



ula
Odontología



UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES

REVISTA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y EXTENSIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

IDEULA



Nº 1
ENERO - JUNIO 2019

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

Autoridades

Mario Bonucci Rossini
Rector

Patricia Rosenzweig Levy
Vicerrectora Académica

Manuel Aranguren
Vicerrector Administrativo

José María Andérez
Secretario

La Revista de Investigación, Docencia y Extensión de la Universidad de Los Andes (**IDEULA**) Es una revista de carácter multidisciplinario. Podrán publicarse artículos provenientes de los campos de las Ciencias de la Salud, Ciencias de la Educación, Ciencias Sociales y Tecnología, relacionados con la docencia, investigación y extensión universitaria. Su periodicidad es semestral y es editada desde el mes de julio de 2019 por el Departamento de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes. Admite artículos de investigación, artículos de revisión (tradicional y sistemática), experiencias didácticas y de extensión universitaria, reportes de casos, ensayos, entrevistas, cartas al editor, y reseñas. IDEULA admite publicaciones en idioma español e inglés.

Correo electrónico: contactoideula@gmail.com.

Instagram, Facebook y Twitter: @contactoideula **Tlf.** +58-274-2402379

<http://erevistas.saber.ula.ve/ideula>

La Revista de Investigación, Docencia y Extensión de la Universidad de Los Andes posee acreditación del Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico, Tecnológico y de las Artes. Universidad de Los Andes (CDCHTA-ULA).

La Revista de Investigación, Docencia y Extensión de la Universidad de Los Andes asegura que los editores, autores y árbitros cumplen con las normas éticas internacionales durante el proceso de arbitraje y publicación. Del mismo modo aplica los principios establecidos por el Comité de Ética en Publicaciones Científicas (COPE). Igualmente, todos los trabajos están sometidos a un proceso de arbitraje y de verificación de plagio.

Todos los documentos publicados en esta revista se distribuyen bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Por lo que el envío, procesamiento y publicación de artículos en la revista es totalmente gratuito.

Número 1 Enero-Junio 2019



Depósito legal ME2018000069

Diseño de logotipo: Daniela González

Diagramación: Darío Sosa

Comité Editorial

Editora jefe **Yajaira Romero**

Grupo Multidisciplinario de Investigación en Odontología (G-MIO)

Editor adjunto **Darío Sosa**

Grupo de Estudios Odontológicos, Discursivos y Educativos (GEODE)

Oscar Morales

Dubraska Suárez

Norelkys Espinoza

Nestor Díaz

Bexi Perdomo

Departamento de Investigación "José Rafael Tona Romero".

Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes

Comité de arbitraje

Nacionales

Lorena Bustillos

Facultad de Odontología-ULA

Juan Carlos Vielma

Facultad de Odontología-ULA

Belkis Quiñones

Facultad de Odontología - ULA

Jorge Balzán

Facultad de Odontología - LUZ

Annel Mejías

Facultad de Odontología - ULA

Internacionales

Carlos Omaña

HOUB - Universitat de Barcelona España

Andrea Kaplan

Facultad de Odontología - UBA Argentina

Ricardo Audelo

Instituto Politécnico Nacional. ESIA-TEC-SEPI Mexico

Daniel Cassani

Universidad Pompeu Fabra España

Alfonzo Vargas

Universidad del Valle Colombia

Gina Burdiles

Universidad del Valparaíso Chile

Jhon Rangel

Universidad de Uppsala Suecia

Patricio Jarpa

Universidad de Bucaramanga Colombia

María Mercedes Gonzáles

UNNE Argentina

María de Los Ángeles León

UTE Ecuador

Consejo de redacción/asesor

Elix Izarra

Fina Ciacia

Ernesto Marín

Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes

REVISTA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y EXTENSIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

Departamento de Investigación "José Rafael Tona Romero"

Facultad de Odontología

Universidad de Los Andes

Mérida-Venezuela

+58-274-2402379 | contactoideula@gmail.com

Redes sociales: @contactoideula



TABLA DE CONTENIDO

NO. 1 | ENERO-JUNIO 2019

EDITORIALES

1-6 **ESPACIO EDITORIAL PARA EL
ENCUENTRO TRANSDISCIPLINARIO**
YAJAIRA ROMERO UZCÁTEGUI

7-9 **EDITOR INVITADO**
RAFAEL DE JESÚS MILIANI VILLASMIL

ENSAYOS

89-104 **ETHICS, MORALITY AND DEONTOLOGY IN
ENGLISH AS A FOREIGN LANGUAGE
TEACHING- A REQUIRED DISCUSSION.**
PERDOMO, BEXI

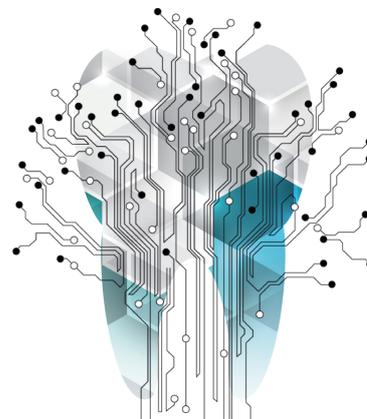
ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

11-32 **HÁBITOS BUCALES EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON MALOCCLUSIÓN
QUE ASISTEN AL MÓDULO
ODONTOLÓGICO DE SANTA ELENA
DE LA FOULA.**
ZAMBRANO, ANTONI; RODRÍGUEZ, MANUELA;
ARAQUE, MAIKEL.

33-54 **INFORMACIÓN QUE POSEEN LOS
ODONTÓLOGOS SOBRE EL MANEJO
DE PACIENTES CON TRASTORNO DEL
ESPECTRO AUTISTA.**
RANGEL, CRUZ; VILLAMIZAR, MARIAJOSÉ; YÁÑEZ,
MARÍA, CLOQUELL, DAMIAN

55-72 **PREFERENCIA DE LOS PROFESORES
DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
SOBRE EL USO DE AMALGAMA Y
RESINA COMO MATERIAL DE
RESTAURACIÓN DIRECTA EN EL
SECTOR POSTERIOR.**
ALESI, STEFANY; HERNÁNDEZ, VALERIA; MORA,
ORIANA; RAMÍREZ, YESSICA; SIVIRA, JÉSSICA

73-87 **LA MALA PRAXIS EN ORTODONCIA:
PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES
AFECTADOS EN MÉRIDA,
VENEZUELA.**
QUINTERO, JORMANY; HERRERA, MARÍA BETANIA Y
ANTOLINEZ, EMMA



REVISTA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y EXTENSIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

IDEULA

TABLE OF CONTENT

NO. 1 | JANUARY- JUNE 2019

EDITORIALS

1-6 **EDITORIAL SPACE FOR THE
TRANSDISCIPLINARY MEETING**
YAJAIRA ROMERO UZCÁTEGUI

7-9 **GUEST EDITOR**
RAFAEL DE JESÚS MILIANI VILLASMIL

ESSAYS

89-104 **ÉTICA, MORALIDAD Y DEONTOLOGÍA EN EL
INGLÉS COMO ENSEÑANZA EXTRANJERA DE
LENGUAJE: UNA DISCUSIÓN REQUERIDA.**
PERDOMO, BEXI

RESEARCH ARTICLES

11-32 **ORAL HABITS IN PEDIATRIC
PATIENTS WITH MALOCCLUSION
ATTENDING THE SANTA ELENA
DENTAL CARE MODULE OF THE
FOULA.**

ZAMBRANO, ANTONI; RODRÍGUEZ, MANUELA;
ARAQUE, MAIKEL.

33-54 **INFORMATION THAT DENTISTS
POSSESS ABOUT THE MANAGEMENT
OF PATIENTS WITH AUTISM
SPECTRUM DISORDERS.**

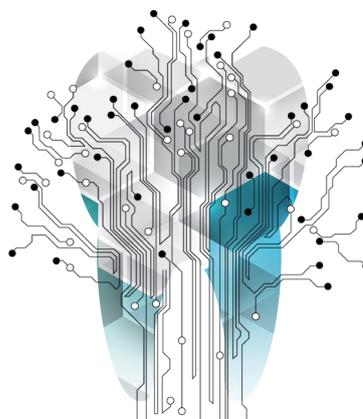
RANGEL, CRUZ; VILLAMIZAR, MARIAJOSÉ; YÁÑEZ,
MARÍA, CLOQUELL, DAMIAN

55-72 **PREFERENCE OF THE PROFESSORS
OF THE FOULA ON THE USE OF
AMALGAM AND COMPOSITE RESIN
AS A DIRECT RESTORATION
MATERIALS IN THE POSTERIOR
SECTOR.**

ALESÍ, STEFANY; HERNÁNDEZ, VALERIA; MORA,
ORIANA; RAMÍREZ, YESSICA; SIVIRA, JÉSSICA

73-87 **THE MALPRACTICE IN
ORTHODONTICS: PERCEPTION OF
AFFECTED PATIENTS IN MÉRIDA-
VENEZUELA.**

QUINTERO, JORMANY; HERRERA, MARÍA BETANIA Y
ANTOLINEZ, EMMA



REVISTA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y EXTENSIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

IDEULA

EDITORIAL

ESPACIO EDITORIAL PARA EL ENCUENTRO TRANSDISCIPLINARIO

Romero Uzcátegui, Yajaira

Editora Jefe de la Revista de Investigación, Docencia y Extensión de la Universidad de Los Andes.
Profesora del Departamento de Investigación, Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes.
Mérida, Venezuela

Autor de contacto: Yajaira Romero

e-mail: yromero581@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Romero Y. Espacio editorial para el encuentro transdisciplinario. *IDEULA*. 2019;(1):1-6.

APA: Romero, Y. (2019). Espacio editorial para el encuentro transdisciplinario. *IDEULA*, (1), 1-6.

La Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, durante sus 77 años de historia ha estado comprometida con la formación de profesionales competentes para dar respuesta a las necesidades de atención de la población en el ámbito local, nacional y, más recientemente internacional. A finales de la década de los años 80's, se plantea la creación de un nuevo diseño curricular acorde con los desafíos impuestos por la sociedad del conocimiento, para lo cual se requiere en esencia "la transformación del paradigma educativo, hasta ahora centrado casi exclusivamente en la trasmisión del conocimiento, a otro sustentado en la formación integral de los individuos" (Mora,2004, p.34).

Como parte de dicho proceso, se realizaron discusiones y reuniones de trabajo con actores de diferentes instituciones como la Asociación Venezolana de Facultades de Odontología (AVEFO), La Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Asociación Latinoamericana de Facultades de Odontología (ALAFOD), el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el Núcleo de Vice-rectores

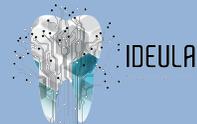


Académicos de las Universidades Nacionales y la asesoría técnica de la Comisión Curricular Central de la Universidad de Los Andes. El resultado de ese trabajo se materializó en el año 1999 cuando se puso en marcha el nuevo diseño curricular, fundamentado en una propuesta innovadora del proceso educativo e integradora del conocimiento científico para abordar el componente bucal del proceso salud enfermedad.

En cuanto al desarrollo de las habilidades metodológicas referidas a “saber leer, saber hablar y escribir, saber pensar y saber seguir aprendiendo autónomamente” (Mora,2004, p.34), en el nuevo diseño curricular fue incluida la enseñanza de la investigación científica como una asignatura del pregrado con presencia en todos los años de la carrera. Esta ha sido concebida como un conjunto de herramientas para que el estudiante desarrolle el pensamiento crítico en la construcción de conocimiento frente a su objeto de estudio. En este escenario de renovación del trabajo académico en el año 2002 se creó el Departamento de Investigación de la Facultad de Odontología y sus respectivas cátedras integradas por profesionales de diferentes disciplinas, con el propósito de abordar el objeto salud bucal desde diferentes miradas y posturas epistemológicas, Desde el inicio se asumió la docencia de la investigación como un proceso con aplicaciones prácticas, a partir de las cuales el estudiante construye un producto de investigación en cada uno de los años de la carrera, con un amplio abanico de posibilidades en el marco de las modalidades investigativas en las ciencias de la salud.

Como unidad académica de la universidad, el Departamento de Investigación ha venido desarrollando sus tres funciones básicas, a saber: docencia, investigación y extensión, desde la pluridisciplinariedad, haciendo modestas contribuciones en el seno de nuestra Facultad para el incremento en la producción de conocimientos, expresado en un mayor número de artículos publicados por profesores y estudiantes y la conformación del Grupo Multidisciplinario de Investigaciones en Odontología (G-MIO) y el Grupo de Estudios Odontológicos, Discursivos y Educativos (GEODE).

Pero la situación catastrófica que vive la nación demanda trascender el espacio disciplinar. Nos encontramos inmersos en la crisis nacional más profunda que haya registrado la historia y en la que desde el gobierno, se impone a toda la sociedad venezolana las principales fuentes de ausencia de



libertad: “pobreza y tiranía, oportunidades económicas escasas y privaciones sociales sistemáticas, falta de servicios públicos, intolerancia y sobre actuación de estados represivos” (Sen,2000, p.15). Contexto en el cual la universidad venezolana ha sido agredida en el propósito sostenido por derrumbar sus más insignes postulados.

IDEULA, la Revista de Investigación, Docencia y Extensión de la Universidad de Los Andes, nace en un momento histórico en el que se encuentran negadas, para la sociedad venezolana y la academia, las libertades humanas fundamentales, se ha impuesto desde el ejecutivo nacional, fuertes limitaciones para la investigación al aprobar, “en el año 2016, decretos de emergencia económica en los que señalan que los datos macroeconómicos le pertenecen al poder Ejecutivo y que este tiene el derecho de impedir su publicación, ya que muchos investigadores podrían usarlos para atacar la reputación del gobierno” (Sutherland, 2016,p.16). Esta política oscurantista también se ha impuesto en la información en salud, ya que la difusión del Boletín Epidemiológico Semanal que desde el año 2007 había sido objeto de múltiples interrupciones, ha dejado de publicarse desde julio de 2015 (Díaz, 2016).

Mucho ha perdido la universidad venezolana en estas dos últimas décadas, la soledad y la indolencia recorre sus aulas y sus pasillos y cada día son mayores los obstáculos impuestos a la academia para avanzar en su obligación de propender a la resolución de los problemas de interés nacional, pero dichos obstáculos no resultan infranqueables. La esperanza, la ética y el compromiso para la reconstrucción de una universidad que emerge fortalecida también recorren los espacios de la Universidad de Los Andes.

Se impone trabajar desde el saber para mejorar la comprensión histórica y política del contexto nacional, desde el conocimiento disciplinar y la pluridisciplinariedad hacia transdisciplinariedad, en el sentido de Nicolescu, “...siendo ingeniosos para construir, edificar, hacer surgir lo nuevo y lo positivo, no para un futuro lejano, sino para el presente, aquí y ahora” (1996, p.15)

El equipo editorial de IDEULA asume el reto de este nuevo espacio de comunicación ante la sociedad venezolana, la academia y el conjunto de revistas que forman parte del repositorio institucional



de la Universidad de Los Andes, revistas científicas que cuentan con una amplia trayectoria en el trabajo de difusión y divulgación científica consolidado durante décadas.

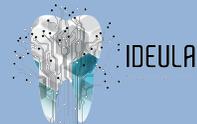
Desde el Departamento de Investigación “José Rafael Tona Romero” de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, presentamos a IDEULA como un espacio editorial para el encuentro transdisciplinario requerido en el fortalecimiento de la conciencia visionaria que se alimenta del crecimiento fabuloso del saber (Nicolescu, 1996).

En este primer número del volumen 1, correspondiente a julio-diciembre 2019 se presenta una Editorial escrita por el Dr. Rafael de Jesús Miliani Villasmil, profesor titular (J) y ex-decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, siempre preocupado por el mejoramiento de la calidad de la docencia universitaria. En esta ocasión expone un conjunto de reflexiones acerca del trabajo que se ha desarrollado en la Facultad de Odontología a partir de la inclusión en el plan de estudios de la Investigación como una asignatura del pregrado. Para el equipo editorial constituye un honor poder contar con sus reflexiones y opiniones en este primer número de IDEULA. En la sección trabajos de investigación se presentan los resultados de cuatro estudios. El primero de ellos titulado “*Hábitos bucales en pacientes pediátricos con maloclusión que asisten al Módulo Odontológico de Santa Elena de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes*”. Se trata de un trabajo descriptivo sobre los pacientes atendidos por esta dependencia de la Facultad durante el periodo 2007-2017, en el cual se obtuvieron importantes aportes para las áreas de la Odontopediatría, Ortodoncia y Ortopedia. El segundo trabajo titulado “*Información que poseen los odontólogos sobre el manejo de pacientes con Trastorno de Espectro Autista*” aporta una noción sobre el trato a estos pacientes en servicios públicos y mixtos del Estado Mérida, situación que debe ser tomada en cuenta en el proceso de formación de los odontólogos. El tercer trabajo titulado “*Preferencia de los profesores de la FOULA sobre el uso de la amalgama y la resina como material de restauración directa en el sector posterior*” permite evidenciar el juicio clínico que poseen los profesores acerca del uso de dichos materiales, siendo un tema controversial en la práctica clínica odontológica actual. El cuarto trabajo “*La mala praxis en Ortodoncia: percepción de los pacientes afectados en Mérida-Venezuela*” hace referencia a una problemática algida en el quehacer odontológico: los tratamientos mal realizados en el área específica de



la ortodoncia, pero desde la perspectiva de los pacientes. En la sección ensayos, se presenta un trabajo en idioma inglés titulado “*Ethics, morality and deontology in English as a foreign language teaching – A required discussion*” en el cual se revisan los conceptos de ética, moralidad y deontología y se reflexiona sobre el papel del profesor que enseña inglés como lengua extranjera, así como sus implicaciones actuales en Latinoamérica y la necesidad de un análisis más profundo a nivel curricular sobre cómo se están formando estos profesores para impartir clases en las diferentes disciplinas.

Desde el comité editorial de la Revista de Investigación, Docencia y Extensión de la Universidad de Los Andes, les damos las más expresivas gracias por su colaboración y el apoyo brindado por los diferentes autores e investigadores, así como a cada uno de los revisores expertos, para hacer posible en medio de tantas circunstancias adversas, la publicación de este primer número. Así mismo, convocamos, desde ya, a estudiantes, docentes, investigadores, que se desempeñan en las Ciencias de la Salud, Ciencias de la Educación, Ciencias Sociales y Tecnología, para que postulen sus trabajos, bajo la modalidad de artículos de investigación, artículos de revisión, casos clínicos, experiencias didácticas y de extensión universitaria, propuestas pedagógicas, ensayos, entrevistas y cartas al editor, además, la divulgación de actividades académicas de interés para el ámbito odontológico y universitario en general.



REFERENCIAS

- Díaz Polanco, J. (2016) Carlos Walter Valecillos. El CENDES y la crisis de la salud en Venezuela. *Cuadernos del CENDES*, 33 (92), 105-112. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40350807006>
- Mora, J. (2004). La necesidad del cambio educativo para la sociedad del conocimiento. *Revista Iberoamericana de Educación*. N° 35, pp. 13-37. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/41561300.pdf>
- Nicolescu, B. (1996) *Transdisciplinariedad. Manifiesto*. México. Mundo Real Edgar Morin, A.C.
- Sen, A. (2000). El desarrollo como libertad. *Gaceta Ecológica*, (55), 14-20. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/539/53905501.pdf>
- Sutherland, M. (2016) El proceso de desindustrialización (anti) Socialista en Venezuela, crónica de una ruina anunciada. *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, XXII (2), 15- 40. Recuperado de www.redalyc.org/articulo.oa?id=36451387002

EDITOR INVITADO

Miliani Villasmil, Rafael de Jesús

Ex-decano de la Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Miliani Villasmil R. Editorial. IDEULA. 2019;(1):7-9.

APA: Miliani Villasmil, R. (2019). Editorial. IDEULA, (1), 7-9.

Habiendo recibido la invitación para participar como editor invitado en la revista IDEULA en ocasión de su primera edición, órgano divulgativo concebido en el ámbito del Departamento de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes, tomé la determinación de redactar la editorial, siendo consciente del honor y la gran responsabilidad que para mí entrañaba, en presencia de una iniciativa académica de tan significativa importancia y trascendencia. A la vez, esta coyuntura trajo a mi memoria el positivo impacto que tuvo en mi ánimo de docente universitario la creación, en su momento, del mencionado Departamento. En efecto, sustento el firme criterio que sostiene que, por Ley y Doctrina, la Investigación es consustancial a la Universidad, es parte de su naturaleza y, para decirlo en términos en boga, es componente fundamental de su ADN. Mediante esa actividad la Institución contribuye al desarrollo del conocimiento, extendiendo así sus fronteras. Es esa, precisamente, la característica que la hace superior y la diferencia de otras entidades educativas. Además, la Investigación le proporciona a la Institución valiosos insumos para el cumplimiento de sus otras actividades básicas: la docencia y la extensión; a su vez, éstas le proporcionan valioso material para el desarrollo de aquella. Un proceso dialéctico permanente que se autoalimenta.

En el caso venezolano, ese rasgo distintivo de la Universidad contribuye decisivamente al cumplimiento de las funciones que le asigna la Ley: “...**buscar la verdad** ...”, “...colaborar en la orientación de la vida del país mediante su contribución doctrinaria en el **esclarecimiento de los**



problemas nacionales” y, así como rectora en la educación, la cultura y la ciencia, “...sus actividades se dirigirán a crear, asimilar y difundir el saber mediante la **investigación** y la enseñanza...”

A propósito, sin poder evitarlo, acuden a mi memoria las esclarecedoras ideas de nuestro insigne compatriota, Don Andrés Bello, quien en el discurso inaugural de la Universidad de Chile en 1843 sostuvo que “la medicina **investigará** (...) las modificaciones peculiares que dan al hombre chileno su clima, sus costumbres, sus alimentos...”. Basta cambiar el gentilicio y que digamos hombre venezolano para hacer actual y vigente la necesidad de la investigación en la universidad nacional.

En 1999, la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes dio inicio al actual plan de estudios el cual comprende un eje curricular dirigido a introducir al estudiante en la praxis investigativa durante su formación en el pregrado. Esta línea curricular fue asumida como una serie de aplicaciones teóricas y prácticas mediante la cual el estudiante ejecutara un proceso de investigación y presentara sus resultados, en cada uno de los años de la carrera. Esta circunstancia, entre otras, contribuyó de manera determinante para que, en enero del 2002, fuera creado el Departamento de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes; con el propósito de apoyar, orientar y dar soporte material a la investigación y sus actividades vinculadas, contempladas en el plan curricular.

La excepcional determinación de crear el nuevo departamento representa, por parte de sus fundadores, el pleno reconocimiento y respaldo a la investigación como esencia de la institución universitaria, otorgándole genéricamente la preponderancia que posee. En el plano particular del estudiante, la actividad investigativa que realiza, contemplada en el plan curricular y fomentada por el nuevo departamento, no se practica en este contexto sólo por el hecho de indagar, sino que, además, se ejercita con el empeño por inquirir con fundamento en la libertad, la autonomía y la responsabilidad. Mediante este ejercicio logra el desarrollo de su capacidad inquisitiva, una de las características fundamentales del ser humano integralmente educado.

Transcurrido 17 años de la trayectoria del departamento, sus integrantes, partiendo de la premisa de que la creación es vida y, poniéndose en armonía con la máxima del escritor y jurista venezolano don Cecilio Acosta que expresa “La luz que se aprovecha nos es la que se concentra, sino la que se difunde”,



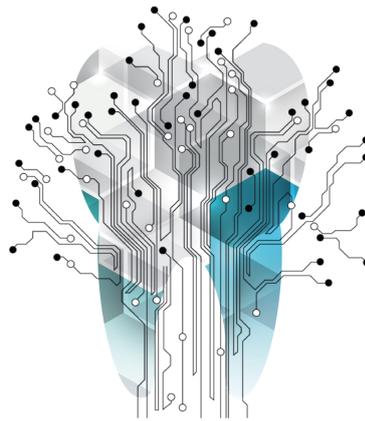
han decidido ampliar los beneficios de su trascendental quehacer más allá de los límites del ámbito de su actividad cotidiana. Para ello han creado IDEULA, una revista electrónica de divulgación científica de carácter multidisciplinario, la cual tiene como propósito dar cabida a publicaciones provenientes del campo de la Salud, de la Educación, de las Ciencias Sociales y de la Tecnología, atinentes a la docencia, la extensión e investigación. Por su naturaleza, esta publicación periódica contribuirá al cumplimiento de algunas funciones inherentes al catedrático universitario, a saber: publicar y debatir acerca de la producción científica, aun entre quienes no sean especialistas en el tema tratado, estableciendo una interacción de quienes publican y la comunidad, promoviendo así el conocimiento científico. Asimismo, exponer con propósito de trascendencia, para una mayor cantidad de lectores, mensajes, información y saberes de conocimientos contruidos colmados de significados para los destinatarios del proceso.

Las citadas funciones, en cuanto expresiones educativas liberadoras, tienen carácter teleológico. En efecto, procuran una mejor formación de la sociedad cuyos miembros estarán mejor capacitados para que, en consonancia con la realidad, tomen decisiones y asuman conductas que les sean favorables tanto individual como colectivamente, lo cual proporciona vigencia a lo establecido en el preámbulo de nuestra Constitución que declara: “... establecer una sociedad **democrática, participativa y protagónica...**”

Como ciudadano y como universitario, le manifiesto a la Facultad de Odontología y, expresamente, a los integrantes del Departamento de Investigación, mi agradecimiento y felicitaciones por su encomiable labor de llevar al sitio que le corresponde el verdadero significado de nuestra Institución.

Longevidad y vida fecunda para IDEULA, criatura recién dada a luz producto de la resuelta dedicación de sus progenitores a la Academia y del amor que por ella profesan.

Artículos de investigación



REVISTA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y EXTENSIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

IDEULA

HÁBITOS BUCALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON MALOCLUSIÓN QUE ASISTEN AL MÓDULO ODONTOLÓGICO DE SANTA ELENA DE LA FOULA

Zambrano, Antoni (malocclusionp@gmail.com) ; Rodríguez, Manuela; (manuelaa.rodriguez@gmail.com) Araque, Maikel (sharks4w@gmail.com).

Autori de correspondencia: Antoni Zambrano

e-mail: malocclusionp@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Zambrano A, Rodríguez M, Araque M. Hábitos bucales en pacientes pediátricos con maloclusión que asisten al Módulo Odontológico de Santa Elena de la FOULA. IDEULA. 2019;(1):11-32. <https://doi.org/10.53766/IDEULA/2019.01.01.01>

APA: Zambrano, A., Rodríguez, M., y Araque, M. (2019). Hábitos bucales en pacientes pediátricos con maloclusión que asisten al Módulo Odontológico de Santa Elena de la FOULA. IDEULA, (1), 11-32. <https://doi.org/10.53766/IDEULA/2019.01.01.01>

Recibido: 24/02/2019 **Aceptado:** 20/05/2019

RESUMEN

Introducción: Los hábitos bucales deformantes (HBD) son costumbres adoptadas en la cavidad bucal, de accionar constante y que un individuo realiza de forma consciente e inconsciente, originando una acción mecánica que afecta directamente en las estructuras del sistema estomatognático. Como consecuencia de adoptar este tipo de conductas está la maloclusión, la cual es una desviación de la oclusión normal en los maxilares y de los dientes. **Objetivo:** determinar la frecuencia de los HBD en pacientes pediátricos previamente diagnosticados con maloclusión que asisten al Módulo Odontológico de Santa Elena de la FOULA. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo no experimental. Se seleccionaron 189 historias clínicas aleatoriamente de pacientes pediátricos con edades comprendidas entre los 4 y 11 años de edad. La recolección de los datos se realizó empleando una matriz de categorías. Los datos fueron almacenados y procesados mediante el paquete estadístico SPSS v.15. **Resultados:** los hábitos más frecuentes fueron: respiración bucal, onicofagia, bruxismo y succión digital respectivamente. Así mismo, se identificaron las maloclusiones clase I (85.6%) y clase II (44.8%). **Conclusiones:** la maloclusión clase I y II se encontró mayormente en niños con respiración bucal, onicofagia y bruxismo. La mordida abierta anterior en pacientes con respiración bucal y mordida profunda en niños con bruxismo.

Palabras clave: hábitos bucales deformantes, maloclusión, pacientes pediátricos.

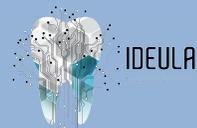


ORAL HABITS IN PEDIATRIC PATIENTS WITH MALOCCLUSION WHO ATTENDED TO THE SANTA ELENA DENTAL MODULE OF THE FOULA

ABSTRACT

Introduction: Deforming oral habits (DOH) are habits adopted in the oral cavity, of constant action and that an individual performs consciously and unconsciously, originating a mechanical action that directly affects the structures of the stomatognathic system. As a consequence of adopting this type of behavior, there is malocclusion, which is a deviation from normal occlusion in the jaws and teeth. **Objective:** to determine the frequency of DOH in pediatric patients previously diagnosed with malocclusion who attend the Santa Elena dental module of FOULA. **Materials and Methods:** non-experimental descriptive study. We randomly selected 189 medical records of pediatric patients aged between 4 and 11 years. The data collection was done using a matrix of categories. The data were stored and processed using the statistical package SPSS v.15. **Results:** the most frequent habits were: mouth breathing, onychophagia, bruxism and digital suction respectively. Likewise, malocclusions class I (85.6%) and class II (44.8%) prevailed. **Conclusions:** Class I and II malocclusion was found mostly in children with mouth breathing, onychophagia and bruxism. The anterior open bite in patients with mouth breathing and deep bite in children with bruxism

Key words: deforming oral habits, malocclusion, pediatric patients



INTRODUCCIÓN

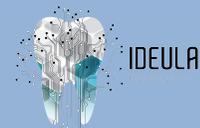
Los hábitos bucales deformantes (HBD) son costumbres o conductas adoptadas en la cavidad bucal, de accionar constante y que un individuo realiza de forma consciente e inconsciente, originando una acción mecánica que afecta directamente en las estructuras del sistema estomatognático. Estos son causantes de deformaciones óseas y modificaciones en la posición dental o en el crecimiento, perturbando de esta manera las funciones morfológicas y la fisiología bucal^{1,2,3}.

Además de ser uno de los factores principales en la etiología de las maloclusiones, se relacionan con la aparición de un desequilibrio entre las fuerzas musculares, originando una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito³. Estos hábitos han sido asociados principalmente como uno de los agentes etiológicos más comunes en la ocurrencia de mordida abierta anterior, y es más común en niños de 3 años que persisten en un hábito de succión⁴.

Existen diversas formas para clasificar los hábitos bucales, dentro de estas se encuentran:

- a) **Hábitos bucales parafuncionales:** succión digital, labial, lingual y de chupón, respiración bucal, mordedura del labio y carrillo, mordedura de objetos, apretamiento dentario o bruxismo, protrusión lingual, onicofagia, empuje lingual, deglución atípica, pérdida de las piezas dentarias y factores como la alimentación (mediante el uso de biberón)^{1,5,6}.
- b) **Hábitos vitales:** succión, respiración y deglución^{1,5,6}.
- c) **Hábitos desde el punto de vista etiológico:** instintivos, placenteros, defensivos, hereditarios, adquiridos e imitativos^{1,5,6}.

De acuerdo a esta clasificación, existe una predisposición mayor de ciertos hábitos sobre otros en cuanto a su incidencia en la población. Siendo más frecuentes los siguientes: respiración bucal, onicofagia, bruxismo y succión digital.



La respiración bucal ocurre principalmente durante el sueño⁷. Una respiración oral puede aparecer como consecuencia de la reducción en el paso aéreo de la nariz o de la nasofaringe por circunstancias de tipo mecánico o alérgico. Pero en muchos respiradores bucales no se encuentra una obstrucción de tipo mecánico. Un patrón respiratorio alterado puede modificar la postura de la cabeza, maxilares y lengua, alterando el equilibrio de las presiones que actúan sobre los maxilares y dientes, proceso que influirá en el crecimiento y la posición de las piezas dentarias^{8, 9, 10}.

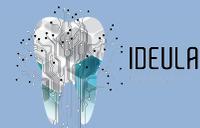
La onicofagia hace referencia al hábito de morderse las uñas. Este es un hábito común y se observa tanto en niños como en adultos. Se caracteriza por lesiones repetidas. Es de tipo autodestructivo y agresivo. Se observa en edades entre los 4 y 6 años; se estabiliza entre los 7 y 10 años; aumenta considerablemente durante la adolescencia; la incidencia se reduce cuando aumenta la edad¹¹.

El bruxismo se define como el contacto forzado habitual no funcional entre las superficies dentales oclusales, donde se

evidencia que su presencia puede estar dada por el estrés emocional¹². Es un hábito que se considera nocturno y puede ir acompañado de dolor de los músculos de la masticación, cefaleas, problemas de la articulación, mordeduras en los carrillos. Convirtiéndose en un problema multifactorial¹³.

La succión digital ocurre en el 89% de los niños con desarrollo normal después de dos horas de nacido y generalmente en casi todos los niños durante el primer año de vida, ya que se relaciona con necesidades fisiológicas del mismo. Esta conducta se convierte en un hábito negativo cuando persiste después de los 3 años edad, se vuelve severo o crónico y es capaz de causar daños o cuando interfiere en el desarrollo físico, social o cognoscitivo¹⁴.

Teniendo en cuenta que los hábitos bucales son patrones adquiridos de contracción muscular de naturaleza muy compleja y que en presencia de hábitos anómalos pueden interferir con el patrón regular del crecimiento facial, cabe destacar que los mismos están asociados con la etiología de las maloclusiones⁵. Además de que las maloclusiones y la presencia de HBD han



sido objeto de estudio en numerosas investigaciones, es de suma importancia definir en un principio los conceptos básicos de las maloclusiones.

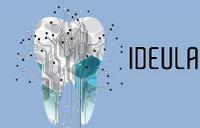
La maloclusión es una desviación de la oclusión normal en los maxilares o en la relación intermaxilar y de los dientes, que puede estar acompañada con otras deformaciones dentofaciales. Expresándose como un problema en el alineamiento de los dientes con alteración del crecimiento óseo del maxilar o mandíbula, que como consecuencia conllevará a un incorrecto funcionamiento en el aparato estomatognático, afectando no solamente al componente óseo de los maxilares, huesos adyacentes y tejidos duros de las piezas dentarias de la cavidad oral, sino además a cada uno de los tejidos blandos y especializados que se encuentran en esa región, como las encías, músculos, y periodonto¹⁵.

Con base en estudios realizados, se ha determinado la existencia de distintas clasificaciones para las maloclusiones, siendo mayormente utilizado el sistema de Angle, por

ser un método aceptado ampliamente. El cual consta de la siguiente clasificación:

- a) **Clase I (Neutroclusión):** cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior (posición de máxima intercuspidadación)^{1, 15}.
- b) **Clase II (Distoclusión):** cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por delante de la cúspide mesiovestibular del primer molar inferior^{1, 15}.
- c) **Clase III (Mesioclusión):** cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por detrás de la cúspide distovestibular del primer molar inferior^{1, 15}.

Las causas que conllevan a maloclusiones son consideradas de origen multifactorial, ya que en ellas intervienen dos componentes los cuales son la predisposición genética, que se refiere a los genes que dictan la herencia de una maloclusión y los factores exógenos o ambientales tal es el caso de los HBD, capaces



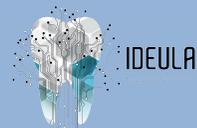
de condicionar una maloclusión durante el desarrollo craneofacial^{11, 15, 16}. Considerada por la OMS como el tercer problema de salud pública en la escala de prioridades de los problemas de salud bucal, solo superadas por las caries y la enfermedad periodontal. Tiene la característica de empezar a desarrollarse desde temprana edad. No obstante, hay casos en los que se puede presentar en la etapa de juventud o en la adultez¹⁵.

Es muy común en los niños y con diferentes grados de prevalencia según los grupos de edad. Diversos estudios han demostrado que a los 3 años de edad la prevalencia de maloclusiones es muy alta con un porcentaje del 70 a 82,5%. Las condiciones más comunes que se han registrado entre los niños de edad preescolar son la mordida abierta anterior, resalte excesivo, las maloclusiones de clase tipo II, y la mordida cruzada posterior. Siendo la mordida abierta anterior y la mordida cruzada posterior las formas más prevalentes de maloclusión en la dentición primaria¹⁷.

Los estudios han indicado que cuando se detienen los HBD se puede producir la

resolución espontánea de la mordida abierta anterior¹⁸. Es de gran importancia la realización de estudios epidemiológicos sobre la salud oral y la prevalencia de la maloclusión en una determinada región, puesto que proporcionan datos importantes que permiten planificar las medidas necesarias para reducir la incidencia de factores desfavorables, además de interceptar los problemas esqueléticos a una edad adecuada¹⁹.

Considerando que los HBD son una parafunción que se asocia con la predisposición en la etiología de la maloclusión y que, a su vez esta representa a nivel mundial uno de los problemas de salud bucodental con mayor prevalencia en niños y jóvenes, además de no contar con estudios que hayan recopilado información sobre la presencia de maloclusión y HBD en los últimos años en las consultas odontopediátricas de la región, así como en los entes gubernamentales de la salud encargados de llevar registros estadísticos epidemiológicos. Es de gran importancia registrar datos actualizados que den información sobre la presencia de los HBD con o sin maloclusión, orientando a los estudiantes, odontólogos y a la



comunidad científica en busca de mejorar los métodos de prevención disminuyendo la presencia de los HBD y por consiguiente la aparición de maloclusiones.

En tal sentido, la presente investigación tiene por objetivo determinar la frecuencia de los HBD en pacientes pediátricos previamente diagnosticados con maloclusión que asisten al módulo odontológico de Santa Elena de la FOULA, correspondiente a los años 2007-2017.

MATERIALES Y MÉTODOS

Descripción del estudio

Se realizó un estudio descriptivo no experimental, fundamentado en la información encontrada en las historias clínicas de los pacientes pediátricos que acudieron desde los años 2007-2017 a la consulta de odontopediatría del módulo odontológico de Santa Elena adscrito a la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes FOULA.

Descripción de la población y muestra

La muestra estudiada abarcó un total de 189 historias clínicas de pacientes pediátricos. La población que se tomó en cuenta para la

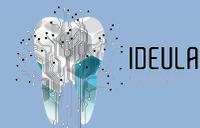
investigación corresponde a los habitantes de la ciudad de Mérida-Estado Mérida, Venezuela.

El único criterio de exclusión fue las historias clínicas de pacientes pediátricos con la presencia de determinados síndromes que asistieron al módulo, ya que éstos cursan en la mayoría de veces con hábitos asociados.

Técnica y recolección de datos

Se realizó una revisión documental de las historias clínicas y posterior a ello se procedió a la recolección de los datos, cuyo instrumento empleado corresponde a una matriz de categorías de datos donde se incluían todas las variables requeridas en la investigación. Esto con la finalidad de obtener la información organizada adecuadamente, de tal forma que pueda ser analizada de manera sencilla y eficiente, garantizando no incurrir por parte de los investigadores en errores en la recolección de la información.

Se revisaron y estudiaron las historias clínicas de los pacientes, de las cuales se seleccionaron 189 historias, compilando los datos



correspondientes a: género, edad, tipos de HBD y tipos de maloclusión.

Análisis de datos

Los datos fueron almacenados y procesados, realizándose el análisis estadístico descriptivo mediante el paquete estadístico SPSS para Windows versión 15. Se calculó la prevalencia de los HBD sobre el total de la muestra de pacientes pediátricos que presentan algún tipo de maloclusión registrados en esta investigación. Expresando los resultados obtenidos en el análisis numéricamente y en porcentajes totales.

Los datos obtenidos son de tipo categóricos nominales. Para la presentación de esos datos en

la investigación se empleó tabla de frecuencias y gráficos. Se escogió la misma por ser el modo más simple de presentar datos categóricos donde se indica el número de observaciones que caen en cada una de las variables.

RESULTADOS

La presentación de los resultados de las variables: HBD, género, edad, tipo de maloclusión y mordida se da en tablas de frecuencia y gráficos. Se seleccionó una muestra de 189 historias clínicas de pacientes pediátricos, con una media de 7.67 años de edad. De las cuales 92 corresponden al género femenino (48.7%) y 97 al género masculino (51.3%) (Tabla 1).

Tabla N° 1. Distribución porcentual de la muestra tomada según el tipo de hábito y el género.

| Hábito oral deformante | Total | Con hábito | Género | | Sin el hábito |
|---------------------------------|-------|------------|--------|----|---------------|
| | | | F | M | |
| Mordedura de labios y carrillos | 189 | 1 | 1 | | 188 |
| Mordedura de objetos | 189 | 4 | 3 | 1 | 185 |
| Succión de biberón | 189 | 13 | 7 | 6 | 176 |
| Interposición labial | 189 | 14 | 5 | 9 | 175 |
| Empuje lingual | 189 | 21 | 8 | 13 | 168 |
| Succión digital | 189 | 24 | 15 | 9 | 165 |
| Bruxismo | 189 | 45 | 21 | 24 | 144 |
| Onicofagia | 189 | 58 | 31 | 27 | 131 |
| Respiración bucal | 189 | 77 | 33 | 44 | 112 |

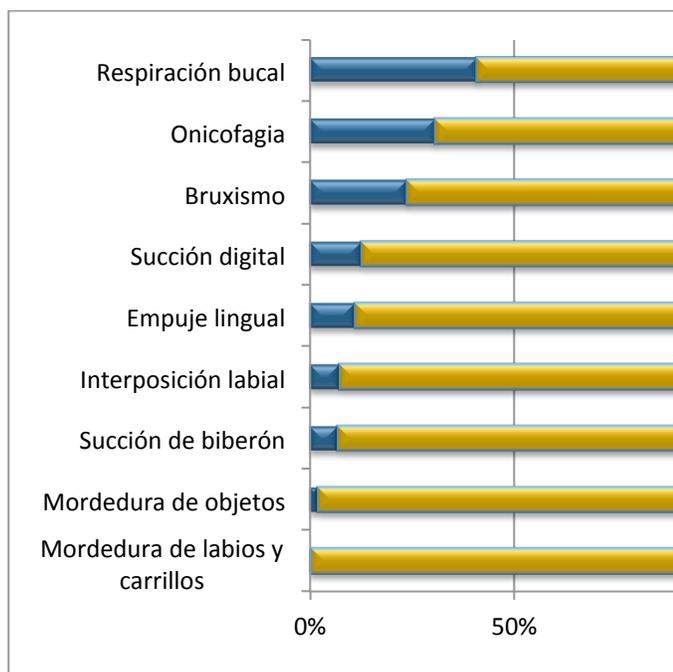


Gráfico N° 1. Prevalencia de HBD según el porcentaje y género.

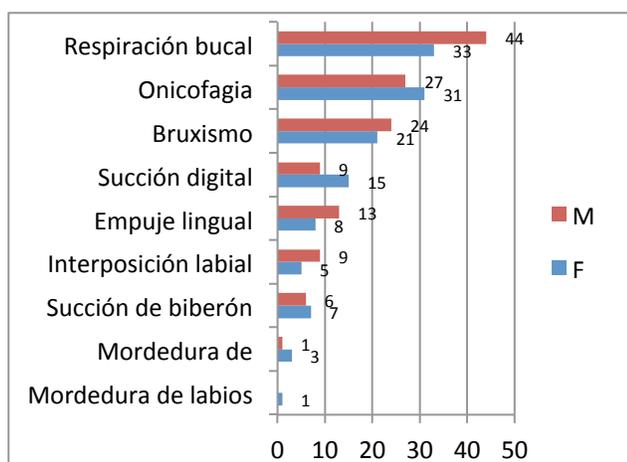


Gráfico N° 2. Distribución porcentual de la muestra tomada según el tipo de hábito y el género

La tabla N° 1 y gráficos N° 1 y 2 reflejan que los hábitos más frecuentes fueron: respiración

bucal, onicofagia, bruxismo y succión digital respectivamente, con predominio por el género femenino (onicofagia y succión digital) y por el género masculino (respiración bucal y bruxismo).

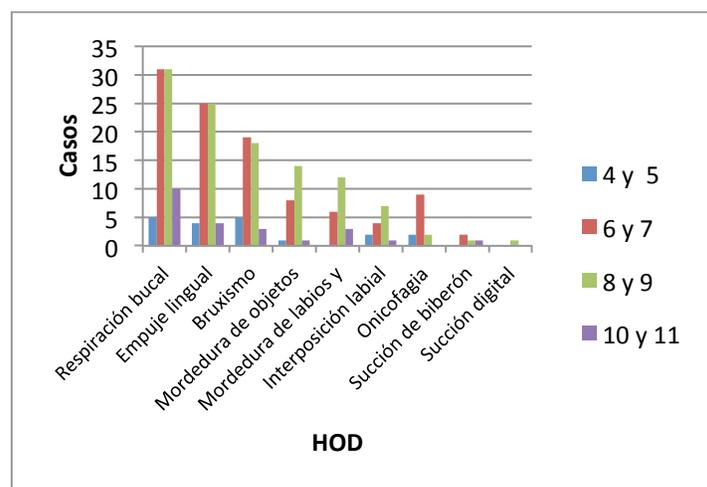


Gráfico N° 3. Distribución porcentual de la muestra tomada según el tipo de hábito y la edad.

En el gráfico N° 3 se evidencia que los hábitos: respiración bucal, onicofagia y bruxismo están presentes con mayor frecuencia entre las edades de los 7, 8 y 9 años. Por otro lado, el hábito de succión digital se encontró mayormente a la edad de los 8 años.

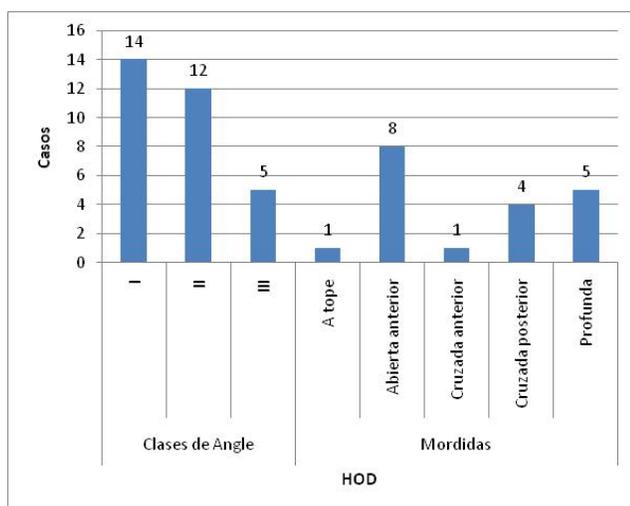


Gráfico N° 4. Distribución porcentual de la muestra tomada según el hábito de succión digital, tipo de maloclusión y mordida.

En el gráfico N° 4, en los pacientes con hábito de succión digital, un grupo considerable presentan maloclusiones de tipo I y II, al igual que mordida abierta anterior.

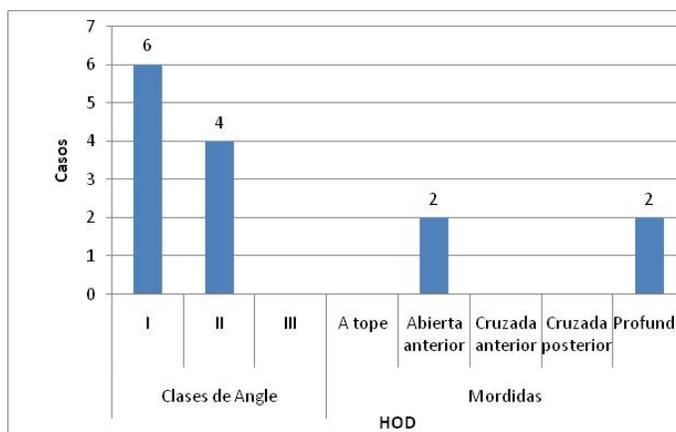


Gráfico N° 5. Distribución porcentual de la muestra tomada según el hábito de succión de biberón, tipo de maloclusión y mordida.

En el gráfico N° 5 se evidenció la presencia de maloclusiones de tipo I en la mayoría de los pacientes con hábito de succión de biberón.

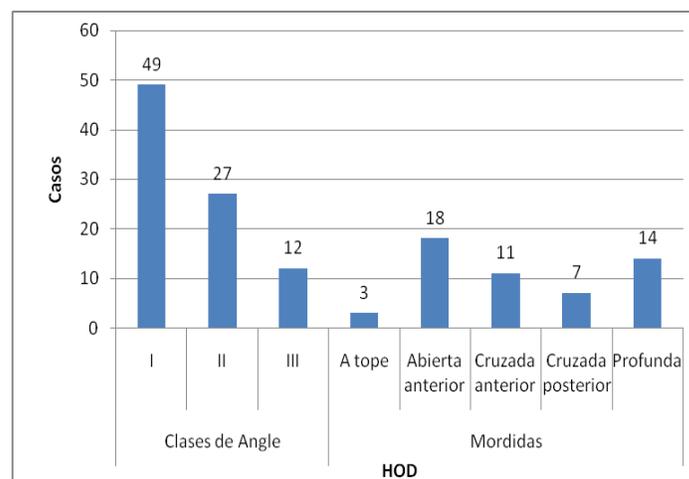


Gráfico N° 6. Distribución porcentual de la muestra tomada según el hábito de respiración bucal, tipo de maloclusión y mordida.

El gráfico N° 6 muestra un predominio de maloclusiones de tipo I y II, así como de mordida abierta anterior en pacientes con hábito de respiración bucal.

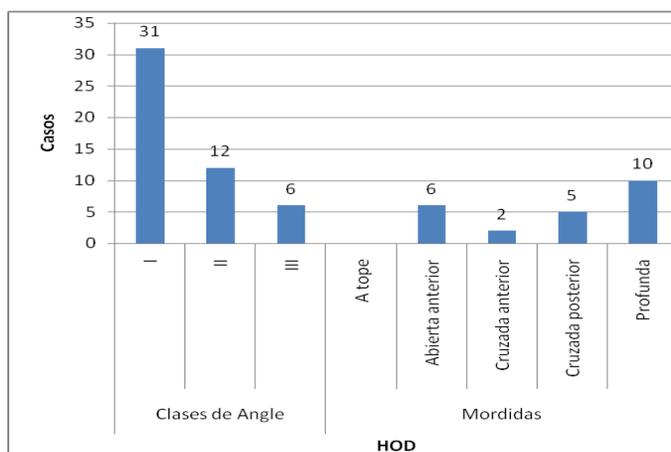


Gráfico N° 7. Distribución porcentual de la muestra tomada según el hábito de bruxismo, tipo de maloclusión y mordida.

En el gráfico N° 7 se evidencia un porcentaje significativo de maloclusiones de tipo I y mordida profunda en pacientes con presencia de bruxismo.

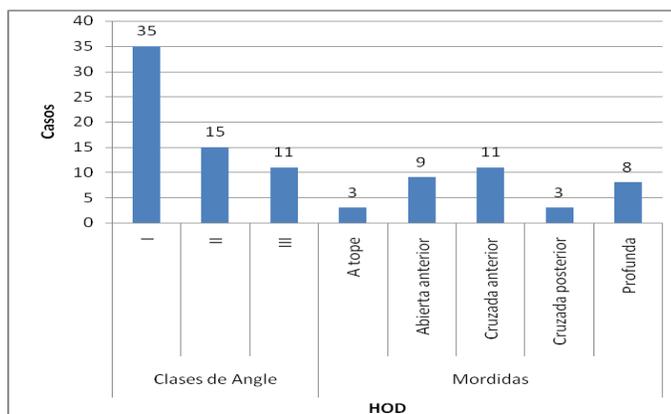


Gráfico N° 8. Distribución porcentual de la muestra tomada según el hábito de onicofagia, tipo de maloclusión y mordida.

En el gráfico N° 8 se observa que, en la muestra de los pacientes con el hábito de onicofagia, existe un alto porcentaje que presentan maloclusiones de tipo I.

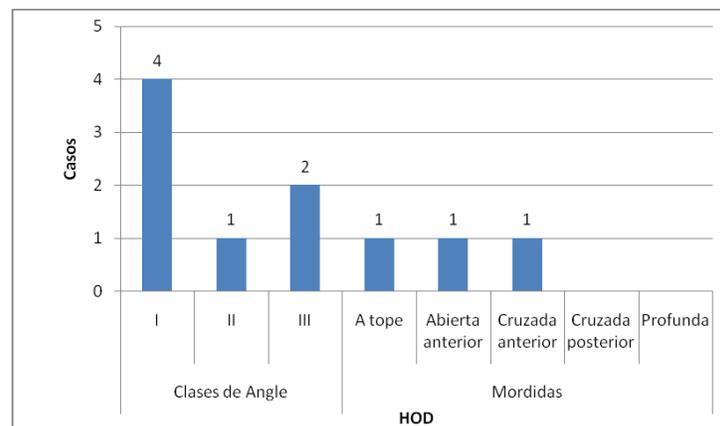


Gráfico N° 9. Distribución porcentual de la muestra tomada según el hábito de mordedura de objetos, tipo de maloclusión y mordida.

En el gráfico N° 9 se notó que no existe diferencia significativa entre el hábito de mordedura de objetos y tipos de maloclusiones y mordidas.

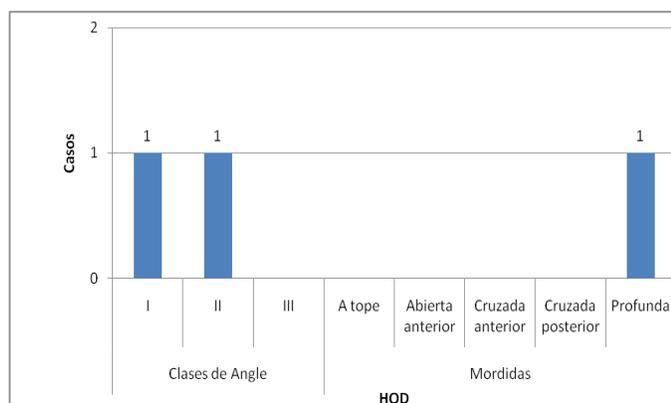


Gráfico N° 10. Distribución porcentual de la muestra tomada según los hábitos: mordedura de labios y carrillos.

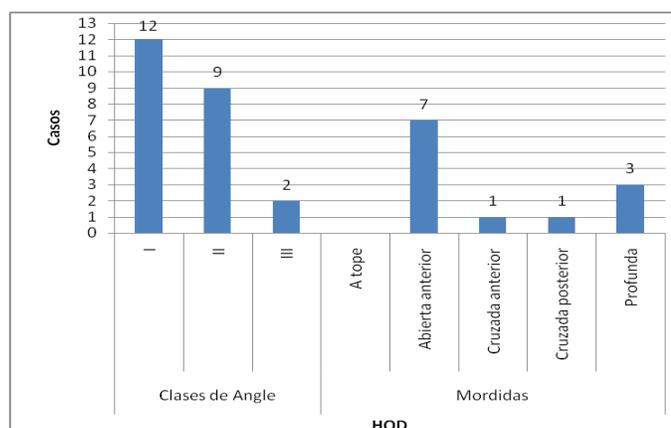


Gráfico N° 11. Distribución porcentual de la muestra tomada según los hábitos: Empuje lingual.

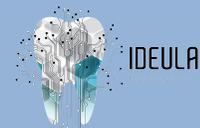
En los gráficos N° 10 y 11 se puede observar que en la muestra de los pacientes con los hábitos: empuje lingual e interposición labial, existe la presencia de maloclusiones de tipo I en un gran número de los mismos. Así mismo, se evidencia que no existe diferencia significativa

en cuanto al hábito de mordedura de labios y carrillos con respecto a los tipos de maloclusiones y mordidas.

DISCUSIÓN

Los HBD representan acciones mecánicas que causan alteración en el sistema estomatognático, asociados como uno de los factores etiológicos en la aparición de la maloclusion, siendo más perjudiciales en la infancia y edades juveniles. Es por esto que el objetivo de esta investigación se fundamentó en determinar la frecuencia de los HBD en pacientes pediátricos previamente diagnosticados con maloclusión que asisten al módulo odontológico de Santa Elena de la FOULA, correspondiente a los años 2007-2017.

De un total de 189 historias clínicas estudiadas de pacientes pediátricos, donde 92 son niñas y 97 son niños, se encontró que el hábito más frecuente en la población estudiada corresponde a la respiración bucal con total de 77 casos reportados, Seguido de onicofagia con 58 casos, Bruxismo con 45 casos, Succión digital con 24 casos.



Según el estudio de Kristina, Atanas, Egle y colaboradores, Encontraron que el hábito de respiración bucal era la condición más prevalente (10.1%) con un posible efecto negativo potencial sobre la oclusión¹⁷. Existiendo una similitud con nuestra investigación donde se observó que 77 (40,70%) niños registrados padecían de este hábito, siendo de igual forma el más frecuente.

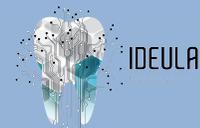
Se demostró que la edad donde están más presentes los HBD de respiración bucal, onicofagia y bruxismo es a los 7 años. Existiendo una discrepancia entre succión digital y empuje lingual cuyas edades de mayor prevalencia fueron: para la succión digital 8 años. Mientras que para empuje lingual fue de 9 años.

En relación al género se observó que las niñas presentaban mayor prevalencia en cuanto a los HBD de onicofagia y succión digital, siendo diferentes para los niños donde los HBD más presentes fueron respiración bucal y bruxismo. De tal forma que en esta investigación se observó que el hábito de la respiración bucal

afecta más a los niños y el hábito de la onicofagia a las niñas siendo los dos hábitos más registrados en las historias.

En estudio realizado por los autores Laura M, Arcelia M, y colaboradores, encontraron que los hábitos con mayor prevalencia en una muestra de niños de 6 a 11 años eran: empuje lingual 66.2%, succión labial 49.3% y onicofagia 41.9%²⁸. Existiendo una discrepancia con nuestro estudio donde los hábitos más frecuentes fueron respiración bucal, bruxismo y onicofagia.

Con respecto a las maloclusiones en un estudio realizado por 1. Morán V, Zamora O demuestran que en un porcentaje considerable la Clase I (49.0%) de la clasificación de Angle, es la más frecuente¹. Existiendo similitud con nuestros hallazgos donde de la misma forma la clase I de Angle fue la más frecuente. Sin embargo, encontraron hábitos bucales, siendo el más relevante la succión digital con un 39.6%, seguida del respirador naso-bucal (IRN) con un 24.5% y la deglución atípica con 24.5%¹. Existiendo una discrepancia con nuestra



investigación puesto que no son los hábitos más representativos en nuestro estudio.

Paredes V, Paredes C. encontraron que la mordida abierta y la compresión maxilar son las alteraciones que más se presentan⁶. Nuestra investigación registró similitud con dichos resultados, sin embargo, además de que la mordida abierta fue la más frecuente también hubo una alta incidencia en mordida profunda. Cabe destacar que ambas alteraciones se presentan en niveles diferentes según el HBD, siendo para la mordida abierta la respiración bucal el hábito con mayor asociación. En el caso de la mordida profunda igualmente estuvo asociada mayormente con respiración bucal y bruxismo.

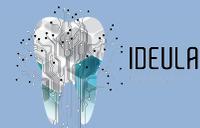
Cabe destacar que esta investigación tuvo la limitación de no poder acceder a todas las historias clínicas manejadas por el módulo odontológico, puesto que no se permitió el acceso a las historias clínicas cuyos pacientes no estaban dados de alta.

La frecuencia de los hábitos bucales acompañado con una alta presencia de maloclusión demuestra la existencia de una posible relación entre las alteraciones oclusales y los HBD sin ser exclusivo de estos. Puesto que en otras investigaciones se han encontrado ciertos porcentajes (38%) en los que alteraciones como los resaltes, las mordidas abiertas y las compresiones maxilares se presentaron en niños que carecían de la presencia de hábitos bucales anómalos⁶.

Sin embargo, la detención y eliminación de los HBD en la población pediátrica está asociada a un aumento significativo en el éxito del tratamiento de las maloclusiones, así como a una disminución en su aparición y frecuencia.

CONCLUSIONES

Los HBD han sido identificados como acciones voluntarias e involuntarias que participan en la patogénesis de la maloclusión al producir alteraciones en el sistema estomatognático. En este estudio la presencia de HBD en pacientes pediátricos con edades comprendidas entre los 4 y 11 años fue elevada, se encontró que los hábitos con mayor

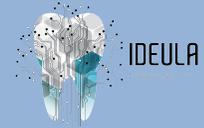


prevalencia fueron: respiración bucal, onicofagia, bruxismo y succión digital respectivamente, asociados principalmente a mordida clase I (85.6%), y maloclusiones clase II (44.8%) y clase III (21.2%) con presencia de mordida abierta anterior y mordida profunda. Además de que se observó que el hábito de respiración bucal es más frecuente en niños, por su contraparte se encontró que el hábito de onicofagia afecta más a las niñas.

RECOMENDACIONES

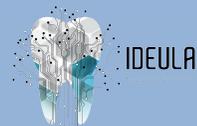
- 1- En esta investigación no se pudo acceder a la totalidad de las historias clínicas de los pacientes, por lo que recomendamos que para efectos de investigaciones futuras se hagan estudios con una muestra más amplia que abarque un número más grande de historias clínicas.
- 2- En ese mismo orden se recomienda aplicar estudios similares en otras regiones del país: municipios, ciudades y estados. Con la finalidad de observar la prevalencia de los HBD en cada región del territorio nacional.

- 3- En el desarrollo de la investigación, cuando se analizaron las historias clínicas, se observó un vacío de información puesto que no se incluían todos los HBD que se mencionaron en el estudio, siendo necesario la actualización de las historias clínicas utilizadas por la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes.
- 4- Se recomienda al Ministerio del Poder Popular para la Educación, Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria Ciencia y Tecnología y demás entes gubernamentales, instituciones de educación primaria y secundaria, así como centros de educación superior, a mejorar y garantizar la promoción de la salud oral basada en la prevención de los HBD por medio de una educación continua actualizada a través de congresos, charlas y clases, dirigidas principalmente a la orientación de los padres. De esta forma se podrá contribuir en la disminución de la prevalencia de



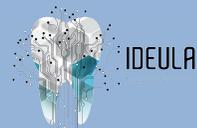
maloclusión en la población, en espacial la infantil.

- 5- Como sugerencia final se recomienda para futuras investigaciones abarcar una muestra con características diferentes como la edad, aplicar el estudio en una muestra que abarque personas adultas o de mayor edad.

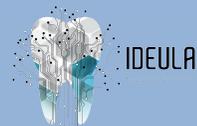


REFERENCIAS

1. Morán V, Zamora O. Tipos de Maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E.B.N Los Salias, ubicada en San Antonio de los Altos, Edo. Miranda, Venezuela. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. [Revista en línea] 2013 [Acceso 2017, Febrero 16]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art4.asp>
2. Zapata M, Lavado A, Anghelia S. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. *KIRU*. [Revista en línea] 2014 [Acceso 2017, Febrero 17]; 11(1). Disponible en: http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2014/kiru_v11/Kiru_v.11_Art.3.pdf
3. Morera A, Sexto N, Yanes B, Casanova A. Intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años. *Medisur*. [Revista en línea] 2016 [Acceso 2017, Febrero 15]; 14(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000200008
4. Ize-Iyamu I N, Isiekwe M C. Prevalence and factors associated with anterior open bite in 2 to 5 year old children in Benin city, Nigeria. *African Health Sciences*. [Revista en línea] 2012 [Acceso 2017, Febrero 18]; 12(4). Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/85075>
5. Arancibia P, Escalera M, Mangogna F, Mendoza C. Hábitos orales y su relación en la instalación de maloclusiones. Estudio de caso: análisis de dos casos clínicos en pacientes de 6 (seis) años de edad de la ciudad de Salta que presentan Respiración Bucal. Universidad Católica de Salta. [Tesis en internet] 2005 [Acceso 2017, Febrero 16]. Disponible en: <http://www.jmunozzy.org/files/NEE/Logopedia/miofuncional/habitos-orales.doc>
6. Paredes V, Paredes C. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. *An Pediatr*. [Revista en línea] 2005 [Acceso 2017, Febrero 24]; 62(3). Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Vanessa_Paredes/publication/246613258_Prevalencia_de_los_habitos_bucales_y_alteraciones_dentarias_en_escolares_valencianos/links/5723219408ae262228a8e6b3.pdf
7. Saliba S, Ísper A, Chaves A, Lolli L, Saliba O, Saliba C. Longitudinal study of habits leading to malocclusion development in childhood. *BMC Oral Health*. [Revista en línea] 2014 [Acceso 2017, Febrero 24]. Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-14-96>
8. Aguilar M, Villaizán C, Nieto I. Frecuencia de hábitos orales factor etiológico de maloclusión en población escolar. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. [Revista en línea] 2009 [Acceso 2017, Febrero 18]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-22/>



9. Sáenz A. Asociación de Hábitos Orales con Maloclusiones Dentomaxilares en Niños de Edad Preescolar. Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León. [Tesis en internet] 2011 [Acceso 2017, Marzo 01]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/2392/1/1080211199.pdf>
10. Prevención de la maloclusión. Arch.argent.pediatr. [Revista en línea] 2006 [Acceso 2017, Febrero 17]; 104(1). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752006000100014
11. Ocampo A, Johnson N, Lema M. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. Rev. Nac. Odontol. [Revista en línea] 2013 [Acceso, Febrero 19]. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/434>
12. Garde J, Suryavanshi R, Jawale B, Deshmukh V, Dadhe D, Suryavanshi M. An epidemiological study to know the prevalence of deleterious oral habits among 6 to 12 year old children. Journal of International Oral Health. [Revista en línea] 2014 [Acceso 2017, Febrero 24]; (6)1. Disponible en: http://ispcd.org/userfiles/rishabh/7_3.pdf
13. Hernández J, Soto L, Villavicencio J. Frecuencia de hábitos orales en escolares de 5 a 14 años en la ciudad de Santiago de Cali. Revista Estomatología. [Revista en línea] 2002 [Acceso, Febrero 19]; 10(1). Disponible en: <http://estomatologia.univalle.edu.co/index.php/estomatol/article/viewFile/164/163>
14. Páez Y, Reyes V, Pérez K, Gonzalez S. Hábito de succión digital en niños de escuelas primarias urbanas y una propuesta de intervención. Revista de Ciencias Médicas. [Revista en línea] 2015 [Acceso, Febrero 19]; 21(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/r-evciemedhab/cmh-2015/cmh1521.pdf>
15. Alvarez R, Buño G, Mesa M, Nalbarte L, Riaño M. Maloclusión en niños en edad escolar. Análisis de los factores de riesgo. Facultad de Odontología, Universidad de la República. Uruguay. [Tesis en internet] 2012 [Acceso 2017, Marzo 10]. Disponible en: http://www.iesta.edu.uy/wp-content/uploads/2014/05/libro_Malocclusion_en_edad_escolar.Pdf
16. Batista S, Oliveira T, De Lima F, Castro M, Pereira A. Association of breastfeeding, pacifier use, breathing pattern and malocclusions in preschoolers. Dental Press J. OrthBD. [Revista en línea] 2013 [Acceso 2017, Septiembre 30]; 18(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2176-94512013000100006&script=sci_arttext
17. Kasparaviciene K, Sidlauskas A, Zasciurinskiene E, Vasiliauskas A, Juodzbaly G, Sidlauskas M, et al. The Prevalence of Malocclusion and Oral Habits among 5–7-Year-Old Children. Med Sci Monit. [Revista en línea] 2014 [Acceso 2017, Febrero 16]; 20. Disponible en: http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC4215577/pdf/medscimoni_t-20-2036.pdf



18. Wagner Y, Heinrich R. Occlusal characteristics in 3-year-old children – results of a birth cohort study. *BMC Oral Health*. [Revista en línea] 2015 [Acceso 2017, Febrero 18]. Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-015-0080-0>
19. De Morais C, Zanin L, Degan V, Valdrighi H, Venezian G, Vedovello S. Malocclusion in schoolchildren aged 7-12 years old in Minas Gerais, Brazil. *Rev Gaúch Odontol*. [Revista en línea] 2016 [Acceso 2017, Febrero 18]; 64(2). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372016000200164
20. Silvestrini B, Salamone S, Agostino P, Ugolini A. Anterior open-bite and sucking habits in Italian preschool children. *Eur J Paediatr Dent*. [Revista en línea] 2016 [Acceso 2017, Febreo 21]; 17(1). Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Alessandro_Ugolini/publication/301231941_Anterior_open-bite_and_sucking_habits_in_Italian_preschool_children/links/570e548508aed4bec6fdd5f1.pdf
21. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. [Revista en Línea] 2011 [Acceso 2017, Febrero 16]. Disponible en: <http://files.fonortodoncia.webnode.cl/200000036-63c3164bdb/art5.pdf>
22. Carolina A, Crespo O, Da Silva. Factores de riesgo asociados a maloclusión en pacientes pediátricos. *Acta Odontológica Venezolana*. [Revista en Línea] 2010 [Acceso 2017, Febrero 18]; 48(2). Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Luzia_Da_silva2/publication/235986995_FACTORES_DE_RIESGO_ASOCIADOS_A_MALOCCLUSION_EN_PACIENTES_PEDIATRICOS/links/02e7e5153baf179bd3000000/FACTORES-DE-RIESGO-ASOCIADOS-A-MALOCCLUSION-EN-PACIENTES-PEDIATRICOS.pdf
23. Quintana M, Martínez B. Interferencias oclusales y su relación con las maloclusiones funcionales en niños con dentición mixta. *Revista Médica Electrónica*. [Revista en Línea] 2010 [Acceso 2017, Febrero 22]; 32(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v32n2/spu02210.pdf>
24. Suhani R, Suhani M, Muntean A, Mesaros M, Badea M. Deleterious oral habits in children with hearing impairment. *Clujul Medical*. [Revista en Línea] 2015 [Acceso 2017, Marzo 20]; 88(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4632903/pdf/cm-88-403.pdf>
25. Konstantynowicz J, Sierpinska T, Kaczmarek M, Piotrowska-Jastrzebska J, Golebiewska M. Dental Malocclusion Is Associated With Reduced Systemic Bone Mineral Density in Adolescents. *Journal of Clinical Densitometry*. [Revista en Línea] 2007 [Acceso 2017, Marzo 22]; 10(2). Disponibles en: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/42508343/Dental_malocclusion_is_associated_with



[r20160209-25430=1j0lk6b.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1522128215&Signature=AQUXfhEYsBIYZYRhuk6GohQ0d2w%3D&response-contentdisposition=inline%3B%20filename%3DDental_Malocclusion_Is_Associated_With_R.pdf](https://doi.org/10.53766/IDEULA/2019.01.01.01)

26. Cepero A, Ulloa M, Curbelo M, González R, Martín D. Factores de mayor riesgo para maloclusiones dentarias desde la dentición temporal. Revisión bibliográfica. High risk factors for dental malocclusions from temporary teething. Bibliographical review. MEDICIEGO. [Revista en Línea] 2010 [Acceso 2017, Marzo 20]; 16(1). Disponible en: <http://www.odontocat.com/odontocat/nouod2/pdf/article%20cita%20odt%2010.pdf>

27. Reyes D, Pérez I, Oliva L, Fernández M, Estrada H. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Deforming oral habits in 5-11 years children. MEDISAN. [Revista en Línea] 2014 [Acceso 2017, Marzo 20]; 18(5). Disponibles en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_5_14/san03514.pdf

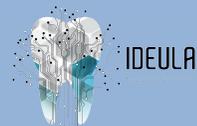
28. Oropeza L, Ocampo A, Sánchez R, López A. Prevalence of malocclusions associated with pernicious oral habits in a Mexican sample. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Revista Mexicana de Ortodoncia. [Revista en Línea] 2014 [Acceso 2017, Marzo 25]; 2(4). Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/967a/5c40d7d211a2630cc9c7c759f2259037a5d8.pdf>

29. Teixeira A, Antunes J, Noro L. Factors associated with malocclusion in youth in a municipality of Northeastern Brazil. REV BRAS EPIDEMIOL. [Revista en línea] 2016 [Acceso 2017, Mayo 15]; 19(3). Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/950c/f9b981bfd79a66b81afa47b931b2814f2b77.pdf>

30. Dođramacı, Esmá J., Giampiero R-F. Establishing the association between nonnutritive sucking behavior and malocclusions A systematic review and meta-analysis. The Journal of the American Dental Association. [Revista en línea] 2016 [Acceso 2017, Mayo 20]; 147(12). Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Esmá_Dogramacı2/publication/310613086_Establishing_the_association_between_nonnutritive_sucking_behavior_and_malocclusions_A_systematic_review_and_meta-analysis/links/59dc19930f7e9b1460fc3372/Establishing-the-association-between-nonnutritive-sucking-behavior-and-malocclusions-A-systematic-review-and-meta-analysis.pdf

31. Glaser K, Morales A, Giancomeli G, Gomez C. Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-Analysis. Acta Paediatrica . [Revista en línea] 2015 [Acceso 2017, Mayo 18]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/apa.13103>

32. León A, Carvajal Y, Pérez N, Rodríguez O. Hábitos bucales deformantes y su posible influencia sobre el plano poslácteo en niños con dentición temporal. Mediciego. [Revista en línea] 2014 [Acceso



2017, Mayo 21]; 20(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2014/mdcs141h.pdf>

33. Arocha A, Aranda M, Pérez Y, Granados A. Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. *MediSan*. [Revista en línea] 2016 [Acceso 2017, febrero 21]; 20(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400002

34. Freitas L, Abreu B, Freitas H, Pozzobon A, Costa C, Cohelo C. Impact of Malocclusion on the Quality of Life of Brazilian Adolescents: A Population-Based Study. *PloS one*. [Revista en línea] 2016 [Acceso 2017, febrero 10]; 11(9). Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0162715&type=printable>

35. Gallego L, Miegimolle M. Oclusión infantil. ¿Qué tratar? ¿Cuándo tratar? ¿Cómo tratar?. *ODOUS científica*. [Revista en línea] [Acceso 2017, Febrero 14]. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/v5n2/v-2-6.pdf>

36. Varas F, Gil G, Izquierdo G. Prevalencia de hábitos orales infantiles y su influencia en la dentición temporal. *Pediatría Atención Primaria*. [Revista en línea] 2012 [Acceso 2017, Enero 21]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v14n53/original1.pdf>

37. Álvarez L, Oropeza P, Pérez H. Trastornos del habla asociados a maloclusión dental en pacientes pediátricos. *TRABAJO*. [Revista en línea] 2005 [Acceso 2017, Abril 3]; 9(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2005/uo051d.pdf>

38. Grippaudo C, Paolantonio E, Antonini G, Saulle R, La Torre G, Deli R. Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion. *Acta Otorhinolaryngologica*. [Revista en línea] 2016 [Acceso 2017, marzo 10]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5225794/pdf/0392-100X-36-386.pdf>

39. Muller R, Piñeiro S. Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. *Revista Médica Clínica Las Condes*. [Revista en línea] 2014 [Acceso 2017, Mayo 11]; 25(2). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700501>

40. Fagundes M, Silveira R, Oliveira M, Eleuterio A, Marcopito L. Severity of malocclusion in adolescents: populational-based study in the north of Minas Gerais, Brazil. *Rev Saúde Pública*. [Revista en línea] 2016 [Acceso 2017, Marzo 20]; 50(11). Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v50/0034-8910-rsp-S1518-87872016050005861.pdf

INFORMACIÓN QUE POSEEN LOS ODONTÓLOGOS SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Rangel, Cruz ¹(mayr0210@gmail.com); Villamizar, Mariajosé ¹(elado1326@gmail.com); Yáñez, María ¹; Cloquell, Damián ² (cloquellale@gmail.com)
1 Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela
2 Profesor del Departamento de Investigación. Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela

Autor de contacto: Mariajosé Villamizar
e-mail: elado1326@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Rangel C, Villamizar M, Yáñez M, Cloquell D. Información que poseen los odontólogos sobre el manejo de pacientes con Trastorno del Espectro Autista. *IDEULA*. 2019;(1): 33-54. <https://doi.org/10.53766/IDEULA/2019.01.01.02>

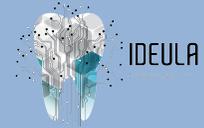
APA: Rangel, C., Villamizar, M., Yáñez, M., y Cloquell, D. (2019). Información que poseen los odontólogos sobre el manejo de pacientes con Trastorno del Espectro Autista. *IDEULA*, (1), 33-54. <https://doi.org/10.53766/IDEULA/2019.01.01.02>

Recibido: 20/7/2018 **Aceptado:**20/5/2019

RESUMEN

Introducción: El autismo es una diversidad funcional de etiología incierta, hoy en día se considera un conjunto de desórdenes al que se denomina Trastorno del Espectro Autista (TEA), que se caracteriza por un deterioro del desenvolvimiento social, afectivo y de comunicación, pudiendo generar complicaciones al momento del tratamiento odontológico. Por lo tanto, se hace necesario describir la información que poseen los odontólogos sobre el manejo de pacientes con Trastornos del Espectro Autista en centros de atención pública y mixta del Municipio Libertador en Mérida, edo. Mérida. **Metodología:** Investigación de campo de tipo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 45 odontólogos de servicios públicos y mixtos, a quienes se les aplicó un cuestionario en enero de 2018. Los datos se analizaron con SPSS versión 15.0, realizando análisis descriptivos. **Resultados:** Solo 20 odontólogos respondieron el cuestionario, sus edades comprendían entre 27-60 años, de los cuales 17 pertenecían al género femenino y 3 al género masculino. Se determinó que a pesar de que han atendido a pacientes TEA, poseen poca información sobre del manejo de estos. **Conclusiones:** Existe desinformación y falta de unificación de criterios sobre el manejo de pacientes con TEA en los encuestados.

Palabras clave: Manejo odontológico, Trastornos del Espectro Autista, Odontología.

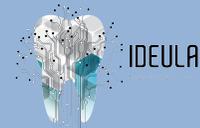


INFORMATION THAT DENTISTS POSSESS ABOUT THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

ABSTRACT

Introduction: Autism is a functional diversity of uncertain etiology, nowadays it is considered a whole of disorders called Autism Spectrum Disorder (ASD), which is characterized by the deterioration of social, affective and communication development, being able to cause complications at the time of dental treatment. Therefore, it is necessary to describe the information that dentists possess about the management of patients with Autism Spectrum Disorders in public and mixed care centers of the Libertador Municipality in Mérida, Edo. Merida **Methodology:** Field research of descriptive type. The sample consisted of 45 public and mixed services dentists, to whom a questionnaire was applied in January 2018. The data was analyzed with SPSS version 15.0, performing descriptive analyzes. **Results:** Only 20 dentists answered the questionnaire, their ages comprised between 27-60 years, of which 17 belonged to the female gender and 3 to the male gender. It was determined that although they have treated patients with ASD, they have little information about their management. **Conclusions:** There is disinformation and lack of unification of criteria on the management of patients with ASD in the respondents.

Keywords: Dental management, Autism Spectrum Disorders, Dentistry.



INTRODUCCIÓN

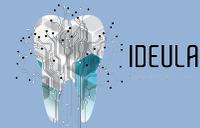
El autismo es una diversidad funcional¹⁻⁹ de etiología incierta¹⁰⁻¹⁷ que ocasiona deficiencias del crecimiento y sistema nervioso central¹². Hoy en día no es considerado un síndrome único, sino un conjunto de desórdenes del desarrollo al que se le denomina “Trastornos del espectro autista” (TEA), abarcando desde las formas más leves hasta los cuadros más severos^{11,18,19}.

La Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM-IV) y el manual internacional para el diagnóstico incorporan a este conjunto de TEA, desórdenes asociados que comparten signos y síntomas como el Autismo Clásico, Síndrome de Rett, Síndrome de Asperger, Trastorno Desintegrativo Infantil y Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado, también conocido como Autismo Atípico^{15-17,20}. Dichos trastornos se caracterizan por un grave deterioro del desenvolvimiento social, afectivo, capacidad de comunicación^{3,4,16,21}, limitaciones en cuanto a sus intereses y las actividades como patrones de comportamientos repetitivos o estereotipados, manifestándose éstas

dificultades como alteraciones cualitativas de mayor o menor intensidad^{10,12,19,22-24}.

Estudios realizados en el año 2003 por la Sociedad Americana de Autismo (ASA) afirman que los TEA aquejan a un promedio de 1 de cada 166 nacimientos, aunque se ha evidenciado un aumento en comparación al estudio hecho por el Centro para el Control y la Prevención (CDC) entre los años 2006 – 2009, con una incidencia de 1 en cada 110 niños en donde señalaron que el autismo es considerado como la discapacidad del desarrollo de mayor incremento^{6,11,25}.

De igual modo, dichos estudios señalaron que alrededor del 10% de los pacientes con TEA padecen un trastorno genético, metabólico o neurológico¹¹; en los que se ha observado una prevalencia del 12.5% de crisis convulsivas^{9,10,12,18,24} un promedio del 41% también presenta discapacidad intelectual, y cerca del 40% no desarrollan un lenguaje verbal¹¹. Se debe agregar que los TEA son más frecuentes en los niños que en las niñas en una proporción de 4 a 1^{2,5,7,13,20,26-32}, no siendo influenciados por las fronteras raciales, étnicas ni sociales. Así mismo, el ingreso económico, el



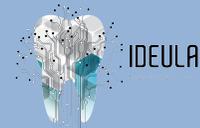
modo de vida y los niveles educativos de su núcleo familiar no afectan la probabilidad de aparición^{11,16,17,30}.

Los hallazgos encontrados en estudios realizados a su entorno familiar demuestran que el 69% de los pacientes con TEA a menudo son afectados significativamente por estímulos sensoriales, es por ello que responden atípicamente a estímulos visuales^{16,29,33,34}, auditivos^{17,34,35}, táctiles, olfativos o gustativos^{15,17,32,34}; el 58% de estos pacientes se distrajeron o presentaron inconvenientes en presencia de ruido continuo, el 24% cubrió los ojos para protegerlos de la luz y el 46% evita ciertos sabores, olores o alimentos, por lo que suelen presentar hipersensibilidad alrededor y en la cavidad bucal, dando lugar a respuestas extremas al tacto o a diferentes texturas y suelen sentirse incómodos al ser tocados por personas u objetos³⁶.

Los pacientes presentan patrones de comportamiento que desarrollan hábitos como respiración bucal, queilofagia^{29,30}, onicofagia, conductas autolesivas^{8,13,17,21,24} y a su vez ocasionan úlceras traumáticas por mordisqueo^{9,18,22}. Un rasgo de importancia es que no presentan anomalías dentales propias de

su condición^{9,14} siendo las enfermedades bucodentales de mayor prevalencia las caries^{13,16,17,21,22,24,37}, pérdida dental prematura, un alto índice de acumulación de la biopelícula, enfermedad periodontal^{13,16,17,24}, hábitos parafuncionales y mal oclusiones^{1,16,17,28,30,38}, producidas por un déficit en la higiene, dadas las limitaciones motrices y psicológicas que dificultan al paciente realizar un cepillado adecuado^{1,8,14,22,24,30,37-39}, también relacionados con los múltiples fármacos^{17,24,30} a consumir diariamente originando xerostomía e hiperplasia gingival^{5,17,24,27}. Simultáneamente, su dieta suele ser blanda y pegajosa^{1,13,22,24,38}, altamente cariogénica¹⁴ debido al impedimento para masticar o deglutir²⁷, sin olvidar la poca atención odontológica que estos reciben¹.

Acorde con esto último, existen ciertos factores que tienden a condicionar el servicio odontológico como: dificultades de comunicación del paciente, impedimentos cognitivos, dificultades de procesamiento sensorial^{14,22,23,30,36}, síntomas conductuales^{20,32,39}, como hiperactividad, poca atención, impulsividad, agitación y enojo^{17,40}. Es por ello, que los odontólogos indican que los problemas



de conducta son el mayor obstáculo al tratar a los pacientes con dicha discapacidad^{38,39}.

En el manejo de estos pacientes, suelen aplicarse procedimientos especiales^{14,17,34} para tratamientos que requieren un elevado grado de cooperación, como técnicas de restricción física y control conductual^{21,32,34,41}, administración de sedantes o anestesia general^{2,5,7,14,17,20-22,31}. Su uso debe realizarse conociendo la importancia de la valoración previa individualizada de cada paciente y en la necesidad de aplicar criterios de selección adecuados que eviten su utilización de forma errónea^{13,17,32,34,41,42}.

Haciendo referencia a la tasa de nacimiento de individuos con TEA antes mencionada, aumentan las probabilidades de asistencia en los centros de atención odontológica. En Venezuela no se disponen de estadísticas formales acerca de éstos trastornos. Sin embargo, se presume que la incidencia de éstos, dadas sus características, se comportan en nuestro país de acuerdo a los patrones encontrados en investigaciones en otras naciones¹¹. Dada la complejidad al momento de brindar servicio a dichos pacientes a causa del difícil manejo

psicológico, a la ausencia de tratamientos odontológicos⁴³ y las posibles complicaciones que podrían surgir durante el mismo, el profesional se puede ver limitado. Es por ello, que deberá ser parte de un equipo multidisciplinario encargado de brindar una mejor atención en todos los ámbitos requeridos por el paciente^{5,13,14,18,30,44}. Por tal razón, es de gran importancia conocer los lineamientos básicos de conducta y comportamiento en lo que se refiere a los TEA^{30,45,46}.

De acuerdo a la literatura consultada, no se hallaron trabajos de investigación asociados a la ciudad de Mérida-Venezuela que determinen si el odontólogo posee los conocimientos y capacitación para atender a estos pacientes⁴⁷, siendo evidente un vacío en esta área. La situación socioeconómica que afecta al país, limita a sus ciudadanos a cubrir las necesidades de salud disminuyendo la afluencia a consultas privadas, conllevando a un aumento en la asistencia a los centros de atención pública y mixta del Estado. Aunado a esto, la dificultad de encontrar un odontólogo capacitado para brindar una adecuada atención³⁶ en estos centros. Por lo tanto, se hace necesario describir la información que poseen los odontólogos sobre el manejo de



pacientes con Trastornos del Espectro Autista en centros de atención pública y mixta del Municipio Libertador en Mérida, edo. Mérida.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación de campo de tipo descriptivo en la cual la muestra estuvo constituida por 45 profesionales que laboraban en los servicios odontológicos públicos y mixtos seleccionados, los cuales formaban parte de 5 instituciones de atención médica del municipio Libertador en el estado Mérida, Venezuela. Siendo estas: Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes (CAMIULA), Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), Instituto de Previsión y Asistencia Social para el Personal del Ministerio de Educación (IPASME), Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS) y el Ambulatorio El Llano.

La técnica de recolección de datos empleada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario auto-administrado compuesto por 8 preguntas mixtas que permitieron describir las variables de estudio planteadas en la investigación. Fue elaborada una prueba piloto para evaluar el grado de validez y confiabilidad del estudio. La

retroalimentación obtenida llevó a modificaciones en la estructura y redacción del cuestionario.

La encuesta se realizó en enero de 2018, se hizo entrega personal de los cuestionarios por parte de las investigadoras dando una breve explicación del objetivo del estudio. Se preservó la identidad de los encuestados, solicitando indicar únicamente el lugar laboral, género y edad.

Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 15.0 (SPSS Inc., Chicago, Il, USA) para Windows, donde se realizaron análisis descriptivos para obtener datos de frecuencia y porcentaje.

RESULTADOS

De las 45 personas incluidas en el estudio 20 respondieron el cuestionario puesto que 5 del IVSS y 1 de CAMIULA se negaron a contestar; por otro lado, debido a un plan de contingencia, 11 profesionales del IAHULA no se encontraron en el servicio durante el periodo de recolección de datos. Por último, 7 participantes del IPASME y 1 del Ambulatorio El Llano no estaban presentes en el servicio durante la aplicación del cuestionario. Las edades

promedio de los encuestados comprendían entre 27-60 años con mayor predominio de mujeres (85%).

La mayoría de los encuestados definió el TEA como un trastorno, en menor proporción manifestaron no saber definir dicha discapacidad, al igual que una pequeña parte de la muestra indicó que este era una enfermedad (gráfico 1). El 65% (13) de los participantes expresan que este trastorno afecta la conducta social, comunicación y el sistema nervioso, mientras que el 35% (7) restante no tiene conocimiento de lo que afecta a estos pacientes.

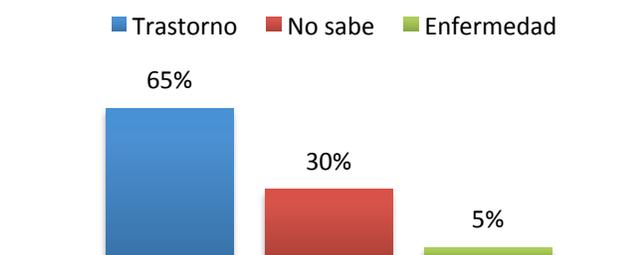


Gráfico N° 1: definición del TEA.

Así mismo, 35% (7) de los participantes respondieron no conocer las conductas que puede presentar este tipo de pacientes durante la consulta odontológica, un 15% (3) expresa que estos manifiestan cambios conductuales y emocionales, el 15% (3) hace referencia que

además de presentar cambios conductuales estos desarrollan un déficit de adaptación, seguido de un 10% (2) que solo presentan un déficit de adaptación y el 25% (5) restante menciona otras conductas que estos pacientes pueden presentar.

En la investigación se tomó en cuenta si los odontólogos han atendido a estos pacientes siendo evidenciado que, en su mayoría sí han interactuado con ellos. Sin embargo, un porcentaje menor de la muestra resaltó no saber si estuvo en presencia de personas con TEA. (gráfico 2).

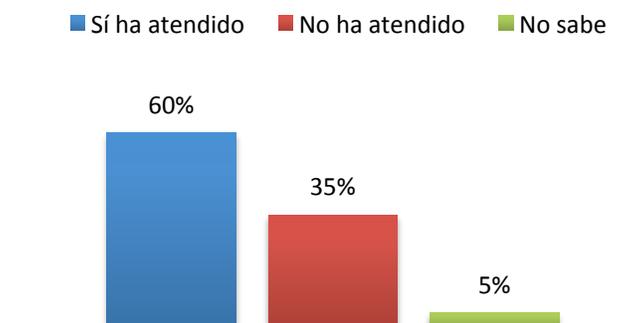


Gráfico N° 2: Atención a pacientes con TEA.

También se indago con qué frecuencia asisten los pacientes con TEA a la consulta odontológica (Gráfico 3).

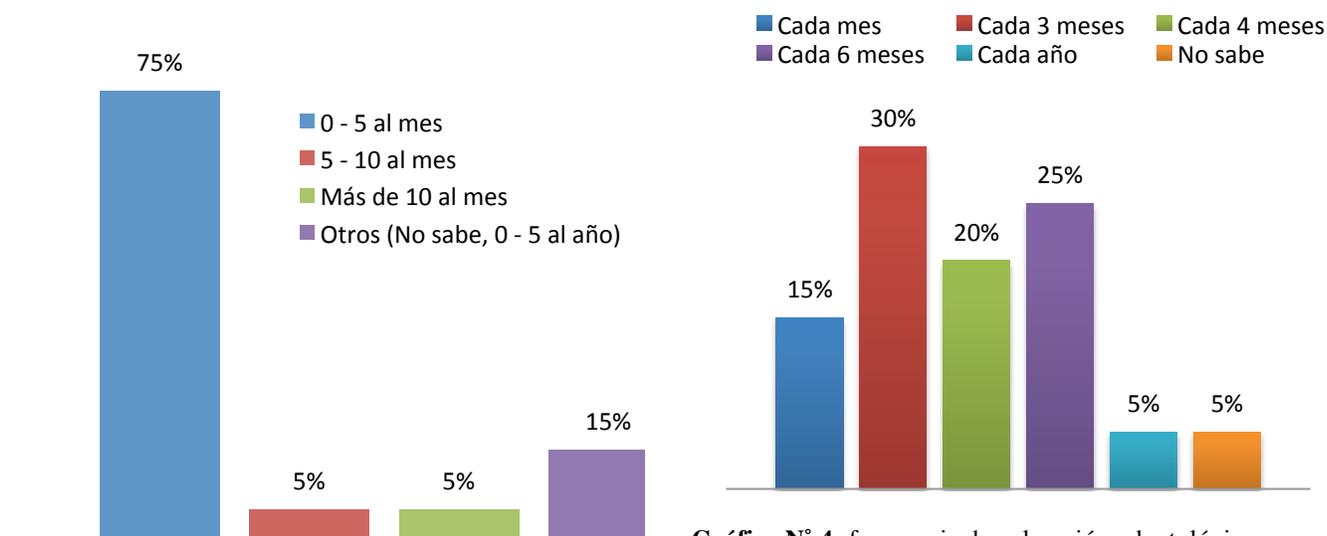


Gráfico N° 3: Asistencia de pacientes con TEA a la consulta.

Al igual que, el intervalo de tiempo que los profesionales recomiendan para la valoración de salud bucal de acuerdo a su condición (Gráfico 4).

Gráfico N° 4: frecuencia de valoración odontológica.

El 75% (15) de los encuestados reflejaron que no obtuvieron ningún tipo de capacitación, un 15% (3) se instruyó mediante cursos, charlas y talleres, el 10% (2) hace referencia a que adquirieron conocimientos durante su formación académica de pre-grado y búsquedas por Internet. Debido a esto, se hizo pertinente consultar cuáles eran los métodos o técnicas de las que podría hacer uso el odontólogo en caso de que se presentaran cambios bruscos en la conducta del paciente con TEA durante la consulta odontológica, dando como resultado que el 40% (8) no tiene conocimiento sobre

alguna técnica, un 20% (4) hace mención a otras herramientas como música, técnica de respiración, buena comunicación con el paciente, frases cortas y control de voz, el 15% (3) tiene información sobre técnicas de adaptación y el 25% (5) restante conoce la técnica de mostrar-decir-hacer, sujeción o sedación.

Finalmente, se consultó cuáles profesionales pudiesen integrar un equipo multidisciplinario que garantice una adecuada atención y manejo de los pacientes con TEA, dando como resultado las siguientes categorías: no sabe, médico tratante, otros, anestesiólogo, odontólogo, odontólogo especialista, psicólogo y área de la salud, donde se agrupan al psiquiatra, pediatra, neurólogo y asistente dental (Gráfico 5).

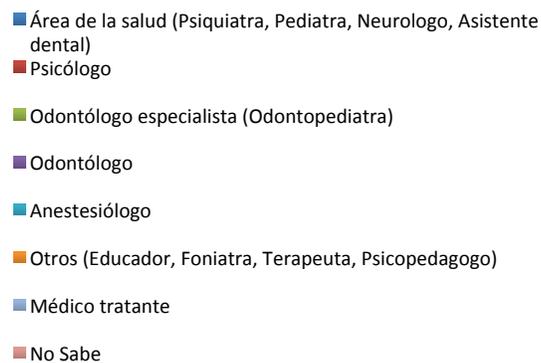
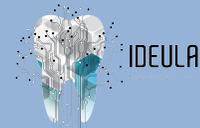


Gráfico N° 5: Miembros del equipo multidisciplinario que considera el odontólogo para la atención de pacientes con TEA.

DISCUSIÓN

El autismo es un trastorno cerebral que comienza en la niñez y persiste a lo largo de la vida del individuo, afectando áreas básicas del desarrollo como la comunicación y la interacción social. Dichas habilidades son necesarias para establecer relaciones familiares, de amigos, afectivas, laborales y sociales¹⁴.

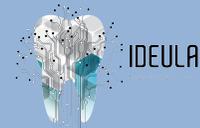


Los resultados de nuestra investigación reflejan cierto desconocimiento por parte de los odontólogos sobre el manejo de pacientes con TEA, ya que el 30% de los encuestados en este estudio admitieron desconocer esta discapacidad y a su vez manifestaron poca asertividad en cuanto a lo que afectan estos trastornos. Musa¹⁷ señala que, a pesar de la condición de estos pacientes, ellos no están limitados a hacer uso de la atención odontológica, más bien, la falta de conocimiento y capacitación de los odontólogos para la atención de estos individuos parece ser el problema teniendo similitud con los resultados de esta investigación. Del mismo modo Oliva⁸, hace referencia a una carencia de información sobre el área de atención a pacientes especiales por parte de los profesionales de la salud, reforzando la idea de Bezerra¹³, quien manifestó que los odontólogos no están totalmente preparados para satisfacer los requerimientos de estos pacientes, refiriéndolos a centros especializados.

Por su parte, Pineda⁴⁷, indicó la necesidad de tener dominio en el tema y un equipo especializado para la atención odontológica, evitando que estos pacientes sean referidos

indiscriminadamente. Además, reporta que algunos autores en sus investigaciones indican que una buena disposición por parte del odontólogo y del personal auxiliar contribuye a una mejor atención. De igual manera, el 75% de los participantes de este estudio manifestaron no haber adquirido ningún tipo de capacitación con respecto a estos trastornos. Siendo evidente la necesidad de una adecuada preparación con conocimientos específicos que le permitan establecer una empatía con el paciente con TEA para facilitar la atención odontológica, debido a que el manejo de ellos es complejo por sus características de comportamiento, razón por la cual no se atreven a tratar este tipo de pacientes^{6,14,16,30,32,45,47}.

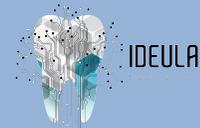
Como se mencionó anteriormente, los pacientes con TEA no poseen un buen desenvolvimiento conductual, pudiendo este manifestarse durante su estadía en el consultorio odontológico. Los encuestados hicieron referencia a ciertas conductas que pueden expresar estos pacientes, coincidiendo con los estudios encontrados con anterioridad, los cuales describen características clínicas y de comportamiento como déficit senso-motor³⁹, función motora deteriorada, problemas de atención, agresión e irritabilidad⁴¹,



dificultades en comprensión y discapacidades lingüísticas que podrían complicar la atención de salud bucal en casa^{14,26} y durante la atención odontológica^{6,14,36}. Una buena relación odontólogo-paciente y de éste con su entorno, influirá en la experiencia frente a la consulta odontológica¹⁴.

Aunado a esto, el 40% de los participantes no conocen ningún tipo de técnica, es por ello la importancia de conocer o establecer técnicas que ayuden al abordaje de estos pacientes ya que con ellos no es posible improvisar. El 60% restante consideran técnicas básicas que coinciden con las descritas en la literatura como control de voz, frases cortas y comunicación no verbal, distracciones, recompensas y refuerzo negativo, distracción contingente, modelado, presencia de padres, uso de pictograma, pedagogía visual^{2,22,26,31,33-35}, protocolo de desensibilización sistemática y técnica de decir-mostrar-hacer^{5,7,10,13,18,22,28,30,41}. El 25% de los encuestados mencionan la técnica de decir-mostrar-hacer, pero ésta de acuerdo a Oliva⁸ puede no resultar en pacientes autistas dado que mostrar y decir podrían no ser asimilados correctamente, lo cual generaría resistencia al hacer.

Respecto a técnicas no mencionadas por los encuestados en este estudio, Mohamed²² indica que el sistema de recompensas falla cuando estas son prometidas pero no son cumplidas. Mientras que Firoozeh² describe a la pedagogía visual como un buen método para adentrar a los pacientes con TEA a la consulta odontológica, el cual se basa en familiarizarlos con las herramientas y tratamientos por medio de un conglomerado de imágenes para colorear que hagan referencia a instrumentos dentales y habilidades requeridas para la evaluación clínica. Lo mencionado tiene cierta similitud con el protocolo de desensibilización sistemática que hace referencia a proporcionar inicialmente a los padres y/o cuidadores videos, imágenes e instrumental basados en la consulta dental para ser empleados en casa o en el centro de educación del paciente previamente, seguido a esto hacen uso de la técnica de decir-mostrar-hacer. También en el tratamiento odontológico describe óxido nitroso, sedación intravenosa, estabilización protectora y anestesia general^{5,7,10,13,18,22,30,41}. Betancourt⁴⁵, recomienda que el tiempo estipulado de las consultas odontológicas sin sedación debe ser entre 10 a



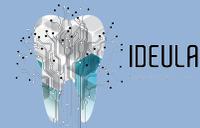
15 minutos para evitar experiencias traumáticas y garantizar el regreso del paciente para la continuidad del tratamiento. En la investigación realizada por Antonio⁹ se hace referencia a que la sedación y la anestesia general se emplean con frecuencia en pacientes con autismo.

Por su parte Mohamed²², expresa que la sedación es ineficaz debido a patrones anormales de la respuesta de individuos con TEA y la anestesia general puede ser utilizada la mayoría de las veces ya que, genera un ambiente controlado donde el cuidado es efectivo para proporcionar las atenciones requeridas, en contraste con Queen²⁵ y Limeres⁴¹ los cuales hacen referencia a que la anestesia general es empleada en última instancia cuando se presenten casos de trastorno severos y conductas agresivas más no como método rutinario.

A pesar de que la muestra de este estudio no señala la anestesia general como técnica para tratar a pacientes con TEA, el 20% nombra como parte del equipo multidisciplinario un anesthesiólogo y en su totalidad obviaron a los padres y/o cuidadores, evidenciando un contraste con la literatura la cual refleja que se hace necesario la conformación de dicho equipo^{5,6,13,23,24,27,29,43,44} en conjunto con los padres

y/o cuidadores^{41,42} pues estos proporcionaran información pertinente acerca de las características propias del paciente³⁰ para brindar un tratamiento individualizado acorde a las necesidades que presenta el individuo con TEA. De la misma manera que, prevenir los cambios en el comportamiento del paciente³¹.

En los últimos años la incidencia de TEA se ha elevado^{8,23}, aumentado las probabilidades de recibir pacientes especiales en la consulta odontológica pero muchos casos no han sido diagnosticados debido a que existen muy pocas instituciones que puedan brindar asesorías y tratamientos a estos pacientes. Al igual que, las experiencias negativas con distintos profesionales de la salud que generan desconfianza y temor³². Los resultados arrojados por esta investigación nos permiten evidenciar un vacío en cuanto a la capacitación e información que manejan los profesionales en el servicio odontológico, es por ello que este estudio se hace significativo, pues la concientización acerca de estos trastornos permitirá que los pacientes con TEA no sean discriminados en ningún ámbito. Por otra parte, el tamaño de la muestra se redujo siendo entonces una limitación para la realización de



esta investigación, además del inconveniente que representaba la disponibilidad y disposición del odontólogo al momento de dar respuesta al cuestionario.

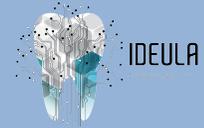
CONCLUSIONES

- De acuerdo a lo encontrado existe desinformación sobre el manejo de pacientes con TEA, la poca que adquirieron fue mediante la experiencia en el ámbito laboral como odontólogos y no mediante formación académica.
- Un porcentaje importante de odontólogos no saben identificar si están en presencia de un paciente con TEA.
- La mayoría de los encuestados no sabe que técnica usar para atender a estos pacientes o, en su defecto, utilizan técnicas no específicas.
- No hay un consenso en cuanto al equipo multidisciplinario que debe presentarse para atender a los pacientes con TEA.

RECOMENDACIONES

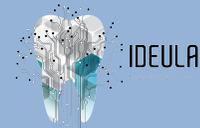
1. Debido a la complejidad que representa para los odontólogos tratar a este tipo de pacientes, se hace necesario el continuo desarrollo de estudios multidisciplinarios y revisiones sistemáticas con el fin de pautar guías de comportamiento durante y posterior a la consulta odontológica, para el mantenimiento de una buena salud bucal.
2. Incluir en los programas educativos la atención a pacientes con trastorno del espectro autista puesto que debería existir la facilidad de obtención de información a lo largo de su formación académica con la finalidad de evitar situaciones de rechazo a futuros tratamientos odontológicos en pacientes con TEA y, además, realizar campañas de educación continua a través de organizaciones dirigidas a estudiantes, profesionales de la salud, padres y/o cuidadores.
3. Realizar un estudio que permita involucrar una población de odontólogos más amplia y que, además, busque la percepción de los padres o representantes de de estos pacientes

respecto a la atención odontológica que
se les suministra.



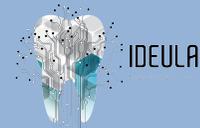
REFERENCIAS

1. Barría Acosta L, Pérez Salas P. Nivel de conocimiento en el manejo estomatológico de personas con necesidades especiales en internos de odontología de las universidades, ciudad de Iquitos [tesis]. Iquitos-Perú. Universidad Nacional de la Amazonia peruana; 2015. Disponible: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3460/Luis_tesis_titulo_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Nilchian F, Shakibaei F, Taghi Z. Evaluation of visual pedagogy in dental check-ups and preventive practices among 6-12-year-old children with autism. *J AutismDevDisord* [Internet] 2017 [acceso 6 de octubre de 2017]; 47(3): [858-864]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28074355>
3. Vogan V, Lake J, Tint A, Weiss J, Lunskey Y. Tracking healthcare service use and the experiences of adults with autism spectrum disorder without intellectual disability: A longitudinal study of service rates, barriers and satisfaction. *DisabilHealth J* [Internet] 2017 [acceso 19 de febrero de 2018]; 10(2): [264-270]. Disponible: [http://www.disabilityandhealthjnl.com/article/S1936-6574\(16\)30175-3/pdf](http://www.disabilityandhealthjnl.com/article/S1936-6574(16)30175-3/pdf)
4. Habibe R, Ortega A, Guaré R, Diniz M, Santos M. Risk factors for anterior traumatic dental injury in children and adolescents with autism spectrum disorders: a case-control study. *EurArchPaediatrDent* [Internet] 2016 [acceso 25 de febrero de 2018]; 17(2): [75-80]. Disponible: <http://link.springer.com/10.1007/s40368-015-0207-7>
5. Menezes S, Zink A, Miranda A. Transtorno do espectro autista (TEA): abordagem e condicionamento para o atendimento odontológico – revisão de literatura. *R OdontolPlanal Cent* [Internet] 2014 [acceso 20 de octubre de 2017]; 4(2): [8-12]. Disponible: http://vestibulardemedicinadf.com.br/roplac/images/artigos/volume4_2/Artigo_2_-



[Transtorno do Espectro Autista TEA abordagem e condicionamento para o atendimento odontológico.pdf](#)

6. Lai B, Milano M, Roberts M, Hooper S. Unmet dental needs and barriers to dental care among children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* [Internet] 2012 [acceso 6 de octubre de 2017]; 42(7): [1294-1303]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21909827>
7. Nelson T, Sheller B, Friedman C, Bernier R. Educational and therapeutic behavioral approaches to providing dental care for patients with autism spectrum disorder. *SpecCareDentist* [Internet] 2014 [acceso 30 de septiembre de 2017]; 35(3): [105-113]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25470557>
8. Baró J. La comunicación en la atención estomatológica en niños autistas. *Comunicación social: retos y perspectivas* [Internet] Santiago de Cuba: Centro de Lingüística Aplicada; 2015 [acceso 20 de abril de 2017]. Disponible: <http://www.cla.cu/simposio/Documentos/XIV/medicina/jacqueline-oliva-MEDICINA.pdf>
9. Antonio F, Mill E, Páez M, Sayago G, Valer D. Manejo de pacientes con diversidad funcional en el ámbito odontológico. *Rev Venez Invest Odont IADR* [Internet] 2013 [acceso 27 de marzo de 2017]; 1(2): [121-135]. Disponible: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio/article/view/4591>
10. Gómez B, Badillo V, Martínez E, Planells P. Intervención odontológica actual en niños con autismo, la desensibilización sistemática. *Cient. Dent* [Internet] 2009 [acceso 30 de septiembre de 2017]; 6(3): [51-59]. Disponible: http://www.mydental4kids.com/descargas/pdfs/articulos_dra_martinez/autismo.pdf
11. Aramayo M. Hablemos de la discapacidad en la diversidad [Libro en internet] Caracas-Venezuela. 2010 [acceso 02 de Octubre de 2017]; [1-358]. Disponible: http://repositoriodcpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/256/Pon_PereiraMI_EstudioDescriptivo_Autismo_2010.pdf?sequence=1

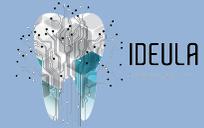


12. Mebarak M, Martínez M, Serna A. Revisión bibliográfica analítica acerca de las diversas teorías y programas de intervención del autismo infantil. *Psicología desde el Caribe* [Internet] 2009 [acceso 06 de octubre de 2017]; (24): [120-146]. Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n24/n24a07.pdf>
13. Bezerra K. Análise da percepção dos estudantes do curso de odontologia da UFRN sobre o transtorno do espectro do autismo [Tesis] Natal. Universidad Federal Do Rio Grande Do Norte, 2014. Disponible: <http://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/966>
14. Marulanda J, Aramburo E, Echeverri A, Ramírez K, Rico C. Odontología para pacientes autistas. *Rev CES Odont* [Internet] 2013 [acceso 25 de febrero de 2018]; 26(2): [120-126]. Disponible: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/2809>
15. Surabian S. Americans with disabilities act. Its Importance in Special Care Dentistry. *Dent Clin N Am* [Internet] 2016 [acceso 25 de febrero de 2018]; 60(3): [627-647]. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2016.02.008>
16. Viahnu C, Arangannal P, Shahed H. Oral health status of children with autistic disorder in Chennai. *Eur Arc Paediatr Dent* [Internet] 2012 [acceso 30 de septiembre de 2017]; 13(3): [126-131]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22652209>
17. Musa S, Mourelle M, Real I, Perea I. Pacientes con trastorno del espectro autista en odontopediatría. *Cient Dent* [Internet] 2016 [acceso 20 de febrero de 2018]; 13(2): [123-128]. Disponible: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-155286>
18. Martínez M, Castro L, Muñiz M, Martínez C, Burón D. Paciente autista en el ámbito odontológico: autoagresiones versus maltrato infantil. *Gac Int Cienc Forens* [Internet] 2013 [acceso 22 de noviembre de 2017]; 9: [61-73]. Disponible: https://www.uv.es/gicf/4A3_Martinez_Leon_GICF_09.pdf
19. Rincón A, Fox M, Rivera N. Características oclusales y su asociación a hábitos orales perjudiciales en niños con trastornos del espectro autista. *Ciencia Odontológica* [Internet] 2015 [acceso 06 de

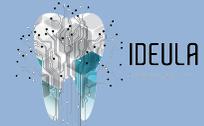


octubre de 2017]; 12(2): [75-85]. Disponible: [http://produccioncientificaluz.org/index.php/cienciao/article/view File/20932/20800](http://produccioncientificaluz.org/index.php/cienciao/article/view/File/20932/20800)

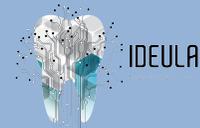
20. da Cruz J. Caracterização dos pacientes com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista atendidos no núcleo de odontología hospitalar do Hospital Universitario ProfessorPolydoroErnani de São Thiago – Hu - UFS [Tesis] Universidad Federal de Santa Catarina. Florianopolis, 2017. Disponible: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/176222>
21. Loo C, Graham R, Hughes C. Behaviour guidance in dental treatment of patients with autism spectrum disorder. *Int J PaediatrDent* [Internet] 2009 [acceso 1 de marzo de 2018]; 19(6): [390-398]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19619200>
22. Jaber M. Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism. *J Appl Oral Sci* [Internet] 2011 [acceso 27 de febrero de 2018]; 19(3): [212-217]. Disponible: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S167877572011000300006&lng=en&tlng=en>
23. McKinney C, Nelson T, Scott J, Heaton L, Vaughn M, Lewis C. Predictors of unmet dental need in children with autism spectrum disorder: Results from a national sample. *AcadPediatr* [Internet] 2014 [acceso 30 de septiembre de 2017]; 14(6): [624-631]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4367192/>
24. Shapira J, Mann J, Tamari I, Mester R, Knobler H, Yoeli Y, Newbrun E. Oral health status and dental needs of an autistic population of children and Young adults. *SpecCareDentist* [Internet] 1989 [acceso 6 de octubre de 2017]; 9(2): [38-41]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2533709>
25. Queen A. Evidence-baseddentistry and its role in caring for special needs patients. *DentClin North Am* [Internet] 2016 [acceso 30 de septiembre de 2017]; 60(3): [605-611]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27264853>



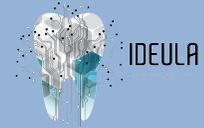
26. Diab H, Motlaq S, alSHarare A, alSHaMMery A, SHaMMery N, KHawja S, et al. Comparison of gingival health and salivary parameters among autistic and non-autistic school children in Riyadh. *J ClinDiagn Res* [Internet] 2016 [acceso 30 de septiembre de 2017]; 10(10): [110-113]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5121788/>
27. Goncalves L, Goncalves F, Nogueira B, Fonseca R, Fernandes de Menezes S, Souza P, Menezes T. Conditions for Oral Health in Patients with Autism. *Int. J. Odontostomat* [Internet] 2016 [acceso 19 de febrero de 2018]; 10(1): [93-97]. Disponible: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v10n1/art15.pdf>
28. Rojas N. Guía de manejo autismo [Internet] 2009 [acceso 30 de noviembre de 2017]; PT – 2005233-07. Disponible: http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion_homi/Guia%20de%20Manejo%20de%20Pacientes%20con%20Autismo.pdf
29. Ferreira C, Malacrida V, Henriques F, Santos A, de Oliveira A, Gouveia F. Paciente autista: métodos e estratégias de condicionamento e adaptação para atendimento odontológico. *Arch Oral Res* [Internet] 2012 [acceso 22 de noviembre de 2017]; 8(2): [143-151]. Disponible: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/oralresearch/article/view/23056>
30. Pimienta N, González Y, Rodríguez L. Autismo infantil, manejo en la especialidad de odontología. *Acta Médica del Centro* [Internet] 2017 [acceso 19 de febrero de 2018]; 11(4): [56-69]. Disponible: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/823>
31. Cagetti M, Mastroberardino S, Campus G, Olivari B, Faggioli R, Lenti C, Strohmenger L. Dental care protocol based on visual supports for children with autism spectrum disorders. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [Internet] 2015 [acceso 02 de octubre de 2017]; 20(5): [e598-e604]. Disponible: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4598930&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>



32. Yepes M, Ramirez A, Restrepo M, Sierra M, Velásquez M, Botero M, et al. Aplicación de un método audiovisual para mejorar la comunicación con los niños autistas en el consultorio odontológico. *Revista CES Odontología* [Internet] 1998 [acceso 22 de noviembre de 2017]; 11(2): [37-40]. Disponible: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/865/557>
33. Pilebro C, Bäckman B. Teaching oral hygiene to children with autism. *Int J PaediatrDent* [Internet] 2005 [acceso 30 de septiembre de 2017]; 15(1): [1-9]. Disponible: <papers2://publication/uuid/959B269A-11F8-40AF-9456-DDE75CBF4029>
34. Wibisono W, Suharsini M, Wiguna T, Sudiroatmodjo B, Budiardjo S, Auerkari E. Perception of dental visit pictures in children with autism spectrum disorder and their caretakers: A qualitative study. *J IntSocPrevCommunityDent* [Internet] 2016 [acceso 6 de octubre de 2017]; 6(4): [359-365]. Disponible: <http://www.jispcd.org/text.asp?2016/6/4/359/186791>
35. Zink A, Diniz M, Botti M, Oliveira R. Use of a picture Exchange communication system for preventive procedures in individuals with autism spectrum disorder: pilot study. *SpecCareDentist* [Internet] 2016 [acceso 19 de febrero de 2018]; 36(5): [254-259]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27059442>
36. Stein, L, Polido J, Mailloux Z, Coleman G, Cermak S. Oral care and sensory sensitivities in children with autism spectrum disorders. *SpecCareDent* [Internet] 2011 [acceso 25 de febrero de 2018]; 31(3): [102-110]. Disponible: <http://digitallibrary.usc.edu/cdm/ref/collection/p15799coll3/id/346134>
37. Luscre D, Center D. Procedures for reducing dental fear in children with autism. *J AutismDevDisord* [Internet] 1996 [acceso 20 de octubre de 2017]; 26(5): [547-556]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8906455>
38. Amaral L, Carvalho T, Bezerra A. Atenção bioética à vulnerabilidade dos autistas: A odontologia na estratégia da saúde da família. *RevLatinoamBioet* [Internet] 2015 [acceso 27 de febrero de 2018]; 16(1): [220-233]. Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v16n1/v16n1a12.pdf>



39. Barry S, O'Sullivan E, Toumba K. Barriers to dental care for children with autism spectrum disorder. *EurArchPaediatrDent* [Internet] 2014 [acceso 06 de octubre de 2017]; 15(2): [127-134]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23943360>
40. Muthu M, Prathibha K. Management of a child with autism and severe bruxism: A case report. *J IndianSocPedodPrevDent* [Internet] 2008 [acceso 06 de octubre de 2017]; 26(2): [82-84]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18603735>
41. Limeres J, Vázquez E, Medina J, Tomás I, Fernández J, Diz P. Evaluación preanestésica de discapacitados severos susceptibles de tratamiento odontológico bajo anestesia general. *Med Oral* [Internet] 2003 [acceso 03 de marzo de 2018]; 8(5): [353-60]. Disponible: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree/v8i5/medoralv8i5p353.pdf>
42. Ramírez B, Moreno S. Información que tienen los estudiantes acerca del manejo del paciente autista [Tesis] Mérida. Universidad de los Andes, 2015.
43. da Silva S, Gimenez T, Souza R, Mello-Moura A, Raggio D, Morimoto S, et al. Oral health status of children and young adults with autism spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. *Int J PaediatrDent* [Internet] 2016 [acceso 30 de septiembre de 2017]; 27(5): [388-398]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27796062>
44. Horruitiner L. Manejo del paciente autista en el consultorio odontológico. *OdontolPediatr* [Internet] 2008 [acceso 20 de octubre de 2017]; 7(2): [34-35]. Disponible: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=64497&id_seccion=3917&id_ejemplar=6476&id_revista=240
45. Betancourt C. Atención diagnóstica y tratamiento odontológico primario del paciente autista en la consulta odontopediátrica [Tesis] Guayaquil. Universidad de Guayaquil, 2013. Disponible: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/3342>



46. Linares S, Ruiz R, Uribe E. Tratamiento ortodóncico compensatorio para un paciente autista clase II con mordida abierta anterior: Caso clínico. *Revista Mexicana de Ortodoncia* [Internet] 2015 [acceso 19 de febrero de 2018]; 3(1): [47-55]. Disponible: <http://148.231.10.114:2178/science/article/pii/S2395921516000143>
47. Pineda D, Ramírez N. Información del odontólogo acerca de la atención a pacientes con diversidad funcional intelectual [Tesis] Mérida. Universidad de los Andes, 2013.

PREFERENCIA DE LOS PROFESORES DE LA FOULA SOBRE EL USO DE AMALGAMA Y RESINA COMO MATERIAL DE RESTAURACIÓN DIRECTA EN EL SECTOR POSTERIOR

Alesi, Stefany¹ (alesistefany@gmail.com); Hernández, Valeria¹ (valgjab2213@gmail.com); Mora, Oriana¹ (orimmeza@gmail.com); Ramírez, Yessica¹ (yessicarr26@gmail.com); Sivira, Jéssica² (siviracal@gmail.com)

¹ Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes. Mérida- Venezuela.

² Profesora del Departamento de Odontología Restauradora. Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela.

Autor de contacto: Valeria Hernández
e-mail: valgpensa.22@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Alesi S, Hernández V, Mora O, Ramírez Y, Sivira J. Preferencias de los profesores de la FOULA sobre el uso de amalgama y resina como material de restauración directa en el sector posterior. *IDEULA*. 2019;(1):55-71. <https://doi.org/10.53766/IDEULA/2019.01.01.03>

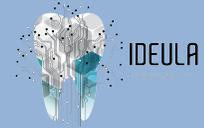
APA: Alesi, S., Hernández, V., Mora, O., Ramírez, Y., y Sivira, J. (2019). Preferencias de los profesores de la FOULA sobre el uso de amalgama y resina como material de restauración directa en el sector posterior. *IDEULA*, (1), 55-71. <https://doi.org/10.53766/IDEULA/2019.01.01.03>.

Recibido: 21/5/2019 **Aceptado:** 24/6/2019

RESUMEN

Introducción: los materiales dentales de restauración son aquellos que reemplazan el tejido dentario perdido, con la finalidad de devolver la funcionalidad al diente afectado. El objetivo de esta investigación es conocer la preferencia que tienen los profesores odontólogos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes (FOULA) sobre el uso de las amalgamas y resinas como materiales de restauración. **Materiales y Métodos:** se realizó un estudio de campo aplicando la encuesta, a través del uso de un cuestionario como instrumento de recolección de datos a 21 profesores del departamento de odontología restauradora de la FOULA. **Resultados:** según el 57,14% (n=12) de los encuestados el material de su preferencia para restaurar en el sector posterior es la resina compuesta, sin embargo el 23,80% (n=5) indicó su preferencia por las amalgamas y el 19,06% (n=4) restante prefiere ambos materiales, esto basado en las ventajas y desventajas que estos materiales presentan. **Conclusiones:** en los profesores de la FOULA participantes en el estudio fue mayor la preferencia por el uso de la resina compuesta como material restaurador en el sector posterior que por la amalgama tomando en cuenta el hecho de que no la dejan de usar e indicar por su resistencia y longevidad.

Palabras Clave: Amalgama Dental, Resina Compuesta, Restauraciones Dentales, Sector Posterior, Materiales Dentales.



PREFERENCE OF THE PROFESSORS OF THE FOULA ON THE USE OF AMALGAM AND COMPOSITE RESIN AS DIRECT RESTORATION MATERIALS IN THE POSTERIOR SECTOR

ABSTRACT

Introduction: dental restoration materials are those that replace lost dental tissue with the purpose of giving back the functionality of the affected tooth. The purpose of this investigation is to know the preference that some dental professors in the Dentistry Faculty of the University of the Andes (FOULA) have on the use of amalgams and resins as restoration materials. **Materials and Methods:** a field study was made applying the survey to 21 professors of the restorative dentistry department of FOULA using a questionnaire for the data collection. **Results:** According to the 57,14% (n=12) of the surveyed participants, their preferred material for restoration in the posterior area is the composite resin, nevertheless 23,80% (n=5) pointed out their preference for amalgams, and the remaining 19,06% (n=4) preferred both materials, based on the advantages and disadvantages that these materials present. **Conclusions:** the FOULA professors participating in the study showed a preference for the use of composite resin as restoration material in the posterior area than the use of amalgams, considering the fact that they prefer to use it and prescribe it for its resistance and longevity.

Keywords: Dental Amalgam, Composite Resin, Dental Restorations, Posterior Sector, Dental Materials.



INTRODUCCIÓN

Los materiales dentales de restauración son aquellos que reemplazan el tejido dentario perdido, con la finalidad de devolver la funcionalidad al diente afectado. Entre estos se encuentran: la amalgama de plata, el ionómero de vidrio, ionómeros híbridos, resinas compuestas¹. Uno de los materiales dentales de restauración directa que ha sido utilizado por más de 150 años es la amalgama². Su uso comenzó en Francia en el año 1826¹, pero no es hasta 1885 que Black crea una aleación parecida a la actual que está compuesta por mercurio y otros metales como: plata, estaño, cobre y zinc^{2, 3}. Este material se utiliza principalmente en dientes posteriores debido a que presenta una gran resistencia a la abrasión por las fuerzas masticatorias³.

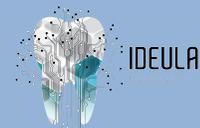
Existen pocos materiales alternativos a las amalgamas ya que presentan excelentes características de resistencia, durabilidad, mayor radiopacidad, se distinguen fácilmente de los tejidos dentarios y cuentan con la plasticidad para adaptarse adecuadamente a la forma y tamaño de la cavidad preparada, siendo capaces de sellar el espacio marginal a lo largo del tiempo^{2, 4}.

A pesar de que la amalgama ha sido utilizada ampliamente desde hace años, ha habido una disminución en su uso, debido a los nocivos efectos secundarios que ejercería el mercurio liberado en forma de vapor una vez que la

amalgama endurece¹, por eso en la actualidad existen diferentes posiciones con respecto a la utilización de la amalgama dental, ya que si bien no es un material estético y se habla de una contaminación mercurial². Los más importantes defensores de tal prohibición no han podido lograr su propósito, porque los investigadores en odontología y las casas comerciales no han encontrado el material dental que supere, o que por lo menos iguale, las propiedades físicas y aspecto económico de la amalgama⁴.

Junto con la evolución de la odontología restauradora, el avance tecnológico de la era de la adhesión viene la introducción de las resinas compuestas¹, las cuales han tomado un protagonismo indudable entre los materiales de obturación⁵ pues logran reemplazar el tejido biológico en ambos aspectos apariencia y función⁶, sin la necesidad de eliminar tejido sano innecesariamente, es por ello que ha habido una disminución constante en el uso de la amalgama como material restaurador⁷.

Las resinas se pueden clasificar de acuerdo con el tipo de relleno que tienen, el método de curado, consistencia y uso², con la finalidad de mejorar las características de relleno, contracción y sellado marginal, sin embargo la resina nanohíbrida y la ormocerámica no muestran evolución en cuanto al sellado marginal⁸. Estas son usadas frecuentemente como material de obturación en dientes anteriores y posteriores temporarios o



permanentes⁹, representaron el 49% de las restauraciones posteriores directas realizadas por estudiantes de odontología en 2009 y 2010, un aumento del 30% desde 2005¹⁰.

No se debe olvidar que son materiales de técnica sensible por lo que es necesario realizar una correcta indicación, aislamiento absoluto, la selección de la resina adecuada a cada situación clínica, el uso de un buen procedimiento de adhesión a los tejidos dentales y una correcta polimerización. No obstante, este material presenta desventajas como: la contracción por polimerización, el stress de contracción y la estabilidad del color, entre otros⁶. Sin embargo los mayores problemas y lo que más han incidido en el fracaso de las restauraciones de resinas compuestas en el sector posterior han sido atribuidos a la microfiltración marginal¹¹.

Es posible identificar indicadores de riesgo mecánico de restauraciones defectuosas de amalgama y resina compuesta, los cuales son: clase de restauración, tipo de material restaurador y diseño de la preparación de la cavidad¹², se presenta una tasa de fallas mayor en restauraciones donde se involucre mayor cantidad de superficies¹³. Aun así, se encontró en la literatura que en el material de restauración más susceptible donde se presenta caries recurrente es la resina compuesta debido a que estos materiales acumulan más placa dental, no tienen buen sellado marginal si la técnica es incorrecta¹⁴.

En una evaluación de la durabilidad de las restauraciones tanto en amalgama como en resina durante siete años, un total de 177 (10,1 %) restauraciones fallaron durante el estudio. La tasa de supervivencia de las restauraciones de amalgama fue de 94,4%, mientras que la de las resinas compuestas fue del 85,5%¹⁵. De igual manera otro estudio dio como resultado que la longevidad de la amalgama dental fue mayor que el de la resina compuesta en la zona posterior¹⁶. También se presenta cierta sensibilidad postoperatoria al realizar el cambio de restauración de amalgama a resina compuesta¹⁷.

En una evaluación clínica comparativa de restauraciones con amalgama versus restauraciones con resina en el sector posterior trajo como resultado que el rendimiento clínico del material durante un período de dos años en la boca aporta índices valiosos, las restauraciones con resina tuvieron una cuota de éxito¹⁸. De igual manera el desempeño clínico de la amalgama determinó que el éxito y buen comportamiento clínico de la misma dependerá de 3 factores fundamentales relacionados estrechamente como lo son: la preparación cavitaria, selección del material y técnica depurada¹⁹.

Esto sumado a que al realizar una restauración directa, los odontólogos deben considerar una variedad de factores que pueden afectar la longevidad de la restauración, los cuales van desde aquellos basados en evidencia científica, hasta aquellos basados en la preferencia



personal del paciente u odontólogo²⁰ donde el tamaño de la restauración, el motivo de la reparación / reemplazo y la edad de los pacientes también influirán en la relación costo-efectividad²¹. Es importante tener en cuenta que, a pesar de que la amalgama y la resina han sido objetivo de múltiples procesos de experimentación y de mejoría. Las obturaciones con estos materiales no están libres de sufrir fracasos, siendo esta una de las razones por la cual se indica la sustitución de las mismas²².

Se considera que no hay un material ideal que sirva para restaurar todos los dientes por igual, por ello es de vital importancia que el profesional evalúe, diagnostique y planifique de forma adecuada su restauración, con el fin de elegir el material adecuado para la restauración ; guiándose por el deseo de lograr mayor longevidad, una excelente función y la conservación del tejido dental al realizar restauraciones dentales²³. Pues, la operatoria dental contemporánea se enfoca en desgastes mínimamente invasivos, con el fin de preservar la mayor cantidad de tejido evitando el debilitamiento del diente, que posteriormente puede fracturarse y perderse²⁴.

Aunado a todo, es importante tomar en cuenta que la convención de Minnamata concluyó que se debe llegar a un enfoque medido para la eliminación de la amalgama dental en una fase mundial²⁵. El anuncio ha desencadenado una reducción gradual en el uso de la amalgama dental²⁶ y recientemente la Unión Europea acordó la prohibición de la amalgama dental en

niños, mujeres embarazadas y lactantes, donde requieren que cada estado miembro establezca un plan nacional para el 2019 sobre como reducirá el uso de la amalgama²⁷, por lo que se espera una reducción sostenida del uso de amalgamas dentales en toda la Unión Europea²⁸.

Posterior a este acuerdo en Minnamata se han encontrado algunos artículos referidos a este tema en diferentes partes del mundo, los cuales se han enfocado en realizar estudios de las actitudes de los odontólogos sobre el uso y aprobación hacia estos materiales, donde se ha reducido el uso de la amalgama^{29,30} y aunque la mayoría de los odontólogos no está seguro sobre el tema de la seguridad de contaminación, al menos un 33% creen que la amalgama no es segura para el usuario ni el paciente³¹, para los participantes de un estudio realizado en la región escandinava, casi todas las restauraciones que fueron reparadas o reemplazadas se realizaron con resina como material restaurador de elección¹¹. Otro estudio indica que la amalgama dental ha sido prohibida en Noruega³². Sin embargo, los clínicos aún encuentran un uso para la amalgama en los dientes posteriores con cargas oclusales muy fuertes y en la población de alto riesgo de caries³³.

Así mismo, algunos autores recomiendan que todos los nuevos graduados, a más tardar en 2020, tengan los conocimientos, las habilidades, las competencias y la confianza para restaurar eficazmente los dientes posteriores dañados y



enfermos con los sistemas compuestos de resina de última generación³⁴. Esto genera una controversia dentro del gremio debido a las diferentes posturas y preferencias de cada odontólogo con respecto al uso de alguno de estos dos materiales, pues es conocido que no todos tienen el mismo criterio y hay quienes promueven el uso de ambos materiales de acuerdo a las ventajas y desventajas que puedan presentar, así como la participación de la influencia comercial en la odontología.

De esta manera, cualquier reducción a largo plazo en el uso de la amalgama dependerá de los enfoques de las escuelas de odontología, las cuales son cuestiones importantes que deben explorarse dadas las posibles implicaciones de una perfecta profesión³⁵. Tomando en cuenta investigaciones donde estudiantes de pregrado tienen mayor conciencia acerca de la controversia con la amalgama³⁶ pero también se encuentran variaciones en la naturaleza y el alcance de las instrucciones y técnicas enseñadas^{37,38}.

Es por lo cual se plantean distintas preguntas a nivel mundial sobre como deberá manejarse este tema tanto educacionalmente como profesionalmente³⁹. A pesar de ser un tema en constante estudio en algunos países, no se evidencia un artículo que abarque esta controversia dentro de Venezuela, así mismo no se reporta cuál de estos dos materiales presenta mayor preferencia en cuanto al criterio que tengan los profesores que día a día forman a los profesionales en la odontología.

Esto crea implicaciones educativas para los odontólogos en formación y a la comunidad odontológica en general, ya que permite tener una postura crítica ante la toma de decisión del material de restauración definitivo más apropiado para cada caso, lo que involucra un factor beneficioso para la población ya que se obtiene una rehabilitación correcta a través de las características del material seleccionado. Es por ello que el objetivo de esta investigación es conocer la preferencia que tienen los profesores odontólogos de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes (FOULA) sobre el uso de las amalgamas y resinas como materiales de restauración directa en el sector posterior.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de campo, aplicando la encuesta a 21 profesores elegidos mediante la data profesoral de la facultad. Los criterios de inclusión fueron que los profesores debían ser odontólogos, de práctica clínica activa, pertenecientes al Departamento de Odontología Restauradora de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, todos los participantes dieron su consentimiento para la realización de los cuestionarios.

El instrumento utilizado fue un cuestionario mixto validado por tres expertos en el área que consta de 10 preguntas relacionadas con el uso de amalgama y resina en el sector posterior, condiciones del reemplazo de restauraciones, características y propiedades de las resinas y



amalgama, estética, factor de riesgo, factores que influyen en la elección del material y preferencia entre resina y amalgama como material restaurador en el sector posterior, dicho instrumento fue aplicado en abril del 2018. Los resultados fueron tabulados y analizados a través del software estadístico SPSS v. 19, aplicando estadística descriptiva (distribución de frecuencias y porcentajes), que finalmente fueron representados a través de gráficos y tablas.

RESULTADOS

En el estudio realizado, la población total fue de 32 profesores que ejercen del departamento de odontología restauradora de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes sin embargo, solo respondieron a la encuesta 21 de ellos. A continuación se presenta los resultados obtenidos.

Dentro de los participantes se cuenta con 71,4%(n=15) mujeres y 28,6% (n=6) hombres, donde 81% (n=17) ejerce a nivel privado, el 4,8%(n=1) ejerce a nivel público y 14,2% (n=3) tanto en público como privado. En promedio los participantes tenían 10 años de graduados de los cuales 57,2% (n=12) no eran especialistas y el 42,8% (n=9) contaban con especialidad entre ellas, ortodoncia (n=1), restauradora (n=3), rehabilitación bucal (n=2) estética (n=2)

Con respecto a la utilización de amalgama como material de restauración en el sector posterior el

61,9% (n=13) de los participantes hace uso de ella, por otro lado el 39,1% (n=8) no hace uso de éste material. Entre las condiciones bajo las cuales se hace uso predominan los casos en los cuales no se pueda realizar aislamiento absoluto (n=4), seguidamente con igual incidencia en dientes pilares para prótesis parcial removible, en cavidades pequeñas y por preferencia del paciente (n=3) y por último en aquellos casos donde se presenten altas cargas oclusales (n=2) (Gráfico N° 1).

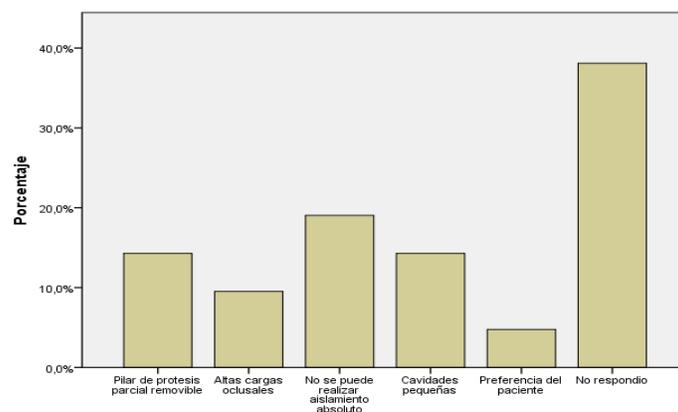


Gráfico N° 1: condiciones de uso de la amalgama como material restaurador en el sector posterior.

Por otro lado, las razones por las cuales usan o no la amalgama, entre aquellos participantes que si hacen uso establecen como razón más resaltante la longevidad, y aquellos que no la utilizan justifican que es por falta de condiciones (Tabla N° 1)

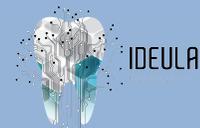


Tabla N° 1: razones por las cuales usa o no amalgama.

| Si usa | | No usa | |
|---------------|---|--------------------------------|---|
| Componentes | 1 | Falta de condiciones | 3 |
| Longevidad | 4 | Carencia de equipo | 2 |
| Técnica | 3 | Demandas estéticas | 1 |
| Funcionalidad | 1 | Existencia de otros materiales | 2 |
| Costo | 2 | | |

La totalidad de los participantes utilizan la resina compuesta como material de restauración en el sector posterior pero no como material exclusivo.

Respecto a las condiciones en las cuales la usarían el 57,1% (n=12) indican que el aislamiento absoluto es una de las condiciones principales para el uso de la resina compuesta, además restringen su uso a cavidades pequeñas, si la restauración demanda estética, en restauraciones que cuenten con suficiente tejido remanente, considera la preferencia que tenga el paciente y si no presenta oclusión traumática (Grafico N°2)

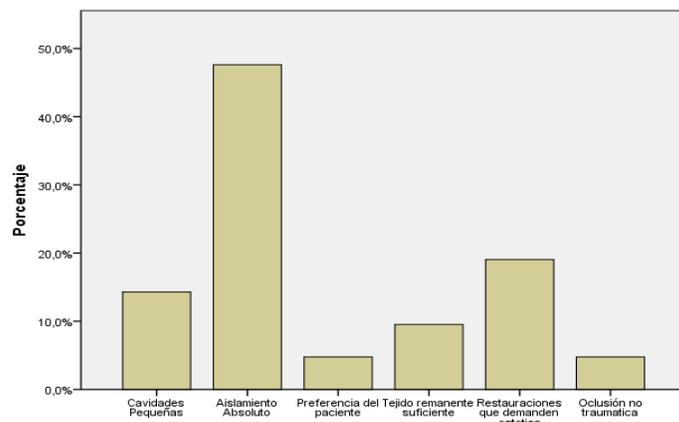


Gráfico N°2: condiciones de uso de la resina compuesta como material restaurador en el sector posterior.

En la tabla N° 2 se plasman las razones por las que los participantes utilizan resina compuesta como material de restauración en el sector posterior entre las cuales predomina que mientras se efectúe una buena técnica se obtendrán buenos resultados.

Tabla N°2: razones por las cuales usa resina compuesta.

| | |
|---|---|
| Buena técnica garantiza buenos resultados | 8 |
| Estética | 5 |
| Propiedades | 3 |
| No responde | 8 |

El material más resistente para los participantes es la amalgama con un 66,7% (n=14) por sobre

la resina con un total de 9,5% (n=2) y el 23,8% (n=5) considera ambos como materiales que poseen ésta característica. De acuerdo al material de elección se evidenciaron las razones por las cuales prefieren uno u otro entre las cuales resaltan las características de la amalgama, así como la composición de la misma, sin embargo con respecto a la resina también destacan su composición, mientras aquellos que opinan que ambos recalcan la técnica y manejo adecuado del material para garantizar su resistencia (Gráfico N° 3)

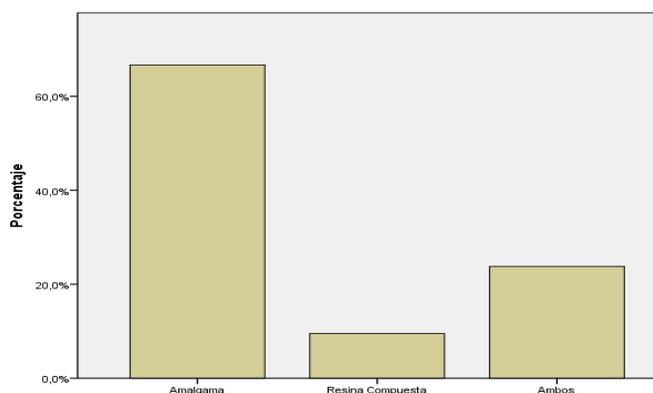


Gráfico N° 3: mejores características de resistencia.

Tomando en cuenta la longevidad el 57,1% (n=12) elegiría amalgama para restauraciones en el sector posterior, siendo sus propiedades la principal razón de preferencia, mientras el 33,3% (n=7) se inclinan por la resina debido a sus propiedades y mantener cavidades conservadoras y el 9,5% (n=2) de los participantes considera que ambos materiales son longevos siempre y cuando se tome en

cuenta el caso. Por otro lado el 28,6% (n=6) no respondió el por qué lo prefiere (Gráfico n° 4)

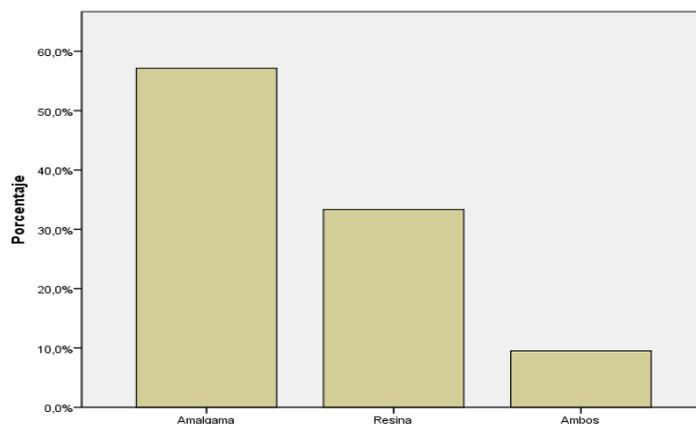


Gráfico N° 4: elección del material según su longevidad.

Los participantes que consideran la estética como factor determinante en la elección del material de restauración en el sector posterior corresponden al 57,1% de mientras el 42,9% no, pues señalan que el sector posterior no amerita tanta estética y que prefieren que sea más duradero. Los que si la consideran determinante en su elección indican que actualmente hay una mayor exigencia estética por parte del paciente, además de que toman en cuenta también la ubicación de la cavidad y el caso. (Gráfico N°5)

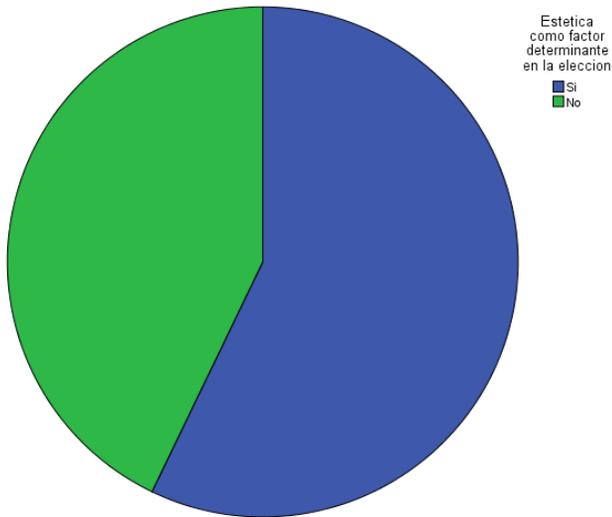


Gráfico N° 5: estética como factor determinante en la elección del material.

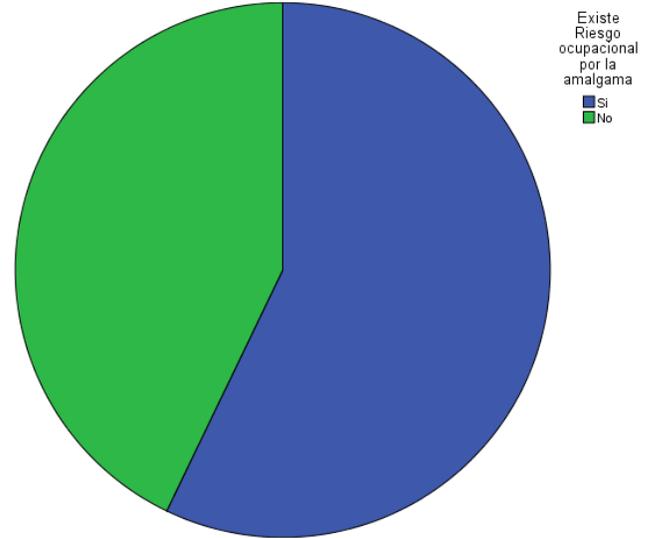


Gráfico N° 6: opinión sobre el riesgo ocupacional por el uso de amalgama.

De acuerdo con la amalgama como factor de riesgo el 57,1% (n=12) de los participantes consideran que si es un riesgo debido al contenido de mercurio, mientras el 42,9% (n=9) no consideran ninguno de estos materiales riesgoso (Gráfico n° 6), la mayoría atribuye el riesgo al manejo incorrecto del material, sus desechos y las condiciones bajo las que se usa. Mientras que los otros indican que bajo una correcta manipulación del material y aplicación de las normas de bioseguridad no hay riesgo alguno. (n=4) no justificaron su respuesta. (Gráfico N°7)

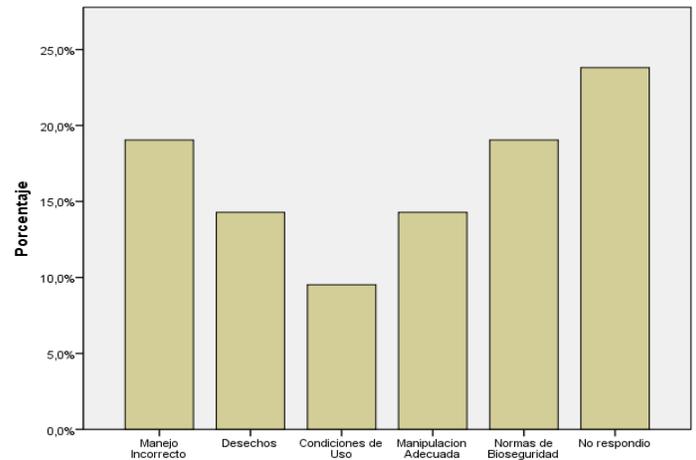


Gráfico N° 7: factor de riesgo en la práctica ocupacional.

Existen distintos factores que influyen en la elección del material restaurador en los cuales según el orden de importancia del 1 al 5 la mayoría (n=9) indico que la longevidad era el primer factor que influía en la elección, la resistencia se ubica en el segundo lugar, la estética esta de tercero y posterior a estos la técnica y el costo ubicándose de cuarto y quinto respectivamente. (Gráficos N° 8, 9, 10, 11 y 12)

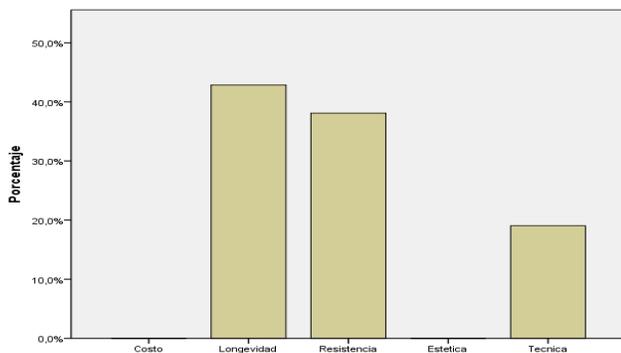


Gráfico N° 8: factor de elección en orden de importancia (primero).

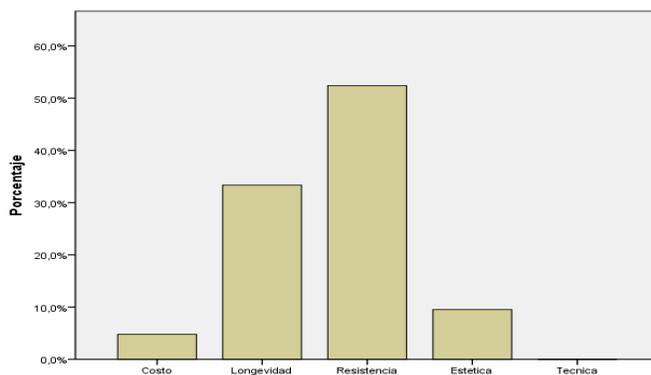


Gráfico N° 9: factor de elección en orden de importancia (segundo).

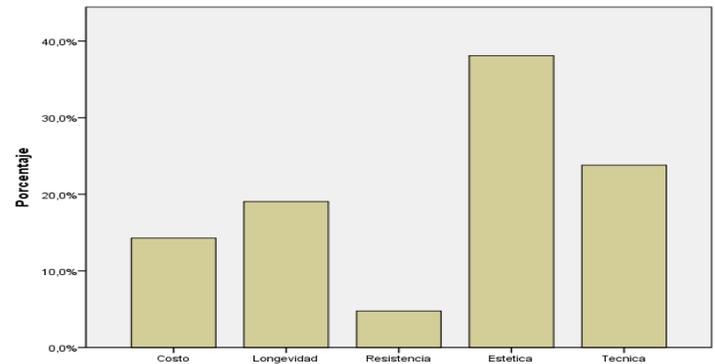


Gráfico N° 10: factor de elección en orden de importancia (tercero).

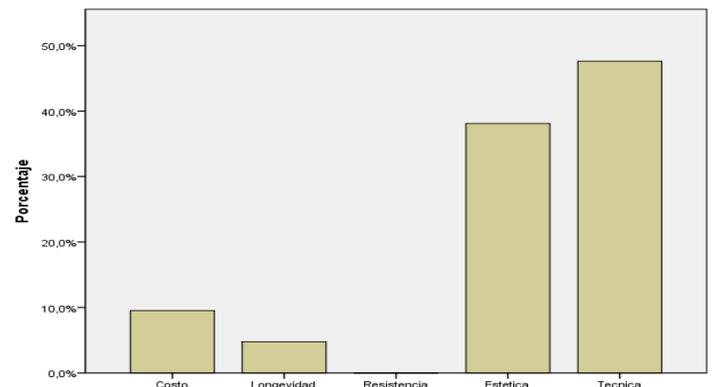


Gráfico N° 11: factor de elección en orden de importancia (cuarto)

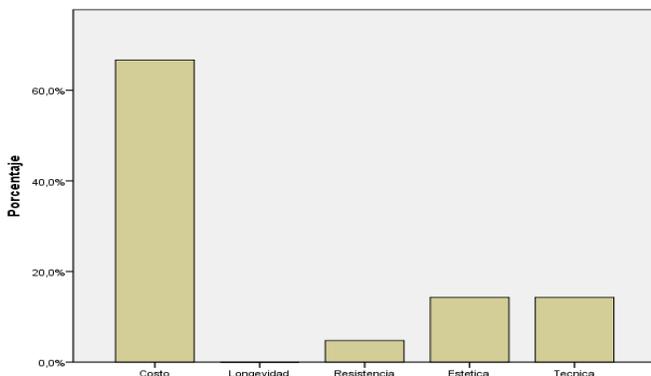


Gráfico N° 12: factor de elección en orden de importancia (quinto).

Las condiciones para el uso de amalgama como material de reemplazo en el sector posterior según los encuestados se da en primer lugar en pilar de prótesis parcial removible (n=11) en segundo lugar donde no se pueda colocar aislamiento absoluto y oclusión traumática (n=8), en tercer lugar estructura remanente suficiente (n=7), en cuarto lugar para restauraciones clase I y clase II (n= 6), quinto lugar muñón para coronas o dientes que tuvieran restauración previa con amalgama (n=3), sexto lugar zonas que no requieran estética, preferencia del paciente y razones económicas (n=2), séptimo lugar cavidades amplias, desadaptación marginal y pacientes pediátricos.

Mientras que las condiciones de uso de resina compuesta como material de reemplazo en el sector posterior indico en primer lugar dientes con remanente dental suficiente (n=10) en segundo lugar requerimiento de estética (n=7) en tercer lugar donde se pueda realizar

aislamiento absoluto (n=5) de cuarto lugar preferencia del paciente y muñones o incrustaciones (n=4) en quinto lugar bases de restauraciones indirectas y clase I y clase II (n=2) y en sexto lugar pacientes que cuenten con una oclusión favorable y clase V y clase VI (n=1).

Según el 57,14% (n=12) de los encuestados el material de su preferencia para restaurar en el sector posterior es la resina compuesta, el 23,80% (n=5) indico su preferencia por las amalgamas y el 19,06% (n=4) restante prefiere ambos materiales, esto basado en las ventajas y desventajas que estos presentan. (Gráfico N° 13)

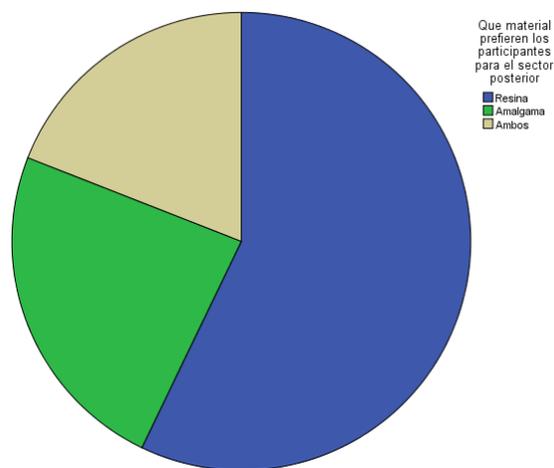


Gráfico N° 13: material de preferencia para restauraciones directas en el sector posterior.



DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue conocer la preferencia que tienen los profesores odontólogos de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes sobre el uso de las amalgamas y resinas como materiales de restauración directa en el sector posterior. Pues desde el anuncio realizado por la convención de Minamatha sobre la reducción del mercurio a nivel mundial y la disminución del uso de las amalgamas^{23,24}, así como el pronunciamiento de la unión europea²⁵, se ha visto que en países nórdicos¹¹ y en algunos países más con indicadores de desarrollo más altos ha cambiado la perspectiva de los odontólogos en las restauraciones dentales^{27,28}, lo que influencia directamente a la educación^{35,36} y orientación de la odontología actual^{33,37}.

Los resultados arrojados en la investigación nos dan una muestra de la preferencia que existe en algunos profesores del departamento de Odontología Restauradora de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes, en los cuales pudimos observar que, la mayoría de los encuestados usan la amalgama por su longevidad, resistencia, composición y características, siempre y cuando el paciente lo permita, las cavidades sean pequeñas, en cavidades clase 1, clase 2, y que esta no necesita aislamiento absoluto, del mismo modo usarían este material como reemplazo por estas razones. Por lo tanto, con estos resultados confirmamos que la amalgama sigue siendo considerada uno de los materiales más longevos

y resistentes. Además, según el instrumento aplicado la mayoría de los profesores considera que la amalgama representa un riesgo ocupacional, si es manejada incorrectamente, pero que con las medidas de seguridad necesarias se puede utilizar en algunos de los casos anteriormente descritos.

Por otro lado, la totalidad de los encuestados usan resina compuesta de forma no exclusiva porque esta aporta altas propiedades estéticas, basándose también en la preferencia del paciente, cavidades pequeñas, buena técnica, y buenas propiedades. La elección del material para restaurar va a depender principalmente de la longevidad, seguido de resistencia, estética, técnica, y el costo. Finalmente, se corroboró que hay un índice de preferencia alto por las resinas compuestas sobre la amalgama dental, aun cuando se considera más importante la resistencia y longevidad que la estética.

De acuerdo con la revisión de la literatura, se encontraron coincidencias relevantes para esta investigación como: la amalgama fue seleccionada como material alternativo para restaurar el sector posterior por su longevidad y buenas propiedades mecánicas, además que requiere menos tiempo, menos cooperación del paciente, y reduce el riesgo a caries, sin embargo la mayoría de los encuestados creen que la amalgama es un riesgo para los pacientes si no es usada correctamente^{29, 31}. En contraste en otros estudios se encontró que la resina ha tomado prevalencia por su alta estética⁹, y por



esto es el material de mayor preferencia en la actualidad^{21, 34}.

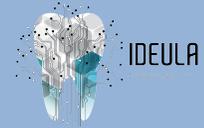
Es por ello, que el criterio de la muestra de nuestra investigación coincide con los avances que han venido desarrollándose con respecto a los cambios de los materiales de restauración a nivel mundial, pero aun así no se evidencia un plan de exclusión de la amalgama en la práctica clínica en América latina, a pesar de que en el continente Europeo se espera que para el 2020 ya haya sido erradicada²⁸.

Dentro de las implicaciones presentadas tenemos que estos resultados se deben a que se han realizado nuevas modificaciones en la composición de la resina en pro del mejoramiento de la misma y han dejado como material alternativo a la amalgama⁶. La resina es un material restaurador cuya preparación es menos invasiva, y ante el reemplazo se va a preferir mantener la mayor cantidad de tejido dentario remanente posible así como, va a ser el material de restauración de primera elección gracias a su influencia comercial, y estética⁹ por lo que podrían ser un material prometedor para satisfacer las necesidades estéticas durante un periodo considerable de tiempo⁴⁰.

Actualmente la amalgama no se considera un riesgo ocupacional si se realiza un manejo adecuado, que incluye la presentación (capsula pre-dosificada), uso de amalgamador como instrumento de preparación donde no se tiene contacto directo con el mercurio líquido, además de las barreras de seguridad^{27, 33}. Es por ello que

se continúa indicando a pesar de no ser la primera elección, esto aunado al hecho relación costo-efectividad, pues es el material más longevo^{19, 14}. Tomando en consideración lo antes descrito se confirma la preferencia de la resina sobre la amalgama dental en la población que ha sido estudiada.

El presente artículo de investigación contiene una de las más importantes controversias de la actualidad en la odontología, la cual sigue siendo un debate constante a la hora de emplear amalgama o resina en el sector posterior, sin embargo surgen limitaciones como una muestra reducida con respecto a la población total de profesores, las consideraciones bioéticas que deben ser tomadas en cuenta sobre todo en el aspecto de investigaciones en países en vía de desarrollo ya que puede existir una vulnerabilidad moral en la población estudiada pues existe una deficiencia de recursos y acceso a beneficios, a partir de la imposición de estructuras económicas y sociales que determinan su exclusión en instancias decisivas para su propia salud y/o calidad de vida en relación a poblaciones mucho más beneficiadas. Pues buscan impedir el acceso a posiciones que les permitan una subsistencia autónoma dentro de los niveles sociales determinados por las instituciones^{41,42,43}, en este caso tiene implicaciones investigativas pues la situación en las necesidades de atención de la población van directamente relacionadas a la formación e instrucción profesional son diferentes tomando en cuenta las decisiones de los casos en países



más desarrollados nombrados anteriormente en el estudio.

CONCLUSIONES

Bajo las condiciones en las que se realizó este estudio se concluyó que los profesores odontólogos del Departamento de Odontología Restauradora de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes prefirieron el uso de la resina compuesta como material restaurador en el sector posterior sobre el uso de amalgama tomando en cuenta el hecho de que no dejan de usar e indicar la amalgama dental por su resistencia.

Es importante resaltar que la estética es un factor que influye actualmente en la selección del material al momento de realizar una restauración, basándose no solo en la preferencia del odontólogo sino también en la del paciente.

Por otro lado es de suma importancia tener en cuenta la situación de crisis socioeconómica actual que limita la aplicación de preferencia de estos materiales al poder adquisitivo del paciente y a las necesidades de la población con respecto a la accesibilidad de los distintos materiales de restauración y su aplicabilidad en el proceso de enseñanza profesional en las distintas instituciones a nivel nacional.

RECOMENDACIONES

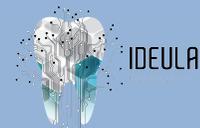
-Es necesario la realización de estudios que abarque mayor muestra, incluyendo odontólogos que ejercen en público y privado.

-Realizar una investigación con un instrumento más específico.

-Llevar a cabo un estudio acerca de la inclusión o exclusión de la amalgama dentro del plan educativo de las universidades.

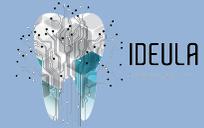
- Realizar un estudio para evaluar la situación, condiciones y accesibilidad a materiales de restauración en las distintas escuelas de odontología del país.

-Actualización constante de conocimiento acerca de los cambios en los componentes de los materiales utilizados en el sector posterior.

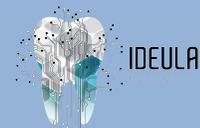


REFERENCIAS

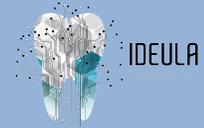
1. Lourdes ZL, Álvaro V. Materiales Dentales De Restauración. Rev Actual Clínica [Internet]. 2013(Consultado en 2017);30:1498-504. Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v30/v30a05.pdf>
2. Green Facts. Materiales de obturación Amalgamas y materiales alternativos [Internet]. 2008 (Consultado en 2017). p. 1-9. Disponible en: <http://copublications.greenfacts.org/es/amalgamas-dentales/amalgamas-dentales-greenfacts.pdf>
3. Cova J. Biomateriales Dentales. 1ra ed. Amolca; 2004.
4. Anusavice K. Phillips Ciencia de los Materiales Dentales. 11va ed. España: Elsevier; 2004.
5. Mutis M, Pinzón JC, Castro G. Las amalgamas dentales: ¿un problema de salud pública y ambiental? Revisión de la literatura. Universitas Odontológica. [Internet]. 2011 (Consultado en 2018); 30: 63-70. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/1849>
6. Cramer N, Stansbury J, Bowman C. Recent Advances and Developments in Composite Dental Restorative Materials. J Dent Res [Internet]. 2011(consultado en 2017);90(4):402-416. Disponible en:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3144137/>
7. Rodriguez D, Pereira N. Evolución y tendencias actuales en resinas compuestas. Fund Acta Odontológica Venez [Internet]. 2008 (Consultado en 2017);46(3). Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/3/pdf/evolucion_tendencias_resinas_compuestas.pdf
8. Ramírez RA, Setién VJ, Orellana NG, García C. Microfiltración en cavidades clase II restauradas con resinas compuestas de baja contracción. Acta Odontológica Venez [Internet]. 2009(Consultado en 2017);47(1):131-9. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/1/pdf/microfiltracion_cavidades_resinas_compuestas_baja_contraccion.pdf
9. Ben-Gal G, Weiss EI. Trends in material choice for posterior restorations in an Israeli dental school:



- composite resin versus amalgam. *J Dent Educ* [Internet]. 2011(Consultado en 2017);75(12):1590-5. Disponible en: <http://www.jdentaled.org/content/75/12/1590.full.pdf+html>
10. Lynch C. et al. Minimally invasive management of dental caries: contemporary teaching of posterior resin-based composite placement in U.S. and Canadian dental schools. *JADA*[Internet] 2011 (Consultado en 2018);142(6):612-620. Disponible en:<https://pdfs.semanticscholar.org/6399/85e83541a302a7df344c19cd9aac2d67b086.pdf>
11. Ruiz D. Principales causas que producen el fracaso en restauraciones de piezas dentarias posteriores [Tesis de Grado]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. 2016. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/19380>
12. Fernández E, Arroyo ED, Pardo CL, Oliveira Junior OB, Cortés GM, Casielles JM. Indicators of the risk mechanics for Class-I and Class-II amalgam and composite resin restorations. *Brazilian J Oral Sci* [Internet]. 2014 (Consultado en 2017);13(2):146-51. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/bjos/v13n2/1677-3225-bjos-13-02-00146.pdf>
13. McCracken M, et al. A 24-month Evaluation of Amalgam and Resin-Based Composite Restorations: Findings from The National Dental Practice-Based Research Network. *Am Dent Assoc* [Internet]. 2013 (consultado en 2017); 144(6): 583–593. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23729455>
14. Atiencia P. Prevalencia de caries recurrente en dientes restaurados con resina y amalgama dental en la facultad piloto de odontología año 2015 [Tesis de grado]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. 2016. Diponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/17499>
15. Bernardo M, Luis H, Martin MD, Leroux BG, Rue T, Leitão J, et al. Survival and reasons for failure of amalgam versus composite posterior restorations placed in a randomized clinical trial. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 2007 (Consultado en 2017);138(6):775-83. Disponible en: [http://jada.ada.org/article/S0002-8177\(14\)62395-3/pdf](http://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)62395-3/pdf)
16. Rho Y-J, et al. Longevity of Direct Restorations in Stress-Bearing Posterior Cavities: A Retrospective Study. *Operative Dentistry*. 2013 (Consultado en 2017); 38(6): 572-582. Disponible en: http://www.jopdentonline.org/doi/10.2341/12-432-C?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed
17. Vaca E. Sensibilidad postoperatoria al cambio de una amalgama a una resina compuesta considerando el umbral del dolor en los estudiantes de la universidad nacional de Loja en las edades

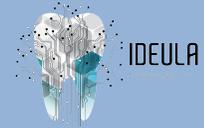


- comprendidas entre 18 a 30 años en el periodo Marzo- Julio 2015. Ecuador: Universidad Nacional de Loja. 2015. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/14691>
18. Lahoud V. Mendoza J. Evaluación Clínica Comparativa de Restauraciones con Amalgama versus Restauraciones con Resina en el Sector Posterior. *Odontología Sanmarquina*. [Internet]. 2002 (Consultado en 2018); 1(10): 63-70. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/articulo/view/3589>
 19. Gómez C, Arismendi J. Estudio del desempeño preclínico y clínico de una amalgama dental comercial. *RevFacOdontolUniv Antioquia* [Internet]. 2010 (Consultado en 2017);22(1):63-71. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/4753/6977>
 20. Gordan V V., Riley JL, Worley DC, Gilbert GH. Restorative material and other tooth-specific variables associated with the decision to repair or replace defective restorations: Findings from the Dental PBRN. *J Dent* [Internet]. 2012(Consultado en 2017);40(5):397-405. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3322253/pdf/nihms355660.pdf>
 21. Kanzow P. et al. Cost-effectiveness of repairing versus replacing composite or amalgam restorations. *J Dent* [Internet]. 2016 (consultado en 2018); 54:41-47. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300571216301658?via%3Dihub>
 22. Penado J, Candray R, Paz R. Causas más frecuentes por las que se indica sustitución de restauraciones de resina compuesta y amalgama de plata en el área de diagnóstico de la Facultad de Odontología de la Universidad de el Salvador en el ciclo II/2011 [Internet]. 2012 (consultado en 2017). Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/3745/1/17100365.pdf>
 23. Rodriguez E, et al. The safety of dental amalgam and alternative dental restoration materials for patients and users. *Regul Toxicol Pharmacol* [Internet]. 2016 (Consultado en 2018); 79:108. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0273230015301501?via%3Dihub>
 24. Paz S. Evaluación de la sensibilidad postoperatoria después del cambio de restauraciones de amalgama por restauraciones con resina compuesta con o sin base cavitaria en pacientes de la clínica odontológica de la Universidad de las Américas [Tesis de Grado]. Quito: Universidad de las Américas. 2016. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/5879>
 25. Mackey T, Contreras J, Liang B. The Minamata Convention on Mercury: Attempting to address the global controversy of dental amalgam use and mercury waste disposal. *Science of the Total Environment* [Internet]. 2014 (consultado en 2017); 472:125–129. Disponible en:



<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S004896971301259X>

26. Lynch C, Wilson N. Managing the phase-down of amalgam: Part II. Implications for practicing arrangements and lessons from Norway. *British Dental Journal* [Internet]. 2013 (consultado en 2018); 215(4): 159-162. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2013.788.pdf>
27. European civil society. EU agrees dental amalgam ban in children, pregnant and breastfeeding women [Internet]. 2016 (Consultado en 2017). Disponible en: <http://www.eeb.org/index.cfm/library/eu-agrees-dental-amalgam-ban-in-children-pregnant-and-breastfeeding-women/>
28. Peláez A, Borja A, Carrillo K. Amalgamas y resinas en el sector posterior: que recomienda la evidencia [Tesis de Grado]. Universidad CES. 2016. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/4084>
29. Alkhudairy F. Attitudes of dentists and interns in Riyadh to the use of dental amalgam. *BMC Res Notes* [Internet]. 2016 (Consultado en 2017);9(1):488. Disponible en: <http://download.springer.com/static/pdf/668/art%253A10.1186%252Fs13104-016-2294-x.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmcresnotes.Biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2Fs13104-016-2294-x&token2=exp=1489017381~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F668%2Fart%25253A10.1186%25252>
30. Alexander G, Hopcraft MS, Tyas MJ, Wong RHK. Dentists' restorative decision-making and implications for an «amalgamless» profession. Part 1: A review. *Aust Dent J* [Internet]. 2014 (Consultado en 2017);59(4):408-19. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/adj.12209/epdf>
31. Faraj B, et al. The changes in dentists perception and patients acceptance on amalgam restoration in Kurdistan-Iraq: A questionnaire-based cross-sectional study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* [Internet]. 2015 (consultado en 2017); 9(4): ZC22-ZC25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4437153/>
32. Kopperud SE, Staxrud F, Espelid I, Tveit AB. The post-amalgam era: Norwegian dentists' experiences with composite resins and repair of defective amalgam restorations. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2016 (Consultado en 2017);13(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4847103/pdf/ijerph-13-00441.pdf>
33. Khalaf M, et al. Factors relating to usage patterns of amalgam and resin composite for posterior



- restorations - A prospective analysis. *J Dent* [Internet]. 2014 (Consultado en 2018). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300571214001183?via%3Dihub>
34. Wilson N, Lynch C. The teaching of posterior resin composites: Planning for the future based on 25 years of research. *Journal of dentistry* [Internet]. 2014 (consultado en 2017); 42: 503-16. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300571214000645?via%3Dihub>
35. Alexander G, Hopcraft M, Tyas M, Wong R. Dentists' restorative decision-making and implications for an 'amalgamless' profession. Part 2: a qualitative study. *Aust Dent J* [Internet]. 2014 (consultado en 2017); 59(4):420-31. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/adj.12212/epdf>
36. Udoye C, Aguwa E. Amalgam Safety and Dentists' Attitude: A Survey Among a Subpopulation of Nigerian Dentists. *Operative Dentistry* [Internet]. 2008 (Consultado en 2017); 33(4):467-471. Disponible en: <http://www.jopdentonline.org/doi/abs/10.2341/07-123>
37. Rey R, et al. Curriculum time compared to clinical procedures in amalgam and composite posterior restorations in U.S. dental schools: a preliminary study. *Journal of Dental Education* [Internet]. 2015 (consultado en 2017); 79(3):331-36. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=25729027>
38. Castillo R, et al. Teaching the placement of posterior resin-based composite restorations in Spanish dental schools. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [Internet]. 2012 (Consultado en 2018); 17(4):e661-8. Disponible en: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv17i4_p661.pdf
39. Lynch C, Wilson N. Managing the phase-down of amalgam: Part I. Educational and training issues. *British Dental Journal* [Internet]. 2013 (consultado en 2017); 215(3): 109-113. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2013.737.pdf?origin=ppub>
40. Chandwani N, et al. Histological Evaluation to Study the Effects of Dental Amalgam and Composite Restoration on Human Dental Pulp: An in vivo Study. *MedPrincPract* [Internet]. 2014 (consultado en 2017); 23:40-44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24217468>
41. Olivero R, Dominguez A, Malpica CC. Principios Bioéticos aplicados a la investigación epidemiológica. *Acta Bioethica* [Internet]. 2008 (consultado en 2019); 14(1), págs: 90-96. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2008000100012
42. Rodríguez E. Comité de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las



pautas CIOMS 2002 .Acta Bioethica 2004; 10(1). Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2004000100005&script=sci_arttext

43. OMS. (1990). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos 1964-1975- 198-1989- 1996- 2000-2002-2004. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

<https://doi.org/10.53766/IDEULA/2019.01.01.04>

LA MALA PRAXIS EN ORTODONCIA: PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES AFECTADOS EN MÉRIDA-VENEZUELA

Quintero, Jormany¹(jormany@gmail.com); Herrera, María Betania² (mariabehh@gmail.com) Antolinez, Emma²(emma20antolinez@gmail.com)

1 Profesor del Departamento de Sistemas de Control-EISULA. Facultad de Ingeniería, Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela.

2 Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela.

Autor de contacto: Jormany Quintero

e-mail: jormany@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Quintero J, Herrera M, Antolinez E. La mala praxis en Ortodoncia: percepción de los pacientes afectados en Mérida-Venezuela. *IDEULA*. 2019;(1):73-87. <https://doi.org/10.53766/IDEULA/2019.01.01.03>

APA: Quintero, J., Herrera, M., y Antolinez, E. (2019). La mala praxis en Ortodoncia: percepción de los pacientes afectados en Mérida-Venezuela. *IDEULA*, (1), 73-87. <https://doi.org/10.53766/IDEULA/2019.01.01.03>

Recibido: 14/05/2019 **Aceptado:** 08/07/2019

RESUMEN

La mala praxis es una práctica por parte de un profesional de la salud, la cual puede causar daño parcial o total a tejidos u órganos del paciente por descuido, impericia o negligencia, donde se puede exigir responsabilidad jurídica. **Objetivo:** describir la percepción de mala praxis en pacientes afectados por tratamientos ortodónticos deficientes que fueron diagnosticados por el ortodoncista en su consulta privada en la ciudad de Mérida del Estado Mérida. **Materiales y Métodos:** investigación descriptiva con diseño de campo. La muestra estuvo constituida por 6 adultos jóvenes que asistieron a ortodoncistas con grado de especialistas o superior ubicados en la ciudad de Mérida. Se empleó como técnica de recolección de datos la entrevista semiestructurada. **Análisis de Resultados:** los pacientes entienden y comprenden el término de mala praxis, relacionándolo con daños y consecuencias desfavorables. Refirieron sentir disgusto con el resultado de su tratamiento previo y no tienen información suficiente sobre los organismos competentes para realizar reclamos. **Conclusiones:** La mala praxis es concebida como negativa por parte de los pacientes. Su educación sobre la normativa referente a deberes del profesional y derechos del paciente en los servicios odontológicos en general, es deficiente.

Palabras clave: mala praxis, ortodoncia, percepción, odontología legal.



THE MALPRACTICE IN ORTHODONTICS: PERCEPTION OF AFFECTED PATIENTS IN MÉRIDA-VENEZUELA

ABSTRACT

Malpractice is performed by a health professional, which can cause partial or total damage to tissues or organs of the patient due to carelessness, imperfection or negligence, where legal liability can be demanded. **Objective:** to describe the perception of malpractice in patients affected by deficient orthodontic treatments that were diagnosed by the orthodontist in his private practice in the city of Mérida, Mérida State. **Materials and Methods:** descriptive research with field design. The sample consisted of 6 young adults who attended orthodontists with a degree of specialists or higher located in the city of Mérida. The semi-structured interview was used as a data collection technique. **Analysis of Results:** patients understand the term of malpractice, relating it to damages and unfavorable consequences. They reported feeling displeased with the result of their previous treatment and do not have enough information about the competent institutes to make claims. **Conclusions:** Malpractice is conceived as negative by patients. Your education on the regulations regarding professional duties and patient rights in dental services in general, is deficient.

Key words: malpractice, orthodontics, perception, legal dentistry

INTRODUCCIÓN

La mala praxis es un concepto legal¹⁻³ entendido como una práctica por parte de un profesional de la salud, que puede causar daño parcial o total a ciertos tejidos u órganos del paciente que implica

descuido, omisión, desatención, impericia, imprudencia, negligencia, irresponsabilidad o inobservancia de los tratamientos que genera resultados negativos¹⁻¹³ y por lo cual se puede exigir responsabilidad jurídica³.

En la atención odontológica participa personal calificado con el fin de brindar la mejor calidad de asistencia a los pacientes¹⁴, sin embargo por ser una actividad compleja, no se escapa de ocasionar algún evento adverso al corregir y tratar las anomalías óseas y maloclusiones¹⁵. Para la planificación y aplicación del correcto plan de tratamiento ortodóntico, es preciso acudir al ortodoncista, pues es quien domina los movimientos dentales basados en la remodelación del ligamento periodontal y el hueso alveolar¹⁶, usando aparatos mecánicos^{15,17,18}.

En los últimos años la ortodoncia se ha popularizado con el fin de corregir algunos aspectos como: el apiñamiento dental¹⁵, la remodelación ósea¹⁹ y la maloclusión de algunos individuos, mejorando la sonrisa y cumpliendo las expectativas por parte del paciente²⁰. Debido a esto muchos odontólogos no especialistas en ortodoncia

aplican tratamientos ortodónticos, permitiendo en algunos casos incurrir en una mala praxis, por lo cual es reflejado en un incremento de quejas por parte de los pacientes^{8,21}.

Las formas de mala praxis incluyen: administración equívoca de medicamentos, diagnósticos inciertos, fallas, daño causado por aparatos, procedimientos insuficientes e incompletos o incorrectos^{6,8,21,22}, aunado a esto destacan la ausencia de historia clínica, ausencia de protocolos escritos y usados, ausencia de consentimiento informado y aceptación de condiciones inadecuadas de trabajo¹³. Las causas más frecuentes engloban el cansancio, error en el diagnóstico, la prisa, juicio defectuoso, confianza excesiva, deficiencias de comunicación interpersonal, procesamiento inadecuado de la información, alteraciones de la personalidad e relación odontólogo-paciente deficiente^{8,21,23}.

Los pacientes que han sido víctimas de una mala praxis dental, presentan condiciones desfavorables en su sistema estomatognático de tipo reversibles o irreversibles^{13,24}. Son frecuentes las modificaciones óseas²⁵, aparición de bolsa periodontal²⁵, hiperplasia gingival²⁵, recesión gingival²⁵, pérdida del hueso periodontal²⁵, degeneración en la pulpa dental²⁶, reabsorción radicular^{18,27,28}, lesiones en mucosas por alambres sobre extendidos en las zonas de anclaje de molares²⁹, errores en la colocación de los brackets en las piezas dentarias²⁹, desequilibrio en la articulación temporomandibular²⁹, entre otras.



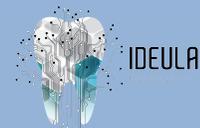
Se ha observado evidencia de mala praxis tanto en servicios públicos, como en los servicios privados. De estos casos de reclamos por mala praxis el 18% se relaciona con el servicio odontológico³⁰ presentando una mayor proporción de quejas hacia odontólogos generales, con un 81,1% de los casos³¹. Los datos analizados reflejan un 50% de casos por mala praxis, de los cuales el 89% por negligencia y 3% por impericia. Los tipos de procedimientos con mayores quejas reportadas fueron: tratamientos protésicos con 37,2%³¹, procedimientos quirúrgicos con 18,6%³¹, procedimientos relacionados con endodoncia 14%³², y ortodoncia con 14%³².

Las estadísticas muestran que en la mayoría de casos la querrela se resuelve favorablemente para el odontólogo³⁵; sin embargo, para él esta situación le causa consecuencias desfavorables^{3,22,34-37}. En Venezuela existen instrumentos legales que estipulan las sanciones en caso de cometer mala praxis, estas van desde sanciones administrativas hasta la privación de libertad de tres a seis años^{38,39}; se destacan el artículo 420-422 del Código Penal Venezolano^{39,40}, el artículo 105 del Código de Deontología Odontológica⁴¹ y el artículo 30 del Reglamento de La Ley del Ejercicio de la Odontología⁴². Estas leyes estipulan como órgano regulador inmediato ante una disputa legal al Colegio de Odontólogos Regional o Nacional por ser un cuerpo normativo^{38,43}. A través de un tribunal disciplinario, se toman las medidas correctivas de acuerdo al caso⁴³. Por lo

tanto, cada odontólogo debe al menos poseer información sobre el concepto de mala praxis dental, sus principios fundamentales y posibles patrones de responsabilidad⁴⁴.

Hoy en día se hace evidente la poca información existente sobre lo que se puede considerar como mala praxis, en un lenguaje universal, operativo y estandarizado en relación con los eventos adversos, así mismo, se cuenta con poca información sobre la gestión eficaz del riesgo dentro de la gestión de calidad de las instituciones odontológicas^{13,16}. En este orden de ideas, el odontólogo jamás se propone dentro de los planes, dañar o perjudicar a su paciente^{1,45-47}. Está dentro de ese código ético, cada vez más explícito y documentado, el hecho de buscar el mayor beneficio para el paciente en relación al tratamiento^{23,30,45-47}. Tiene la obligación de trabajar en pro de la ciencia dental, a favor del paciente, la comunidad y la profesión^{2,30,36}. A pesar de ello, la probabilidad de que ocurra la mala praxis siempre existe por los factores de riesgos innatos y adquiridos del paciente pues la naturaleza humana hace imposible que el hombre sea infalible^{7,23,30,36}.

A pesar de que no se manejan cifras oficiales, el incremento de pacientes que llegan a la consulta del ortodoncista especializado, a consecuencia de una mala praxis odontológica es preocupante¹, de estos, un porcentaje importante provienen de odontólogos generales. Estos profesionales practican de forma incorrecta un tratamiento ortodóntico cometiendo impericia por la falta total o parcial de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad en esta práctica^{15,21,30} afectando el derecho fundamental



a la salud^{38,39}, lo que se traduce en consecuencias de índole psicológico a los pacientes afectados y consecuencias legales para el profesional^{1,2,7,20,35}.

La cantidad de información publicada en el ámbito académico referente a la mala praxis odontológica, hasta la fecha, es escasa, ya que es una de la menos estudiadas⁶; así como también los pronunciamientos públicos y acciones hechas por el colegio de odontólogos nacional y regional en torno al tema. Este tipo de publicaciones podrán servir de base para futuros trabajos y al mismo tiempo promover la formulación de campañas de prevención de la mala praxis mejorando la atención del servicio, desarrollando conciencia en la población y llamando la atención desde un enfoque ético y legal a aquellos profesionales inexpertos. Es este sentido, el objetivo del presente trabajo es describir la percepción de mala praxis en pacientes afectados por tratamientos ortodónticos deficientes que fueron diagnosticados por el ortodoncista en su consulta privada en la ciudad de Mérida del Estado Mérida.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo es de tipo descriptivo, presenta un diseño transversal de campo, dado que se interactuó directamente con las personas portadoras de tratamiento ortodóntico previo y deficiente que asistieron a la consulta del especialista. Al ser una problemática con escasa documentación, la investigación presenta un

enfoque de tipo cualitativo para describir las características más resaltantes.

En este sentido, para la conformación del grupo de estudio se tomó en cuenta como muestra, un grupo de adultos jóvenes, pacientes que asistieron a ortodoncistas certificados con grado de especialista que laboran en la ciudad de Mérida del Estado Mérida. Estos pacientes acudieron con la inquietud de resolver el presunto daño causado por odontólogos, quienes le aplicaron un tratamiento de ortodoncia defectuoso ocasionando cambios negativos perceptibles por ellos mismos. Esta muestra estuvo conformada por 6 pacientes.

Como criterios de inclusión se tomaron en consideración: personas portadoras de aparatología fija de ortodoncia, que fueron sometidos a tratamientos de ortodoncia previos por odontólogos generales, que posteriormente percibieron deficiencia en su tratamiento ortodóntico relacionado a mala praxis y cuya percepción coincidía con la valoración del especialista. Mientras que los criterios de exclusión fueron: personas portadoras de aparatología fija quienes sostuvieron tratamiento otro ortodoncista o personas no profesionales de la odontología.

La técnica de recolección de información utilizada para esta investigación fue la entrevista. Esta estuvo basada en una entrevista semiestructurada en profundidad flexible, dinámica y muy similar a una conversación entre iguales. Para orientar el desarrollo de la entrevista, se elaboró un guion facilitando el proceso de recolección de datos.



En este orden de ideas, se emplearon los siguientes indicadores como guía para la aplicación de la entrevista: percepción con respecto a los efectos físicos negativos, estado emocional en el momento de la transición entre odontólogo, concepto de mala praxis, información referente a aspectos legales.

Como recursos de registro de la información, se empleó una grabadora digital para obtener los audios, los cuales fueron posteriormente fueron transcritos, sirviendo de evidencia para cotejar los resultados.

Por ende, se hace previa explicación y descripción del objetivo de la investigación a los participantes, bajo su autorización, se procedió a aplicar la técnica indagando a fondo acerca de la perspectiva individual de los pacientes. Cada uno de ellos emitió su juicio y su perspectiva.

Posteriormente, se realizó un análisis cualitativo organizado en una tabla de *Microsoft Excel*, donde se registró y organizó la información suministrada por los informantes. A partir del patrón encontrado en las respuestas de los participantes, surgieron categorías de análisis relacionadas con el objetivo de investigación.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

A partir de lo expresado por los informantes clave, se hace una descripción para destacar sus características más resaltantes debido a la heterogeneidad que presentaron los individuos.

El participante 1 fue paciente femenino, de 35 años de edad, quien se desempeña como ejecutiva de una empresa. Anteriormente llevaba su tratamiento de ortodoncia en la ciudad de Mérida, con un odontólogo general con diplomado en ortodoncia. La duración del tratamiento fue de 1 año. Este tratamiento lo inició por estética, ya que presentaba un “colmillo salido”. Durante la aplicación de este tratamiento notó cambios desfavorables en su cara, específicamente en sus maxilares por notar una “inversión” de los mismos; adicionalmente comenzó a escuchar un sonido “como un huesito cerca del oído” cada vez que comía. Por estas razones toma la decisión de cambiarse de odontólogo y llega con su ortodoncista actual por sugerencia de un familiar.

El participante 2 fue paciente femenino de 21 años de edad, de ocupación estudiante de medicina, sostuvo un tratamiento de ortodoncia por un año y nueve meses con un odontólogo general en la ciudad de Valera. Este tratamiento lo inició por funcionalidad, ya que perdió un segundo premolar a causa de una caries y deseaba cerrar el diastema descartando la opción de un implante. En el tiempo que mantuvo el tratamiento se percató de cambios desfavorables en la posición y angulación de sus dientes. Por estas razones toma la decisión de cambiarse de odontólogo y llega con su ortodoncista actual por recomendación de un odontólogo en un ambulatorio de la ciudad de Mérida.

El participante 3 fue paciente femenino de 28 años de edad, quien se desempeña como higienista dental, durante dos años y medio estuvo en un tratamiento ortodóntico con un



odontólogo general con diplomado en ortodoncia en la ciudad de Mérida. El motivo de usar este tratamiento fue por estética, ya que presentaba sobremordida. Durante el tratamiento de ortodoncia notó que “le rayaron el esmalte en varias oportunidades, por no usar los instrumentos adecuados” además de la intrusión de un incisivo central con reconstrucción de resina que provocó un contacto prematuro lesionando la pulpa de un incisivo lateral inferior de manera irreversible y un diastema entre los incisivos inferiores. Esta paciente tomó la decisión de cambiar su tratamiento de ortodoncia, por recomendación de su jefe actual, que es su ortodoncista.

El participante 4 se trata de un paciente masculino de 30 años de edad, de ocupación comerciante, estuvo con tratamiento de ortodoncia por cuatro años con un odontólogo general. Este tratamiento lo inició por funcionalidad, ya que presentaba en ese momento “una mordida torcida”. Durante el tiempo que mantuvo el tratamiento notó ciertos aspectos desfavorables como “ningún cambio a nivel de su mordida” y el desprendimiento y caída constante de sus brackets. Dado su percepción por no tener resultados, decidió cambiar de odontólogo por recomendación del mismo, ya que tienen una amistad.

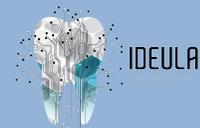
El participante 5 fue paciente femenino de 17 años de edad de ocupación estudiante, anteriormente llevaba su tratamiento de ortodoncia con un odontólogo general en la ciudad de Mérida, y lo mantuvo por tres meses. Este tratamiento lo inició por estética, ya que presentaba “los dientes torcidos”. Durante la

aplicación de este tratamiento notó aspectos desfavorables en cuanto a la permanencia de sus aparatos en boca, pues “se le caían todas las semanas”. Por esta razón toma la decisión de cambiarse de odontólogo y llega con su ortodoncista actual por sugerencia de su madre.

El participante 6 se trata de paciente femenino de 31 años de edad, de ocupación ama de casa, durante un año estuvo en un tratamiento ortodóntico con un odontólogo general en la ciudad de Mérida. El motivo de usar este tratamiento fue tanto por estética y por funcionalidad, manifiesta que presentaba “una descalcificación producto del embarazo”. Durante el tratamiento de ortodoncia notó que “no había evolución, ni corrección” y aparición de caries. Esta paciente tomó la decisión de cambiar su tratamiento de ortodoncia para su actual odontólogo por recomendación de su esposo.

Percepción de Mala Praxis

La percepción de mala praxis por parte de los pacientes es similar, ya que se encontró convergencia en el manejo del término, entendiéndose por ellos como un procedimiento que no se sabe realizar: “no pueden considerar hacer algo que no lo saben hacer”, no está bien hecho o no lo hacen adecuadamente “como un tratamiento mal hecho, algo así”, “Un procedimiento que no está bien hecho”. Esta percepción es potenciada por el juicio de experto emitido por el ortodoncista que lo trata actualmente. Por otro lado, uno de los participantes lo entiende como falta de atención hacia el paciente o maltrato al mismo “que no le



hacen nada a uno pues, que lo tratan mal” y otro lo relaciona con falta de ética y profesionalismo. Entre la muestra seleccionada se puede notar que la mayoría de los pacientes tienen una percepción de mala praxis más próxima al concepto que se maneja, es decir ellos entienden y comprenden el término y su significado. Estas percepciones son pertinentes a la definición de mala praxis concebida como el daño parcial o total ocasionado a consecuencia de una acción profesional equivocada ya sea por imprudencia, negligencia o impericia^{1,2,5-7,10,12,24,34,36-39}.

Percepción de Mala Praxis por impericia

En cuanto la percepción que tienen los participantes sobre la práctica de impericia los criterios fueron más homogéneos, la opinión de la mayoría coincidía en que los odontólogos se deben preparar académicamente para realizar de forma correcta el tratamiento de ortodoncia y no causar daño al paciente por falta de conocimientos. Entre las opiniones resaltan “no pueden considerar hacer algo que no lo saben hacer”, “no deberían de hacerlo porque si no han estudiado para eso, es obvio que no van a tener resultado”, “Pues, deberían estudiar para ser ortodoncistas, me imagino yo”, “realmente no sabía cómo hacerlo y se puso como quien dice de inventor” “están haciendo un daño porque puede traer peores consecuencias”. Uno de los participantes lo considera como una falta de ética en el ámbito profesional, “ellos no tienen ética y profesionalismo”. La mayoría de las opiniones coinciden con la definición de impericia que trata sobre la falta de sabiduría, práctica, experiencia y habilidad en el ejercicio profesional; es decir, se trata de la carencia de

conocimiento apropiado para el correcto desempeño de los tratamientos^{1,3,9,24,36-39}, por tanto al no manejar el término frecuentemente estos participantes tienen una percepción similar a la definición sobre el tipo de práctica.

Percepción de Mala Praxis por negligencia

Entre otras de las prácticas relacionadas con mala praxis está la negligencia definida como un acto mal realizado o no apropiado por parte del odontólogo, en donde el procedimiento en sí o los materiales utilizados se desvían de los estándares aceptados o donde las normas técnicas no se han cumplido a cabalidad, es mucho más frecuente que la impericia^{1,4,8,12,21,24,37,39}. En cuanto a la percepción que los participantes tienen sobre la práctica de negligencia sus opiniones fueron diversas, entre estas destacan “consecuencias desfavorables para los pacientes”, “falta por el especialista” al momento de aplicar los tratamientos que debería conocer, prioridad sobre el dinero “procedimiento que no está bien hecho, porque al profesional no le importó hacerla bien sino el dinero” y falta de aprendizaje en los conocimientos básicos para practicar la especialidad. Estos participantes tienen una percepción más diluida sobre la negligencia profesional, por tanto, se puede notar como sus opiniones dispersas no entran en la definición formal, quizás el concepto no lo relacionan con la práctica, esto determina una limitación al momento de actuar en caso de una mala praxis.

Efectos físicos negativos en los participantes

En cuanto a los cambios físicos sufridos por mala praxis en ortodoncia se manifiestan a nivel de cambios en el maxilar^{17,26}, movilidad dental^{18,25}, malposición de los dientes²⁹ y relación oclusal²⁹. Para los informantes, los cambios notados coincidieron con los descritos en la literatura “noté una inversión de los maxilares y adicionalmente comencé a escuchar como un huesito cerca del oído”, “al tiempo con la ortodoncia se me empezaron a salir los dientes”, “se me separaron los dientes centrales y uno de ellos se empezó a meter”. Esta percepción de los cambios físicos notados durante su primer tratamiento de ortodoncia, los llevaron a pensar ser víctimas de mala praxis por estos odontólogos, por esta razón toman la decisión de buscar ayuda para solucionar su problema con un ortodoncista.

Efectos psicológicos en los participantes

Desde el punto de vista psicológico, la percepción de aspectos desfavorables en el tratamiento de ortodoncia afecta a los pacientes de diferentes maneras pudiendo desarrollar miedo de aumentar el daño si manifiestan sus sentimientos o revelan los errores del profesional^{1,3,9,10,22}. Para los participantes los cambios notados los llevaron a sentir y desarrollar diferentes emociones como: enfado y molestia, “malestar por la pérdida de dinero”, “mis dientes estaban bien y pues eso con un ortodoncista verdadero con especialidad es rápido de resolver, esta doctora lo que hizo fue empeorar todo, me tuvieron que hacer tratamiento de conducto, a parte por todo lo que

tuve que pasar”; frustración, decepción, depresión, “frustrada porque no sabía si tenía solución”, “venía de un tratamiento que no me hizo nada”, “me sentía muy mal yo quería quitarme los brackets rápido entonces necesitaba otro tratamiento para que hicieran lo que ella debía haber hecho en un principio, realmente tuve depresión me afectó mucho la autoestima”; estos factores conllevan a desarrollar inseguridad hacia su odontólogo. Sin embargo, es de notar que el participante 4 afirmó no sentir ningún tipo de emoción en su experiencia, solo dejó de asistir a su consulta.

Importancia de la historia clínica y el consentimiento informado frente a la mala praxis

En la realización de un tratamiento de ortodoncia, la conducta a seguir es ir registrando los procedimientos aplicados en la historia clínica, esta debe contener toda la información detallada de como inició el paciente y su evolución^{4,7,18,19,22,30,33,35,43}. Sin embargo, ninguno de los participantes adquirió su historia clínica con su anterior odontólogo. Ningún participante hizo llegar algún examen adicional o fotografía clínica que le permitiera al ortodoncista actual corroborar su estado anterior, “yo quiero buscar la radiografía inicial para que ellos vean lo bien que estaban mis dientes en comparación a cuando llegue aquí, eso es una clínica, yo me imaginó que eso la han de tener aún ahí archivada”. Los seis participantes coincidieron que le entregaron a su ortodoncista una radiografía panorámica de su estado al comienzo de su nuevo tratamiento



ortodóntico. Sin embargo, esto hace evidente la falta de conocimiento por los pacientes sobre la importancia de la historia clínica y el consentimiento informado.

Procedimiento a seguir ante la mala praxis

En cuanto a las instancias donde los pacientes pueden acudir y emitir una queja se observó desinformación en la muestra. De los participantes solo cinco de ellos conocen la existencia del colegio de odontólogos nacional y regional, “es una asociación que se encarga de registrar a todos los odontólogos y sus especialidades, uno lo consulta por internet”; sin embargo, los seis participantes no poseen información de dirigirse a este organismo en caso de manifestar una queja. Es de distinguir que el colegio de Odontólogos de Venezuela es un organismo competente cuya parte de sus funciones es promover el cumplimiento de las leyes y normas para la buena práctica de la odontología^{39,43}.

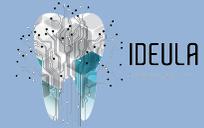
Por otro lado, en relación a la información sobre reglamentos, leyes y organismos públicos donde pueden realizar una queja cuatro participantes desconocen la existencia de los mismos, lo cual es importante señalar que para estudiar esta variable es necesaria una selección de la muestra más representativa. Dos de los participantes afirman la existencia de leyes “si he escuchado que uno puede demandar al doctor que como que le hizo mal a uno”, “yo me imaginó que debe haber una, mi hermano es abogado y me dice que sí”; pero estos participantes no tomaron la decisión de denunciar “de hecho yo la he

querido demandar, pero como es el dinero y la cosa pues no se ha podido”, “yo para evitar me quedé con eso así, gracias a Dios no fue algo fuerte. ¿Para qué?, cada quien, con su conciencia, cada quien sabe lo que hace”. Sin embargo, en otros países la conducta a seguir es iniciar un proceso de negociación de las partes para reparar el efecto adverso que en ocasiones termina en un proceso judicial. Un alto número de demandas se relacionan directamente con falta del consentimiento informado, con menor uso en la práctica privada y con menor frecuencia en los odontólogos que tenían mayor tiempo de ejercicio profesional^{1,10,12,19,21,22,31,32,34,38,44,47}.

CONCLUSIONES

A partir del presente estudio se observó que los pacientes comprenden, desde su percepción, que es la mala praxis en ortodoncia y la conciben como un efecto negativo con daños de tipo irreparable tanto físicos como emocionales, influenciada en ser cometida por impericia del odontólogo al no tener conocimientos sólidos en la aplicación del tratamiento.

La falta de información oportuna y específica sobre los derechos que se tiene como paciente en caso de mala praxis es un factor negativo. Esta desinformación da lugar a cometer omisiones y no realizar las quejas oportunas ante los entes competentes, de esta forma los reclamos en contra de los odontólogos implicados no se ejecutan satisfactoriamente y por tanto las estadísticas son bajas.



La educación referente a aspectos de salud para el paciente debe ser de manera amplia y puntual, donde se dé a conocer la normativa referente a deberes del profesional y derechos del paciente al momento de utilizar los servicios odontológicos básicos o especializados, tanto en los centros públicos como los privados.

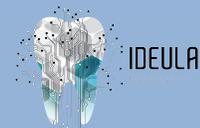
RECOMENDACIONES

- Se debe tener precaución con los tratamientos a realizar y referir a los especialistas aquellos casos que en los cuales no se posee conocimiento, habilidad o destreza.
- Ejecutar campañas de concientización por escuelas, políticas de salud, universidades y odontólogos acerca de la importancia de acudir a consulta con especialistas capacitados en los tratamientos de ortodoncia.
- Participación y pronunciación de los organismos que rigen el acto de la odontología como lo es el Colegio de Odontólogos de Venezuela en casos de mala praxis.
- Es importante la intervención de las escuelas de derecho con respecto al estudio y conocimiento de las leyes que rigen el ejercicio de los odontólogos.



REFERENCIAS

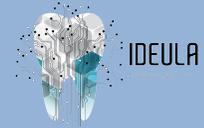
1. Palma C. Estudio jurisprudencial de la responsabilidad profesional del odontólogo en España [Internet]. Universidad de Valladolid. Pamplona; 2015. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/16663/1/Tesis930-160405.pdf>
2. Anaya-Prado R, Aguilasocho C, Schadeegg-Peña D, Arreola-Valles A, Pérez-Avila C, Medina-Portillo J. Praxis médica. Cir Gen [Internet]. 2013;352(2):S164-166. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cgs132.pdf#page=81>
3. Amores T, Marrero J. Mala praxis médica en el quirófano. Rev Cuba Cirugía [Internet]. 2015;54(2):187-94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000200012
4. Vera Carrasco O. Aspectos Éticos Y Legales En El Acto Médico. Rev Médica La Paz [Internet]. 2013;19(2):73-82. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582013000200010
5. Salazar B, Quintana R. La Mala Praxis: Responsabilidad Penal Del Profesional En Medicina. Med Leg [Internet]. 1993;10(2):30-3. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/mlcr/v10n2v11n1/art7.pdf>
6. Calderón-Martínez J. El consentimiento informado y la mal praxis en odontología [Internet]. Instituto Politécnico Nacional, Escuela superior de medicina. México; 2006. Disponible en: <http://tesis.ipn.mx/jspui/handle/123456789/3255>
7. Lagos-Osorio C, Reyes-Hernández L. Aproximaciones a la responsabilidad civil derivada de los eventos adversos en salud [Internet]. Universidad Libre de Colombia. Seccional Cúcuta; 2008. Disponible en: http://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/10074/aproximaciones_a_la_responsabilidad_civil_derivada_de_los_ev.pdf?sequence=2
8. Tigrero K. Consecuencias Legales de la Mala Práctica Médica en Odontología [Internet]. Universidad de Guayaquil. Guayaquil; 2016. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/19291/1/TIGREROkatherine.pdf>
9. Oghen F. Demandas por mala praxis en otorrinolaringología. Saludi Cienc [Internet]. 2013;19:703-7. Disponible en: https://siicsalud.com/saludiciencia/pdf/sic_19_8_82913.pdf#page=14
10. León-Sanz P. La ética en la práctica . Cuando algo se hace mal : del error médico a la mala praxis. Trauma Fund MAPFRE [Internet]. 2008;19(3):138-42. Disponible en: http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v19n3/pdf/02_01.pdf
11. Álvarez-Cruz J. Iatrogenias por alteración de la oclusión en el tratamiento de operatoria dental con composites en dientes posteriores [Internet]. Universidad de Guayaquil; 2014. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5428/1/ALVAREZjose.pdf>
12. Tmayo-Martínez J. La Relación Médico Paciente y La Mala Praxis Médica [Internet]. Vol. 4, Revista Novedades Jurídicas. 2007. Disponible en: http://www.tamayomartinez.com/publicaciones/la_relacion_medico_paciente_y_la_mala_practica_medica.pdf
13. Pereira F. Control de Riesgos en Ortodoncia. Punto de CONTACTO [Internet]. 2014;14(11):34-



40. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/239522471>
14. Fajardo-dolci G, Hernández-torres F, Sal, Santacruz-varela J, Hernández-ávila M, Kuri-morales P, et al. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico . 1996-2007. Salud Publica Mex [Internet]. 2009;51(2). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000200007
 15. Mendoza-Sandoval P, Gutiérrez-Rojo J. Forma de arco dental en ortodoncia. Rev Tamé [Internet]. 2015;3(9):327-33. Disponible en: http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_9/Tame39-10.pdf
 16. Allan Abuabara. Aspectos biomecánicos de la reabsorción radicular externa en terapia ortodóncica. Odontol Clínica [Internet]. 2008;1:21-5. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/odo/volumenes/v1i1/odov1i1p21.pdf>
 17. Di Santi J, Vázquez V. Maloclusión Clase I: Definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. Rev Latinoam Ortod y Odontopediatría [Internet]. 2003;1-24. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art-8/>
 18. Vaquero P, Perea B, Labajo E, Santiago A, García F. Reabsorción radicular durante el tratamiento ortodóncico : causas y recomendaciones de actuación. Cien dent [Internet]. 2011;8(1):61-70. Disponible en: http://www.coem.org.es/sites/default/files/publicaciones/CIENTIFICA_DENTAL/VOL8_NUM1/61-70.pdf
 19. Gutiérrez-Meraz G, Cruz-Chávez L. Corrección ortodóncico-quirúrgica de una maloclusión clase III con protocolo de cirugía primero: presentación de caso clínico. Rev Mex Ortod [Internet]. 2017;5(1):43-50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmo.2017.03.025>
 20. Pharande S, Potnis S, Jamenis S, Jamenis R. Legal Concerns for an Orthodontist. J Indian Orthod Soc [Internet]. 2012;46(1):56-8. Disponible en: http://www.jaypeejournals.com/eJournals/ShowText.aspx?ID=2662&Type=FREE&TYP=TOP&IN=_eJournals/images/JPLOGO.gif&IID=210&isPDF=YES
 21. Viaña A. Responsabilidad civil del paciente en casos de mala praxis [Internet]. Universidad Empresarial Siglo 21. Argentina; 2012. Disponible en: <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/10467/TFG.pdf?sequence=1>
 22. Bruguera M, Arimany J, Bruguera R, Barberia E, Ferrer F, Sala J, et al. Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y cómo defenderse judicialmente. Rev Clin Esp [Internet]. 2012;212(4):198-205. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/851/85102312.pdf>
 23. CONAMED. Síntesis de resultados estadísticos 2009 [Internet]. 2010. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/71050/sintesis_resultados_2009.pdf
 24. García-Solís E, Gómez-Vázquez P, Arispe-Castillo L. Negligencia , imprudencia , impericia: Análisis de casos 2010 - 2014 en la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Campeche 2010-2014 Medical Arbitration Commission of Campeche. CONAMED [Internet]. 2015;20(3). Disponible en: http://www.qualitat.cc/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/articulo_conamed.pdf
 25. Quintero J, Vivas G, Rey L, Gómez R, Araque S, Zerpa Y. Alteraciones de los tejidos periodontales en pacientes con ortodoncia . Una revisión sistemática. Rev Venez Invest Odont IADR [Internet]. 2017;5(1):119-40. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio/article/view/7975>

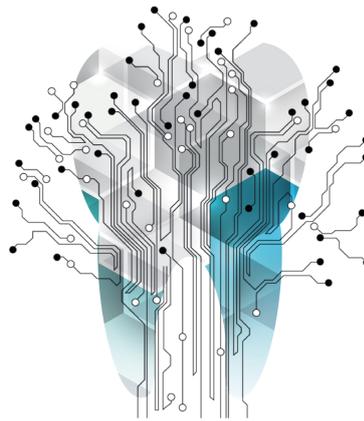


26. Luna C, Sánchez R, Zapata Z, Rendón J. Reabsorción radicular asociada a movimientos ortodóncicos: una revisión de literatura. *Rev Nac Odontol* [Internet]. 2011;7(13):61-7. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/292>
27. Weiland F. Fuerzas de ortodoncia y reabsorciones radiculares : una revisión. *Rev Esp Ortod* [Internet]. 2010;40(1):69-74. Disponible en: http://www.revistadeortodoncia.com/files/2010_40_2_069-074.pdf
28. Rodríguez C, Vanina D. Efectos de Ortodoncia en la Pulpa Dental. *Rev Estomatol* [Internet]. 2006;14(1):27-9. Disponible en: <http://estomatologia.univalle.edu.co/index.php/estomatol/article/view/237/236>
29. Díaz M, Somacarrera M, Martín Carreras-Presas C. Lesiones Iatrogénicas en el ámbito de la Medicina Oral. *DENTUM* [Internet]. 2012;12(1):6-11. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/290818631_Lesiones_Iatrogenicas_en_el_ambito_de_la_Medicina_Oral
30. Zamora M, Jarpa T, Ferro MJ, Rodríguez W. Análisis bioético de un paciente con un caso clínico periodoncia- ortodoncia. *Acta Odontológica Venez* [Internet]. 2010;48(3):1-8. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aov/article/view/7874/7786
31. Suárez D, Gallego J, Medina Y, Gallego C. Quejas presentadas ante el tribunal de ética odontológica de Antioquia entre el 2007 y el 2010. *Rev Nac Odontol* [Internet]. 2012;8(15):46-51. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/271>
32. Latorre G. Responsabilidad profesional sanitaria en Ecuador y sus complicaciones legales. En: III Congreso Científico Internacional UNIANDES [Internet]. Riobamba: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2015. Disponible en: <http://www.uniandes.edu.ec/web/wp-content/uploads/2016/04/Responsabilidad-profesional-sanitaria-en-Ecuador-y-sus-complicaciones-.pdf>
33. Viudch G, Rondón J. Percepción sobre el uso de ortodoncia correctiva en jóvenes desertores del tratamiento en Mérida-Venezuela. Mérida- Venezuela: Universidad de Los Andes; 2017.
34. Fonseca GM. Eventos Adversos y Demandas por Mala Praxis en Endodoncia. *Int J Med Surg Sci* [Internet]. 2015;2(1):367-75. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Gabriel_Fonseca5/publication/277892017_Eventos_Adversos_y_Demandas_por_Mala_Praxis_en_Endodoncia_Adverse_Events_and_Malpractice_Claims_in_Endodontics/links/5576183108ae75363751a75e.pdf
35. Canut J. El ortodoncista en el juzgado. *Rev Esp Ortod* [Internet]. 2005;35(1):101-2. Disponible en: http://www.revistadeortodoncia.com/files/2005_35_2_101-102.pdf
36. Astudillo M, Chinchilla D, Sarabia L. Mala Praxis Odontológica: Artículo de Revisión. *Rev Venez Invest Odont IADR* [Internet]. 2015;3(2):146-70. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio/article/view/6976>
37. García V. Mala praxis en medicina estética. *Acta Bioclinica* [Internet]. 2012;2(4):6-10. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/download/4179/3975>
38. Figuera-Cardozo CL. Referentes teóricos y jurídicos que conllevan a la responsabilidad penal por mala praxis médica en venezuela [Internet]. Universidad Católica Andrés Bello; 2009. Disponible en: <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAR8307.pdf>
39. Colmenares JA. La responsabilidad jurídica del médico en Venezuela. *Rev Derecho* [Internet]. 2005;23:289-305. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/851/85102312.pdf>



40. Código Penal Venezolano. Gaceta Oficial, N° 5768E, (13 -04-2005).
41. Código de Deontología Odontológica. Código de Deontología Odontológica. XXXIX Convención Nacional del Colegio de Odontólogos de Venezuela, (13-08-1992).
42. Reglamento de la Ley de Ejercicio de la Odontología. Gaceta Oficial, N° 30.004, (11-01-1973).
43. Rodríguez L. La Cultura de la Legalidad y la prevención de casos de responsabilidad profesional en odontología. CONAMED [Internet]. 2016;21(2):75-8. Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/RevistaCONAMED/2016/no2/4.pdf>
44. Bălan G, Bălan A. Dental Malpractice: De Facto et de IURE. Rom J Oral Rehabil [Internet]. 2014;6(2):37-43. Disponible en: <http://rjor.ro/uploads/revista/2014/no2/DENTAL-MALPRACTICE-DE-FACTO-et-DE-IURE.pdf>
45. Estrada JT. La ética: Un problema para el odontólogo. Acta Bioeth [Internet]. 2006;12(1):75-80. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100011
46. Abou RI, Spina M, Tosta E. Dimensión ética en la práctica odontológica. Visión personalista. Acta Bioeth [Internet]. 2010;16(2):207-10. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v16n2/a14.pdf>
47. Torres-Quintana M, Romo F. Bioética y ejercicio profesional de la odontología. Acta Bioeth [Internet]. 2006;12(1):65-74. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v12n1/art10.pdf>

Ensayos



REVISTA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y EXTENSIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

IDEULA

ENSAYO

ETHICS, MORALITY AND DEONTOLOGY IN ENGLISH AS A FOREIGN LANGUAGE TEACHING: A REQUIRED DISCUSSION

Perdomo, Bexi.

Profesora del Departamento de Investigación. Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela

Autor de contacto: Bexi Perdomo
e-mail: bexi.de.flores@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Perdomo B. Ethics, morality and deontology in English as a Foreign Language Teaching: a required discussion. *IDEULA*. 2019;(1):89-104.

APA: Perdomo, B. (2019). Ethics, morality and deontology in English as a Foreign Language Teaching: a required discussion. *IDEULA*, (1), 89-104.

Recibido: 30/6/2019 **Aceptado:** 20/7/2019

ABSTRACT

Teacher's role in society transformation cannot be either ignored or denied; hence, it should be seriously considered in their training process. The present paper aims to present a discussion on foreign language teacher training regarding ethics, morality and deontology. It was performed a documental research starting with a review of the concepts of ethics, morality and deontology to later go deeper into the current scenario of education of those professionals in Latin America and the way those three concepts are integrated in their training; then, it is presented a proposal for a desirable scenario regarding English as a foreign language teacher education. The paper ends by presenting the concern about the lack of a deontology code comprising issues belonging to the dynamic of foreign language teaching and the need for a deep curriculum review in the training of English teachers (as teachers from other specialties) in terms of ethics, moral and deontology.

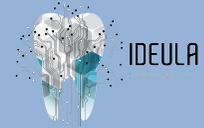
Key words: English teacher training, ethics, moral, deontology.

ÉTICA, MORALIDAD Y DEONTOLOGÍA EN EL INGLÉS COMO ENSEÑANZA EXTRANJERA DE LENGUAJE: UNA DISCUSIÓN REQUERIDA

RESUMEN

El papel del profesor en la transformación de la sociedad no puede ser ignorado ni negado; Por lo tanto, debe ser considerado seriamente en su proceso de capacitación. El presente documento tiene como objetivo presentar una discusión sobre la capacitación de profesores de idiomas extranjeros sobre ética, moral y deontología. Se realizó una investigación documental que comenzó con una revisión de los conceptos de ética, moralidad y deontología para profundizar en el escenario actual de la educación de esos profesionales en América Latina y la forma en que esos tres conceptos se integran en su capacitación; luego, se presenta una propuesta para un escenario deseable con respecto al inglés como profesorado de idiomas extranjeros. El documento finaliza presentando la preocupación por la falta de un código deontológico que incluya los temas que pertenecen a la dinámica de la enseñanza de idiomas extranjeros y la necesidad de una revisión profunda del currículo en la capacitación de profesores de inglés (como profesores de otras especialidades) en términos de ética. Moral y deontología.

Palabras clave: formación del profesorado de inglés, ética, moral, deontología.



INTRODUCTION

Teachers are important agents in the process of social transformation due to the pedagogical relationships they develop (Caetano and Silva, 2008) and, therefore as influential agents in society. It is through teaching that these new members of the community are educated and, in a certain way, they will replicate the behaviors observed in their teachers during their training.

Kawamura (2000) highlights that there are three levels of performance underlying and must be present in the teacher's behavior (whatever discipline he or she teaches). These levels (of human being, citizen and educator leader) must be developed in the individual who will carry on his shoulders the task of training others, in order to fulfill the objectives that society sets itself through the educational system. In this context, teachers of English as a foreign language (in any of its branches: English for general purposes or English for specific purposes) should be aware that every educator, through his teaching, transmits a series of values that are forming, in the learners, a concept of how to visualize the world and how to behave in it; even more when along with the foreign language a notion of

culture is transmitted; that culture might be general or academic/professional.

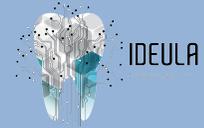
Sadio (2011) argues that teacher's personality should, to some extent, be the main objective of his or her undergraduate and in-service training. In other words, during their initial professional training and in postgraduate and continuing education courses, there should be content and training activities aimed at strengthening teachers' personnel (which has ethical and moral issues) and not only at the academic-professional level. Furthermore, as Caetano and Silva (2008) have expressed, a solid professional conscience and its deontology should be assumed as an essential dimension in teacher training. However, it is not common that in the formation of the teacher trainee the issues related to ethics and morality are incorporated in a deep way, but rather that aspects related mainly to his area of academic specialization in which teachers will practice their profession are approached. Generally, what is included in the discussions that are oriented towards this field in the university environment seems to be located more at the deontological normative level, leaving ethics and morals aside.

The importance of developing an awareness of ethics, morality and the deontological foundations of the teaching profession in general and from the particularities of each specialty are part of the need for general and specific teacher training, since not all practitioners will work in the same social context (public and private institutions), the same type of students (children, adolescents, adults), nor the same academic context (mother tongue, foreign languages, social sciences, pure sciences...) and they need solid foundations to respond to the needs of their students in each context. In this sense, the teacher can better understand how his or her work affects society from every point of view.

In the particular case of the English teacher, this conscious development of ethics and morality is fundamental, since with the teaching of another language, values belonging to an external culture are transmitted that could have positive or negative repercussions on the students, who must appropriate them in order to be comprehensively proficient in the language. The English teacher therefore needs the necessary balance so as not to fall into the terrain of promoting transculturation and the devaluation

of one's own culture, or the other way round, for example.

Not all teaching contexts and situations of future English teachers will be analogous. For example, the ESP teacher must work from the specificity that the area might demand in order to achieve the objectives that arise from the analysis of students' needs. That is a teacher who transmits not only the general cultural values of the English-speaking community, but also the identity of the members of the discursive and academic communities of the professional specialty to which their students aim, among others. For example, an teacher of English for specific dental purposes (ESDP), in addition to language, teaches students the relations of power (using Foucault's terminology) established by the target discursive community and teaches them to master their codes in order to become a member of it and achieve the desired status (which must happen in an ethical and moral context). However, in order for the student to be a successful member of the target community, the student must not lose the values of his or her own society to the extent that he or she knows and practices those of the academic community, and that is when the language teacher must be aware of his or her



influence in this regard in order to exercise a balanced practice.

In this context, and taking into consideration that the responsibility of the English teacher transcends the academic sphere, what should such training in ethics, morals and deontology be like for English teachers? Based on this question, the present essay was presented with the objective of discussing the ethical, moral and deontological training of EFL teachers in Latin America in the 21st century, when access to world information is increasingly greater, as well as the need to be proficient in English as a foreign language (for specific purposes or for integral communication).

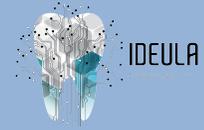
Some discussion on the subject is necessary because, like Martínez, Buxarrais and Esteban (2002), I believe that perhaps today's society, characterized by globalization, is becoming more demanding in terms of the quality of integral university education. In this way, a topic is set on the table; it should be discussed by those who have the task of making transformations from the curricular in higher education settings.

1. Ethics, morals, deontology and teaching

For a start, it is necessary to be certain about the basic notions around which it takes. Regarding ethics, morality and deontology, in current literature, authors like Barrantes (2012) warns of the tendency to confuse them even when each one is located at a different level.

Van Nuland (2009) notes that the terms 'code of ethics' and 'code of conduct' have been used interchangeably by teachers and organizations, although there are differences between the terms 'ethics' and 'conduct' and, as a result, between the ways these texts are written. They should therefore not be regarded as equals. An analogous situation is observed in terms of ethics and morals or ethics and deontology, so in this section we will discuss each of them for better understanding.

The word ethics finds its etimological origin in the Greek words *ethos* (way of doing things, custom or habit) and the suffix *ico* (relative to). Morality comes from the Latin *moralis*, which seems to come in turn from the word *mos-moris* (way of living) (Etymological Dictionary, 2017). For Aristotle, ethics reflects more than custom, it reflects the way of being of the person, who orients his acts to happiness as an



end; but this in turn is only possible if such acts derive or arise from the virtuosity of man (Aristotle, 1959).

Ethics refers to an attribute of humans and not of their acts; whereas morality is the opposite: an attribute of the acts of humans and not of humans as such. In other words, a teacher may or may not be 'ethical' and his acts may or may not be 'moral'; but we will never speak of his acts as 'ethical' or not, for they derive from human conduct, in turn guided by internal attributes of the person derived from his virtuosity in Aristotelian terms. However, because of the terminological confusion referred to, erroneous expressions are found such as 'evaluations must be ethical, fair, feasible and accurate'. These types of expressions reflect disinformation and, at the same time, erroneously guide the teacher about the relationship and difference between ethics, morality and deontology. This phrase could well be reconstructed to say: the teacher must always be ethical and in terms of assessments, they must be fair, feasible and accurate.

Barrantes (2012) explains that, according to Western philosophical tradition, morality refers to norms, customs and patterns of behavior accepted by a society and that ethics transcends

them because it is a process implying greater awareness and rationality, that is, a reflection on these norms. Pérez and Velasco (2007) face morality and ethics and summarize the actions of each one pointing out that morality asks the question of what I should do and, therefore, it is related to habits and customs. Ethics, on the other hand, questions about why I should do it. That is a reason why it is located in a higher level of reflexive depth whose answer derives from the virtuosity of the individual and represents the bases on which its morality is based.

Now, just as the individual generates his own personal ethics from his virtuosity as a person (since in this essay the Aristotelian vision of ethics is assumed), one could also speak of professional ethics without this being confused with deontology, since I am not speaking of regulated actions for the exercise of his profession, but of his virtuosity as an EFL teacher (the scope of discussion in this essay). Of course, this ethics or virtuosity in the role of 'teacher' derives from his ethics or virtuosity as 'human' and is different from morality and deontology, but relates to them.

If we assume the Kantian perspective (Kant, 1978), which is different from Aristotle's ethical

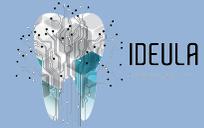
one, an ethical teacher bases his actions on his own judgments about an obligation or duty determined by the goodwill of a relationship with a person, group of persons or an institution. For example, because of the relationship with students, with the educational institution in which it works, with the educational system within which it operates, and with the guidelines established by the academic and labor unions to which it belongs or accepts as an authority, for which it works on the basis of good will. Although the conceptions are different, the fact remains that it does not refer to actions, but to the reason for them.

Fredriksson (2004) points out that teachers should reflect on what would be seen as corrupt behavior and see such behavior disappear from their teaching, as it has an effect on their students. This is a reflection of the performance of an ethical teacher, who from his ethics wishes that his actions correspond to what is morally acceptable and in this way exercises his profession within the deontological parameters of the same.

Finally, in terms of morality and ethics Barrantes (2012) points out that:

...morality is the extent to which human actions conform to the norms established by society, whether or not they are considered within the legislation or regulations of a given society. Apart, ethics has to do with the human quality of people (p. 106).

The third element of the triad of this discussion has yet to be developed: deontology. Etymologically, it comes from the Greek *to deon* (convenient) and *logia* (knowledge or study), so it has been seen as the study of duty (Etymological Dictionary, 2017). The term deontology is attributed to the English philosopher of the utilitarian school Jeremias Bentham. Peiró (1944) explains that etymologically the term deontology is equivalent to 'treatise or science of duty', since it is constituted by the Greek words: *deontos* (deon genitive) that means duty, and *logos* that means speech or treaty. On the other hand, Barrantes (2012) explains that deontology is the discipline that deals with the duties of professionals seen as an ethical assessment of the actions of those who is practitioner of a certain discipline.



How are these concepts integrated into teaching life and work? For this purpose, it is illustrative to read about the three levels of teacher behavior expressed by Kawamura (2002), namely:

Level 1: behavior as a human being. It is the most basic level that all people possess. This is the intrinsic humanity that allows dealing with other human beings and social organizations. At this level we find the teaching of tolerance, the acceptance of differences and logical decision-making.

Level 2: citizenship. It includes the responsibilities that teachers have towards their students, the community and other professionals as part of a citizen's conduct, which includes integrity and responsibility. At this level there is attention on students' interests, which play an important role, especially in the context of ESP teaching. Kawamura (2000) points out that the teaching of a moral conscience to decipher good and evil in that citizen should be part of the curriculum and should therefore occupy an important place in education.

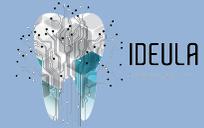
Level 3: expertise. It is the most specific of all. It relates to being very professional in every task related to professional performance. This level

includes aspects that are fundamental to generate a moral development in the students.

Those levels, as Kawamura (2000) call them, are analogous to the three concepts that guide this discussion and are interrelated. The first level is related to ethics (the virtuous of the person, from which derives the virtuous as professional), the second is located in the morality field (the correct as established in society) and the third, in the deontological plane (the correct approach to the exercise of the profession). The actions of the teacher will reflect each of these aspects, so it will be possible to speak of his ethics, the morality of his acts and his expertise or practice of the profession according to the standards established by his professional community for this purpose.

2- Ethics, morality and deontology in English teachers and English teacher trainees: the reality

In the teaching profession, these three concepts associated with human behavior (ethics, morality and deontology) must also be consciously oriented towards teaching behavior. This is the way Caetano and Silva (2008) perceived it. They emphasize that entering the



teaching practice involves an ethical and deontological requirement related to their personal and professional development. However, as Bachman (2000) state, in FL teachers training, the trend is towards the conscious consideration of ethical aspects related to evaluation. On the basis of what the aforementioned author has said that deontology and morality are sidelined in practice in the university training process, even when they are present in the work of the English teacher.

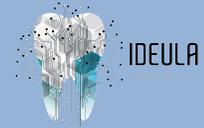
Álvarez, Rodríguez, Herrera and Lorenzo (2012) claim that the curriculum has led to a strong practicality observed in the increasing atomization (shortening to its minimal expression) of subjects or theoretical content and a notable disregard for the values that university students (and in particular teachers) should display, such as personal and professional ethics, morality and ethical foundations.

In a context like the one described in the previous paragraph, Bolívar's (2005) position is pertinent. Bolívar emphasizes that if a university student is to be integrally trained as a professional, three fundamental components must be included in the curriculum: knowledge of the discipline (the academic), practical skills

related to this field (the practical), and a framework for professional action (ethical framework).

If you give a glance to the curricula of education careers in Latin-American countries (Venezuela, for example) it is observed that in some cases there is a subject called Deontology, which 'studies' what is related to the duty to exercise the profession from the legal point of view. However, in the practical field, ethics and morals are not observed as fundamental elements in the integral formation of the future graduate who, in turn, will be the educator of new generations.

English teacher training is not far from this reality. It lacks a solid training in ethics, morality and deontology as a necessary triad in professional training and practice. This absence can be seen in the behavior of students and faculties themselves, even in apparently insignificant details, for example, the inclusion of peers in the delivery of evaluations in which they have not contributed (engaging in immoral and illicit performance). It is also seen in the student who uses any available illicit strategy to pass an evaluation or subject and in the teacher who complacently approves those who enjoy his sympathy and gives negative marks to those



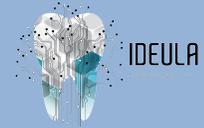
who do not or who uses evaluation as a punitive tool.

In addition to the behaviors that are usually observed in some contexts involving English students and teachers, there is the conceptual confusion that is observed in ethics, morality and deontology that exposes the need for a clear awareness of the matter. For example, confusion about the possibility of a code of ethics for teachers, which is not possible, because although it is true that one can develop an ethics of the profession (which derives directly from personal ethics), this cannot be regulated in a code as happens in the deontological plane. That is to say, what concerns the exercise of the profession can be regulated within an accepted morality, but the virtuosity of the professional in the exercise of his profession cannot be regulated in the same way that the virtuosity of the individual as an individual cannot be regulated.

Despite the difference between ethics and deontology, some teacher training institutions continue to insist on generating so-called 'Codes of Ethics', the content of which refers to legal prescriptions that include sanctions; while ethics, as discussed earlier in this article, goes beyond deontology and morality. These codes

also consider teachers as one, ignoring the fact that not all teachers face the same academic and social challenges with their students and therefore these generic prescriptions are not necessarily equally applicable to all. For example, in the case of language teachers, it is necessary for them to be aware of the social transformations that, due to their intervention, may occur in their students because they are teaching a new language and therefore a new culture (which leads to important ethical implications) and to regulate their actions within an ethical and legal framework that considers such scenarios. However, this regulation should never be called 'ethics' or 'ethical code', since ethics is not prescriptive (it does not relate to what to do?) but more philosophical or transcendental (why do it?).

Then, it is necessary to have an in-depth discussion about these three concepts and their integration into initial and continuing teacher training. This discussion should be multi, inter and transdisciplinary and include experts in the philosophical, teaching, legal and educational fields, among others.



3. Ethics, morality and deontology in English teachers and English teacher trainees: a desirable scenario

In the context of language teaching, Barantes (2012) points out that the starting point must be the recognition that the greater the state of consciousness of the human being, the more fully he will develop his vocation to be a person. As a consequence of this, its potential to contribute, in solidarity and arguably disinterested, will also grow with the exaltation of the value of other human beings and of the immediate and global environment.

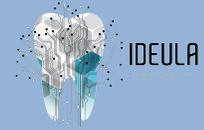
In some Latin American countries, there is a gap in ethical, morality and, in some cases, even deontological training that hinders the development of the full consciousness of which Barrantes refers to (2012). During university courses, in some institutions, the career of education includes a subject called deontology. Basically in that subject students discuss what is established in the legal norms of the career being studied, but it is not approached in such a way to generate deontological conscience in the future professionals. Then, during the professional practice, they show some behaviors opposite to what is studied in those norms. In addition, when one observes the profile of the

graduate and the thought of studies in different Latin American universities, the presence of what is ethical and deontological is not observed as part of the integral formation of the future trainer.

It is necessary that English teacher trainees and the in-service English teacher get training in this triad: morality, ethics and deontology. I agree with Aristotle (1959) who in his ethics for Nicomacheus affirmed that ethics is not studied to have a conceptual mastery of what virtue is, but to learn to become virtuous and good and that, according to Aristotle himself, to do it in another way (as if it were a matter of learning a subject) is a totally useless study.

How should this approach of ethical, moral and deontological formation be made in the future teacher? Taking into consideration Aristotle's forceful affirmation, it is necessary that those in charge of curricular reforms see the study of ethics as a transversal axis within the career and that it is related to all university work and undergraduate and postgraduate training and not as a subject that is approached from some subject or as a subject in itself.

I believe that this formation of virtuosity should be offer as part of a framework that functions as



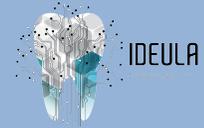
a transversal axis because it allows two great achievements: the development of a person's virtuosity from his condition as a human being and the development of the same from his condition as an educator of other human beings. Thus, teachers will be able to develop their own ethics as professionals based on their ethics as a person, by understanding the concept and value of what ethics is and how it orients the paths of the human being.

In this way, it is possible to arrive at the development of virtuosity from which the morality and deontology have an immediate place. Consequently, the English teacher will not only be able to perform a better job but will also be at ease with it because he will develop it from his virtuosity, in a moral and deontological framework in harmony with his transcendental values. Nevertheless, I agree with Martínez et al (2002, p. 20) who warn that "the integration of ethical formation in the university requires a change in the teaching culture of the teaching staff..." because "only through a change in the teaching culture of the teaching staff and of the university institution will such ethical integration be possible" (Martínez et al., 2002, p. 20). That is to say, it is not enough to embody in a curricular proposal a transversal framework

that includes the ethics, morals, and deontology of the specialty, but that prior to its application there be an approach to the faculty (of all the areas that make up the career) that will be in charge of administering the training of future teachers.

Among the proposals of Martínez et al. (2002, p. 25) are that the current faculty transcend the theoretical knowledge of ethical elements and that they are able to integrate among their functions "...that of being a model in the treatment of ethical dilemmas", understood as the choice between two or more actions that face, each one, ethical obstacles that make difficult and almost impossible the decision about which option to take.

On the other hand, deontology in the field of language teaching should be formed, as Barrantes (2012) points out, from the knowledge of the epistemological framework of language teaching itself. In order to achieve a solid deontological foundation for EFL teachers, it is necessary to transcend their own knowledge of the applied linguistics that concerns them and also to have a clear perception of the object pursued (for example, in the case of English for specific dental purposes, the successful integration of the student into the target



discursive community). In this way, the teacher will have a clear idea to move in what Kawamura (2012) calls the level of expertise in the exercise of his profession. Once again it is clarified, it is not about taking a course whose subject is deontology and whose contents end up being meaningless for many students, it is a matter of generating a deontological conscience in the student that prepares him for the exercise of his profession and this must be done from all the subjects that he takes in the career.

It is now appropriate to remember that getting the diploma for an academic degree (e.g. as teacher) is just the confirmation that he is already a professional and that is why he is certified and recognized as such. In this sense, students must already have solid ethical, moral and deontological foundations associated with their professional performance.

Barrantes (2012) recommends basing deontology in language teaching on openness to intersubjectivity and on a solid definition of what selfishness and otherness imply when diverse cultures meet through the learning of their languages. Those are the principles that should govern the transversal framework proposed in this article. In a context such as this one, the English teacher will be able to develop

an adequate *Weltanschauung* according to the profession he or she will practice and will then be able, as Barrantes (2012) proposes, to perform his or her posture capacity from this cosmovision, which he or she will have cultivated integrally in the development of his or her university studies.

Final Considerations

The aim of this article was to discuss the ethical, moral and deontological training of EFL teachers in the Latin American context. This discussion was made from a realistic perspective and aligned to the spirit of the present time in Latin America, in which the loss of values is marking the new generations and therefore the need for their rescue and the generation of ethical and moral awareness are increasingly necessary.

I may conclude that there persists, in the context of teaching, a lack of conceptual clarity that involves the terms 'ethics', 'morality' and 'deontology', which is observed in the deontological codes and the so-called codes of ethics that govern the profession. As far as the English teacher is concerned, there are no deontological codes that contemplate the aspects proper to FL teaching, even when there are very

particular ethical and professional factors that are distant from other teaching environments (teaching another culture without transculturizing, for example); rather, English teachers are governed by general codes that leave out important aspects related to the exercise of teaching in the teaching of a foreign language.

There is a need for an in-depth review of the training of English teachers (as in the other specialties) in terms of ethics, morality and deontology. In order to do so, it is necessary to discuss the need to generate awareness among

teachers of what each of these concepts encompasses and how they are and should be reflected in teaching practice and to carry out future studies in which the perception of students and teachers in service about these topics and their relationship with their professional practice, among others, can be known.

REFERENCES

- Álvarez, J.; Rodríguez, C.; & Lorenzo, O. (2012). Valoración de alumnos universitarios sobre la deontología profesional: Un estudio realizado en la Licenciatura de Pedagogía de la Universidad de Granada (España). *Interdisciplinaria*, 29 (1), 23-42.
- Aristóteles (1959). *Ética a Nicómaco, edición bilingüe Libro 11, capítulo 2*. (Traducción de M. Araujo y J. Marias). Instituto de Estudios Políticos. Madrid.
- Bachman, L. (1990). *Fundamental considerations in language testing*. Oxford University Press: Oxford.
- Barrantes, L. (2012). El papel de la ética en la enseñanza de lenguas. *Letras*, 52, 103-117.
- Bolívar, A. (2005). El lugar de la ética profesional en la formación universitaria [The role of professional ethics in university education]. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, X (24), 93-123.
- Caetano, A. & Silva, M. (2009). Ética profissional e formação de professores. Sísifo. *Revista de Ciências da Educação*, 8, 49-60. Disponible en [http://sisifo.fpce.ul.pt/pdfs/S8_PTG_Caetano&Silva\(4\).pdf](http://sisifo.fpce.ul.pt/pdfs/S8_PTG_Caetano&Silva(4).pdf) (Consultado el 13 de enero del 2018).
- Diccionario Etimológico (2017). *Diccionario*. Disponible en www.etimologias.dechile.net (Consultado el 26 de julio del 2019).
- Pérez, E. & Velazco, J. (2007). Variaciones sobre el concepto de ética. *Crea Ciencia (IV)* 7, 28-33.
- Fredriksson, U. (2004). Quality education: the teachers' key role. *Education International Working Papers 14*. Education International. Bruselas, Bélgica.
- Kant, I. (1785). Foundation for metaphysics of morals (Traducción de Thomas Kingsmill Abbott). En W. Kaufmann y F. Baird (Eds.). *From Plato to Nietzsche* (pp. 834-877). Prentice-Hall. Englewood Cliffs, NJ.

Kawamura, M. (2000). *Ethical Considerations for Teachers*. Tema presentado en el 75 ° Aniversario de la Facultad de Apertura. 197-204. Disponible en https://kwansei.repo.nii.ac.jp/?action=repository_uri&item_id=18381&file_id=22&file_no=1. (Consultado el 26 de mayo de 2019).

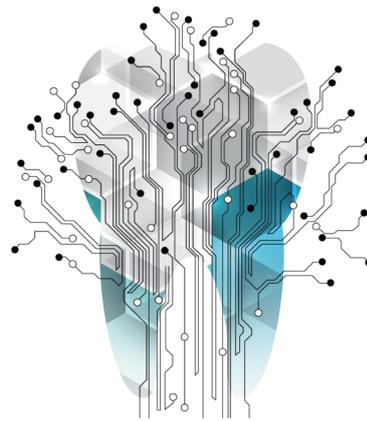
Martínez, M; Buxarrais, M. & Esteban, F. (2002). La universidad como espacio de aprendizaje ético. *Revista Iberoamericana de Educación*, 29, 17-42.

Peiró, F. (1944). *Manual de deontología médica*. Editorial Impresiones estatales. Madrid.

Sadio, F. (2011). Professional deontology in teacher Training. Report on a training Experience. *Publicaciones*, 41, 9-31.

Van Nuland, S. (2009). *Teacher codes Learning from experience*. UNESCO e International Institute for Educational Planning. Paris: France.

Instrucciones para los autores y procedimiento de arbitraje



REVISTA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y EXTENSIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

IDEULA



Normas para los autores

La Revista de Investigación Docencia, y Extensión la Universidad de Los Andes, es un órgano de divulgación científica, arbitrada, internacional, de edición semestral, publicada por el Departamento de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, Venezuela, coeditada por el Grupo Multidisciplinario de Investigación en Odontología (G-MIO) y el Grupo de Estudios Odontológicos, Discursivos y Educativos (GEODE). El eje central en torno al cual se estructura IDEULA es el carácter multidisciplinario desde el cual se aborda el trabajo de investigación, docencia y extensión universitaria por lo cual podrán publicarse trabajos científicos originales e inéditos provenientes de los campos de las Ciencias de la Salud, Ciencias de la Educación, Ciencias Sociales y Tecnología.

IDEULA es una revista electrónica de Acceso Abierto en la cual los contenidos de las publicaciones científicas se encuentran disponibles a texto completo libre y gratuito en Internet a través del Repositorio Institucional SaberULA.

ESTRUCTURA DE LA REVISTA

Editorial: es responsabilidad del comité editorial, los cuales, tras deliberar sobre la temática, planifican su elaboración con anticipación. Una vez decidido el tema, se identifican personas que hayan trabajado sobre él para hacerles el encargo de escribirlo. Se consideran artículos de opinión y no se someten a revisión externa. Pueden ser comisionados por miembros del equipo editorial y en ocasiones reformulados como editoriales de otros artículos enviados a la revista. Pueden tener un máximo de 1500 palabras, sin resumen, y hasta 10 referencias.

Artículos de investigación: se incluyen en esta sección los informes o trabajos de investigación que presenten resultados totales o parciales de investigaciones científicas inéditas en el área objeto de IDEULA.

Artículos de revisión: Trabajos referidos a temas actualizados. En este género se incluyen la revisión sistemática y el meta-análisis.



Experiencias didácticas y de extensión universitaria: Describir experiencias orientadas a la construcción de actitudes, capacidades y saberes en los diversos contextos educativos que involucren una relación pedagógica.

Propuesta pedagógica: referidas a la divulgación de propuestas dirigidas a la aplicación de la didáctica para el desarrollo de ciertos conocimientos, habilidades y/o competencias.

Reporte de casos: Casos Clínicos que sean de especial interés en el área de las ciencias de la salud.

Ensayos: Es un texto expositivo, de trama argumentativa y de función predominantemente informativa, que desarrolla un tema de forma breve; sin pretender agotar en su desarrollo todas las posibilidades.

Entrevistas a personalidades de reconocida trayectoria y experticia en cualquiera de las áreas del conocimiento científico objeto de IDEULA en los que se abordarán sus trayectorias y producciones. Se realizarán exclusivamente por invitación del cuerpo editorial.

Cartas al Editor: En este segmento, IDEULA publicará comunicaciones dirigidas al Editor Jefe que tengan como propósito:

1. Debatir nuevos hallazgos que hayan sido publicados ante la comunidad científica.
2. Discutir, hacer contribuciones o comentar positiva o negativamente aspectos de un trabajo publicado previamente en IDEULA, en cuyo caso se publicará acompañada de la respuesta de los autores del artículo que se comenta. La carta al editor podrá enviarse durante los seis meses siguientes a la fecha de publicación del referido artículo.
3. Consideraciones, comentarios, opiniones o reflexiones por parte de lectores críticos sobre temas de interés para el público objetivo de la revista

Reseñas: Es un comentario descriptivo, analítico y crítico de publicaciones (libros y revistas) recientes en el campo objeto de IDEULA.



Requisitos para la presentación de manuscritos:

Los manuscritos enviados a la Revista IDEULA serán sometidos a revisión por parte del Comité Editorial. Si el veredicto es favorable, se remite a expertos de reconocida trayectoria para su arbitraje, bajo el sistema doble ciego. Serán aceptados para arbitraje aquellos artículos escritos en inglés o español que cumplan con los siguientes requerimientos:

- Deben estar enmarcados en cualquiera de las siguientes modalidades: artículos de investigación, artículos de revisión (tradicional o sistemática), experiencias didácticas y de extensión universitaria, propuestas pedagógicas, reporte de casos, ensayos, entrevistas, cartas al editor y reseñas.
- Deben cumplir con los requisitos de forma y fondo establecidos por la revista.

Aspectos generales:

- a. El artículo se presentará en formato .doc (Microsoft Word de la suite Office) en tamaño carta, margen normal, fuente Times New Roman, tamaño 12 puntos e interlineado de 1,5.
- b. Si se trata de investigación financiada, se debe colocar la información correspondiente antes de las referencias, bajo el subtítulo: Financiamiento.
- c. No se incluirán notas a pie de página en el cuerpo del artículo.
- d. El artículo debe estar paginado en el borde inferior izquierdo de cada página en números arábigos.
- e. El estilo de redacción, presentaciones, gráficos, citas y otros aspectos debe seguir las normas APA (*American Psychological Association*) en su edición más actualizada, a excepción de los artículos sobre ciencias de salud en los que se usarán los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas (ICMJE o Normas Vancouver).

Cada artículo deberá ordenarse de la siguiente forma:

- a. Título en español (máximo 16 palabras) en letras mayúsculas.



- b. Nombres y apellidos del autor o autores (subrayar el nombre del autor de correspondencia).
En notas al final del documento, un resumen curricular del autor o autores (tres líneas para cada autor, incluyendo el correo electrónico de cada uno).
- c. Resumen (entre 200 y 250 palabras) en párrafo único a interlineado sencillo y que refleje la estructura del artículo.
- d. Tres descriptores en español (DeCs).
- e. Título en inglés.
- f. Resumen en inglés (*abstract*).
- g. Tres descriptores en inglés (Subject Headings/MeSH).
- h. Cuerpo del artículo: según corresponda a los géneros previstos por IDEULA. Las tablas, gráficos y figuras deberán presentarse en el lugar que corresponda dentro del artículo.
- i. Si hubiere, agradecimientos.
- j. Referencias.

Aspectos específicos del cuerpo del artículo: De acuerdo al género a publicar, el cuerpo debe dividirse en las siguientes secciones

- a. Artículo de investigación y artículos de revisión: a) introducción: contextualización, antecedentes de importancia, justificación y presentación del objetivo de la investigación; b) Materiales y Métodos/Metodología, según sea el caso: descripción de la muestra (selección, criterios de inclusión y exclusión), procedimientos, instrumento de recolección de información, plan de análisis, aspectos bioéticos (si aplica); c) resultados; d) discusión; (e) conclusiones. Podrán tener una extensión mínima de 12 páginas y máxima de 25.
- b. Experiencia didáctica y de extensión: a) introducción; b) fundamentación teórica; c) descripción de la experiencia; d) discusión de los resultados o hallazgos; e) conclusiones.
- c. Propuesta pedagógica: a) introducción; b) fundamentación teórica; c) metodología y descripción de la propuesta; d) conclusiones. Podrán tener una extensión mínima de 20 páginas y máxima de 25.
- d. Reporte de casos: a) introducción; b) descripción del caso; d) discusión; e) conclusiones. Podrán tener una extensión mínima de 10 páginas y máxima de 15.



- e. Ensayo: a) introducción, b) desarrollo y c) cierre. Tendrán una extensión entre 12 y 20 páginas.
- f. Reseñas de libros: Tendrán una extensión mínima de 5 páginas.
- g. Entrevistas: cuerpo del texto, extensión máxima de 20 páginas.

Cada sección del cuerpo del artículo podrá contener los subtítulos que le sean pertinentes, indicando la jerarquía de los mismos con números.

El Comité Editorial se reserva el derecho de publicar artículos de menor o mayor extensión en casos excepcionales, previo análisis del caso.

Los autores deben estar registrados en el ORCID (Open Researcher and Contribution ID por sus siglas en inglés) y proporcionar su identificación. El registro lo harán a través de la página web <https://orcid.org/>. A su vez, deben hacer llegar al Comité Editorial una comunicación en la que declaran que el trabajo es de su autoría y que dan fe de que no existen conflictos de interés y no se ha incurrido en plagio en la realización del artículo objeto de publicación (se suministrará el formato una vez aceptado el artículo). Adicionalmente, los árbitros se asegurarán de verificar la ausencia de plagio por medio del uso de software para tal fin.

Los manuscritos deben ser consignados por vía electrónica a la siguiente dirección contactoideula@gmail.com

Proceso de evaluación por pares

Previo al inicio del proceso de arbitraje, el Comité Editorial revisará cada artículo recibido para constatar el cumplimiento de las normas editoriales. Posterior a ello se da inicio al proceso arbitraje mediante el sistema de doble ciego, lo cual supone que cada artículo será evaluado por dos expertos en el área de la temática planteada.

Las observaciones de los árbitros se enviarán al autor de correspondencia, con la confidencialidad del caso, para que realice los cambios necesarios y regrese la versión corregida en un lapso no mayor de un mes. Los trabajos que hayan sido rechazados para su publicación no serán aceptados nuevamente por la revista para su evaluación.



Instructions for authors

IDEULA, the journal of research, teaching and university extension experiences, is an international bi-monthly peer-review journal for scientific divulgation published by the Department of Research of the Faculty of Dentistry of the University of Los Andes, Venezuela. It is edited in cooperation with the Multidisciplinary Group of Research in Dentistry (G-MIO) and the Group of Dental, Discursive and Educative Studies (GEODE). The core of IDEULA is the multidisciplinary approach to research, teaching and extension experiences; then, authors are welcome to submit original unpublished papers developed in the areas of Health Sciences, Sciences of Education, Social Sciences and technology.

IDEULA is an electronic open access journal with the free full text of scientific publications available to readers in the Institutional repository SaberULA.

STRUCTURE OF THE JOURNAL

Editorial: it is the exclusive responsibility of the editorial committee, which, after deliberating on the subject, plans its preparation in advance. Once the topic has been decided, people who are recognized in the field are identified and asked the task of writing it. They are opinion articles and are not submitted to peer review. They can be commissioned by members of the editorial team and sometimes reformulated as editorials of other articles sent to the journal. The length would not exceed 1500 words, it does not include an abstract and admit up to 10 references.

Research articles: this section includes reports or papers that present total or partial results of unpublished scientific research in the areas of interest of IDEULA.

Review articles: Papers referring to update topics approached under the methodologies of systematic reviews and meta-analyses.

Didactic and university extension experiences: To describe experiences oriented to the construction of attitudes, capacities, and knowledge in the diverse educational contexts that involve a pedagogical relationships.

Pedagogical proposal: referred to the sharing of proposals aimed to the application of didactics for the development of certain knowledge, skills and/or competencies.



Case report: Clinical cases that are of special interest in the area of health sciences.

Essays: expository texts, with an argumentative plot and a predominantly informative function, which briefly develops a topic; without trying to exhaust all possibilities in its development. Essays may be based on interviews to personalities of recognized trajectory and expertise in any of the areas of scientific knowledge approached by IDEULA in which their trajectories and productions will be addressed. They will be carried out exclusively by invitation of the editorial body.

Letters to the Editor: In this segment, IDEULA will publish communications addressed to the Editor-in-Chief; those documents have as purpose:

1. To discuss new findings that have been published in the scientific community.
2. To discuss, make contributions or judge aspects of a previously published paper in IDEULA; in that case it will be published together with the authors' response to the article being discussed. The letter to the editor may be sent during the six months following the date of publication of the article focus of discussion.
3. To expose considerations, comments, opinions or reflections by critical readers on topics of interest to the journal's target audience.

Reviews: The descriptive, analytical and critical commentary of recent publications (books and journals) in the fields of interest of IDEULA.

Requirements for the submission of manuscripts:

Manuscripts submitted to IDEULA will be subject to a first review by the Editorial Committee. If the verdict is positive, the paper is sent to experts of recognized trajectories for their review, under the double-blind system. Articles written in English or Spanish that meet the following requirements will be accepted for peer review:

- Manuscripts must be framed in any of the following modalities: research articles, review articles (traditional or systematic), didactic and university extension experiences, pedagogical proposals, case reports, essays, interviews, letters to the editor and reviews.
- They must satisfy the editorial policies on form and content established by the journal.



General aspects:

- a. The article will be presented in .doc format (Microsoft Word of the Office suite) in letter size format, normal margin, Times New Roman font, 12 point size and 1.5 spacing.
- b. In the case of funded research, the corresponding information must be placed before the references, under the subtitle: Funding.
- c. Footnotes will not be included in the body of the article.
- d. The article must be paginated at the bottom left edge of each page in Arabic numbers.
- e. The style of writing, presentations, graphics, quotations and other aspects must follow the APA (American Psychological Association) standards in its most current edition, except for articles on health sciences in which the Uniform Requirements for Manuscripts sent to Biomedical Journals (ICMJE or Vancouver Standards) will be used.

General aspects:

- a. The article will be presented in .doc format (Microsoft Word of the Office suite) in letter-size, normal margin, Times New Roman font, 12 point size, and 1.5 spacing.
- b. In the case of funded research, the corresponding information must be placed before the references, under the subtitle: Funding.
- c. Footnotes will not be included in the body of the article.
- d. The article must be paginated at the bottom left edge of each page in Arabic numerals.
- e. The style of writing, presentations, graphics, quotations, and other aspects must follow the APA (American Psychological Association) standards in the latest edition. Articles on health sciences will observe the Uniform Requirements for Manuscripts sent to Biomedical Journals (ICMJE or Vancouver Standards).

Each article should be ordered as follows:

- a. Title in Spanish (up to 16 words) in capital letters.
- b. Names and surnames of the author or authors (underline the name of the correspondence author). Include, as a note at the end of the document, a curricular summary of the author or authors (three lines for each author, including the e-mail of each one).



- c. Abstract (between 200 and 250 words) in a single paragraph to single line spacing and reflecting the structure of the article.
- d. Three Spanish descriptors (DeCs/key words).
- e. Title in English.
- f. Abstract in English.
- g. Three descriptors in English (MeSH/Subject Headings).
- h. Body of the article: as appropriate to the aforementioned genres published by IDEULA. The tables, graphs, and figures must be properly identified and presented in the corresponding place in the article.
- i. Acknowledgments and conflict to interest, if any.
- j. References.

Specific aspects of the body of the article: According to the gender to be published, the body should be divided into the following sections

- a. Research article and review articles: a) introduction: contextualization, relevant background, justification and presentation of the research objective; b) Materials and Methods/Methodology, as appropriate: description of the sample (selection, inclusion and exclusion criteria), procedures, data collection instrument, analysis plan, bioethical aspects (when applicable); c) results; d) discussion; (e) conclusions. They may have a minimum length of 12 pages and a maximum of 25 pages.
- b. Didactic and extension experiences: a) introduction; b) theoretical basis; c) description of the experience; d) discussion of the results or findings; e) conclusions.
- c. Pedagogical proposal: a) introduction; b) theoretical basis; c) methodology and description of the proposal; d) conclusions. They may have a minimum length of 20 pages and a maximum of 25.
- d. Case reports: a) introduction; b) description of the case; d) discussion; e) conclusions. They may have a minimum length of 10 pages and a maximum of 15.
- e. Essay: a) introduction, b) development and c) closing. They should be between 12 and 20 pages long.
- f. Book reviews: They will have a minimum length of 5 pages.



g. Interviews: body of the text, maximum length of 20 pages.

Each section of the body of the article may contain the relevant subheadings, indicating the hierarchy with numbers.

The Editorial Committee may exceptionally decide to publish larger or shorter articles after analyzing the case.

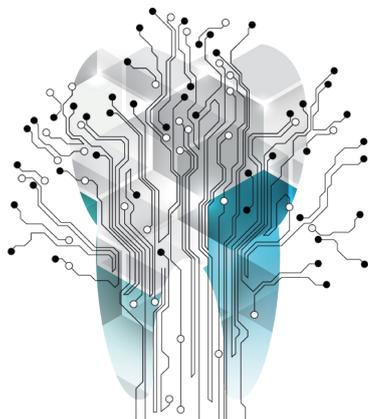
Authors must be registered in ORCID (Open Researcher and Contribution ID) and provide their identification to the Editorial Committee through the website <https://orcid.org/>. Besides, authors must subscribe and send to the Editorial Committee a communication declaring original own authorship and conflicts of interest, if any; they also declare that no plagiarism has occurred in the production of the article (the format will be provided by the editor once the article has been accepted). Reviewers will verify absence of plagiarism through the use of specialized software.

Manuscripts must be submitted electronically to contactoideula@gmail.com

Peer Review Process

Prior to the review process starts, the Editorial Committee will read each article received to verify compliance with editorial standards. Then, the double-blind peer review process begins; it means that each article will be evaluated by independent experts in the area of the research.

The observations of the reviewers will be sent to the author of correspondence, so that changes can be done and authors return the corrected version within one month period. Papers that have been rejected for publication will not be accepted again for evaluation by the journal.



REVISTA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y EXTENSIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

IDEULA

ESTA VERSIÓN DIGITAL DE LA REVISTA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y EXTENSIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, SE REALIZÓ CUMPLIENDO CON LOS CRITERIOS Y LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA EDICIÓN ELECTRÓNICA EN EL AÑO 2019. PUBLICADA EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL SABERULA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES-VENEZUELA

www.saber.ula.ve

info@saber.ula.ve

Normas ISO, Normas COVENIN, Normas Estándar Internacionales Acreditación Revistas Académicas, Normativa Programa de Publicaciones CDCHTA- ULA (2019).