantes, así es como este último se responsabiliza de elaborar tareas por sí mismo. Los talleres y seminarios son otro método que involucra el trabajo del estudiante y que lo motiva hacia la investigación, como eje fundamental de los procesos de enseñanza aprendizaje. Los simuladores, es otro importante elemento metodológico que, mediante la utilización de los modelos físicos, permiten el acceso a las destrezas motrices para la ejecución de técnicas en el método clínico; igualmente estas destrezas se logran con el empleo de modelos de yeso, cera u otros materiales, que involucran el mundo real en el trabajo de consultorio, según recuerda Arango Botero (1989: 21).

Es clara, pues, la necesidad de que se involucren en la enseñanza de la odontología algunos conceptos propios de la didáctica, pues ésta es la herramienta para el abordaje de los procesos que se llevan a cabo en los ambientes de aprendizaje comunes a la profesión; partiendo del supuesto de que la enseñanza de la odontología conlleva un proceso formativo mediado por componentes concretos, a continuación se hará un recorrido por lo que se entiende por didáctica y la incidencia de sus elementos en la construcción de una metodología propia del área de la odontología en Educación Superior.

Al respecto, se debe señalar como preámbulo que, desde hace algunos años, se habla de la clínica integral como estrategia educativa para la formación de estudiantes de odontología, lo que es justamente, la inclusión de su enseñanza en los componentes de la didáctica:

“En la transformación curricular se reconoce a la clínica integral como diferente del tratamiento integral. Como lo transcriben Yepes y Mejía, la clínica integral ‘se relaciona fundamentalmente con la formación de los odontólogos. Pretende el desarrollo de aptitudes y actitudes que permitan a los estudiantes, profesores y demás actores involucrados en el tratamiento de pacientes, enfrentar la realidad de éstos de manera global desde distintas dimensiones sociales, económicas, psicológicas, biológicas y técnico administrativas para formar una conciencia integradora que favorece al mismo tiempo la calidad de la atención y la formación integral de los estudiantes y otros actores institucionales” (Comisión de Gestión para la Transformación Curricular; 2000: 5)

Así mismo, se liga constantemente, la mutua empatía entre odontólogo y paciente durante la consulta en el espacio-consultorio, con el establecimiento de canales de comunicación efectivos, ante lo cual, la didáctica nos puede dar luces para vincular estos elementos en la enseñanza de la odontología, sobre todo si se tiene en cuenta que la formación a través de la comunicación es uno de los principios didácticos (Álvarez de Zayas y González; 2002)

2.3 El sistema didáctico

“Entendemos la didáctica como teoría acerca de las prácticas de la enseñanza significadas en los contextos socio-históricos en que se inscriben.” (Litwin;

2001: 94). Se trata, por lo tanto, de encontrar para cada contenido, la manera en que debe ser enseñado de una manera comprensiva.

En este sentido, señala Litwin (2001), uno de los problemas actuales de la didáctica consiste en plantear preguntas que ya tiene una respuesta preestablecida y cuentan con poca significación social, lo cual dificulta el marco comunicacional propio de un proceso dialógico; contrario a esto, la institución educativa y el maestro deben ver la enseñanza como un proceso crítico en el cual la pregunta y con ella, cualquier situación comunicativa, involucra una construcción cooperativa.

La educación como proceso de formación de conocimientos y valores, según Tobón Franco (2004), involucra unos procesos didácticos que determinan el éxito o no de dicha formación.

La formación es, entonces, otro concepto que toma fuerza en el marco de la didáctica, en tanto toda acción que se ejecuta desde el componente de la didáctica tiene como finalidad la formación, el bildung, la imagen de los sujetos.

En este orden de ideas, afirma la profesora González que “el proceso docente educativo es en primer lugar un proceso. Un proceso es una sucesión de estados de un objeto determinado. Un estado es la situación que tiene el objeto de estudio en un cierto momento.” (2002: 38)

Del estudio de los procesos educativos se encarga la didáctica; esta es definida, por lo tanto, como aquello que es perteneciente o relativo a la enseñanza, es también, según una acepción general y corriente, el arte de enseñar; pero no se queda allí, en tanto involucra otras acepciones en las cuales el sujeto que aprende se convierte en un elemento activo. Por lo tanto, en este trabajo se asumirá la didáctica desde los planteamientos que hace al respecto la profesora González en su texto *Lecciones de didáctica general* (2002); para ella, la didáctica hace parte de la pedagogía, pues tiene como objeto de estudio el proceso docente educativo, y para ello utiliza estrategias didácticas fundamentadas y ampliadas de manera sistemática; estas estrategias están dirigidas específicamente a la educación, al desarrollo e instrucción de las futuras generaciones.

La didáctica permite, entonces, la transmisión del saber construido por la cultura, mediante lo que Chevallard (1997) denominó transposición didáctica, del saber sabio al saber ensañado; esta trasposición es la que al fin de cuentas determina una serie de transformaciones que le permiten al estudiante aplicar el conocimiento científico y cultural adquirido en la escuela, en la sociedad que habita; en este sentido, no sería posible dicha trasposición sin la mediación de procesos de comunicación efectivos llevados a cabo en el espacio de enseñanza.

Partiendo de lo anterior, Litwin (1997) llega a sostener que en la actualidad los estudios en el campo de la educación se han centrado en determinar la comunicación didáctica o el discurso en el aula de clase, teniendo como base el hecho de que el accionar del ser humano es enteramente semiótico y comunicativo, por lo tanto, “El lenguaje en clase es una variedad lingüística aplicada en tanto implica un uso lingüístico en un ámbito social particular.” (1997: 89). En este orden de ideas, en el intercambio comunicacional que tiene lugar entre docente y estudiante, cobran importancia las explicaciones generadas por el docente, las preguntas que éste hace, según su conocimiento del campo y experiencia, y las intervenciones de los estudiantes.

Así mismo, agrega Litwin (1997) que, “En las clases en las que los docentes y alumnos conviven en una atmósfera que propicia la generación de una cultura y un lenguaje de pensamiento en relación con un contenido, donde pensar en la enseñanza es pensar en la comprensión de los alumnos, la práctica moral en tanto ética se constituye en una invitación constante, por parte del docente, a reflexionar sobre la condición humana.” (1997: 95)

En este orden de ideas, las nuevas prácticas en el campo de la educación, le están exigiendo al docente convertirse en un generador de procesos de construcción del conocimiento desde la comprensión, lo cual Litwin (1997) ha denominado *configuraciones didácticas*, éstas generan formas particulares de prácticas de enseñanza y, por ende, maneras organizativas propias de cada docente en los contextos institucionales. Aplicado este concepto a la

enseñanza de la odontología, tal como se puede ver desde la experiencia, la manera como el docente implementa la práctica en el área, está asociada, por lo general, con el reconocimiento de la dimensión de análisis propia de su quehacer en el consultorio como espacio por excelencia, lo cual implica, siguiendo a Litwin (1997), un entramado de procesos reflexivos y una ruptura con respecto a los saberes cotidianos, lo cual lleva a que se dé en la práctica una recurrencia al oficio o campo disciplinar de construcción casi siempre social.

La comunicación, entonces, en el ámbito de la educación tiene que ver con la forma como el docente se acerca a sus estudiantes a partir de la formulación de preguntas desde un marco comunicacional; la pregunta, es, a su vez y de forma análoga, el puente que le permite al odontólogo acercarse al paciente de forma efectiva, pues permite, como lo hace en el aula de clase, construir conceptos, generar contradicciones.

Teniendo en cuenta estos planteamientos en torno a la didáctica, en este trabajo se abordará el componente didáctico desde la óptica del proceso docente-educativo involucrado en la enseñanza de la odontología; así mismo, se asumirán las acciones comunicativas verbales y no verbales que tienen lugar en el espacio consultorio odontológico como parte de la configuración de una metodología para la enseñanza de la profesión.

Por ahora, es necesario, entonces, que se aclare cuáles son los componentes del sistema didáctico y cómo se inscribe el espacio-consultorio odontológico en dicho proceso, en tanto medio para lograr un objetivo en el campo de la enseñanza de la odontología; veamos:

2.4 Componentes del sistema didáctico

Dentro de los componentes fundamentales del sistema didáctico, González (2002) señala el problema como primer componente; éste es definido como la situación de un objeto que genera una necesidad en un sujeto quien debe desarrollar un proceso para su transformación. Por lo tanto, el problema se constituye en el punto de partida para desarrollar el proceso docente-educativo, en tanto se asocia a una necesidad que alguien experimenta por insatisfacción, ya sea de carácter volutivo (Necesidades) o intuitivo (Percepciones). Por lo general, el problema se plantea en forma de pregunta, en tanto es lo que se busca conocer por medio del proceso docente-educativo, es, por lo mismo, el aspecto subjetivo del problema.

En este mismo sentido, se puede ubicar el objetivo, como otro de los componentes del sistema didáctico; éste se puede definir como la expresión pedagógica del encargo social, pues es el propósito de lo que se quiere formar en el estudiante para que resuelva los problemas pasados, presente y futuros de la sociedad en la

que está inmerso, por lo tanto, debe poseer un carácter predictivo. Desde esta perspectiva, el objetivo, según González (2002), puede ser de tres tipos:

- ❖ *Instructivo*: hace alusión a las transformaciones que se quieren alcanzar en el pensamiento inmediato del alumno, éste, a su vez, debe demostrar habilidad para lograr dicha transformación, mediante el desarrollo de la capacidad común, habilidades del pensamiento y creatividad para la aplicación de los conocimientos y la lógica adquiridos durante el proceso docente-educativo.

- ❖ *Desarrollador*: los objetivos pertenecientes a esta categoría aluden a las facultades o potencialidades funcionales que se buscan formar en el estudiante, las cuales requieren de un esfuerzo intelectual.

- ❖ *Educativo*: los objetivos de este tipo se refieren a las transformaciones por lograr en los sentimientos, convicciones y otros rasgos de la personalidad de los escolares. Estos se constituyen en la aspiración del proceso docente-educativo, en tanto pensamiento y sentimiento deben ir de la mano.

Así mismo, el nivel de sistematicidad que se requiere para el planteamiento del objetivo hace referencia al dominio de un concepto, ley o teoría etc., que evidencia el grado de integración con que se aprende. Por lo tanto, el objetivo se redacta con el propósito de solucionar un problema.

Por otro lado, se encuentran los contenidos en el sistema didáctico, los cuales son concebidos como objetos de estudio o conocimientos en los que manifiestan los problemas del mundo de la vida. Según González (2002), para que los contenidos logren hacerse significativos, deben estar acordes con los intereses y necesidades de los estudiantes, pues es éste quien los domina, otorgándoles cierto nivel de asimilación; así, los contenidos pueden ser:

- ❖ *Reproductivos*, son aquellos que explican el lenguaje científico para que quien lo escuche lo entienda.
- ❖ *Productivos*, son los que se asimilan, interpretan y aplican en situaciones nuevas para el estudiante.
- ❖ *Creativos*, son aquellos en los que intervienen los aportes cualitativos novedosos para el estudiante y que tienen su desarrollo en la ciencia; estos llevan consigo una transformación en el proceso conciente de aprendizaje, la cual tiene repercusión en la sociedad.

Igualmente, se puede afirmar que el nivel de profundidad de un concepto o contenido trasciende progresivamente desde la primaria hasta la Educación Superior y sólo se logra dominarlo cuando se ha alcanzado el objetivo. De allí que los contenidos tengan existencia real en el proceso docente-educativo a

través del plan de formación. Así mismo, el contenido, como aquello que se va a enseñar, lleva inmerso en su aprendizaje una serie de habilidades y conocimientos.

Según González (2002), el contenido puede ser laboral (referido a la práctica social), académico (relacionado con los objetos abstractos resultados de las ciencias) o investigativo (el cual embarga un proceso).

El método, por su parte, se concibe como la vía por la cual los contenidos van a ser aprendidos por los estudiantes para la solución del problema, es, por lo tanto, la organización interna del proceso docente-educativo, pues en él convergen procesos de comunicación y acción; en resumen, son los pasos que desarrolla el sujeto en su interacción con el objeto a lo largo del proceso docente.

Según afirma Edelstein (2001), se habla de métodos, aludiendo a construcciones basadas en experiencias educativas que dan cuenta de un modelo pedagógico; también se alude a metodología, técnicas o procedimientos. Estos planteamientos, llevaron a que durante mucho tiempo, se entendiera el método como una serie de pasos fijos para cualquier situación o problema. En contraposición a estos abordajes, Edelstein sugiere asumir el método como aquello que está condicionado al contenido de la realidad: “Los métodos no son simples operaciones externas, procedimientos formales que se agregan mecánicamente y desde afuera a aquello que es objeto de

indagación” (2001: 80) en este sentido, cobra importancia la problemática del sujeto que aprende, lo cual exige, por lo tanto, un acercamiento al objeto y a su lógica particular en un contexto determinado.

Para complementar lo anterior, sostiene Litwin (1997), “...con el objeto de resignificar el debate sobre el método, hemos afirmado que la complejidad del contexto determina, entonces, que el docente, al tomar conciencia de sus rutinas, cree y elabore una propuesta de acción en cuyo transcurso pueda observar cómo una intervención concreta puede ser ruptura, revalorización o asunción de conocimientos, según el caso.” (1997: 66). En este orden de ideas, la práctica se une a la teoría en un esquema dialéctico que permite la construcción del conocimiento, como respuesta a la complejidad de la enseñanza.

Para el trabajo que se propone en este texto, se plantea una mirada desde el papel formador que cumple el espacio-consultorio, como mediador de los procesos educativos en el área de la odontología, y la forma como éste se vincula al método como comunicación y expresión de acciones en el mundo de la vida. En este mismo sentido, el método en el campo de la enseñanza de la odontología, es aquel en el que se tengan en cuenta los aportes de la clínica integral dentro de una estrategia, que, según Arango, Payares y Vélez (1990), se está buscando implementar en las Facultades de odontología.

Junto con el método, dentro de lo que se ha denominado sistema didáctico, se encuentra el componente de la forma, es decir, los medios, que son las denominadas herramientas utilizadas para el desarrollo del proceso y la evaluación, y que es parte fundamental del proceso docente-educativo. La forma es definida por González como aquel componente que permite ubicar el proceso docente-educativo en el tiempo y en el espacio.

“La forma se encarga de estos aspectos organizativos más externos del proceso como son la distribución de los estudiantes en relación con el profesor y la asignación de intervalos de tiempo en correspondencia con el contenido por asimilar y el objetivo por alcanzar; ello se denomina organización espacial y temporal del proceso, respectivamente.” (González; 2002: 59).

Desde esta concepción, se puede deducir que los elementos tiempo y espacio, pertenecientes a la forma, tiene gran importancia en el momento de definir el éxito en los procesos de enseñanza-aprendizaje, pues ayuda a estructurar el tipo de participación que tendrán los estudiantes en los procesos; cada espacio y tiempo que se elija para llevar a cabo procesos de enseñanza-aprendizaje debe tener en cuenta las características de los sujetos implicados y del componente teórico y laboral de los contenidos; así pues, áreas como la odontología, exigen desarrollarse en un medio de práctica, como es el caso del espacio-consultorio al cual nos referimos en este trabajo. El componente didáctico de la forma en la cual se privilegian los espacios por fuera del salón de clase, no dejan de lado la clase magistral, en la cual el profesor es el encargado de exponer su saber y el estudiante de realizar actividades comunicativas que lo ponen en relación con el conocimiento teórico que va a adquirir; en el caso del espacio consultorio, el interés fundamental es la

práctica laboral como eje transversal, en el cual la aplicación permite valorar el nivel de apropiación de los contenidos o conocimientos adquiridos en el tiempo de la clase magistral.

En palabras de González:

”Con la práctica laboral se pone al estudiante en situaciones y en ambientes propicios del ejercicio de su profesión. Ella busca enriquecer la experiencia y las expectativas previas del alumno frente a su campo de trabajo. En ella se pretende evidenciar los conocimientos adquiridos mediante las clases magistrales.” (González 2002:61).

Esto no está muy alejado de lo que es uno de los propósitos de la docencia-servicio, más conocida en nuestro medio como docencia-asistencia, en tanto se busca vincular al estudiante con los mundos social y laboral inmediatos, de modo que desde el comienzo de la carrera se tenga un panorama general de su ejercicio y se pueda hacer estudiantes más competentes profesionalmente.

En cuanto a los medios didácticos que guían el proceso docente-educativo, se puede decir que éstos son objetos o instrumentos operativos que son utilizados por el docente para lograr que el estudiante adquiera las habilidades necesarias para desempeñarse efectivamente en sociedad y en el medio académico.

Las ayudas didácticas, como sostén material de los métodos, son las que crean las condiciones para que se dé el aprendizaje, siempre y cuando estén

diseñados para convertirse en un espacio de afectos y efectos para los sujetos involucrados en el proceso, como afirma González (2002).

En el caso particular de la odontología, la indumentaria, el sillón odontológico, accesorios e instrumental para la atención del paciente (elementos no verbales), se convierten en una herramienta fundamental, es decir, en un medio, no sólo para el ejercicio de la profesión como tal, sino, además, para la enseñanza de la odontología y la familiarización que el futuro egresado tenga con el ambiente que le servirá de apoyo en el mundo del trabajo, más aun si se tiene en cuenta que el sillón y espacio como tal, son dos componentes que se convierten en símbolo de lo angustioso o desagradable que puede resultar la visita al odontólogo para un paciente.

El último de los componentes del sistema didáctico es la evaluación, que es asumida como un proceso que permite comprobar el cumplimiento del objetivo y la satisfacción de la necesidad inicial. “La evaluación se estipula como todo un sistema de acompañamiento al proceso docente educativo como totalidad y en cada una de sus partes. Es proceso y es estado.” (González; 2002:64); ésta, como se puede ver, debe estar presente en todo proceso didáctico.

Finalmente se debe decir que, hasta aquí, se ha hecho un breve recorrido por esos componentes que, desde la didáctica, nos dan luces para abordar el proceso docente-educativo en la enseñanza de la odontología; pero, se ha asumido el espacio-consultorio como propiciador de aprendizaje, el cual se

inserta en la práctica laboral de los estudiantes de odontología, por ende, en el siguiente aparte, nos centraremos en la definición de dicho espacio y la naturaleza de las relaciones dialécticas que se dan en éste, con el fin de hacerlo parte fundamental de la formación y del ejercicio profesional.

2.5 El espacio-consultorio como componente de la didáctica

El concepto de espacio, según el contexto o la disciplina desde donde se la aborde, adquieren unas connotaciones diferentes y se convierte en componente esencial de muchas de sus acciones, no sólo en el campo de la ciencia, sino también en las humanidades, como en la enseñanza de cualquier área del conocimiento, por ejemplo. No se puede pasar por alto que, si bien la física actúa como ciencia en la determinación de las leyes espaciales de los objetos, la educación también aborda el concepto de espacio como componente de la forma, es decir, como herramienta del proceso docente-educativo, tal como se mostró en el apartado anterior.

De manera general, se ha definido el espacio como un concepto abstracto, cuyo significado varía según el ámbito donde se le utiliza. Pero, para nuestro caso, el espacio que nos ocupa, además de ser un componente de la didáctica, es un elemento geográfico que tradicionalmente se ha llamado espacio físico, el cual es definido como construcción social o extensión que contiene toda la materia existente, es decir, la parte que ocupa en el mundo cada objeto sensible, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española.

Así mismo, desde la física, el espacio es definido como una estructura de relaciones geométricas que se emplea para representar los fenómenos físicos. El intervalo estándar para el espacio, es el sistema métrico, distancia recorrida por la velocidad de la luz en el vacío durante un tiempo determinado. Según la física clásica, el espacio tiene tres dimensiones que pueden ser representadas en las coordenadas.² En física, por lo general, se relaciona el espacio con el tiempo en una correspondencia pseudoriemanniana, según la cual todos los eventos físicos del universo se desarrollan en un espacio-tiempo; sin embargo, el espacio es lo que impide el contacto entre todos los elementos del universo, pese a que habilita el movimiento y toda la dinámica física. El espacio es también definido como el conjunto de todas las posiciones que puede tener un cuerpo en el universo.

El espacio para la geografía, por su parte, es un espacio topográfico, en tanto esta disciplina lo estudia desde los rasgos naturales como: el clima, la vegetación, los suelos, etc. Sólo hasta la década de los sesenta surge una concepción del espacio geográfico que supera la descripción física y ambiental, como lo sostiene Solarte (2005): “Para la misma época se desarrolla una concepción contestataria que hace énfasis en una interpretación del espacio en el marco de las características económicas,

² La mayor parte de estas definiciones se extractaron de http://es.wikipedia.org/wiki/Espacios_f.C3.ADsicos. visitada el 13 de febrero de 2007

sociales, políticas y culturales de las formaciones económicas-sociales que determinan la organización del espacio social.” (2005: 40)

El espacio, por lo tanto, se puede definir como una construcción social que se sitúa en un contexto histórico y social; debe entenderse, también, como un elemento dinámico que muestra las transformaciones sociales y que, por lo tanto, embarga una mirada integradora.

Por otra parte, desde las matemáticas, el espacio se concibe como un componente de la geometría, en tanto éste es su herramienta de trabajo; el espacio es el que le permite a la geometría interactuar con los objetos reales a partir de su abstracción, en tanto se considera como un conjunto que ostenta unas propiedades particulares. Pese a que no existe el espacio como un concepto único, sí se le relaciona generalmente con sus propiedades físicas.

En la antropología, por otro lado, el espacio es un concepto gnoseológico, es decir, que involucra la multiplicidad de todos los componentes, elementos primarios, partes formales y materiales de las ciencias positivas. A su vez, tiene en cuenta todas aquellas entidades en las cuales el hombre entra en contacto con el contexto. El espacio antropológico es, por lo tanto, un espacio bidimensional, con dos ejes: el hombre y la naturaleza, según García Sierra (2007).

En astronomía, el término espacio se refiere a las partes relativamente vacías del Universo, que se ubican por fuera de la atmósfera de los cuerpos celestes; en este sentido, el espacio se puede denominar como cosmos.

Desde la filosofía, el espacio puede describir los contenidos de la mente humana, pues éste es el que modela la idea del conocimiento, mediante la preeminencia de la visión por sobre los otros sentidos. Así mismo, se concibe el espacio como una construcción mental de relación con el mundo, en tanto objeto de percepción. “Tener visión de las cosas es comprenderlas y conocerlas; y la visión es el instrumento por excelencia de la percepción del espacio físico.” (Ramírez; 1997: 82)

El espacio es, por lo tanto, el lugar donde se da el intercambio del conocimiento y es allí mismo donde se cuestionan o construyen los conceptos elaborados por la cultura y que son un patrimonio generacional, más no estático.

2.6 El consultorio como espacio del sistema didáctico para la enseñanza de la odontología: desde la silla del barbero hasta el consultorio odontológico actual

Tal como se pudo ver, existen muchas definiciones del concepto de espacio, dependiendo del área desde donde se hagan; para el caso particular que nos ocupa en este escrito, el espacio, junto con el método, se convierte en un eje fundamental de los procesos de enseñanza-aprendizaje de la odontología,

pues es en el consultorio donde el estudiante se enfrenta con el mundo laboral y el mundo de la vida, que han sido suficientemente determinados desde los principios pedagógicos.

La profesión odontológica como tal ha tenido muchos cambios desde sus inicios hasta nuestros días, lo cual se ha dado también en el instrumental que se ha utilizado en su ejercicio. Fue Pierre Fauchard, denominado por muchos el Hipócrates de la Odontología, genio de mente abierta, el primero en utilizar y adaptar piezas de uso en relojería, joyería o barbería en la odontología. Así mismo, desde antes, era conocido que el oficio de dentista llevado a cabo por los barberos, requería de unos lineamientos con respecto a los equipos empleados y al consultorio, oficina o gabinete dental; con lo cual se logró que el paciente se sentara en un “sillón sólido y firme, adecuado y confortable, cuyo respaldo debía ser de pelo de caballo o con una almohada blanda más o menos levantada según la estatura del paciente y de acuerdo con la del dentista” (Ojeda; 2006).

El primer sillón dental habitable fue construido por James Seneell en 1832. Éste estaba muy bien tapizado y tenía una linterna de alcohol y un espejo ingeniosamente preparado para iluminar el interior de la boca.

“Sin embargo, durante muchos años, la mayor parte de los dentistas continuaron usando una silla de cocina corriente a la que añadían un reposacabezas portátil que fue introducido en 1847 por Jones White y compañía que lo anunciaban como ‘muy adecuado para dentistas ambulantes’” (E. Ring; 1993: 255)

En 1968 James Beall Morrison, creó un sillón tal con un mecanismo que le permitía al dentista inclinarlo en cualquier dirección; su diseño era metálico. Ahora, la primera silla hidráulica del tipo bomba (sillón de Wilkerson), apareció en 1877, con la innovación de un respaldo compensado, es decir, que se mueve para preservar la misma posición relativa a la espalda del paciente.

En 1875, el sillón dental de Hayes, podía inclinarse hacia atrás para que el dentista lograra trabajar sentado, lo cual, pese a ser una novedad, no era todavía muy aceptado entre los practicantes del oficio.

Los anteriores se constituyeron, para su época, en verdaderas innovaciones, pues la silla convencional o del barbero, sólo posee cuatro movimientos, elevación, rotación, inclinación de la silla y del espaldar, el cual posee controles separados para los movimientos; está compuesta por testero, espaldar, asiento y base, está, además “diseñada para el trabajo de pie por parte del odontólogo, crea tensiones musculares en el paciente que lo fatigan en poco tiempo y en el profesional deformaciones esqueléticas y musculares” (Departamento de Odontología Restauradora; 1980: 82).

Ahora, con el surgimiento de la silla anatómica, el trabajo del odontólogo se simplifica un poco, pues ésta posee un espaldar delgado, angosto que da soporte al cuerpo y brazos del paciente y se puede llevar a posición supina; los movimientos del asiento y del espaldar son independientes; los ajustes en

ella los puede hacer el operador o la asistente; otra de sus particularidades es su adaptabilidad a una base hidráulica.

Para finalizar, se puede decir que los sillones dentales, en general, se han rediseñado de tal forma que se le permite al paciente reclinarsse y evitar molestias, además, con la incorporación de nueva tecnología, el operador u odontólogo, según lo afirma E. Ring (1993), también ha ganado en comodidad para realizar su labor durante tiempo prolongado.

Como se puede ver en las páginas anteriores, en sus inicios, la práctica odontológica estuvo ligada con elementos que la vinculaban a la poca profesionalidad de quienes la llevaban a cabo, a lo rústico de sus implementos y accesorios, a la informalidad de los espacios, a la ansiedad, sufrimiento y dolor producidos en el momento de la consulta, e incomodidad propia de los primeros sillones dentales; estos y otros elementos han contribuido a que en la actualidad aún se generen temores, en la mayoría de las personas, al momento de acudir al consultorio odontológico para recibir atención. Según esto, los problemas en la prestación del servicio odontológico como parte de un oficio reconocido socialmente, se pueden situar en la formalidad del consultorio como tal y en las relaciones que se llevan a cabo en éste.

Teniendo en cuenta esta situación, la universidad, como institución encargada de formar a las personas que asumirán la odontología como profesión (encargo social), debe buscar alternativas para su instrucción, de modo que la

odontología, no pierda el estatus que ha venido ganando desde su vinculación con las áreas de la salud, es decir, desde que deja de ser un arte y se convierte en ciencia.

Así pues, se hace necesario ligar la formación de los futuros profesionales con la práctica odontológica, de modo que ésta sea más significativa, tanto en la institución universitaria como tal, como en su aplicación en la sociedad; tendríamos que preguntarnos, entonces, por cómo es posible, desde la didáctica, convertir el consultorio odontológico en el espacio por excelencia para la enseñanza de la odontología, partiendo del supuesto de que es justamente en éste donde se centralizan los problemas asociados a la atención de los pacientes y al reconocimiento profesional de sus practicantes.

Pero, habrá que abordar, entonces, algunas particularidades del espacio-consultorio, en tanto éste ha cambiado su aspecto y funcionalidad a través de los años. Junto con el espacio-consultorio encontramos algunos objetos que contribuyen a determinarlo, desde la historia y desde el campo de la educación propiamente dicho; el principal de estos instrumentos es la silla odontológica, objeto que ha variado su forma y estructura con el pasar de los años, al tiempo en que lo ha hecho la misma profesión, tal como se reseñó en el capítulo 2 de este texto; veamos ahora, algunos registros gráficos que contribuyen a clarificar el concepto y evolución del espacio-consultorio:

La imagen 1, por ejemplo, ilustra la práctica odontológica del barbero- cirujano; en ella se puede apreciar, la informalidad del espacio y los elementos rústicos, empleados en la intervención, los cuales, resultan hoy en día poco confiables. El espacio en el cual se realizan las intervenciones es al aire libre, a la mirada de los transeúntes (poca privacidad) y sin medidas de asepsia; tanto el paciente como el operador están de pie, lo cual le resta comodidad a ambos. El atuendo del barbero-cirujano, por su parte, no maneja la simbología propia de la profesión en la actualidad:



Imagen 1

En la imagen 2, por su parte, se puede observar una silla dental antigua; diseñada por Josiahh Flagg, padre de la odontología americana y fundador del primer colegio dental en Baltimore en el año 1839. Su diseño se basó en una silla modelo Windsor. Tal y como se observa, la mencionada silla tenía apoyo para la cabeza del paciente y un brazo extensible en el cual se acomodaban los instrumentos. El testero o reposacabezas era ajustable, lo cual representó un avance en comodidad y utilidad sobre algunos modelos anteriores. Pese a ello, el modelo carecía de ergonomía.



Imagen 2

La imagen 3 muestra un sillón dental del año 1868, en cuya estructura se destaca su parecido con la silla del barbero, profesión a la cual, continúa estrechamente vinculado, para la época. Como

se puede observar, la base de la silla es giratoria, permitiendo un movimiento simple o de inclinación del sillón.



Imagen 3

En la imagen 4, se observa un sillón dental hidráulico construido en 1880 en la ciudad de San Petersburgo; éste fue utilizado por el Dr. Matti Äyräpää, padre de la Odontología de Finlandia. Como se puede observar, la estructura física del objeto es básicamente la misma del sillón del barbero; en la actualidad, el diseño de estos muebles se ha hecho más ergonómico y, conforme al desarrollo de la tecnología, se basan en el desarrollo eléctrico

y electrónico. Las lámparas, por su parte, permiten mayor focalización del
as de luz. Las piezas de mano, actuales, son ultrasónicas y más silenciosas
de lo que eran anteriormente, según lo que se observa en la imagen.



Imagen 4

En la imagen 5, se puede observar, la imagen de una peculiar silla dental
que fuera fabricada en Toronto alrededor del 1880 y donada al Museo de la
Facultad de Odontología de la Universidad de Toronto, por su primer
Decano, el Dr. James Willmott. Curiosamente, el odontólogo Walter Rose
de Irlanda, le compuso en 1920 una divertida canción titulada: "Hilo Dental",
en la cual alude a dicho objeto. Nótese la forma del testero, muy relacionado
con la silla del barbero y que en la actualidad se ha integrado al espaldar en
algunas de las sillas más cómodas y modernas.



Imagen 5

En la imagen 6, la imagen de la izquierda muestra una silla del año 1885 y el espacio-consultorio, con alguna dotación rústica; con pocos años de diferencia, el sillón de la derecha, corresponde a un diseño alemán de 1890, en el cual se puede observar una cojinería más cómoda para el paciente y la presencia de palancas que la dotan de mayor movilidad y confort que sus predecesoras, tanto para el odontólogo como para el paciente.



Imagen 6

La imagen 7, muestra un sillón dental del año de 1900, en el cual el espacio- consultorio se encuentra más definido, la decoración del consultorio, es una prueba del nuevo orden que va adquiriendo los implementos odontológicos, los cuales desaparecen, en su mayoría de la vista del paciente, logrando un espacio más agradable y menos atemorizante; el sillón, por su parte, está dotado de iluminación, lo cual facilita la práctica odontológica.



Imagen 7

La imagen 8, corresponde a un afiche dental de los más antiguos de que se tiene noticia. En este se aprecia un consultorio dental de inicios de siglo XX; igualmente, la sala de espera; como se puede observar, pocas cosas han cambiado hasta nuestros días de lo que es particularmente la silla y el espacio como tal.



Imagen 8

En la imagen 9, correspondiente a un consultorio odontológico de 1918, se puede observar el espacio-consultorio, equipado como tal, incluso, en él aparece la figura del auxiliar odontológico y la práctica se desarrolla en un espacio-cerrado propio de la intimidad de la relación comunicativa que allí se lleva a cabo, lo cual se contrapone a la práctica odontológica inicial llevada a cabo por los barberos, en un espacio público y poco ascético. Aquí se observa la implementación de medidas higiénicas en el ejercicio de la odontología, como el uso de la bata, por ejemplo.



Imagen 9

En la imagen 10, se observa un consultorio del año 1940, en el cual se pueden observar algunas herramientas tecnológicas, que tuvieron gran auge y difusión durante esta década, como son: el equipo de rayos X, piezas de mano mecánicas con motores eléctricos, silla hidráulica, pedestal para sostener la lámpara de luz fría, escupidera y bandeja para las piezas de mano:



Imagen 10

La imagen 11 muestra un sillón de 1950, en el cual, como se puede observar, el equipamiento del sillón como tal y del consultorio, es mejor, con respecto a sus predecesores. Se puede observar la presencia de dos sillas, una de ellas con bases y pedales hidráulicos, piezas e iluminación focalizada, escupidera, piezas mecánicas eléctricas para trabajar en boca, mientras que la otra silla, es manual y aun funciona con pedales.



Imagen 11

La imagen 12 corresponde a una silla odontológica del año 1970; tal como se puede ver en la imagen, su diseño es más moderno, presenta más

movimientos que sus predecesoras y su forma es ergonómica. El avance en la tecnología es notorio, el espacio-consultorio ofrece una tecnología más avanzada en los equipos, y tanto el odontólogo como su auxiliar, pueden trabajar sentados, lo cual les ofrece mayor comodidad al prestar el servicio.



Imagen 12

La imagen 13 registra algunos instrumentos dentales que permiten observar cómo, mediante la tecnificación de la odontología, se ha logrado que en la actualidad las piezas tengan mayor durabilidad, su limpieza sea más fácil, su filo mejor y sus condiciones ergonómicas más adecuadas para el manejo manual para el que fueron diseñadas. Anteriormente, las soluciones de esterilización eran precarias, por lo cual se presentaba un deterioro de los instrumentos, lo cual en la actualidad ya no es problema, con la aparición de los autoclaves y soluciones de rápida esterilización.



Imagen 13

Para terminar el capítulo, es necesario aclarar que junto con la incorporación del espacio-consultorio en la enseñanza de la odontología (como componente fundamental del sistema didáctico), en este trabajo se busca sustentar la importancia de los procesos de comunicación verbal y comunicación no verbal que tienen lugar en este espacio-consultorio, como método para la enseñanza de la odontología y su incidencia en las prácticas odontológicas de los estudiantes; para ello, se tomará como referente la teoría de la comunicación no verbal, sustentada básicamente en los planteamientos de M. Knapp y de Pierre Guiraud y, en consonancia con lo anterior, la teoría de los signos de Charles Sanders Peirce, desde la semiótica; así, entonces, la comunicación no verbal se constituirá en un componente importante como método para la enseñanza de la odontología.

CAPÍTULO 3

EL MÉTODO COMO COMUNICACIÓN NO VERBAL EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO

Como se pudo ver en el apartado anterior, el método es uno de los componentes centrales del proceso docente-educativo, pues su esencia es la comunicación, éste, por lo tanto, se constituye en “(...) la configuración que adopta el proceso docente-educativo en correspondencia con la participación de los sujetos que en él intervienen, de tal manera que se constituye en los pasos que desarrolla el sujeto, en su interacción con el objeto, a lo largo de su proceso conciente de aprendizaje.” (González; 2002:52).

En este sentido, se puede decir que en el caso de la enseñanza de la odontología los sujetos involucrados son el docente-odontólogo, el estudiante en formación y el paciente, entre los cuales se dan necesariamente procesos comunicativos mediados por el signo; a su vez, es necesario que el estudiante se familiarice con los procesos comunicativos que se producen en el espacio-consultorio, entre él y su paciente, como una forma adecuada de acercarse a un tratamiento integral.

Así pues, el método, como camino que permite alcanzar los objetivos, busca definir el espacio-consultorio como espacio pedagógico en el cual los sujetos docente (odontólogo)/ estudiante (y más tarde, el estudiante convertido en un profesional de la odontología)/ paciente se interrelacionan, por medio de

acciones comunicativas de tipo verbal y no verbal, que determinan el aprendizaje o no de los contenidos y en la relación con el paciente, los niveles de confianza en el procedimiento, como garantes del éxito en el mismo.

Es entonces pertinente unirse a las palabras de Tobón Franco (2004) cuando sostiene que la comunicación hace parte fundamental de la educación y de la creación de la cultura, en tanto un maestro competente en este ámbito, garantiza, en cierta forma, la inclusión de los estudiantes en los procesos comunicativos implicados en su formación y futuro ejercicio profesional.

Este tipo de relaciones que involucran aspectos de la comunicación, tanto verbal como no verbal, pero principalmente esta última, han sido estudiados profundamente por Mark L. Knapp (2001), dando como resultado importantes aportes en el campo de la comunicación que hoy en día son aprovechados en diferentes áreas del conocimiento para mejorar la forma como se dan las relaciones sociales; en este sentido, la relación entre odontólogo-paciente está mediada por acciones de tipo comunicativo, de cuya efectividad depende el éxito del ejercicio de la profesión, lo cual, por lo tanto, se debe convertir en objeto metodológico de la enseñanza de la odontología.

Ahora, desde los esbozos hechos anteriormente, se plantea como hipótesis de este trabajo, la siguiente idea: Si en el consultorio, entendido como el mundo más inmediato del trabajo del profesional de la odontología, éste se debe enfrentar a procesos comunicativos implicados en el método, para

garantizar el éxito de su práctica, es necesario que la universidad prepare al odontólogo para afrontar estos retos en el ámbito de la lectura del mundo y su intervención en él.

En este sentido, Tobón Franco afirma: “En la educación ya comienza a jugar un papel decisivo el lenguaje de la imagen y de otras prácticas significantes no verbales.” (2004: 72). Por lo anterior, muchos autores consideran que lo verbal no se puede separar de lo no verbal, en tanto una comunicación se complementa a partir de la otra y viceversa, como lo sostiene Knapp, quien sostiene “Algunos de los más notables investigadores ligados al estudio del comportamiento no verbal se niegan a separar las palabras de los gestos, razón por la cual utilizan las expresiones más generales de *comunicación cara a cara*.” (2001: 15)

Una vez se ha reconocido la importancia del estudio de los comportamientos no verbales en la comunicación, se puede hacer una clasificación de estas conductas, lo cual ayudará más adelante a establecer categorías de análisis para la comunicación no verbal; estas categorías permitirán la caracterización del espacio-consultorio como importante componente didáctico para la enseñanza de la odontología, según la propuesta que se esboza en este texto. No se puede perder de vista que las acciones en el campo de la odontología, como todas las acciones de orden formativo llevadas a cabo por los seres humanos, se desarrollan en un espacio o contexto que es el mediador de los procesos.

De esta forma, aparece el espacio-consultorio como componente semiótico, unido a la teoría de la comunicación no verbal, como elementos que configuran un método para la enseñanza de la odontología.

3.1 La teoría de los signos de Charles Sanders Peirce

Peirce (1839- 1914) fue [filósofo](#), [lógico](#) y [científico](#) estadounidense, considerado fundador del pragmatismo y padre de la semiótica moderna; en su afán por definir un método para resolver confusiones conceptuales, desarrolla un trabajo sobre la ciencia de los signos, en donde clasifica el signo como “(...) aquello que es una representación cuya referencia a su objeto está fijada por convención. Entiendo por *símbolo* aquello que al presentarse a la mente-sin parecido alguno con su objeto, y sin referencia alguna a una convención previa-evoca un concepto (Peirce; 1988: 143). A su vez, Peirce, determina que los signos pueden ser de tres tipos, dependiendo de su relación de naturalidad o motivación y convencionalidad con el objeto que evocan; de este modo, en una sencilla clasificación, los signos pueden ser: icono, índice, símbolo.

“Un icono, es un *representamen*, cuya cualidad representativa es una primeridad” (1988: 145), es decir, que aquí el signo es una imagen o idea del objeto y representa una similitud, exista o no exista el objeto al cual se refiere

(Peirce; 1974: 30), por lo cual la relación es de posibilidad. Desde esta percepción, el icono es el medio más directo de comunicar una idea.

El índice, por su parte, “[...] es un representamen cuyo carácter representativo consiste en ser un segundo individual. Si la segundidad es una relación existencial, el índice es *genuino*. Si la segundidad es una referencia, el índice es degenerado.” (Peirce; 1988: 148). Por lo anterior, el índice genuino y su objeto deben ser cosas o hechos existentes, en tanto su intérprete también debe poseer ese mismo carácter.

El símbolo es el último elemento de la tricotomía definida por Peirce, es: “(...) un representamen cuyo carácter representativo consiste precisamente en ser una regla que determinará su interpretante. Toda las palabras, frases, libros u otros signos convencionales, son símbolos” (Peirce; 1988: 154).

El símbolo, al constituirse en la unión de las otras dos entidades, es el que posibilita el acceso al conocimiento, en tanto es imposible para el ser humano nombrar los objetos de la realidad sin acercarse a la representación simbólica de éstos.

Los signos, por lo tanto, al hacer parte de la comunicación no verbal y emanar un componente semiótico, se relacionan directamente con la comunicación no verbal, es más, se puede afirmar, como se verá más adelante, que los elementos de la proxemia y la kinesis, contienen dentro de su categorización

componentes que se pueden clasificar como iconos, índices y símbolos dentro de la práctica odontológica.

Para finalizar, un análisis de los elementos comunicativos que intervienen en el intercambio que se produce entre el odontólogo y su paciente en el espacio-consultorio, y que sirven de base al estudiante para acercarse a este espacio y al ejercicio de su profesión, de manera clara y segura, se procede a establecer unas categorías desde la teoría de los signos, con las cuales se busca clasificar los elementos que intervienen en dicho espacio y su incidencia en la comunicación, veamos:

Tipo de signos	Elementos del consultorio	Funcionalidad en el espacio consultorio
Iconos	La figura de la muela	Provoca una relación de asociación entre el elemento y el consultorio o trabajo odontológico en un nivel de posibilidad; denota una cualidad.
	El espejo bucal	
	El cepillo de dientes y la seda dental	
	Manuales de salud oral, rotafolios para enseñanza y motivación de higiene oral; decoración relajante	
	La disposición y decoración de la sala de espera	
índices	El sonido de las piezas de mano	Tienen relación directa con el objeto al que se refieren, en tanto referencian una acción. Expresan una realidad, natural.
	La bata del odontólogo	
	Los olores de los materiales dentales	
símbolos	El imagen del odontólogo vestido con su delantal y con su indumentaria (tapabocas, gorro, guantes e instrumental básico)	Están en el nivel del pensamiento, son una ley que expresa una necesidad mediante la representación,
	Una sonrisa limpia, abierta y bien alineada.	

	El sillón dental (lámpara, mesa, piezas de alta y baja, escupidera).	convencional, pero no natural.
--	--	--------------------------------

Tabla 1

3.2 La exploración física: comunicación no verbal en el espacio-consultorio

Desde los postulados citados en el capítulo anterior, se visualizó que las nuevas tendencias en la enseñanza de la odontología buscan vincular el ejercicio de la profesión con la comunidad intervenida; este acercamiento con el ejercicio práctico, requiere tanto del reconocimiento del espacio consultorio, como de las relaciones comunicativas que se dan en su interior, desde la formación en el pregrado, de modo que el estudiante, al acercarse al paciente, en la práctica, sea él mismo conciente de los elementos comunicativos que están en juego y de la forma de canalizarlos para el éxito de la interacción durante la consulta, es decir, el establecimiento de una relación de confianza.

Es claro hasta aquí que el profesional del área de salud odontológica debe entender las enfermedades del diente como enfermedades de la cavidad bucal, pero también del área peribucal, es decir, de los factores físicos asociados alrededor de ésta.

El estudiante de odontología, debe reconocer, por lo tanto, que la exploración física que lleva a cabo el odontólogo desde el momento en que entra en contacto con el paciente, es clave para el diagnóstico final; vale la pena

recordar el ejemplo literario del inspector Holmes aplicando el método abductivo a la manera en que lo hace un médico, mediante el síntoma y la observación de detalles, tal como lo recuerdan Eco y Sebeok (1989), lo cual le permitía reconocer al culpable, mediante la recolección de pista que habían sido pasadas por alto por los demás; de esta forma actúa también el odontólogo y termina convirtiéndose, metafóricamente en un sabueso en el consultorio odontológico.

Al respecto, sostienen los expertos que la exploración debe embargar un proceso sistemático, planeado y ordenado en el cual se involucre el análisis del aspecto del paciente, la cara, los ganglios, las articulaciones, las orejas y el cuello. Este primero exige que el odontólogo esté atento desde la entrada del paciente, la forma como se ubica en el sillón dental, lo cual arroja datos importantes sobre su actitud y los elementos físicos en general. Con la observación de la cara³ se puede apreciar asimetría facial producto de patologías infecciosas u otras particularidades que afectan la cavidad bucal como tal.

La implementación de una análisis de este tipo, se basa entre otros, en los planteamientos de González en torno a una didáctica que tenga en cuenta el mundo de la vida y a lo que sobre el lenguaje contempla Tobón Franco, quien sostiene que “una de las primeras condiciones de la vida social consiste en saber a qué atenerse y en poder, por lo tanto, conocer la identidad de los

³ Según consta en el artículo *De la historia clínica al diagnóstico*. <http://www.odontologia-online.com/casos/part/LST/LST03/lst03.html>. Visitada el 10 de febrero de 2007.

individuos y de los grupos. Esta es la función de las enseñas y de las enseñanzas.” (Tobón Franco; 2004: 109)

Hay, entonces, unos signos de identidad que actúan como marcas para indicar la pertenencia a un grupo social, pues su función es expresar la organización de la sociedad. En este sentido, los uniformes (bata del odontólogo, gorro, tapabocas, guantes), por ejemplo, se constituyen en un elemento que indica la pertenencia a un grupo social, profesional, cultural o étnico.

Para Guiraud, junto con los signos de identidad, se pueden encontrar los signos de cortesía, que involucran atributos personales y los gestos, los cuales actúan como apoyo en las relaciones particulares; entre éstos, es conveniente tomar en cuenta aspectos como: el tono de la voz, para significar la relación entre emisor y receptor; la kinésica, para el análisis de la mímica, los gestos y las danzas que sirven de apoyo al lenguaje; la proxémica, que toma en cuenta las relaciones entre los sujetos, el tiempo y el espacio, es decir “la distancia en que nos colocamos con relación a nuestro interlocutor, el tiempo que tardamos en recibirlo o en responderle constituyen signos.” (Guiraud; 2004: 114)

La comunicación no verbal, en este caso, se convierte en un método que articula y genera acciones en el espacio-consultorio. Esa comunicación, algunos autores, involucra el espacio, los cuerpos que interactúan en él y sus movimientos, veamos:

3.3 La proxémica como estudio del espacio aplicado al consultorio odontológico

Se entiende por proxémica, según Mark L. Knapp (2001), el estudio del uso y percepción del espacio social y personal. Desde este planteamiento, se puede encontrar todo un cuerpo de estudio que se conoce como ecología del pequeño grupo; éste se ocupa de la forma como la gente usa el espacio, al tiempo que de la manera como responde a las relaciones espaciales en el contexto de los grupos formales e informales.

La proxémica también se ocupa de estudiar la disposición de los asientos y la disposición espacial relacionada con el liderazgo, en el flujo de la comunicación y la tarea manual, estas dos últimas, muy relacionadas con el ejercicio profesional de la odontología, pues el contacto del odontólogo frente al paciente se da mediante el tacto y el trabajo manual que éste lleva a cabo en la cavidad bucal del paciente.

La proxémica, hace parte de la semiótica (ciencia que estudia el sistema de signos empleados en la comunicación); es así como la proxémica logra, en palabras de Guiraud (1986) demostrar:

“la importancia de la posición y la distancia entre los miembros del grupo en la organización social y en la comunicación entre individuos. No se trata de simples metáforas, nuestras repulsiones y atracciones corresponden

efectivamente, de acuerdo a la etimología de estas palabras, a movimientos de alejamiento o de acercamiento que son la raíz de un simbolismo del espacio social que se organiza alrededor de nociones tales como arriba y abajo, adelante y atrás, derecha e izquierda, cerca y lejos, etc., que forman parte de un código de comunicación casi explícito.” (1986: 86)

En este sentido, la influencia de los elementos en el espacio consultorio, es tema de interés para el desarrollo del presente trabajo, en tanto para el profesional de la odontología el comportamiento humano en la relación odontólogo-paciente juega un importante papel en el momento de la consulta, pues dependiendo del nivel de apropiación de esta comunicación, el odontólogo puede lograr un acercamiento o un distanciamiento con su paciente, lo cual es decisivo para el éxito de los procedimientos efectuados.

La relación con el paciente pasa a ser muy íntima desde la misma cercanía de los cuerpos, separados sólo por la indumentaria propia de la labor; es frecuente, entonces que, pese a la tendencia de los seres humanos de marcar la territorialidad o espacio personal intocable, en el espacio consultorio la boca, como componente del cuerpo, tan íntimo en muchas ocasiones como los genitales, sólo se le enseña a alguien con quien se logra establecer una relación de confianza, a ese alguien se le permite ingresar a la “burbuja personal” desde la misma disposición corporal del paciente en el sillón; así mismo, el tono de la voz, la capacidad del profesional para escuchar las inquietudes del paciente y darle solución a sus dudas, relacionadas la mayoría de las veces con el temor al dolor, determina el buen término del procedimiento.

3.3.1 El código proxémico

El código proxémico se constituye en un elemento más de análisis de la información no verbal que entra en juego en la relación del profesional de la odontología con el paciente; hace parte de los auxiliares del lenguaje, es decir, del empleo de signos articulados, entonaciones, mímicas, gestos, utilizando el espacio entre el emisor y el receptor.

La distancia que mantenemos entre nosotros y nuestros interlocutores, en este caso, entre el odontólogo y el paciente, son otros tantos signos de nuestros status sociales y constituyen un código elaborado que varía según las culturas, como lo afirma Guiraud (2004); así es como en nuestro contexto, el odontólogo obtiene su estatus, por lo general, no tanto por la distancia entre paciente y profesional, que es íntima, sino por la posición que tiene en el momento de la consulta, siempre en la cabecera de la silla; al parecer, el hecho de que el paciente deba estar acostado (sometido) la mayoría del tiempo, denota una relación de poder que es sustentada desde la misma indumentaria, bata blanca, gorro, tapabocas, guantes, para el odontólogo, y bata, babero, campo operatorio para el paciente.

Teniendo en cuenta que la proxémica estudia las relaciones de proximidad, de alejamiento, etc. entre las personas y los objetos durante la interacción

comunicativa, las posturas y la existencia o ausencia de contacto físico, para pretender un estudio de los significados que en el contexto de la enseñanza de la odontología adquieren determinados espacios y comportamientos, tendremos en cuenta los siguientes indicadores que nos permitan hacer el análisis general, en el último capítulo del presente texto, de la comunicación como método en el espacio consultorio:

- a. *La distancia*, es entendida como: “espacio corporal que se define por los límites de nuestros sentidos, que varían con cada uno de ellos: la distancia es nula en el tacto, que es sentido de la caricia y de la agresión, el de las sensaciones térmicas, sensuales y gustativas.” (Guiraud; 1986: 88). Desde este indicador se puede analizar la mayor o menor proximidad entre los participantes de la comunicación corporal para determinar el nivel de acercamiento o la lejanía en una relación. En el caso de la odontología ésta distancia es mínima, por el nivel íntimo de la relación, según se sostuvo anteriormente.

- b. *El contacto ocular*, tiene que ver con los mensajes que enviamos a través de una mirada o movimiento de los ojos, como parte fundamental en las expresiones humanas. Según Knapp (2001), la mirada tiene cuatro funciones básicamente: cognoscitiva, de control, para establecer la atención del interlocutor, reguladora de las respuestas y expresiva de las emociones. En el consultorio, las miradas son fundamentales, pues en el momento de la consulta, la comunicación entre paciente y odontólogo se

da casi exclusivamente por este medio, pues el paciente tiene la boca abierta, y mientras el odontólogo hace el examen o su trabajo, el tapabocas sólo deja al descubierto la mirada del profesional, convirtiéndola en ese momento, en el único medio de comunicación.

- c. *El tacto*, está relacionado con los contactos directos que se establecen en la comunicación. Según Mínguez (1999): “El tacto es otra forma de comunicación no verbal que tiene mucha importancia. El sentido del tacto es muy especial. Cuando una persona toca a otra, la experiencia es mutua y completa, ya que se establece una toma de conciencia inmediata por ambas partes, que se agudiza en culturas de no contacto.” (69) La nuestra es una cultura en la cual el contacto físico es generalmente permitido, sin embargo persisten algunas reservas con el espacio íntimo que se manifiestan en el ámbito de la salud, pues no es fácil para la mayoría de las personas abrir su boca a cualquier persona, por lo cual es necesario el establecimiento de cierta confianza; es común escuchar en el espacio-consultorio la reserva de algunos pacientes que manifiestan su “vergüenza” por el aliento de sus bocas o el aspecto de los dientes, ante lo cual corresponde al odontólogo acabar con los mitos tejidos a su alrededor y establecer altos niveles de confianza, desde el acercamiento físico con el paciente. Es claro que en el momento de la consulta, el odontólogo presta más atención en la solución del problema de base que a si se presentan o no olores desagradables.

“El tacto, el gusto y el olfato, son sentidos de proximidad. El oído y la vista brindan experiencias a cierta distancia. Por eso se consideran más cerebrales, mientras que los tres primeros tienen un componente corporal más importante. El tacto, el gusto y el olfato, proporcionan sensaciones fuertes y, generalmente, de corta duración. Por el contrario, la vista y el oído proporcionan sensaciones más suaves y prolongadas.” (Mínguez; 1999: 70)

Es necesario aclarar nuevamente que las normas de la proxémica son diferentes en cada cultura, por lo tanto, el lugar y la distancia que se deben mantener en determinadas situaciones y que transmiten información sobre la relación social entre los participantes, varía según el contexto. En este punto es pertinente especificar la incidencia que los indicadores señalados anteriormente tienen sobre la enseñanza de la odontología.

En el caso del primer indicador señalado, la distancia, se puede decir que existe una distancia adecuada para cada situación de acuerdo con unas reglas establecidas por la comunidad, que los participantes conocen, o deben aprender, para moverse con éxito en las relaciones interpersonales y evitar conflictos o interpretaciones erróneas. Es, por tanto, necesario que tanto los estudiantes de odontología como los docentes, al igual que los miembros de las comunidades específicas, reconozcan y utilicen los diferentes códigos proxémicos de modo que se eviten los conflictos en los intercambios comunicativos. En este sentido, es necesario reconocer algunos tipos de espacio, veamos:

- ❖ *Espacio íntimo*, el cual va desde el contacto físico hasta aproximadamente 45 cm. Esta es la distancia más importante en tanto representa para las

personas, el espacio de la propiedad, y es justamente, el espacio que interviene el odontólogo. En él sólo se permite entrar a aquellas personas que están emocionalmente muy cerca de la persona en cuestión. “Es la distancia de la protección y del consuelo, la del afecto y del amor, pero también la de la hostilidad y de la agresión.” (Guiraud; 1986: 91).

En este espacio íntimo los expertos distinguen una subzona que se denomina zona íntima privada, la cual llega hasta unos 15 centímetros del cuerpo y a la que otra persona puede llegar sólo mediante el contacto físico. A su vez, esta distancia se subdivide en dos distintas: entre cero y 15 cms, distancia que presupone el contacto físico y que tendría lugar en situaciones comunicativas de máxima intimidad (por ejemplo, durante el mantenimiento de relaciones afectivas o en la misma consulta odontológica); y entre 15 y 45 cms, que se corresponde con una distancia de máxima privacidad también.

- ❖ *Espacio casual–personal*, que va desde 45 cms a 120 cms. Es la distancia en la cual habitualmente se dan las relaciones interpersonales, en tanto posibilita el contacto físico con la otra persona o, por el contrario, la separa. Esta distancia, en palabras de Guiraud “Asegura una visión y audición la más nítidas y diferenciadas posibles; permite palpar, olfatear y, por consiguiente, apreciar el comportamiento del otro e interpretar sus intenciones, pero excluye todo contacto íntimo.” (1986:90)

- ❖ *Espacio social-consultivo*, es aquel que abarca desde los 120 cms hasta los 210 cms y aparece en situaciones donde se intercambia cuestiones no personales. En este espacio, según Hall (citado por Guiraud, 1986) desaparecen las sensaciones térmicas u olfativas, aunque el contacto sea posible, es muestra de las relaciones de respeto y de poder entre los participantes. Esa es la distancia es la que se marca con los extraños o personas que no conocemos bien.

- ❖ *Espacio público*, que va desde esta última hasta el límite de lo visible o lo audible. A esta distancia los participantes tienen que amplificar recursos como la voz para posibilitar la comunicación, según sostiene Guiraud (1986). Por ejemplo, es la distancia cómoda para dirigirnos a un grupo de personas durante una conferencia.

En la comunicación no verbal también entra en juego un sistema en el cual se integra la comunicación facial, la mirada, el comportamiento gestual y las manos, como se afirmó anteriormente, por lo cual son pertinentes las siguientes ideas:

- ❖ Ninguna expresión del cuerpo carece de significado en el contexto en el que aparece.

- ❖ La postura, el movimiento del cuerpo y la expresión de la cara se hayan sometidos al análisis sistemático.

- ❖ El movimiento del cuerpo entre los miembros de una comunidad se puede considerar como una función social del grupo.

- ❖ La actividad visible del cuerpo influye en el comportamiento de los demás miembros del grupo determinado y se constituye en una función comunicativa.

- ❖ El particular sistema biológico y la específica experiencia vital de cada individuo contribuirá con elementos ideológicos a sus sistemas kinésico. Ninguna posición o movimiento del cuerpo por si mismo tiene una significación precisa, sólo son ciertas si se involucran en el patrón de conducta de cada persona.

- ❖ El lenguaje corporal y el lenguaje hablado aisladamente no dan sentido a lo que la persona dice; éstos se constituyen en elementos interrelacionados en los procesos comunicativos.

- ❖ La cara se define como “zona de comunicación especializada”, en tanto permite la comunicación de las emociones, pensamientos y actitudes. Según sostiene Knapp (2001), lo que la cara de una persona revela en la comunicación, determina la forma como el receptor capta el mensaje.

Para finalizar este apartado, se rescata la expresión del rostro como una forma de combinación entre el habla y el lenguaje no verbal, tanto para quien habla como para quien escucha; en este sentido, el emisor del mensaje acompaña sus expresiones verbales con expresiones faciales, con lo cual enmarca lo que dice, mientras que el oyente expresa sus reacciones ante lo que escucha, empleando, igualmente, movimientos, que en este caso deben hacerse perceptibles para el odontólogo, tales como: La rigidez, la hiperquinesia, la estasis, la flacidez, que demuestran el disgusto, interés, tristeza, perplejidad, desprecio, sorpresa, miedo, etc., en el paciente. En este sentido, la mirada se convierte en una herramienta que le posibilita al profesional la comunicación con su paciente cuando éste no quiere o, por motivos de la consulta, no puede hablar.

En el rostro, los movimientos de los ojos desarrollan una función de extraordinaria importancia para cualquier interacción social, específicamente en la llevada a cabo entre el paciente y el odontólogo. La mirada es enormemente expresiva, por lo cual cumple una función esencial en la comunicación de aptitudes y en el establecimiento de las relaciones sociales. En el caso de la consulta odontológica, puede ser utilizada como señal para propiciar encuentro, saludar, o apoyar al otro, cuando no se puede utilizar el canal oral.

La importancia de la mirada en la comunicación no verbal ha sido tal que la posición de los ojos de los interlocutores en el momento en que se da el

intercambio comunicativo permite interpretar actitudes de rechazo o indiferencia hacia al otro. Según Knapp, “Además de abrir y cerrar el canal de comunicación, la mirada regula también la corriente comunicación mediante señales que indican los turnos para hablar y para escuchar.” (2001: 261)

Por otra parte, la comunicación visual es componente de intimidad, además de la proximidad física, el tono de voz y de expresión sonriente del rostro. Así mismo, existen variantes individuales respecto a la autorización de la mirada, pues las personas que tiene mayor necesidad de asociación usan en mayor medida la mirada en situaciones amistosas o de colaboración, mientras que en una situación no gratificante utilizan más la mirada las personas dominantes.

En el caso del odontólogo, éste puede usar la mirada como un medio de comunicación con los pacientes, en tanto la mayoría de las veces, no se puede establecer comunicación oral, pues el trabajo del profesional se centra en la boca y momentáneamente sólo le quedan las expresiones faciales y la mirada del paciente para la interpretación diagnóstica; así mismo, el paciente puede acercarse a una interpretación de los procedimientos del odontólogo sólo por las expresiones que observa en la mirada, pues el resto de su rostro permanece cubierto.

Para finalizar, es necesario afirmar que el lenguaje corporal que el individuo emplea cuando su territorio es invadido, como balancearse en la silla, mover

las piernas, golpetear, entre otras, primeras señales de tensión, son índice indiscutible de que otro está demasiado cerca y que su presencia molesta, o invade la intimidad, tal como sucede en el caso de los ojos cerrados, el repliegue del mentón sobre el pecho y el encorvamiento de los hombros, actitudes que se pueden interpretar como un “váyase”, no lo quiero en mi espacio privado, lo cual se constituye en una manera de defender la zona. Actitudes como estas, obstaculizan el trabajo del odontólogo, por lo cual el profesional debe intentar establecer una relación confidencial desde el comienzo de la consulta, para que ésta sea efectiva, y su acercamiento físico con el paciente se haga sin que éste se sienta intimidado o incómodo.

Ahora, entre los miembros del equipo de salud también se manejan una distancias que permiten el intercambio comunicativo, pero éstas son, en muchas ocasiones, menos cercanas que las se establecen con el paciente, pues se trata de una distancia social-laboral, la cual corresponde a las relaciones sociales o de trabajo formal; en este sentido, dicha distancia pública es un factor de seguridad, que se da en las relaciones cotidianas superficiales. Para ello, se da, por lo general, una defensa del espacio personal que implica el empleo de señales, gestos y posturas adecuadas de lenguaje corporal y de una acertada elección de la propia ubicación dentro de un contexto social, en este caso, del consultorio odontológico, entre odontólogo y su auxiliar.

3.4 La Kinésica (cinética, o quinésica) aplica al campo de la enseñanza de la odontología

La kinésica se define como el estudio de los movimientos corporales, es un análisis de las mímicas, los gestos, las danzas, las expresiones faciales, la conducta de los ojos y la postura. Los gestos y las mímicas, al igual que las entonaciones y variaciones de la voz, se convierten en elementos auxiliares del lenguaje verbal, no al modo en el que lo hace la proxemia, sino estableciendo una relación de significación, más que de espacialidad.

El comportamiento cinésico puede percibirse de cuatro maneras diferentes y de forma independiente o conjunta: visualmente (la dirección y duración de la mirada), audiblemente (un aplauso), táctilmente, (un beso) y cinestésicamente, es decir, a través de un objeto que actúa como transmisor (por ejemplo, el jugueteo con el pelo). La conducta cinésica puede transmitirse a través del tiempo, hasta el punto de que sus efectos pueden permanecer y revelamos la acción que ha tenido lugar.

3.4.1 Clasificación de los elementos cinésicos:

a) *Emblemas*: “Son actos no verbales que admiten una transposición oral directa” (Knapp; 2001: 17); por ejemplo, los gestos con los que alguien manifiesta estar de acuerdo con su interlocutor. La mayoría de los emblemas

son específicos de una cultura, pero existen algunos que describen acciones humanas que parecen trascender la barrera cultural, por ejemplo, el gesto de comer (llevarse la mano hacia la boca). Normalmente, se utilizan para ayudar a la comunicación cuando los canales verbales están bloqueados o no existen. En el caso de la odontología, existen emblemas propios de la práctica que le permiten al odontólogo comunicarse con el paciente sin necesidad de las palabras; caso representativo es el momento en cual el paciente debe acostarse en la silla odontológica, y el odontólogo asume la indumentaria reconocida socialmente (guantes, tapabocas, espejo y explorador); en esta caso, el paciente inmediatamente abre la boca, sin que medie la indicación del profesional, pues culturalmente, se ha asumido este espacio, su indumentaria y los signos del odontólogo, como emblemas del ejercicio del profesional de la salud oral al momento del examen.

b) *Ilustradores*: Se trata, según Knapp (2001), de actos no verbales que aparecen directamente unidos al habla o acompañándola y que sirven para ilustrar lo que se dice, pueden ser movimientos para enfatizar una palabra, señalar un objeto presente, representar una acción corporal, etc. Aparecen normalmente en situaciones en que la comunicación es difícil, por ejemplo, cuando no se conoce la palabra exacta que designa un objeto o cuando no se logra ser comprendido por el interlocutor. En el espacio-consultorio pueden aparecer los ilustradores para hacerle entender a un paciente el tipo de tratamiento que se le está haciendo y el instrumental específico que se utiliza;

esto se puede llevar a cabo mediante indicaciones físicas del material o por medio del uso de imágenes fotográficas o en rotafolios alusivos al tratamiento.

c) *Muestras de afecto*: Son principalmente gestos faciales que expresan estados afectivos, aunque es el cuerpo en general el que permite una lectura global de los comportamientos. Estas muestras de afecto pueden guardar o no relación con las producciones lingüísticas orales, pues no siempre buscan comunicar conscientemente un pensamiento. En el consultorio, los movimientos bruscos del paciente, voltear la cara, cerrar la boca, alejarse del odontólogo o una mala postura en la silla, entre otros, se constituyen en una muestra clara de que no se han establecido relaciones afectivas, tan necesarias en cualquier tipo de comunicación humana, principalmente en el área del cuidado de la salud.

d) *Reguladores*: Hay actos no verbales que mantienen y regulan el intercambio comunicativo. Son útiles en el momento de indicar al hablante que continúe, repita, se apresure, termine, etc. en el discurso. Un ejemplo de comportamiento cinésico regulador son las diversas conductas no verbales que aplicamos durante las transiciones de los turnos de habla o en el momento de indicarle al paciente, mediante una leve presión en el mentón que debe abrir más su boca. El paciente también utiliza sus manos para indicarle al odontólogo que termine rápido el examen o que siente alguna incomodidad. Parece que la mayoría de los reguladores están tan interiorizados, que no

somos conscientes de realizarlos; sin embargo, somos muy conscientes cuando los producen otros, según lo recuerda Mark L. Knapp (2001).

e) Adaptadores: Se cree que estos actos se desarrollan durante la niñez como esfuerzos de adaptación para satisfacer las necesidades o cumplir distintas funciones sociales. Por ejemplo, el acto de cubrirse los ojos como muestra de vergüenza, según, Mark L. Knapp (2001) y en consultorio propiamente dicho, el reflejo de cubrirse la boca momentos antes del examen.

3.5 Hacia una lectura del espacio-consultorio: el método como comunicación para la enseñanza de la odontología

El acercamiento al espacio-consultorio como medio en el que den dichos intercambios comunicativos, se presenta como un elemento de la didáctica necesario para poder hacer un esbozo de los procesos docentes-educativos que se llevan a cabo en la Educación Superior con respecto a la odontología; es claro, entonces, que el odontólogo como profesional de la salud debe aprender a leer en el espacio los códigos que determinan las relaciones que en éste se llevan a cabo; en este sentido, la lectura de los signos y con ello, de los iconos, índices y símbolos, y de los elementos que intervienen en la comunicación no verbal cobra sentido, entendiendo como lectura un proceso de significación que devine de la facultad humana del lenguaje.

Este trabajo, por lo tanto, se ha centrado en rastrear teóricamente hasta qué punto es necesario que quien enseña la profesión de la odontología a nivel superior, tenga un acercamiento al método como comunicación sobre todo, no verbal, involucrada en la relación paciente-odontólogo; al respecto nos podemos acercar a una respuesta desde la semiótica y los elementos que intervienen en el ejercicio de la profesión propiamente dicha.

Al respecto, sostiene Belaunde (2005) que al hablar con una persona, más del 60% de la información obtenida viene del lenguaje no verbal, es decir: gestos, apariencia, postura, mirada, expresión; sin contar con el papel que en el intercambio comunicativo le queda al tono de voz, como elemento del lenguaje no verbal.

Una de las peculiaridades del lenguaje no verbal es que su efecto, la mayoría de las veces, se da en un nivel inconsciente, lo cual provoca que la primera impresión sea la causante del éxito o fracaso de una relación, en este caso, entre paciente y odontólogo. Por lo general, los sujetos tardan un par de minutos para formarse una idea de su interlocutor, tiempo que debe aprovechar el odontólogo para ganarse la confianza del paciente, en lo que respecta a su destreza como profesional y a su idoneidad. Como sostiene Belaunde (2005), "Ellos necesitan sentir confianza por su médico. Ya que una buena relación médico paciente siempre estará basada en una buena comunicación. Y es al lograr relaciones interpersonales positivas donde usted y el paciente saldrán ganando."

El cuerpo delata las sensaciones internas de las personas, sin necesidad de que medien las palabras -que pueden engañar algunas veces-, pues en algunas ocasiones los gestos y los movimientos pueden decir más sobre las personas que lo que ellas mismas quisieran, tal como lo respalda el estudio de la kinesia. Según ésta, el lenguaje corporal es innato y en parte imitativo. Sugiere, por lo tanto Belaunde (2005), que en la relación entre odontólogo y paciente es pertinente aprender y modificar el lenguaje corporal de modo que se potencie la comunicación exitosa.

Lo mejor, entonces, es que el aspecto físico del profesional de la odontología, refleje tranquilidad y genere la tan mencionada confianza para que no haya incomodidad y preocupación en el paciente. Además de lo anterior, la odontología pensada desde el paradigma del servicio, demanda que el paciente acceda a un trato personalizado, el cual se refleja en los gestos y expresiones del profesional y en la atención que éste brinda.

Siguiendo con lo anterior, la comunicación en el espacio-consultorio entre el paciente y el odontólogo es el método que embarga un componente de la organización interna de los procedimientos que dinamizan el acercamiento al objeto de la odontología, la salud oral. Así pues, la comunicación efectiva de tipo no verbal, y mediada por signos, permite mejorar la forma como se acerca el paciente al profesional de la salud oral en el momento de acudir a la

consulta; de esta forma, cobra importancia elementos propios de la kinésica y la proxémica como los que se señalan a continuación:

- ❖ Un fuerte apretón de manos al saludar al paciente denota seguridad y aprecio, lo cual se constituye en un primer elemento para romper el hielo entre profesional de la odontología y paciente.
- ❖ Mirar a los ojos al paciente mientras se le habla, previo a la revisión física y, en la medida de lo posible, durante el desarrollo de ésta, lo cual se interpretará como sinceridad.
- ❖ En el momento de establecer una conversación con el paciente, es usual que el interlocutor se incline ligeramente hacia la persona, con lo cual está demostrando que sí le escucha y que se interesa por lo que éste dice.
- ❖ Antes de realizar el examen odontológico, el profesional debe establecer una primera buena impresión, de modo que en el transcurso del encuentro, se favorezca la comunicación adecuada, en un ambiente de confianza. Sostiene Belaunde (2005) que si el paciente considera al odontólogo como un extraño, muy posiblemente, esta creencia condicionará una relación imperfecta y poco práctica para el tipo de trabajo que lleva a cabo el profesional.
- ❖ Al asentir con la cabeza, lento y relajadamente, el profesional invita al paciente a continuar con su mensaje, lo cual se interpreta como un interés del odontólogo frente a las posturas de su paciente.
- ❖ Las manos se utilizan, para enfatizar algunos puntos de lo que se dice en una conversación, sin embargo, no se debe abusar de ellas, pues se

pueden constituir en un elemento de distracción; así mismo, cuando se usan violentamente, o se acercan demasiado al rostro del paciente, se convierten en un elemento transgresor que obstaculiza la relación.

A continuación, siguiendo a Belaunde (2005), se adjunta una tabla donde se resumen los puntos expuestos anteriormente y que conciernen al comportamiento proxémico y kinésico en el consultorio odontológico:

ACTO	QUE REFLEJA
Acariciarse la quijada	Toma de decisiones
Entrelazar los dedos	Autoridad
Dar un tirón al oído	Inseguridad
Mirar hacia abajo	Incredulidad
Frotarse las manos	Impaciencia
Apretarse la nariz	Evaluación negativa
Golpear ligeramente los dedos	Impaciencia
Agarrarse la cabeza por detrás	Seguridad en si mismo, superioridad
Inclinar la cabeza	Interés
Palma de la mano abierta	Sinceridad, franqueza, inocencia.
Caminar erguido	Confianza y seguridad en uno mismo
Pararse con las manos en las caderas	Buena disposición para hacer algo
Jugar con el cabello	Inseguridad
Comerse las uñas	Inseguridad o nervios
Cabeza descansando sobre las manos o mirar hacia el piso	Aburrimiento

Unir los tobillos	Aprensión
Manos agarradas hacia la espalda	Furia, ira, frustración y aprensión.
Cruzar las piernas balanceando ligeramente el pie	Aburrimiento
Brazos cruzados a la altura del pecho	Actitud defensiva
Caminar con las manos en los bolsillos u hombros encorvados	Abatimiento
Frotarse un ojo	Dudas
Tocarse ligeramente la nariz	Mentir, dudar o rechazar algo.
Manos en las mejillas	Evaluación

Tabla 2⁴

⁴ Los datos de la tabla fueron extractados del texto de BELAUNDE, junio de 2005. En: <http://images.google.com.co/imgres?imgurl=http://www.odontomarketing.com>. Visitada el 20 de febrero de 2007

CONCLUSIONES

La odontología como profesión se ligó desde sus inicios con la práctica empírica de los barberos, quienes la practicaban en espacios públicos y con las mínimas normas higiénicas; este hecho determinó que por mucho tiempo se le considerara un oficio menor, que sólo tuvo su estatus científico una vez se relacionó con la medicina como tal; este desarrollo en el área posibilitó que la odontología fuera asumida como carrera universitaria y que se empezara a explorar en ella el campo de su enseñanza y aprendizaje, desde diferentes modelos.

El más nuevo de los modelos de enseñanza de la odontología contempla algunos de los componentes de la didáctica, entre ellos, el modelo de docencia-servicio involucra el mundo del trabajo y de la vida en la formación del profesional, lo cual permite que, en consonancia con lo anterior, en este trabajo se hable del espacio-consultorio como el espacio más propicio para involucrar la formación de los profesionales de la odontología en un medio que tradicionalmente será en el que se desempeñará laboralmente, lo cual, nos involucra directamente con el campo didáctico, específicamente, con el espacio, como componente del sistema didáctico..

Ahora, si bien se reconoció que es en la construcción simbólica de ese espacio-consultorio en el cual se propone llevar a cabo la enseñanza y el aprendizaje de la odontología, no se pudo pasar por alto el hecho de que éste

ha sido asumido por la gente desde el temor y los mitos que se tejen alrededor de los procedimientos que se llevan a cabo en este espacio; la presente monografía, por lo tanto, asume el reto de proponer una mirada semiótica desde la cual se de un cambio de perspectiva en torno a los procesos de comunicación llevados a cabo en el consultorio como espacio didáctico.

A partir del trabajo de indagación hecho en torno al papel del espacio-consultorio en la enseñanza de la odontología, se puede decir que, desde la didáctica, éste se presenta como un componente que le permite al estudiante de odontología llevar a cabo una comunicación adecuada, desde los elementos no verbales implicados en ésta, en la relación odontólogo/ paciente, los cuales determinan los niveles de empatía entre ambos sujetos y, por consiguiente, la aplicación adecuada de las terapias.

Finalmente, se espera con esta monografía, dar algunas pautas al docente y al estudiante de odontología en el manejo del lenguaje verbal y no verbal involucrados en los procesos comunicativos que se llevan a cabo en el espacio consultorio, como garantes de la adecuada diagnosis y tratamiento odontológico.

BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ DE ZAYAS, Carlos & GONZÁLEZ AGUDELO, Elvia María. *Lecciones de didáctica general*. Bogotá, Editorial Magisterio, 2002.

ARANGO BOTERO, Alberto. *La formación del personal odontológico*. Medellín, Universidad de Antioquia, s.f, 15 páginas.

_____. *Métodos y medios de aprendizaje*. Comisión técnica sobre evaluación permanente. Educación permanente en odontología. Costa Rica, julio de 1989, 21 páginas.

_____. *Modelos de enseñanza de la odontología en iberoamérica*. Primer congreso iberoamericano e internacional de estudiantes de odontología. Santo Domingo, República Dominicana; mayo 22 a 27 de 1988, 13 páginas.

BIRDWHISTELL, Ray L. *El lenguaje de la expresión corporal*. Editorial Gustavo Gili, Barcelona, 1979, 298 p.

COMISIÓN DE GESTIÓN PARA LA TRANSFORMACIÓN CURRICULAR. *La clínica integral en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia*, Medellín, Universidad de Antioquia, mayo de 2002, s.p.i.

CHEVALLARD, Yves. *La transposición Didáctica*. Aiqué, Argentina, 1991, 196 páginas.

_____. *La transposición Didáctica. Del Saber Sabio al Saber Enseñado*. Aiqué, Buenos Aires, 1997.

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA RESTAURADORA. *Manual de introducción a la práctica clínica*, Universidad de Antioquia, Facultad de Odontología, Medellín, 1980, 82 páginas.

ECO, Umberto y SEBEOK, Thomas. *El signo de los tres. Dupin, Holmes. Peirce*. Editorial Lumen. Barcelona. 1989. p 31- 81

EDELSTEIN, Gloria. *“Un capítulo pendiente: el método en el debate didáctico contemporáneo”*. En: *Corrientes didácticas contemporáneas*. Paidós, Argentina, 2001, páginas 75 a 89

E. RING, Malvin. *Historia ilustrada de la odontología*. Barcelona, Ediciones Doyma, 1993, 319 páginas.

GONZÁLEZ AGUDELO, Elvia María. “El proyecto de aula o acerca de la formación en investigación”, En: *Revista Universidad de Medellín*. No. 73. Medellín, Universidad de Medellín, 2001, pp.124-135.

GUIRAUD, Pierre. *El lenguaje del cuerpo*. Fondo de cultura económica, México, 1986, 120 p.

_____. *La semiología*. México, Siglo XXI, 2004, 133 p.

KNAPP, Mark L. *La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno*. México, Paidós, 2001, 373 p.

LITWIN Edith. "El campo de la didáctica: la búsqueda de una nueva agenda".
En: *Corrientes didácticas contemporáneas*. Paidós, Argentina, 2001, páginas 91 a 115

_____. *Las configuraciones didácticas*. Paidós, Buenos Aires, 1997, 160 páginas.

MÍNGUEZ VELA, Andrés. *La otra comunicación. Comunicación no verbal*. ESIC, Madrid, 1999, 124 p.

PAYARES, Carlos y ARANGO, Alberto. *Consideraciones sociohistóricas de la odontología en Colombia y Antioquia en el siglo XXI*. Medellín, Promotora de ediciones y comunicación, 1991, 272 páginas.

PAYARES, Carlos, ARANGO, Alberto y VÉLEZ, Juan. *La enseñanza de la odontología*. Medellín, Editorial Universidad de Antioquia, 1990, 170 páginas.

PEIRCE, Charles Sanders. *El hombre, un signo* (Título original: The Collected papers of Charles Sanders Peirce). Editorial Crítica. Barcelona. 1988. 428 p.

RAMÍREZ, Alejandro. Diálogo sobre el espacio y la objetividad. En: *Revista de filosofía*, Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y humanidades, vol. 49- 50, 1997, página 77 a 85.

SOLARTE, Ayda Lucía. Consideraciones teóricas y metodológicas sobre la lectura del espacio. En: *Revista UNIMAR*. Facultad de Educación de la Universidad Mariana, N° 37, mayo de 2005, páginas 38 a 41.

VELÁSQUEZ ESCOBAR, José Pablo. Encuesta realizada por Alejandro Montoya; abril de 2007.

CIBERGRAFÍA

BELAUNDE, G.E. *El lenguaje corporal en el consultorio dental*. Junio de 2005.

En:

<http://images.google.com.co/imgres?imgurl=http://www.odontomarketing.co>

m. Visitada el 20 de febrero de 2007

De la historia clínica al diagnóstico. En: <http://www.odontologia-online.com/casos/part/LST/LST03/lst03.html>. Visitada el 10 de febrero de 2007

GARCÍA SIERRA, Pelayo. Diccionario filosófico. Biblioteca Filosofía en español

Oviedo, 1999. En: <http://www.filosofia.org/filomat/index.htm>. Visitada el 16 de febrero de 2007.

MARTÍNEZ, Orlando. *Ética Profesional*; Universidad Tecnológica de Santiago (UTESA) Facultad de Ingeniería, República Dominicana. En: <http://www.utesa.edu/webutesa/home.htm>. Visitada el 20 de abril de 2007

OFICIO Y PROFESIÓN. <http://www.foremgalicia.es/promoSI/Glosario.html>). Visitada el 20 de abril de 2007.

OJEDA, Fabricio. *Pierre Fauchard, padre de la estomatología moderna.* Revista de Ciencias Médicas, La Habana, 2006, p. 12. http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol12_1_06/hab16106.htm

REFERENCIA DE IMÁGENES

Fotografías tomadas de:

E. RING, Malvin. *Historia ilustrada de la odontología*. Barcelona, Ediciones Doyma, 1993, 319 páginas.

Imagen 1 (51); p: 143

Imagen 3 (53); p: 255

Imagen 6 (55); p: 252-253

Imagen 7 (56); p: 301

Imagen 9 (57); p: 282

Imagen 10 (58); p: 307

Imagen 12 (59); p: 309

Imágenes de internet:

<http://www.odontomarketing.com/odontologiahistoria.htm>. Visitada el 25 de marzo de 2006.

Imagen 2 (52)

Imagen 4 (54)

Imagen 5 (55)

Imagen 8 (56)

Imagen 11 (58)

Imagen 13 (60)