



01461
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL
APRENDIZAJE EN LA FORMACIÓN DE
CIRUJANOS DENTISTAS DENTRO DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA U.N.A.M.**

TESIS QUE PRESENTA

C.D. GUSTAVO PARÉS VIDRIO

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN ODONTOLOGÍA

TUTOR

DR. JAVIER PORTILLA ROBERTSON

México, DF.

1996



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

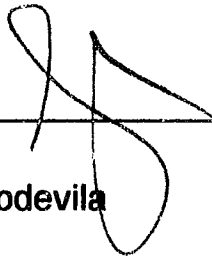
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL
APRENDIZAJE EN LA FORMACIÓN DE
CIRUJANOS DENTISTAS DENTRO DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA U.N.A.M.

APROBADO POR :

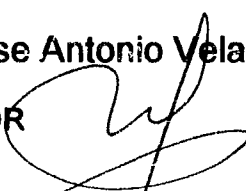
Dr. Javier Portilla Robertson

TUTOR



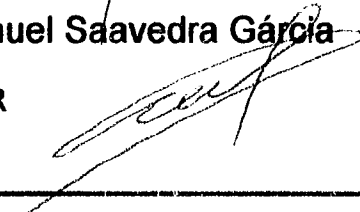
Dr. Jose Antonio Vela Capdevila

ASESOR



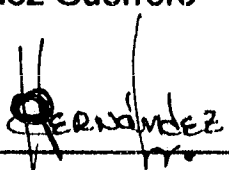
Dr. Manuel Saavedra García

ASESOR



Dr. Juan Carlos Hernández Guerrero

ASESOR



A mi familia ADA CORA, GUSTAVO y RICARDO; por su cariño y confianza.

A mis ASESORES y TUTOR un eterno agradecimiento por su gran apoyo para la elaboración y culminación de este trabajo de investigación.

ÍNDICE

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Planteamiento del Problema	3
Marco Teórico	4
Análisis de la educación odontológica en México	4
Situación Actual	8
Perspectivas	12
Objetivos de la educación odontológica en el año 2000	16
Elementos de diagnóstico	18
Situación actual de la evaluación	22
Técnicas de medición del aprendizaje	23
Evaluación de la formación y el aprendizaje	25
Planteamiento del Problema	27
Definición del Problema	28
Objetivos	28
Hipótesis	29
Tipo de estudio	29

Metodo	
Diseño de la Investigación	30
Aplicación de la evaluación	31
Criterios de Análisis	32
Resultados	35
Discusión	39
Conclusiones	42
Bibliografía	44
Anexo No. 1	50
Anexo No. 2	58
Anexo No. 3	107

RESUMEN

La evaluación de la calidad del aprendizaje en la formación de cirujanos dentistas dentro de la Facultad de Odontología a través de un instrumento de evaluación diseñado con simuladores clínicos. Permite determinar si los egresados de la carrera reciben una formación sólida que les posibilita resolver con éxito la problemática que en relación a la salud bucal les plantea la sociedad de nuestro país, así mismo permite para la actualización o modernización permanente de los planes y programas de estudio. Por otro lado pasa a ser un elemento institucional importante dentro de la investigación educativa, que permite evidenciar el perfil profesional con que egresan los alumnos de la Facultad de Odontología.

ABSTRACT

The evaluation of the learning quality in the training of dentist surgeons in the Odontology Faculty, through the use of an examination tool designed with clinical stimulators, allows to determine if the graduate receive a solid education that permits them to successfully face the challenge presented by the current dental health situation in our country, as well as the constant updating and modernization of study program and plans.

On the other hand, it become an important institutional factor in education research, that allowsa us to identify the profesional profile of those coming out the Odontology Faculty of the U.N.A.M.

INTRODUCCION

En los últimos años uno de los grandes retos que han tenido las diferentes instituciones de educación superior ha sido la evaluación del proceso enseñanza-aprendizaje, diversos medios e instrumentos se han utilizado en un intento por resolver esta problemática, pero todavía estos esfuerzos han presentado limitaciones, ya que en los sistemas de enseñanza tradicional se evalúa lo que el estudiante dice que haría en el caso de que tuviera que hacerlo. En pocas ocasiones se utilizan instrumentos de evaluación que enfrenten al alumno a una situación concreta o equivalente a la realidad, en la cual el alumno tenga que aplicar sus conocimientos para resolver satisfactoriamente el problema que se le presenta.

Por esta razón es de gran interés para la facultad de odontología diseñar un instrumento de evaluación que tienda a identificar de una manera objetiva la calidad de la formación de los futuros cirujanos dentistas que está formando, y que dicho instrumento en un futuro pueda ser aplicado a las diversas especialidades del posgrado, y a diversas escuelas y facultades de odontología con el fin de elevar de una manera sistematizada la calidad de la educación odontológica en México.

MARCO TEORICO

I. ANALISIS DE LA EDUCACION ODONTOLOGICA EN MEXICO

Haciendo un sucinto análisis histórico de la odontología, se observa que ya desde épocas antiguas se realizaban prácticas tendientes al cuidado de la boca. Se conoce que en la Mesopotamia se llevaban a cabo algunas actividades de este tipo, presentándose desde entonces una dicotomía entre el cuidado que se realizaba a los poderosos y el dirigido a la mayoría de la población.

En América Latina también se han encontrado vestigios de alguna tipo de práctica relacionada con la boca, enfatizándose el aspecto de adorno en la sociedad azteca, maya, inca y otras. (1)

Podría colocarse al médico como iniciador de las actividades de atención oral del humano, ya que éste trataba integralmente al individuo, aunque su ejercicio estuviera más ligado a las clases más poderosas de la población. Con el advenimiento de la teoría de los humores en la antigua Grecia aparece un grupo de individuos, los flebotómos, quienes aplicaban las sangrías y a través de este tipo de tratamientos llegaban a la mayoría de la población; esto se fue modificando a la par que el conocimiento científico en medicina se superaba. Esta actividad posteriormente fué realizada por barberos, que una vez que practicaban las sangría se dedicaban a la extracción de piezas dentarias.

Durante la época colonial en México en el año de 1728 surge en Francia lo que se conoce como “El nacimiento de la Odontología”, considerando a Pierre Fauchard como el padre de esta disciplina, lo que da a la Odontología el carácter de una especialidad científica y profesional dependiente de la Escuela de Medicina, terminando así con el charlatanismo y empirismo, ya que desde esa época en Europa se le da un carácter legal (2)

En México la actual Escuela de Medicina fue inaugurada en 1833 y se ubicó en San Idelfonso, su régimen de enseñanza difería del de la colonia, estudiando los mismos cursos, médicos, cirujanos, dentistas, sangradores, farmacéuticos y obstetras, quedando la enseñanza de la Odontología dependiente de la Escuela de Medicina, considerándose como una práctica manual con algunos conocimientos médicos.

Posteriormente en Estados Unidos, específicamente en Baltimore en el año de 1842 se crea la Primera Escuela Dental, que como su nombre lo indica dirige su acción solamente hacia la curación de los dientes dejando a un lado el resto del aparato estomatognático.

En 1895 llega a México el Dr. Charles A Young y hace un análisis de la situación del dentista de nuestro país; Edita la Revista Dental Mexicana en 1898 y forma la primera Sociedad Dental Mexicana, donde se discute la posibilidad de crear una Escuela Dental como las que ya había en otros países.

En 19 de abril de 1904 se funda el Consultorio de Enseñanza dental exclusivo para dentistas de la Ciudad de México. La carrera se cursaba sólo en tres años y su programa constaba de materias básicas como anatomía descriptiva, histología y fisiología, para lo que consultaban los mismos textos de la escuela de Medicina; Así como asignaturas especiales como Clínica Dental, Prótesis, Coronas y Puentes, Química Metalúrgica, Material Médico Dental y Patología de la Boca y Anexos. Al cuarto año de fundada la Escuela, se iniciaron cambios, como la cátedra de Anatomía Descriptiva y Topográfica; la Histología y Hisiología con sus prácticas correspondientes que ya no se imparten en la Escuela nacional de Medicina, sino en el consultorio dental y se agregan al Plan de Estudios, Patología General e Histopatología logrando con esto una evolución intelectual y tecnológica de la práctica odontológica.

En 1906 a 1909 surge en México las disposiciones legales expedidas en torno a la Odontología y destacan las siguientes:

- Se exentan los estudios preparatorianos para alumnos del Consultorio de Enseñanza Dental.
- Reglamento al que se sujetarán los estudios de la carrera de Cirujano Dentista y los cursos de perfeccionamiento relativo.
- Reglamento del Consultorio de Enseñanza Dental 1907-1908.
- Programa para la cátedra de nociones de ciencias físicas y naturales del Consultorio de Enseñanza Dental. (3)

Ya en 1910, por intermedio del Dr. Manuel Carmona y siendo presidente Don Francisco I. Madero, se logra la independencia del Consultorio de Enseñanza Dental, de la Escuela de Medicina, y al hacerlo recibe el nombre de Escuela de Enseñanza Dental teniendo como primer director al Dr. Ricardo Crónbe.

Los requisitos para ingresar eran los mismos que se exigían en los Colegios Dentales de Estados Unidos, cuyo Plan de Estudios se hallaba constituido por dos años de instrucción predental, después de aprobados los estudios de secundaria y los cuatro años de la Escuela Dental. En este sistema se han basado la mayoría de Escuelas de Odontología Latinoamericanas, logrando con esto una práctica odontológica de carácter científico y profesional. La teoría y la práctica eran impartidas por médicos especialistas en odontología y por odontólogos formados en el extranjero (2).

La Escuela de Enseñanza Dental se incorpora a la reciente creada Universidad nacional Autónoma de México, recibiendo el nombre de Escuela Nacional de Odontología, por decisión del Consejo Universitario, considerando así a la Odontología como científica y no como una habilidad manual. La enseñanza continua con base en el programa Académico ya existente impartido por médicos especialistas en odontología.

En la etapa que comprende de 1922 a 1934 se inicia una organización institucional educativa (administrativa, laboral y académica) al incrementarse un año a la carrera de odontología, quedando entonces de cuatro años, lo que

aumenta las horas de práctica clínica, estableciéndose un Programa Académico por hora-semana.

La época de 1935 a 1966 se caracteriza por la creación de Instituciones Públicas de Salud como IMSS (1934), SSA (1943), ISSSTE (1959), INPI (1961), haciendo con esto que la concepción de la práctica sea de tendencias modernas y de servicio.

Por otra parte la Escuela Nacional de Odontología se establece en Ciudad Universitaria (1958). El plan de estudios se incrementa un año más convirtiéndose en una carrera profesional de cinco años y se operan los procedimientos clínicos. En esa época se publica la primera investigación odontológica, acerca de arqueología.

Dentro de los acontecimientos importantes que se suscitan de 1967 a 1969 está el hecho de que el Plan de Estudios cambia del plan anual de cinco años, al plan semestral de 10 semestres por considerarse que los cursos intensivos eran mejor aprovechados.

II. SITUACION ACTUAL

La década de los años 70 determina una etapa de cambios importantes en el aspecto educativo, debido a la gran demanda estudiantil que ocurre en la Universidad Nacional Autónoma de México, como consecuencia de la centralización política, económica y cultural en la Ciudad de México, a principios de esta década.

Para hacer frente a este problema, se inició en el año de 1913 un programa de desconcentración de estudios profesionales, mediante la creación de nuevas unidades periféricas en el área metropolitana de la Ciudad de México. Para la ubicación de estas, se realizó una investigación que indicó que gran parte de la demanda potencial de alumnos, provendría del noroeste y del oriente del área metropolitana; también de transporte, disponibilidad de terrenos y existencia de organismos de producción y servicios que, llegando el caso, pudieran vincularse con la enseñanza profesional y de postgrado.

Fue así como el Consejo Universitario de la UNAM aprobó el programa de desconcentración de estudios profesionales, que incluyó la creación de cinco Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales (ENEP), identificadas individualmente con el nombre de la localidad donde estaban ubicadas. (4)

Se consideró conveniente que éstas nuevas escuelas tuvieran modelos de enseñanza innovadores, un carácter interdisciplinario y una organización departamental.

Los objetivos básicos del Programa de odontología, se centraron en los campos de docencia, servicio e investigación.

En cuanto a docencia, los objetivos fueron:

1. Preparar cirujanos dentistas capaces de trabajar en diversos modelos de servicios.
2. Preparar cirujanos dentistas con conocimientos relacionados y equilibrados de las ciencias básicas, las clínicas y las sociales.

3. Diversificar y desarrollar otros recursos humanos para la atención odontológica, con lo que se pretende integrar un equipo de salud bucal adecuado para implantar programas de servicios de más amplia cobertura.

En cuanto a servicios su objetivo básico fué proporcionar servicios a grupos de población controlada y de población (demanda) espontánea, con metas de productividad, calidad y cobertura bien definidas.

En el campo de la investigación el objetivo fué obtener información que permitiera validar tanto los planteamientos teóricos que se elaboren como los programas de docencia y de servicio y, en consecuencia, las modificaciones que éstos deben sufrir, los problemas planteados para investigar fueron:

- Diseño y comprobación de nuevos modelos de servicio que incluyan, equipo básico de odontología, nuevos materiales, técnicas simplificadas, estudio de tiempo y movimientos, investigación epidemiológica directa o por expedientes y redistribución de funciones.

Para los aspectos de docencia, se planteó la la investigación de los factores que influyen n el rendimiento escolar, la investigación sobre alternativas de capacitación de personal docente y la comprobación de diversas técnicas de enseñanza.

Como puede observarse, los planteamientos fueron orientados hacia la realización de una política odontológica alternativa, sin embargo, son pocas las instituciones educativas que establecen éstas premisas, y una vez realizado un

análisis en cuanto a la situación actual de odontología en el país, cabe señalar que en la formación de recursos humanos (odontológicos), presenta aspectos cuantitativos y cualitativos que resulta importante analizar. (5)

En relación al número de escuelas que existen actualmente, la mayoría presenta el modelo curricular tradicional por asignaturas quedando un escaso número de escuelas o facultades que se ajusten a modelos de enseñanza innovadores. Asimismo, la enseñanza odontológica está orientada básicamente hacia la atención de adultos, a pesar de que la mayoría de la población tiene menos de 15 años de edad. Por otro lado la capacitación clínica se imparte frecuentemente fragmentada en forma de “especialidades”, las que impiden el trabajo odontológico integral y hacen que el estudiante pierda la imagen del ser humano como unidad biopsicosocial.

Por lo general, los primeros semestres de la carrera de Cirujano Dentista contiene una carga excesiva de contenidos teóricos (en asignatura básicas), muchos de los cuales se imparten en forma simultánea consumiendo un gran número de clases de horas-semana-mes. El estudiante se ve obligado a dispersar su atención en varios temas, muchos de ellos sin tener una relación entre sí, lo cual repercute en la adquisición de hábitos, de memorización mecánica de datos, en lugar de estudio sistematizado y reflexivo propio de la ciencia moderna, por añadidura, en numerosos casos los contenidos curriculares se repiten, desperdiciando el tiempo del estudiante. Además la enseñanza se dirige hacia los principios de mutilación y reconstrucción, dándose máxima prioridad a asignaturas tales como: Operatoria Dental, Exodoncia y Prótesis.

Este análisis respecto a la situación actual de la educación odontológica en México, nos indica que se requiere un cambio en las diversas escuelas y facultades, que forman este tipo de profesionales, con el propósito de realizar una práctica odontológica acorde a las necesidades actuales del país, y de una alta calidad. (5)

III. PROSPECTIVAS

Para el presente análisis se retomó el documento elaborado en la reunión que se llevó a cabo en 1985 en República Dominicana, por países latinoamericanos, y es una adaptación de otro producido por la OPS/OMS, en el cual se contempla una aproximación al análisis prospectivo de las instituciones formadoras del personal de salud oral y el cual nos permite auxiliarnos para ubicar en las características del probable escenario latinoamericano que habra en el año 2000 (6).

Se debe tomar en consideración lo antes mencionado, ya que México, al igual que los países latinoamericanos, presenta características similares en cuanto a su desarrollo socioeconómico, por lo que se puede prever que la perspectiva en el año 2000 seguirá líneas semejantes (6).

Es importante para las Facultades, Escuelas y departamentos de Odontología conocer su situación respecto a las expectativas que tanto la sociedad global como los miembros de la Institución formadora tienen o podrían tener de ella y de sus graduados, en relación al desarrollo social, por una parte y al técnico científico por la otra. El conocimiento especialmente en

los aspectos relativos a las tendencias socio-económicas y a las variaciones del ejercicio profesional; permite que tales expectativas puedan originar las acciones necesarias para mejorar la situación existente (4).

1. Las proyecciones estadísticas indican que la población de América Latina alcanzará 610,000,000 de habitantes (en México se calculan 100,000,000) en los próximos años, con una distribución paritaria de hombres y mujeres de edad activa y un acentuado incremento en la población joven y la población por encima de los 45 años.
2. Los conglomerados periféricos de los centros urbanos seguirán aumentando. Sus habitantes vivirán en condiciones de hacinamiento y pobreza. Estas condiciones demandarán nuevas formas de servicios de atención odontológica.
3. Las perspectivas de crecimiento económico son de desaceleración y la distribución seguirá concentrándose.
4. La reducción de ingresos en el sector público, como resultado de la deuda externa y altos niveles de inflación, condicionará una presión creciente para limitar el gasto público en los sectores sociales y particularmente en el sector salud.
5. Coexistirán tres perfiles simultáneos de salud: en el primero dominarán las enfermedades transmisibles y parasitarias ligadas a la pobreza, desnutrición y precaria sanidad. El segundo perfil es producto de la emergencia de enfermedades crónicas; al disminuir la mortalidad y

aumentar la esperanza de vida, las enfermedades crónicas han comenzado a prevalecer sobre las infecciosas en otros países. Un tercer perfil es producto de problemas de salud originados por la exposición a un creciente número de agentes agresores, así como a las modificaciones sociales del ambiente asociadas con la violencia, los accidentes, el abuso de alcohol y la adicción a las drogas.

6. Los servicios de salud intentando cumplir con las estrategia de salud para todos, tratarán de buscar la mayor racionalidad posible en el uso y combinación de los recursos y tecnologías específicas (funciones de producción), y adaptarán mecanismos de integración entre las instituciones de seguridad social y de salud pública para evitar duplicaciones y ofrecer mayor cobertura.
7. La racionalidad a la cual podrían optar, está seriamente comprometida por políticas de contención de la oferta de empleo público y de limitación de los ajustes salariales; se reducirá así la capacidad de los servicios para expandir la cobertura, ampliando las tasas de desempleo y subocupación del profesional de la salud.
8. La contracción del sector público, en un contexto donde se espera la duplicación del número de profesionales, podría producir la ampliación de las actividades privadas ya sea en consultorios propios, como asalariados, grupos privados o de seguros prepagados. La clientela que tenga acceso a estos servicios seguirá representando una parcela muy limitada de la población (6).

A partir del análisis tendencial del proceso de desarrollo socio-económico, y teniendo en cuenta los aspectos demográficos, el perfil de salud bucal y la situación de los servicios, fue posible establecer como modelo normativo la imagen objetivo de la educación odontológica en el año 2000.

OBJETIVO DE LA EDUCACION ODONTOLOGICA EN EL AÑO 2000

Diferentes grupos profesionales, en varias oportunidades han llevado a cabo análisis y discusiones sobre la práctica odontológica y dentro de ésta, del desarrollo del personal de salud. Se han hecho notar que el modelo actual y el de formación no tendrá diferencias sustanciales con el que operará en el año 2000, sino que se operan cambios fundamentales dentro del proceso odontológico, por lo tanto se han descrito dos escenarios para el año 2000, el primero equivalente al actualmente en vigencia, con variaciones adjetivas en aspecto de forma y otro que presenta cambios sustanciales, que se toma como modelo normativo para la imagen objetiva.

Esta imagen objetiva para el año 2000 no se toma como un modelo ideal, sino que constituye una posibilidad para la educación odontológica en América Latina; para lo cual se extrajeron los atributos que le corresponden como realidad teórica posible.

Las facultades y escuelas de odontología se deben integrar en la solución de problemas a través de la formación de Cirujanos Dentistas con una base científica adecuada que les permita la generación de conocimientos y la participación en la planificación y operación de los servicios. Las instituciones deben orientar los programas en función de las necesidades de salud de la población, dando especial atención a los aspectos científicos y tecnológicos, a la investigación socio-epidemiológica, clínico-patológica, biológica y el análisis de las condiciones de los servicios.

Se deben tomar y aplicar principios de simplificación de la práctica y la desmonopolización del conocimiento en forma global haciendo énfasis en la investigación operacional. (7)

En relación a la organización del conocimiento, estructura orgánica, deberá orientarse hacia la macrosegmentación de los procesos que maneja, más que a la atomización de disciplinas tradicionales, posibilitando la independencia entre lo administrativo y lo funcional y permitiendo ajustes ágiles de los programas docentes y por lo tanto flexibilidad para poderlos adoptar a los requerimientos de las sociedad y de los servicios.

Es de suma importancia la integración docente asistencial con la participación de esfuerzos, recursos y decisiones conjuntas entre la institución formadora de recursos humanos y las de servicios, en planificación, supervisión, monitoreo y evaluación tanto en el aspecto de servicio como el de docencia entendiéndose esto como componentes de un todo. (7)

El abordaje de los problemas de salud oral debe de integrarse con el apoyo de la comunidad y del individuo haciendo énfasis en la prevención y promoción de la salud a través de todos los años de la carrera de Cirujano Dentista. Los alumnos deberán insertarse en las prácticas de salud colectiva e individual en atención Primaria desde el inicio de su carrera.

Deberán investigarse los principales problemas de la población en relación a la salud oral de acuerdo con los aspectos socioepidemiológicos, biológicos y técnicos en relación con el trabajo y desarrollo humano

considerando individual y socialmente. De igual forma es de suma importancia la investigación educativa para mejorar la aplicación eficiente de los adelantos de la ciencia. (8)

Cobrará gran relevancia el adiestramiento y capacitación de los estudiantes a través del sistema de trabajo en el que participen profesionales en diversas disciplinas.

Por último deberá contemplarse el establecimiento de mecanismos formales de articulación interinstitucional del Sector Salud y con otros sectores, para la formulación de políticas, planificación y operacionalización de los servicios de salud con las instituciones educativas. (9)

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

Educación es un proceso que debe permitir medir la diferenciación amplia de las potencialidades del individuo, dentro de patrones culturales de la sociedad a que pertenece, preparándolo para un trabajo productivo.

La educación debe visualizarse como un proceso continuo, asegurando la adaptación del individuo a los cambios de su medio y a la evolución de las condiciones de vida del conocimiento científico y tecnológico. Para que esto sea posible, hay que hacer del alumno el agente activo del proceso de desarrollo; él debe aprender a aprender, y coordinar el aprendizaje toda su vida. hay que dar mayor importancia al aprendizaje y allí se debe centrar la planificación docente. (10)

Todo el sistema educativo tradicional se desarrolló sobre la base de la actividad del profesor, que es el agente activo del proceso, en la medida en que le corresponda definir y programar lo que el alumno debe aprender, cómo y cuándo. El alumno, en último análisis, debe copiarlo y es recompensado en la medida en que su comportamiento se aproxime de su maestro.

Sin embargo, el aprender no es pasivo. No hay solamente una realidad; cada uno percibe un hecho, una situación, de acuerdo con una disposición de percibir y la transforma de acuerdo con su repertorio de conocimientos. Para aprender hay que elaborar, transformar, integrar a estructuras existentes; en otras palabras, hay que actuar.

En función de esto se propone cambiar el enfoque del sistema educativo para dar importancia al aprendizaje del alumno y ya no a la enseñanza. Eso implica un cambio estructural de todo el sistema porque cambia la relación profesor-alumno, principales actores involucrados. Dar importancia al aprendizaje significa definir lo que se pretende del alumno al final del curso, en términos de conocimiento, habilidades psicomotoras y actitudes, ofrecer oportunidades de aprendizaje y de acceso a materiales de instrucción y asegurar una orientación continua. Corresponderá al alumno organizar su estudio, interactuando con los materiales tantas veces cuantas necesite para aprender.

Como se cambia el enfoque para el aprendizaje, el tiempo para aprender es una variable y el resultado del aprendizaje una constante. Esto es, se indicarán las metas que se desean alcanzar y se dejará al alumno libre, aunque contando con la orientación que él desea para aprender. Hay que ofrecer

oportunidades para que el alumno aprenda interactuando con el medio en que se desarrolla el objeto del aprendizaje.

Lo señalado aquí repercute en la práctica de la evaluación. En el sistema tradicional, se evalúa lo que el alumno dice que haría, en el caso que tuviera que hacerlo. Pocas veces se utilizan modalidades de evaluación que coloquen al alumno frente a situaciones concretas o equivalentes a las reales. Por esto surge la necesidad de asumir las propuestas metodológicas de la evaluación por desempeño y en consecuencia, la formulación de objetivo de proceso.

Muchos especialistas en planes de estudio coinciden en diferenciar un plan de estudios, explícito de otro implícito (funciones, actitudes, participación o no de los servicios hospitalarios, etc.). Cabe agregar que “el curriculum nulo, formado por todo aquello que la escuela no enseña, en sus dimensiones: los procesos intelectuales que la escuela deja de lado, y los contenidos que están ausentes en el curriculum explícito. El curriculum nulo plantea entre otras preguntas: ¿hasta qué punto el programa de estudios incorpora o integra el ambiente o lo deja de lado?” (11).

Un cambio cualitativo del proceso de enseñanza-aprendizaje y por lo tanto de la evaluación, implica paralelamente un cambio en la concepción y organización técnica y administrativa de las facultades de ciencias de las salud. La evaluación por desempeño significa un control de calidad de los egresados. “La calidad debe tomarse como la estricta adecuación entre el proceso educacional y las necesidades de salud de la población” (12).

El ámbito de aprendizaje de los alumnos debe incluir los hospitales y otras instituciones, tales como los centros de salud, consultorios periféricos, escuelas, entidades comunitarias.

La evaluación del desempeño, ya fue planteada por McGuire en 1968: “El aprendizaje solo se puede evaluar en función de los cambios que se produzcan en el comportamiento del estudiante hacia una actuación apropiada y deseable. Los exámenes deben constituir situaciones de prueba que simulen los problemas que se le presentan al profesional de la salud” (13). Por lo tanto esto se plantea la necesidad de evaluar al alumno *in situ*, en las condiciones donde se deban resolver problemas.

SITUACION ACTUAL DE LA EVALUACION

La contribución más importante de la investigación sobre evaluación del aprendizaje es el desarrollo de la tecnología de producción de las pruebas o exámenes objetivos. Las técnicas de exámenes de opción múltiple, falso-verdadero, correspondencia, entre las más usadas, se han esparcido por todos los niveles y sistemas escolares y de capacitación como instrumentos casi universales, dada su aparente facilidad de manejo y de calificación frente a las pruebas abiertas (ensayo, pregunta abierta, etc.). Existen demostraciones de que se ha abusado de esta técnica, tanto por falta del análisis de su aplicación, como por haber tenido la pretensión de aplicarlas en la evaluación de áreas del aprendizaje que escapan a la sensibilidad de las técnicas; sin embargo, cuando a su vez han sido objeto de evaluación, han resultado beneficiosas para la equidad y la imparcialidad de la evaluación del aprendizaje. Su limitación estriba en que son sensibles fundamentalmente al área de posición de información y de razonamiento sobre la misma; su ventaja reside en la posibilidad de evaluación masiva con un instrumento que no cambia y que no está influenciado por la subjetividad en el momento.

En la Odontología, como en otros campos de la actividad humana, no basta con verificar el nivel y el área en que un sujeto posee información básica o clínica para tener la seguridad de un desempeño profesional satisfactorio. No cabe duda que dicha información es necesaria, pero no suficiente para un rendimiento profesional con la eficacia y dentro de los márgenes de seguridad que el ejercicio de la profesión exige. El problema de evaluar la competencia de una persona para el ejercicio profesional se puede plantear en dimensiones

múltiples. En primer término, ¿hasta que grado se correlaciona entre sí las llamadas pruebas objetivas con el desempeño profesional? o sea, ¿ hasta qué grado estos exámenes podrían servir para medir la competencia profesional de un sujeto?. En segundo término se plantea el problema de evaluar un proceso interno que no se puede someter a la observación. Por otra parte, ¿hasta que grado la observación de las conductas permiten inferir el desempeño en sus aspectos no externalizable, entre ellos los valores?.

TÉCNICAS DE MEDICIÓN DEL APRENDIZAJE

La solución de los problemas enunciados aun requiere de un gran esfuerzo de investigación, uno de cuyos elementos principales es determinar la correlación que existe entre las diversas técnicas de medición de lo aprendido, y otro es la búsqueda y la validación de nuevas técnicas más eficaces para el propósito. Existen tres tipos básicos de técnicas: 1) Observación, 2) Reactivas y 3) Mixtas:

Las técnicas de observación exigen la relación entre el evaluado y el evaluador 1:1, por lo tanto, consumen tiempo y dedicación de personal calificado por lo cual son viables cuando la proporción de evaluados por el evaluador es pequeña. Entre las más útiles para este propósito están los llamados “estudios de sombra” que consisten en que el evaluador observe y registre las actividades del evaluado durante períodos fijos y determinados previamente. Entre los instrumentos necesarios, están las listas de cotejo, que buscan reducir la subjetividad en el registro de las observaciones. En ocasiones

excepcionales en América Latina, se han usado filmaciones y se subsecuente evaluación por árbitros.

Las técnicas reactivas plantean situaciones que requieren una resistencia o reacción por parte del sujeto, dispositivos que registran tal reacción o bien el patrón de esas reacciones. Estas técnicas han estado centradas en la simulación, escrita por computadora; en ocasiones se ha empleado el juego de roles, principalmente cuando se han requerido evaluar actitudes y conductas visibles. Aún existe la necesidad de desarrollar un proceso de investigación al respecto para hacerlas confiables. Tienen la ventaja de que pueden usarse instrumentos objetivos y de que se pueden aplicar en escalas mayores que las de observación; su inconveniente es que para desarrollarlas se requiere personal altamente calificado. (14)

Las técnicas mixtas realizan una estandarización de ciertas situaciones reactivas, y observan al sujeto y registran su actividad; en ocasiones se complementa con un interrogatorio.

EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN Y EL APRENDIZAJE

Todo lo analizado hasta aquí asume características especiales cuando se aplica al seguimiento del progreso del alumno en determinado curso o carrera. Se trata, entonces, de lo que se conoce como evaluación formativa, que no tiene en cuenta la toma de decisiones de carácter administrativo, sino de decisiones educativas. Se trata de verificar si el alumno puede o no tener aprobación en una disciplina o curso y, aun más, indicar cómo el alumno está aprendiendo y lo que se podrá hacer para mejorar, acelerar o facilitar su aprendizaje. La evaluación formativa permite detectar potencialidades (alumnos con mayor aptitud para una materia determinada) y dificultades para aprender, de forma tal que puedan adoptarse medidas correctivas. Ofrece además a los alumnos una información individualizada sobre su aprendizaje, comparando su desempeño en la evaluación formativa con un criterio definido por el profesor, dándole informaciones sobre el aprendizaje promedio del grupo y proporcionándole prescripciones de estudio, de acuerdo con las deficiencias detectadas.

Para establecer un sistema adecuado de evaluación formativa hay que dividir la materia que se aprende en partes, módulos o unidades didácticas bien definidas que pueden aprenderse independientemente, y para las cuales se pueden indicar materiales de instrucción y oportunidades de aprendizaje específico. Las unidades didácticas puede aprenderse en cualquier orden de acuerdo con una secuencia definida, en el caso de que uno se considere prerrequisito del otro. (15,16)

La Facultad de Odontología debería plantear el proceso educativo sobre la base del conjunto de competencias que caracterizan el profesional que se forma. A partir de ese conjunto (qué saber, qué saber hacer, y cómo hacer) la escuela podría definir etapas, cursos y disciplinas y plantear el conjunto de experiencias de aprendizaje y materiales de instrucción que serían colocados a disposición del alumno. En este proceso sería necesario, además, definir las fases de evaluación formativa, que orientaría el aprendizaje del alumno y de la evaluación cuantitativa, que mediría el alcance de los objetivos postulados para el curso, o sea, el dominio de las competencias planteadas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los efectos de la apertura comercial de México con los Estados Unidos y Canadá, presenta un panorama a través del cual las oportunidades que se presenten concernientes a la oferta y demanda de servicios odontológicos, estará en relación directa a elevar la calidad de la educación y por ende de la calidad de la atención dental al menor costo posible y de mejorar la administración con el objetivo de mejorar la eficiencia.

Para lograr esto el primer paso consistirá en el establecimiento de un mecanismo que de agilidad a las actividades de normatización en tres áreas vitales: el licenciamiento, la certificación y la acreditación de profesionistas.

Desde el punto de vista educativo, en un futuro se producirá una mayor competencia entre universidades privadas y públicas, tanto nacionales como internacionales, así como numerosas oportunidades para desarrollar nuevas tecnologías de enseñanza. De ahí la gran importancia y relevancia que tiene en este momento la investigación educativa para mejorar la aplicación eficiente de los adelantos científicos, así como evaluar permanentemente la calidad en la formación de los cuadros profesionales que egresan de las diversas instituciones de educación superior.

El papel de la Facultad de Odontología de la UNAM ante la modernización educativa es de gran importancia en la divulgación científica, la formación profesional y la calidad de los servicios, teniendo como meta la

estricta adecuación entre el proceso educacional y las necesidades de salud de la población en México.

DEFINICION DEL PROBLEMA

¿ Los egresados de la Facultad de Odontología tienden a realizar una práctica profesional de alta calidad?

OBJETIVOS GENERALES

Determinar la calidad de la formación de los futuros Cirujanos Dentistas egresados de la Facultad de Odontología.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la formación académica de los alumnos en las diferentes áreas de conocimiento, niveles de prevención, niveles de atención y funciones profesionales al terminar la carrera de Cirujano Dentista.
2. Determinar si la formación recibida, posibilita a los alumnos egresados de la Facultad de Odontología a resolver satisfactoriamente la problemática de salud oral que plantea la sociedad en nuestro país.

HIPOTESIS

H_1 : Los Cirujanos Dentistas egresados de la Facultad de Odontología tienen una formación académica completa, que les permite resolver satisfactoriamente los problemas odontológicos inherentes a su perfil profesional.

H_0 : Los Cirujanos Dentistas egresados de la Facultad de Odontología NO tienen una formación académica completa, que les permite resolver satisfactoriamente los problemas odontológicos inherentes a su perfil profesional.

TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación educativa es del tipo observacional y descriptiva.

METODOLOGIA

La metodología se encuentra dividida en tres partes, Diseño del instrumento de evaluación, Aplicación de la evaluación y Criterios de análisis.

DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE EVALUACION

Se diseñó un instrumento de evaluación compuesto por dos secciones, con diez situaciones problemáticas reales a las que se enfrenta un cirujanos dentistas, con 200 reactivos (100 reactivos cada parte), en donde el alumno tuvo que tomar decisiones pertinentes para la realización de los tratamientos odontológicos y en donde se facilita el razonamiento lógico del sustentante y su nivel de aplicación del conocimiento para la resolución de los problemas inherentes a su quehacer profesional. (ANEXO No. 2)

El instrumento de evaluación fue diseñado a través la exposición de casos clínicos y preguntas que referían a la solución de varios aspectos tanto odontológicos, como médicos. Los casos clínicos fueron construidos con base a la descripción de expedientes de pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la U.N.A.M. Los reactivos fueron elaborados teniendo como eje los casos problema más frecuentes que acuden para su atención en nuestra facultad, para su clasificación se elaboró una tabla especificaciones (ANEXO No. 3).

Para que el examen tuviera una validez y un estándar con relación a su dificultad se aplicaron las pruebas de K1 y K2 de Kuder Richardson para determinar el nivel de dificultad, índice de discriminación y grado de confiabilidad del instrumento. Obteniendo que el examen tiene un 90% de confiabilidad

APLICACION DE LA EVALUACION

Se seleccionaron alumnos que terminaron la carrera de Cirujano Dentista en la Facultad de odontología. Dicha muestra se escogió aleatoriamente, aplicándose a 131 alumnos de un total de 526 siendo casi un 25% de la población total de egresados, estando representados alumnos de todas las clínicas periféricas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Alumnos que fueron seleccionados al azar por los jefes de enseñanza de las clínicas periféricas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Alumnos que por motivos de tiempo no llenaron completamente las dos partes de los simuladores clínicos.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables Independientes:

- SEXO
- EDAD
- CONDICIÓN SOCIAL

Variables Dependientes :

- NIVELES DE ATENCIÓN
- NIVELES DE PREVENCIÓN
- FUNCIONES PROFESIONALES
- ÁREAS DE CONOCIMIENTO

METODO

CRITERIOS DE ANÁLISIS.

Los reactivos por sus características responden a diversos aspectos curriculares y de funciones profesionales, pudiendo corresponder a más de un aspecto. Dichos criterios se menciona a continuación y los aspectos que evalúa cada pregunta se muestran en el ANEXO No. 3

a. Niveles de atención:

- a.1. Atención primaria (1º nivel).
- a.2. Atención secundaria (2º nivel).
- a.3. Atención terciaria (3º nivel).

b. Niveles de prevención:

- b.1. Promoción de la salud - Protección específica.
- b.2. Diagnóstico oportuno - Limitación del daño.
- b.3. Rehabilitación.

c. Funciones profesionales:

- c.1. Planeación de las necesidades de salud.
- c.2. Programación de la atención.
- c.3. Prevención.
- c.4. Diagnóstico.
- c.5. Tratamiento

d. Áreas del conocimiento:

- d.1. Clínica.
- d.2. Biológica.
- d.3. Social.

e. Profundidad del conocimiento:

- e.1. Indispensables (Conocimiento que se incorpora a nivel formativo que requiere el alumno para resolver satisfactoriamente los problemas que enfrenta en su práctica clínica).
- e.2. Necesarios (Conocimiento que se incorpora a nivel formativo e informativo que apoya la toma de decisiones que requiere el alumno, para resolver satisfactoriamente los problemas que enfrenta en su práctica clínica).
- e.3. Complementarios (Conocimiento que se maneja sólo a nivel informativo, que favorece la memorización, pero que no se incorpora a las funciones profesionales del alumno y que por ende no apoya a la resolución satisfactoria de los problemas que enfrenta en su práctica clínica).

Los casos problema se diseñaron en dos niveles

f.1. Orden general (comunitario)

f.2. Orden particular (sistémico y oral)

CALIFICACION Y PUNTAJE

Para calificar cada subaspecto se cuentan el número de respuestas correctas que refieren a dicho subaspecto entre el número total de preguntas también referidas al subaspecto.

RESULTADOS

Este instrumento de evaluación, aplicado a los egresados de la carrera de cirujano dentista de la Facultad de Odontología, nos permitió afirmar que el número de alumnos evaluados es representativo para inferir las tendencias del perfil profesional de los alumnos egresados en la última generación de la carrera.

En la Gráfica No. 1 (Ver Anexo No. 1) se expone en forma comparativa los resultados obtenidos de acuerdo a las funciones profesionales que realizan los cirujanos dentistas egresados de la facultad, observándose una tendencia favorable en relación a las funciones de programación de la atención, prevención y planeación de las necesidades de atención, observándose un cambio importante en el perfil profesional de las nuevas generaciones que tiende hacia una práctica más eficiente, planeada, que permite aumentar la cobertura del servicio a través de una sistematización de la atención, traduciéndose esto en un aumento real de la capacidad del ejercicio profesional.

Por otro lado se observa que la función de prevención fue la mejor calificada, significando esto que la enseñanza actual del plan de estudios de la Facultad de Odontología le ha dado un gran importancia a la educación para la salud, razón por la cual se está dejando atrás la práctica profesional que le daba importancia a las funciones de mutilación y reconstrucción que a las de prevención. Todo esto tiende a producir un cambio importante en el modelo prevalente del servicio que en forma tradicional ha realizado el odontólogo en nuestro país, cambiando en su forma de actuar con un enfoque de riesgo y no en un enfoque con

un abordaje curativo que actúa en función de la demanda sin una planeación adecuada, incidiendo solamente sobre daños terminales, y siendo de un costo elevado.

En relación a la función de diagnóstico se observa, un buen comportamiento de la población que se traduce en que los tratamientos odontológicos están bien sustentados dejando por ende atrás una práctica empírica y artesanal, en la cual se le daba más importancia a la realización del tratamiento que a la fundamentación de un buen diagnóstico.

En la gráfica No. 2 se presenta la evaluación relativa a los niveles de prevención, observando que las tendencias favorecen hacia las áreas de un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, así como a la limitación del daño, observándose una calificación menor a la que corresponde a la promoción de la salud y a la protección específica, pudiéndose esto explicar debido a que aunque se han observado cambios importantes en el perfil profesional del egresado, todavía hay ocasiones en que se le da más importancia a los aspectos curativos que a los preventivos.

En la gráfica No. 3 se presentan los resultados relacionados a las funciones profesionales a nivel particular y comunitario, observándose una mejor calificación hacia la planeación y programación de atención a nivel individual que a nivel colectivo, obligando esto en un futuro a reforzar los aspectos curriculares relacionados a la salud pública y comunitaria.

Con respecto a las áreas del conocimiento (Gráfica No. 4), se muestra una tendencia significativa y favorable hacia el área clínica y calificaciones menores en las áreas básicas y social. Sin embargo el área biológica tiende a ser calificada de una manera más favorable, no sucediendo esto con el área social, explicándose esto a que los contenidos temáticos del área biológica (básicas) se han ido incorporando a las funciones profesionales del cirujano dentista, no sucediendo esto con el área social, quedando sus contenidos a nivel teórico sin haberse incorporado de una manera práctica al quehacer profesional del odontólogo.

En la gráfica No. 5 relativa a los niveles de atención, se observa una mejor calificación en el 1º y 2º nivel, contrastando con el 3º nivel de atención. Esta situación es congruente con el perfil planteado en el Plan de Estudios de la Licenciatura en la Facultad, ya que promueve la formación de los egresados para resolver satisfactoriamente la problemática bucal que plantean estos dos niveles de atención, dejando los casos más complejos para un tercer nivel de atención, manejados a nivel de especialidad.

En relación a los niveles de aplicación del conocimiento en la Gráfica No. 6, se observa un mejor comportamiento de la población hacia los tratamientos estomatológicos, quedando en un segundo lugar los tratamientos en pacientes con compromiso sistémico, y en último lugar, el nivel interdisciplinario tuvo una tendencia desfavorable, traduciéndose esto en que todavía existen aspectos del curriculum oculto en que se le da más importancia al tratamiento dental que al problema sistémico del paciente, no considerando en su momento la interconsulta con otro especialista del equipo de salud. Esto indica que existe la necesidad de

fortalecer la enseñanza en casos en donde el paciente presente un problema de salud de base, y en el que se requiera la participación de otros especialistas del sector salud, todo esto integrado en la enseñanza a través de simuladores clínicos.

Con respecto a la profundidad del conocimiento que tienen los egresados de la facultad en relación a su formación, en la gráfica No. 7 un comportamiento adecuado hacia los aspectos de formación indispensable, observando en 2o lugar los aspectos de formación complementaria y en 3er lugar la formación necesaria. Esto nos indica que aunque la gran mayoría del conocimiento adquirido por los alumnos, se incorpora a su formación, quedan aspectos importantes del conocimiento que están quedando a un nivel teórico y que no tiene una aplicación real, quedando el aprendizaje a un nivel informativo y no formativo.

DISCUSION

La evaluación de la calidad del aprendizaje en la formación de cirujanos dentistas dentro de la Facultad de Odontología, tiende a ser un instrumento de evaluación terminal que permite inferir si los egresados de la carrera reciben una formación sólida que les posibilita a resolver con éxito la problemática que en relación a la salud oral les plantea la sociedad de nuestro país, así mismo permite fundamentar una serie de decisiones pertinentes para la actualización o modificación permanente del curriculum. Por otro lado pasa a ser un elemento institucional importante dentro de la investigación educativa, que permite evidencia las tendencias marcadas de los egresados en relación al quehacer profesional.

Este tipo de instrumento de evaluación permite identificar la capacidad del alumno para tomar decisiones y poder resolver casos clínicos reales estructurados en base a las funciones profesionales que fueron incorporados a lo largo de su carrera profesional. A través de esto podemos contrastar si la formación recibida es acorde a los objetivos planeados en el Plan de estudios de la Carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología.

En lo que respecta a la evaluación de los objetivos de programación de la atención odontológica, podemos evidenciar una tendencia favorable hacia una práctica programada, sistematizada y científica, sustentada con base en programas de atención, esto nos permite confirmar la hipótesis de trabajo planteada al principio de esta investigación, ya que a diferencia de la práctica hegemónica, tradicional, y lenta los alumnos tienden hacia una práctica más eficiente, que

permita ahorrar tiempos y movimientos innecesarios obteniéndose de esta manera una mayor cobertura.

Otro aspecto que se cumplió en gran parte fue lo relativo al objetivo de diagnóstico, donde se evidencia una tendencia significativa y favorable hacia un quehacer profesional fundamentado en un buen diagnóstico, esencial para realizar un buen tratamiento. De esta manera podemos afirmar que la diferencia de la Odontología empírica y artesanal que ve al paciente fragmentado y que trata de resolver los problemas con base en la unidad diente, la nueva odontología pretende ampliar su visión, primero hacia el entendimiento de que el paciente forma parte de una comunidad donde se pueden identificar factores de riesgo que pueden afectar su salud oral, así como el identificar previo al tratamiento estomatológico, el estado de salud del paciente.

En relación al objetivo de prevención se observa una tendencia favorable hacia las buenas calificaciones, lo cual nos permite afirmar que el egresado tiene los elementos necesarios para realizar una práctica anticipatoria, donde se le da una real importancia a la promoción para la salud. Sin embargo la gráfica 4, muestra el porcentaje comparativo de alumnos que contestaron correctamente, de acuerdo a los niveles de prevención, observando una ligera tendencia a calificar el área de promoción de la salud y protección específica por debajo de los rubros de curación y rehabilitación, esta situación nos hace suponer que existen aspectos relativos al curriculum oculto en el cual le dan más importancia al aspecto curativo que al preventivo.

Por otro lado, en relación a las áreas del conocimiento, los alumnos muestran una tendencia significativa favorable al área clínicas seguida del área biológica, observándose calificaciones menores y semejantes en el área social, esta situación nos permite inferir que los contenidos temáticos relativos al área biológica se han ido incorporando paulatinamente a las funciones profesionales que realiza el Cirujano Dentista dentro de su práctica profesional.

De tal forma que al incorporar la información teórica dentro de su quehacer profesional para la resolución de problemas reales, se permite el adiestramiento en servicio para la formación del alumno, evitando la sobrecarga de información, la cual se imparte en periodos cortos de tiempo quedando exclusivamente a un nivel memorístico por ende no tiene una aplicación práctica. En relación al área social podemos evidenciar aspectos relativos al curriculum oculto en el cual a esta área no se le ha dado su importancia real, siendo sus contenidos temáticos predominantemente teóricos que no se incorporan a las funciones profesionales y que hacen de esta área un agregado y no pertenece en si al contexto del curriculum.

Por otro lado se observa una marcada preferencia hacia el área clínica, lo cual evidencia una influencia del modelo de práctica profesional con el cual tienen contacto los egresados dentro del periodo de formación, todo esto advierte que aunque existen cambios transcendentales en el desempeño profesional de los futuros cirujanos dentistas, todavía existe mucho por hacer para logra una práctica científica que se distingue de la práctica profesional dominante.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación nos permiten evidenciar una tendencia de los alumnos egresados de la Facultad de Odontología, hacia una práctica profesional, científica, fundamentada en un diagnóstico previo tanto sistémico, como estomatológico, sin embargo, debe fortalecerse más el aspecto multidisciplinario, participando más con profesionales del equipo de salud.

Contrario al modelo tradicional, los resultados nos permiten inferir que los egresados tienden hacia un modelo profesional alternativo caracterizado por una sistematización de la atención dental a través de una programación previa al tratamiento.

En relación a las áreas del conocimiento clínico, biológico y social, se observa una tendencia favorable hacia las dos primeras, encontrándose el área social ligeramente por debajo, traduciéndose, en que aún prevalecen ciertos aspectos de la práctica tradicional en nuestros egresados que no le dan una gran importancia a esta área. Por lo que se requiere seguir actualizando permanentemente el curriculum de la carrera reforzando el área social e incorporando los principios de la atención primaria a la salud.

Por último, los egresados le dan importancia a la función de prevención, mostrando una tendencia favorable hacia el 2º nivel de prevención (Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno) y el 3º nivel (limitación del daño y rehabilitación), debiendo fortalecer más el primer nivel (promoción de la salud y protección específica), con el fin de seguir el perfil profesional planteado de un Cirujano Dentista que actúe con un enfoque de riesgo, logrando con esto una odontología que logre un verdadero impacto social.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Martínez Cortés F. "Historia General de la Medicina en México. Tomo I México Antigua". UNAM-ANM. 1984
- 2.- Lerma S. "Historia de la Odontología y su ejercicio legal". De Mundi 2a. Edición. Buenos Aires , Argentina. 1964.
- 3.- Ring M. "Historia Ilustrada de la Odontología". 2a. Adición Madrid, España. 1989.
- 4.- Parés Vidrio G. "Plan de estudios de la Carrera de Cirujano Dentista". ENEP-ZARAGOZA, UNAM . 1988
- 5.- Parés Vidrio G. "Evaluación diagnóstica de la Carrera de Cirujano Dentista" ENEP-ZARAGOZA, UNAM. 1987
- 6.- Arango B. "Análisis prospectivo del Proceso de Formación del Personal de Salud Oral". Documento de Trabajo. OPS-OMS. Octubre de 1985.
- 7.- Bournigal, M.M. "Evaluación de la atención estomatológica en Santiago de los Caballeros, República Dominicana, Etapa 1. Educ Med Salud 20(2) : 180-202, 1986
- 8.- Neri A. "Liderazgo en los servicios de salud, Perspectivas para el año 2000" Educ Med Salud 20(4) 442-447, 1986.
- 9.- Haddad J. "Desarrollo educacional en Salud, Perspectivas para el año 2000" Educ Med Salud 20(4): 448-457. 1986

10.- G. Lobo L. "Evaluación Enseñanza-Aprendizaje". Educ Med.Salud.20(4). 1986

11.- Silva M. "Conceptos y orientaciones del Curriculum" Revista Presencia. Santiago , Chile. 27-34. 1984

12.- Vidal C. "El Desarrollo de recursos humanos en las Américas". Educ.Med.Salud 18(1): 9-44. 1984.

13.- MacGuire, C. "Análisis y evaluación de estudiantes y programa según los cambios de comportamiento". Educ.Med.Salud 2(3): 193-215. 1968.

14.- Shumway, J. "Método para la enseñanza de la solución de problemas en las escuelas de medicina" Educ.Med.Salud 18(1): 46-61. 1984.

15.- Grob C. "Aplicaciones del concepto: Áreas de aptitud profesional al diseño del proceso enseñanza-aprendizaje de la ortopedia y la traumatología". Rev Tecnol Educ. OEA. Santiago de Chile No. 1 p 78. 1979.

16.- McGaaghi, W. "Introducción a la preparación de planes de estudio de Medicina basados en la competencia". OMS, Cuadernos de salud Pública. No. 68 p. 20. 1978.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

17.- Paulson, C.F.A. Strategy for evaluation design. Mammouth, Oregon Teaching Research, 1970.

- 18.- Stufflebeam D., Foley W., Gephart W., Guba, E., Hammond R., Merriman H., Provous, M. "Educational evaluation and decision making". Itasca, Illinois: Peacock, 1971.
- 19.- Díaz b.A. "Tesis para una teoría de evaluación y su derivados en la docencia". Perfiles Educativos - UNAM, México. No. 15 pp 16-38. 1982.
- 20.- Suárez Sanchez, F. "30 Casos Clínicos para Autodiscusión" Editorial LIMUSA, México. 1980.
- 21.- Lobo Luíz Carlos, Alvarez Manilla J.M.. Evaluación Enseñanza-Aprendizaje. Educ.Med.Salud 20(4) 1986.
- 22.- MacGuirre, C.H. Solomon, L.M. Bascook. Handbook of Written Simulation. Center for Educational Development, University of Illinois Collage of Medicine, Chicago, ill., 1972.
- 23.- Suárez Sanchez, F. et al., "Medicina Interna Evaluación del Conocimiento". Prensa Médica Mexicana, México, 1978.
- 24.- Hermosillo G.; López Cámara, V., *et al.* "Formación y utilización de recursos humanos odontológicos en México". Educ Med Salud 12 (4) 457-500, 1978.
- 25.- Las condiciones de salud en las Américas 1981-1984 Vol.II OPS. OMS. Washington D.C. 1986.
- 26.- Subprograma de Salud Bucal 1981. Programa de atención a la Salud a población marginada en grandes urbes, S.S.A., México 1981.

- 27.- Diagnóstico de Salud Bucal 1984. IMSS publicación General Médica Jefatura de Servicios de Medicina Familiar, México, 1984.
- 28.- DeWitt G.A. “La atención primaria de salud como eje del modelo de atención”. Dirección General de Regularización de Servicios de Salud, México, D.F., Mayo de 1987.
- 29.- López C.V. “Proceso de trabajo y práctica privada de la odontología en México”. Revista Educación Odontológica 3(6) nov-dic. México, 1982.
- 30.- Arroniz Padilla S. La situación actual de la práctica odontológica en México Revista Educación Odontológica Vol. 5(6) agosto México, 1987
- 31.- Mondragón L.; López C.V. “Condiciones sobre la práctica odontológica en México”. Boletín de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina Vol. 8, México, 1980.
- 32.- Suárez Sanchez, F. “Autodiscusión: Un instrumento de apoyo para la Enseñanza Clínica”. Rev.Mex. de Educ. Médica 2(2).1991.
- 33.- Abrahamson, S. “Simulation in Medical Education: Static and Interactive Manikins”. Programed Learning and Educational Technology. Vol 17 No. 3. 1980.
- 34.- Balla, J.I. “Decision Making in a Case of Multiple Sclerosis”. Methods of Information in Medicine. Vol 20 No. 1. 1981.

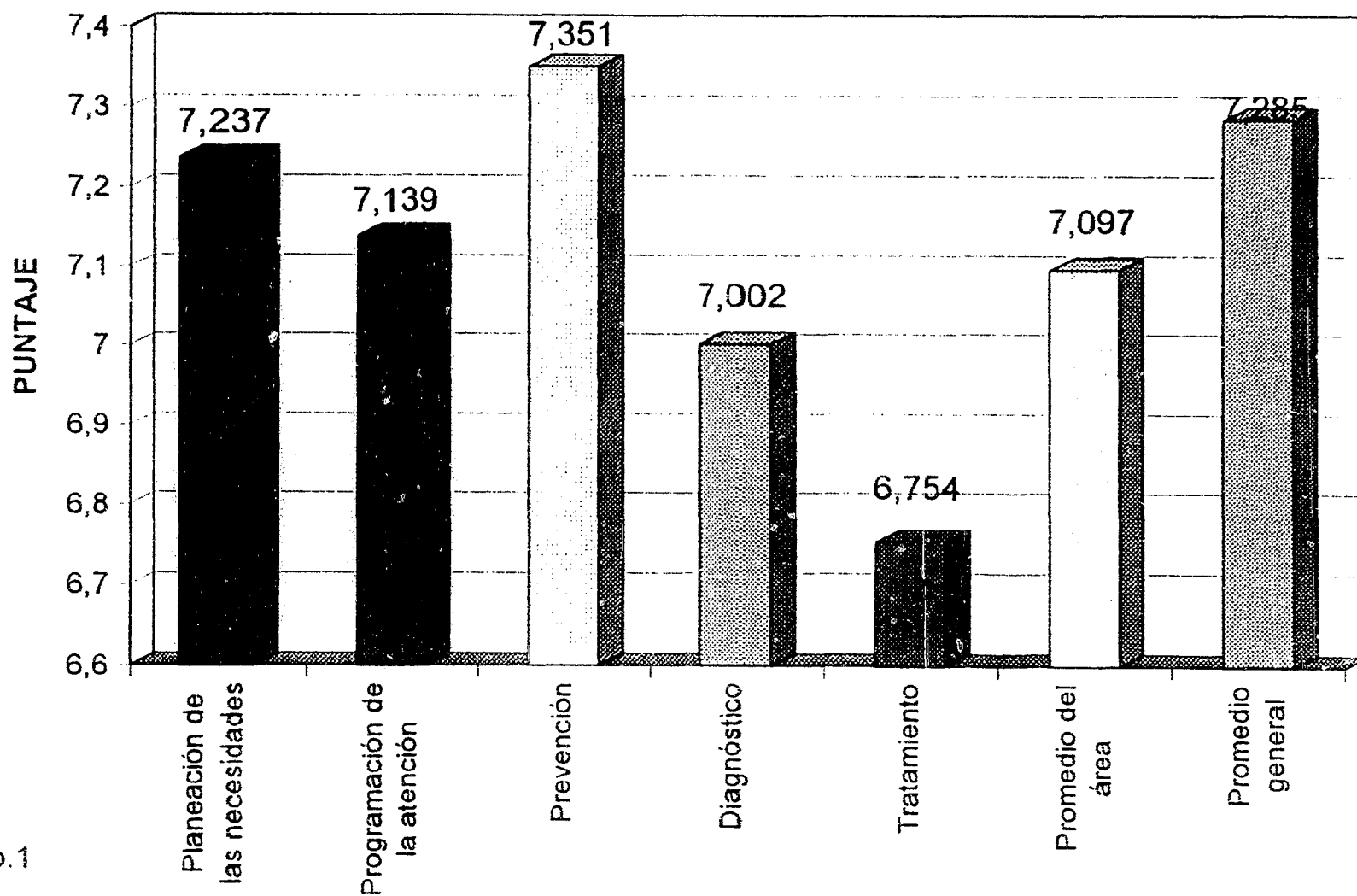
- 35.- Thomson, Douglas R. "¿Transfer of Training from Simulations to Operational Equipment? Simulations Effective?". *Journal of Educational Technology Systems*. Vol. 17 Num. 3. 1989.
- 36.- Crookail, D. "Towards A Reconceptualization of Simulation: from representation to reality". *Simulation Games for Learning*. Vol.17. No. 4. Dec 1987.
- 37.- Quezada, A. "Recursos humanos en cinco países de América latina: Análisis de Indicadores". *Educ Med Salud* 23 (4): 313-331. 1989
- 38.- Cirigliano, G. "La educación de Adultos, Hipótesis y perspectivas". *Educ Med Salud* 12 (2): 105-115. 1978
- 39.- Jadresi, A. "La reforma universitaria y la renovación de la enseñanza Médica". *Rev med Chile* 98:113-123, 1970
- 40.- Devlin, H.B. "Audit and quality of clinical care". *Ann Roy Coll Surg of England (suplement)* 72:314. 1990.
- 41.- McGuirre, C. "The curriculum for the year 2000" *Medical Education*. 23:221-227. 1989
- 42.- Vidal CV. "El desarrollo de recursos humanos en las Américas". *Educ Med Salud* 18 (1): 9-33. 1984
- 43.- Vidal CV. "El desarrollo de recursos humanos y el plan de acción". *Educ Med Salud* 18 (1): 9-33. 1984

44.- Franco, S. "Orientación Biosocial de la Educación y salud en la sociedad"
Educ Med salud 24(2). 103-114, 1990

FALTA PAGINA

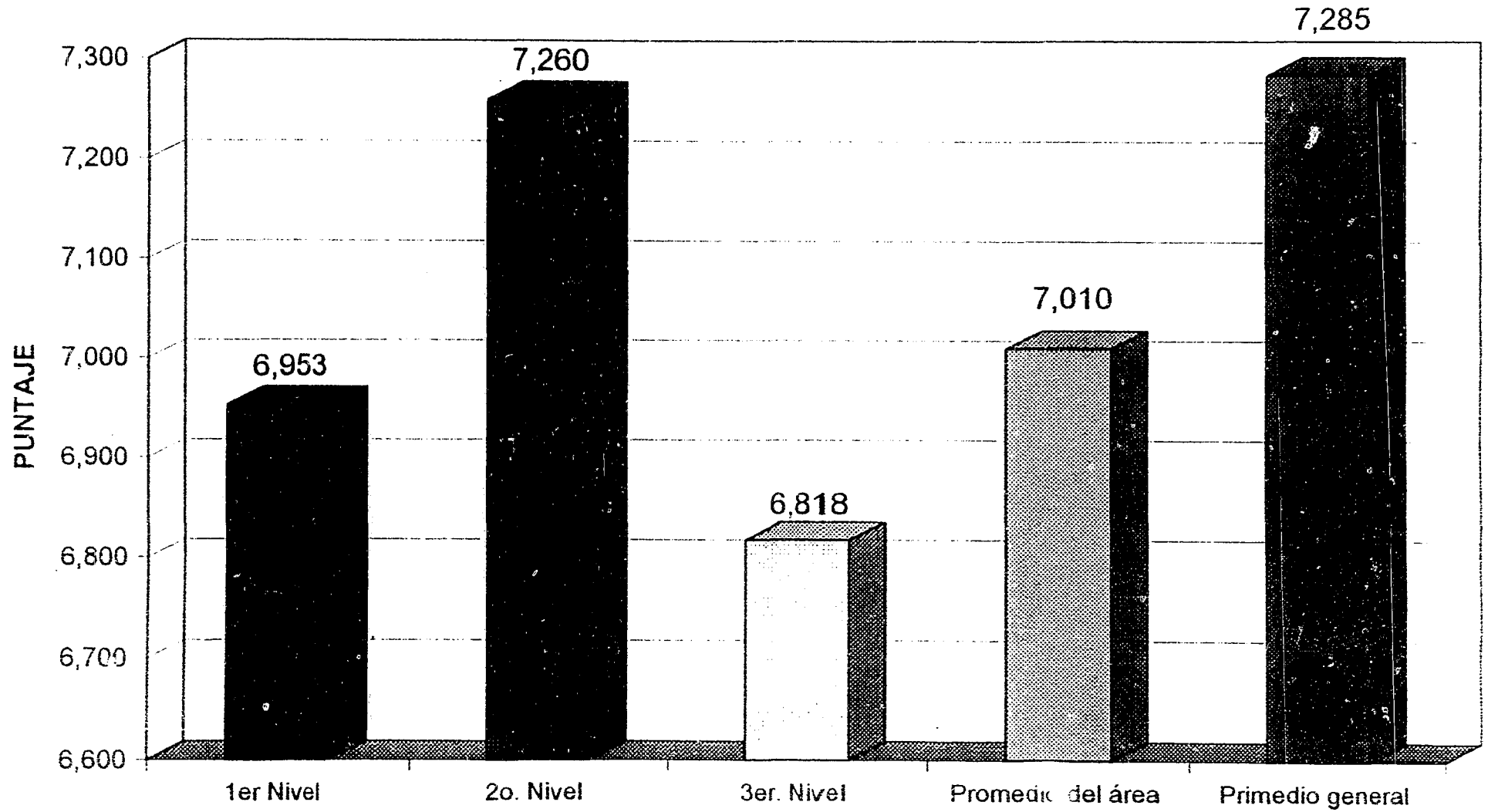
No. 50

FUNCIONES PROFESIONALES EGRESADOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA



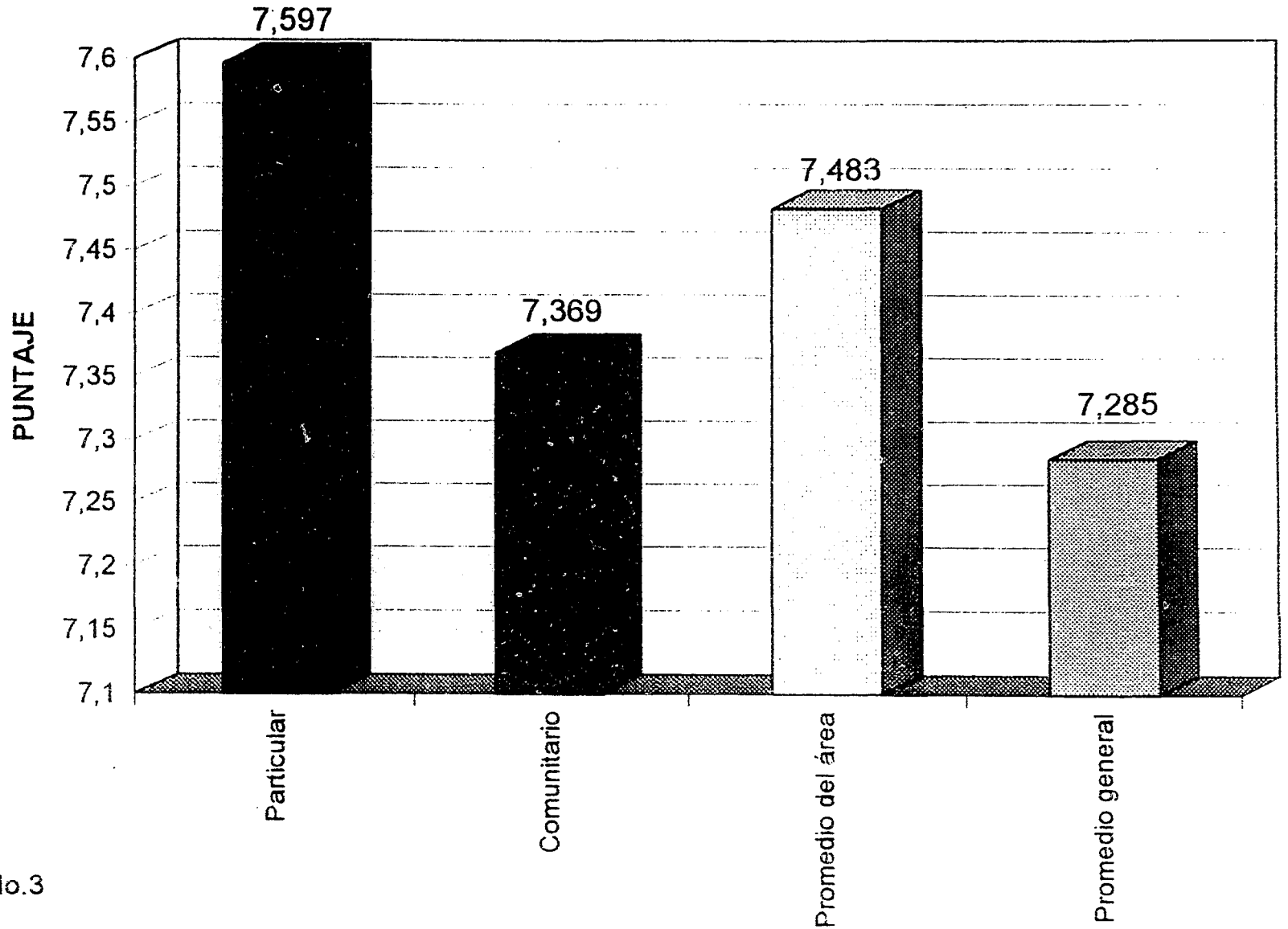
Gráfica No.1

NIVELES DE PREVENCIÓN EGRESADOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

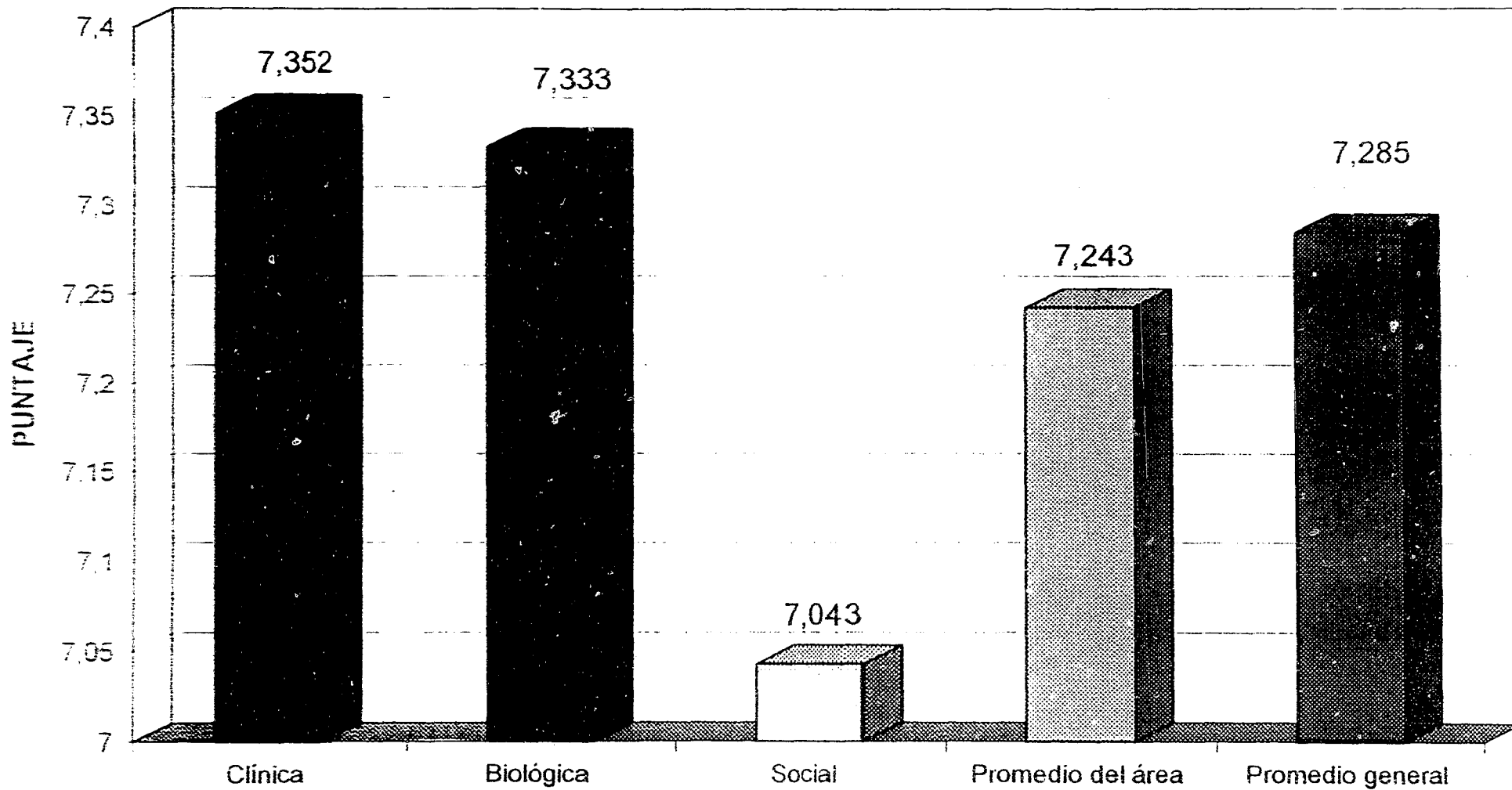


Gráfica No.2

FUNCIONES PROFESIONALES EGRESADOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

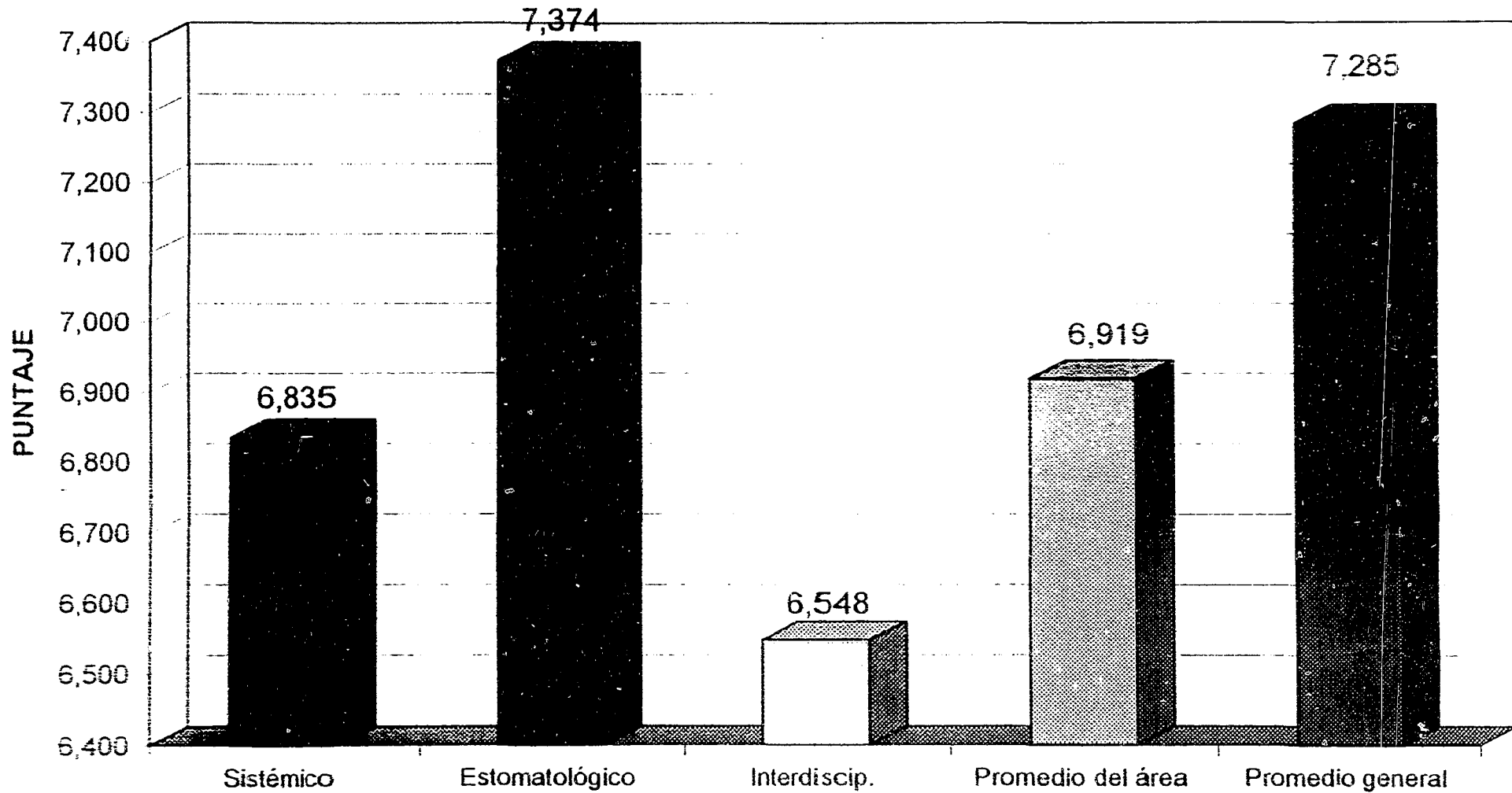


AREAS DEL CONOCIMIENTO EGRESADOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA



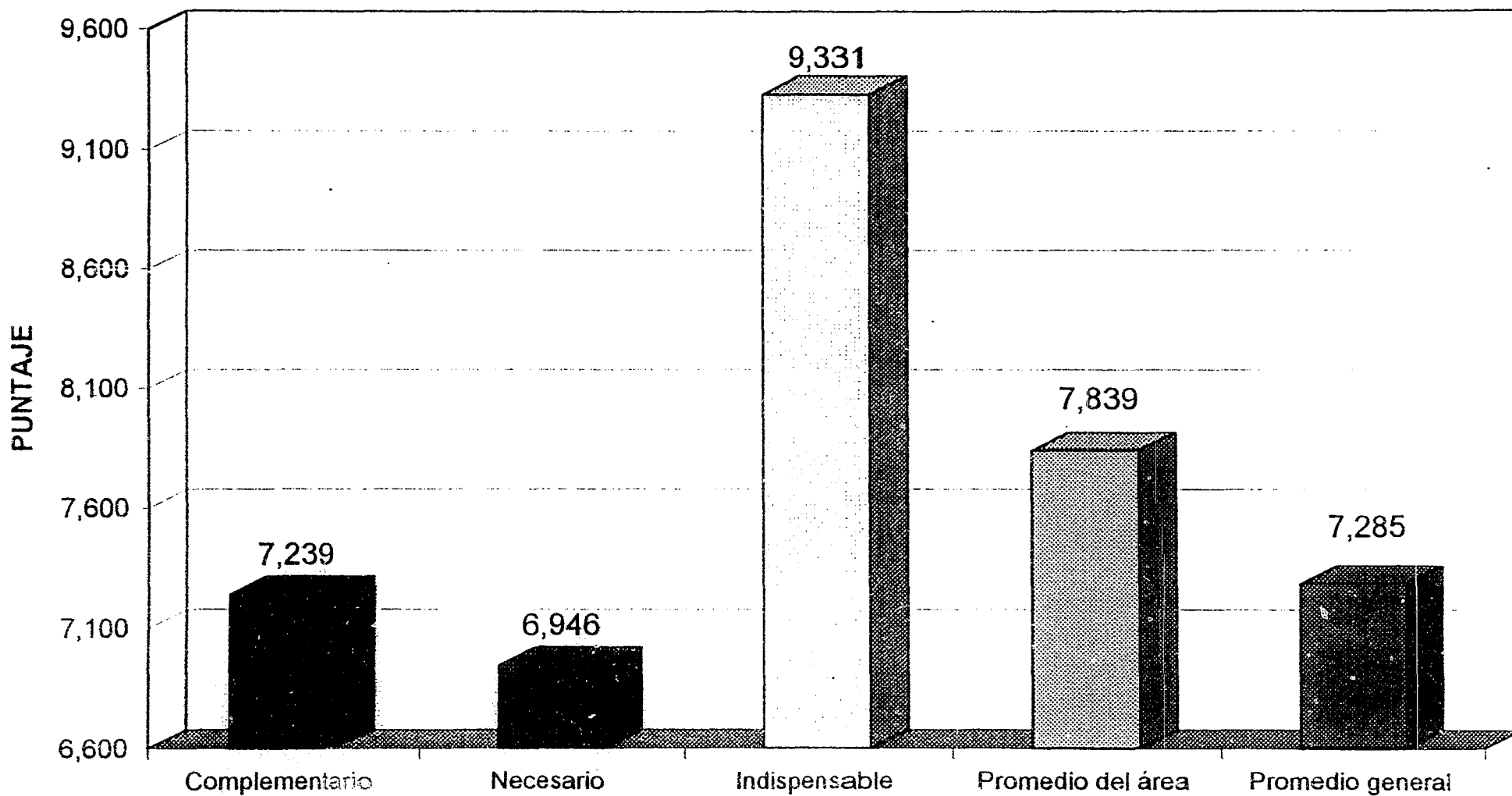
Gráfica No. 4

NIVELES DE APLICACION EGRESADOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA



Gráfica No.6

PROFUNDIDAD DEL CONOCIMIENTO EGRESADOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA



Gráfica No.7

ANEXO 2

**EVALUACION DE LA CALIDAD DEL APRENDIZAJE
EN LA FORMACION DE CIRUJANOS DENTISTA
DENTRO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
U.N.A.M.**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA, U.N.A.M.

**EVALUACION DE LA CALIDAD ACADEMICA EN LA
FORMACION DE CIRUJANOS DENTISTAS**

Instrucciones: En los siguientes reactivos solo una opción es la correcta, coloque en el paréntesis la letra elegida.

La Facultad de Odontología, UNAM, como institución formadora de recursos humanos, establece como política general a la investigación como el eje integrador de la docencia y el servicio; por tal motivo en el año de 1986, se realizó un estudio de morbilidad bucodental en niños y adultos de tres zonas de diferente desarrollo socioeconómico, donde se estableció a la zona "A" como nivel socioeconómico alto, la zona "B" como medio y la zona "C" como bajo.

Los índices epidemiológicos bucodentales utilizados fueron para caries e higiene oral.

A continuación se presentan las tablas de la información en adultos, donde se relacionan los diferentes índices epidemiológicos con las variables socioeconómicas.

TABLA REPRESENTATIVA ENTRE EL INDICE C.P.O.D. Y LA OCUPACION.

ENEP ACATLAN 1986.

OCUPACION	CPOD			C P O D
	C	P	O	
Profesionistas	2.2	12.2	1.3	15.7
Empresarios	5.6	9.1	0.6	15.3
Comerciantes	3.9	14.1	0.9	18.9
Técnicos	4.0	7.0	1.5	12.5
Obreros	5.1	11.6	0.9	17.6
Subempleados	3.5	9.9	0.3	13.7
Otros	3.0	8.0	1.0	12.0

TABLA REPRESENTATIVA ENTRE EL INDICE I.H.O.S. Y LA OCUPACION.

ENEP ACATLAN 1986.

OCUPACION	IHOS		I H O S
	Placa	Cálculo	
Profesionistas	1.0	0.4	1.4
Empresarios	0.4	0.8	0.8
Comerciantes	1.8	1.0	2.8
Técnicos	1.1	0.5	1.6
Obreros	2.0	1.0	3.0
Subempleados	3.0	2.0	5.0
Otros	2.0	1.0	3.0

1. () Para la presentación de los datos cuantitativos obtenidos en la investigación se utilizó el método:
 - A) Administrativo.
 - B) Estadístico.
 - C) Epidemiológico.
 - D) Clínico.
 - E) Experimental.
2. () En la investigación epidemiológica realizada se determinó la:
 - A) Incidencia.
 - B) Prevalencia.
 - C) Natalidad.
 - D) Mortalidad.
 - E) Infectividad.
3. () El índice epidemiológico que se utilizó para conocer el fenómeno de caries dental en la población adulta fue:
 - A) M.O.
 - B) C.P.O.D.
 - C) C.E.O.
 - D) I.H.O.S.
 - E) I.P.
4. () El índice epidemiológico que se utilizó para conocer el estado de higiene oral de la población fue:
 - A) M.O.
 - B) C.E.O.
 - C) I.H.O.S.
 - D) I.P.
 - E) I.P.M.A.
5. () El índice epidemiológico donde se obtiene el promedio de cálculo dental es:
 - A) C.P.O.D.
 - B) C.E.O.
 - C) I.H.O.S.
 - D) I.P.
 - E) M.O.
6. () El índice epidemiológico que permite conocer la enfermedad parodontal en la población adulta es:
 - A) M.O.
 - B) I.P.M.A.
 - C) I.H.O.S.
 - D) C.P.O.D.
 - E) I.P.
7. () El código número 0 que se utiliza en el índice IHOS corresponde a:
 - A) Libre de placa.
 - B) Hasta 1/3 de placa.
 - C) Hasta 2/3 de placa.
 - D) Hasta 3/3 de placa.
 - E) Placa de raíz.

8. () El código número 1 que se utiliza en el índice CPOD corresponde a diente:
- A) Perdido.
 - B) Sano.
 - C) Obturado.
 - D) Fracturado.
 - E) Cariado
9. () El código número 5 que se utiliza en el índice CPOD corresponde a diente:
- A) Perdido.
 - B) Sano.
 - C) Obturado.
 - D) Fracturado.
 - E) Cariado.
10. () Una variable independiente que se utilizó en este estudio de morbilidad bucodental fue:
- A) Ocupación.
 - B) Edad.
 - C) Sexo.
 - D) Ingreso.
 - E) Religión.
11. () En el estudio epidemiológico realizado, el nivel ocupacional que presenta la mayor prevalencia de caries es:
- A) Profesionistas.
 - B) Empresarios.
 - C) Comerciantes.
 - D) Técnicos.
 - E) Obreros
12. () En el estudio realizado, el nivel ocupacional que presenta el índice de higiene oral más deficiente es:
- A) Obreros.
 - B) Empresarios.
 - C) Técnicos.
 - D) Comerciantes.
 - E) Subempleados.
13. () Las actividades que se deben tomar en cuenta antes de la elaboración de un programa educativo preventivo en la comunidad son las siguientes "excepto":
- A) Evaluación socio-económica.
 - B) Diagnóstico epidemiológico.
 - C) Diagnóstico bio-patológico.
 - D) Clasificación de la comunidad.
 - E) Priorización de la comunidad.
14. () Los siguientes son criterios que se deben considerar para priorizar las necesidades en un programa de salud "excepto":
- A) Magnitud.
 - B) Regionalización.
 - C) Trascendencia.
 - D) Factibilidad.
 - E) Vulnerabilidad.

15. () En la población estudiada, las acciones de los programas preventivos de periodontopatías están orientadas a:
- A) Eliminar manchas intrínsecas.
 - B) Evitar la síntesis de colágena
 - C) Impedir la presencia de lactobacilos.
 - D) Controlar la placa dentobacteriana.
 - E) Realizar aplicaciones de fluor.
16. () Una medida preventiva a nivel comunitario, para reducir la incidencia de caries en la población estudiada es:
- A) Autoaplicaciones de fluor.
 - B) Colocación tópica de antibióticos.
 - C) Uso del hilo dental.
 - D) Aplicación de selladores.
 - E) Obturación de lesiones cariosas.
17. () El objetivo principal de un programa de educación para la salud es:
- A) Realizar acciones curativas.
 - B) Realizar acciones rehabilitadoras.
 - C) Realizar investigación epidemiológica.
 - D) Lograr un cambio de conducta en las personas.
 - E) Hacer levantamiento de índices epidemiológicos.
18. () Los factores predisponentes para caries en la población estudiada son los siguientes "excepto":
- A) Mala higiene.
 - B) Ingesta de carbohidratos.
 - C) Apañamientos dentales.
 - D) Macrodoncia generalizada.
 - E) Maloclusiones orales.
19. () Las acciones del primer nivel de prevención para caries dental son las siguientes "excepto":
- A) Pláticas educativas.
 - B) Colocación de coronas.
 - C) Uso de hilo dental.
 - D) Aplicaciones de fluor.
 - E) Colocación de selladores.
20. () El tratamiento oportuno de la caries dental en la comunidad estudiada puede evitar la presencia de secuelas sistémicas como:
- A) Diabetes.
 - B) Hepatitis.
 - C) Cardiopatías
 - D) Parasitosis.
 - E) Anemias.
21. () De acuerdo a las características socioeconómicas de la población, usted implanta un modelo de servicio odontológico alternativo, cuya prioridad es realizar:
- A) Diagnóstico.
 - B) Prevención.
 - C) Curación.
 - D) Rehabilitación.
 - E) Limitación de daño.

22. () Las características del modelo de servicio alternativo que desarrolla con la población estudiada son las siguientes "excepto":
- A) Realizar técnicas simplificadas.
 - B) Incrementar la calidad.
 - C) Aumentar la cobertura.
 - D) Disminuir los costos.
 - E) Usar tecnología avanzada.
23. () Una función del asistente en el programa de atención odontológica es:
- A) Aplicar la técnica a 4 manos.
 - B) Elaborar la historia clínica.
 - C) Realizar el diagnóstico.
 - D) Tomar biopsias orales.
 - E) Realizar las obturaciones dentales.
24. () Las siguientes son características que la administración de un modelo de servicio debe tener "excepto":
- A) Universalidad.
 - B) Flexibilidad.
 - C) Eficacia.
 - D) Eficiencia.
 - E) Ilegibilidad.
25. () La fase del proceso administrativo que investiga las necesidades, señala prioridades y fija objetivos es:
- A) Organización.
 - B) Evaluación.
 - C) Control.
 - D) Planeación.
 - E) Integración.
26. () En el proceso administrativo, a la sistematización de actividades tendientes a lograr un objetivo específico se denomina:
- A) Planificación.
 - B) Organización.
 - C) Programación.
 - D) Control.
 - E) Evaluación.
27. () El diagnóstico de morbilidad bucodental que se realizó pertenece a la etapa del proceso administrativo de:
- A) Organización.
 - B) Integración.
 - C) Planificación.
 - D) Control.
 - E) Evaluación.

28. () El proceso de supervisión de las acciones que se ejecutan en un modelo de servicio odontológico pertenece a la etapa administrativa denominada:
- A) Planeación.
 - B) Información.
 - C) Organización.
 - D) Dirección.
 - E) Integración.
29. () El sistema de atención odontológica que nos permite desarrollar de una manera simultanea un programa curativo, preventivo y educativo es:
- A) Incremental.
 - B) Selectivo.
 - C) Evaluativo.
 - D) Sumario.
 - E) Totalizador.
30. () El estudio de morbilidad bucodental se realizó en el nivel de atención:
- A) Primaria.
 - B) Secundaria.
 - C) Terciaria.
 - D) Integral.
 - E) Preventiva.

CASO CLINICO I

Paciente masculino de 20 años de edad, de ocupación taxista, originario y residente del Estado de México, que acude a consulta dental por presentar dolor intenso del lado izquierdo de la mandíbula, en la zona del tercer molar, de aproximadamente 48 horas de evolución.

Al interrogatorio refiere ser muy nervioso, debido a su ocupación sus hábitos dietéticos son deficientes en calidad, y presenta tabaquismo y alcoholismo ocasional, no menciona algún otro antecedente de importancia.

A la exploración física presenta:

T.A:130/95 MM/hG Pulso:80/min. Frec. Resp. 24/min.

Temp:36.5°C Talla:1.70 m. Peso:76 Kg.

Al examen intraoral presenta mala higiene oral, halitosis y aumento de volumen en la mucosa masticatoria correspondiente a la zona retromolar inferior izquierda de aproximadamente 2.5 cm. de diámetro, de color rojizo, consistencia fluctuante, doloroso a la palpación y con salida de exudado purulento, además presenta caries de primer grado en los dientes 24, 25, 33, 34 y ausencia de los dientes 16, 17, 26, 27.

Al examen radiográfico se observa el tercer molar inferior izquierdo impactado, con su cara oclusal en contacto con la raíz del segundo molar, la raíz del tercer molar se encuentra dirigida hacia distal, no existiendo hueso encima de la corona.

31. () De acuerdo al caso clínico anterior el diagnóstico es:
A) Gingivitis.
B) Periodontitis.
C) Pericoronitis.
D) Osteitis.
E) Periodontitis.
32. () En la elaboración del plan de tratamiento inicial, la conducta a seguir con este paciente es:
A) Drenar y administrar antibiótico.
B) Realizar operatoria de los dientes con caries.
C) Realizar la cirugía inmediatamente.
D) Colocación de prótesis en los dientes ausentes.
E) Interconsulta con el médico.
33. () Las siguientes son condiciones clínicas y radiográficas preliminares para realizar la extracción del diente retenido "excepto":
A) Historia clínica y valoración general.
B) Evaluar el estado de cooperación del paciente.
C) Indicar estudios de laboratorio.
D) Tomar modelos de estudio.
E) Evaluar radiográficamente el diente.
34. () Los exámenes de laboratorio necesarios para realizar el tratamiento quirúrgico son:
A) Química sanguínea y general de orina.
B) Exudado faríngeo y factor reumatoide.
C) Perfil de lípidos y transaminasas.
D) General de orina y antiestreptolisinas.
E) Biometría hemática y pruebas hemorrágicas.
35. () Para el manejo de la ansiedad en este paciente usted le indica:
A) Fenobarbital.
B) Penicilina.
C) Escopolamina.
D) Benzodiacepina.
E) Reserpina.
36. () Para el control del dolor de este paciente, usted indica:
A) Hidroxicina.
B) Salicilato.
C) Metronidazol.
D) Hidralacina.
E) Mefenamico.
37. () De acuerdo a los datos radiográficos, la retención que tiene el tercer molar según la clasificación de Winter es:
A) Vertical.
B) Bucoangular.
C) Horizontal.
D) Mesioangular.
E) Invertida.

38. () El instrumental necesario para el tratamiento quirúrgico de este paciente es el siguiente "excepto":
- A) Bisturí.
 - B) Legra.
 - C) Elevadores.
 - D) Forceps.
 - E) Jeringa.
39. () El nervio que se bloquea para realizar la extracción del tercer molar afectado es:
- A) Dentoalveolar posterior.
 - B) Nasopalatino.
 - C) Mentoniano.
 - D) Infraorbitario.
 - E) Dentario inferior.
40. () El tiempo quirúrgico inicial para realizar la extracción es:
- A) Anestesia.
 - B) Colgajo.
 - C) Incisión.
 - D) Asepsia.
 - E) Osteotomía.
41. () El tipo de incisión para realizar la cirugía del tercer molar es:
- A) Newman.
 - B) Wassmund.
 - C) Partsch.
 - D) Angular.
 - E) Cuña posterior.
42. () La técnica quirúrgica para la extracción del tercer molar es:
- A) Osteotomía vertical profunda, odontosección del cuello anatómico del diente y uso del elevador.
 - B) Osteotomía vertical parcial, odontosección del cuello anatómico del diente y uso del elevador.
 - C) Osteotomía vertical larga y eliminación del hueso por detrás de la cara oclusal.
 - D) Osteotomía horizontal profunda, odontosección del cuello anatómico del diente y uso de forceps.
 - E) Osteotomía horizontal larga, odontosección del cuello anatómico y uso de forceps.
43. () En este paciente se pueden presentar los siguientes accidentes al realizar la cirugía del 3er. molar, "excepto":
- A) Desgarro de la mucosa gingival.
 - B) Fractura de la tuberosidad.
 - C) Luxación del diente 37.
 - D) Fractura mandibular.
 - E) Hemorragia inmediata.

44. () Los siguientes son cuidados postoperatorios para el paciente "excepto":
- A) No utilizar enjuagatorios.
 - B) Colocar compresas calientes.
 - C) Higiene bucal escrupolosa.
 - D) Evitar alimentos irritantes.
 - E) Indicación de analgésicos.
45. () Una vez realizada la cirugía, el tipo de dieta indicada para este paciente es:
- A) Hiposódica.
 - B) Hipocalórica.
 - C) Hiperproteica.
 - D) Blanda.
 - E) Normal.
46. () A las 48 horas después de realizada la cirugía, el paciente se presenta con dolor intenso en la zona de la extracción, así como halitosis y dehiscencia de los puntos de sutura por lo que su diagnóstico es:
- A) Osteítis alveolar aguda.
 - B) Neuralgia traumática.
 - C) Osteomielitis focal.
 - D) Parestesis regional.
 - E) Absceso paradontal.
47. () De acuerdo al diagnóstico del incisivo anterior su conducta a seguir es:
- A) Secar y aplicar torundas con formocresol.
 - B) Indicar colutorios y aplicar hidróxido de calcio.
 - C) Colocar compresas frías y suturar.
 - D) Drenar y taponar con cemento quirúrgico.
 - E) Lavar y producir sangrado.
48. () Después del tratamiento que usted eligió en el incisivo anterior el paciente debe citarse en un lapso de:
- A) 6 a 12 horas.
 - B) 48 a 72 horas.
 - C) 4 a 5 días.
 - D) 6 a 8 días.
 - E) 10 a 12 días.
49. () Al acudir a su cita el paciente usted realiza:
- A) Control radiográfico.
 - B) Cambio de apósito.
 - C) Indicar colutorios.
 - D) Iniciar saneamiento básico.
 - E) Retirar restos alimenticios.

CASO CLINICO II

Acude a la Clínica Milpa Alta, paciente masculino de 20 años de edad.

El motivo de la consulta es "fractura" de amalgamas, las cuales fueron realizadas hace aproximadamente un mes, por odontólogo particular.

En relación a los antecedentes personales patológicos, no refiere algún dato de importancia.

A la exploración física se observa paciente bien orientado en espacio y tiempo, con un peso de 70 Kg., talla 1.68 m. F.C. 72/min. T.A.: 120/80 mm/Hg. F.R. 20/min. Temp.: 36.5°C.

Al examen intraoral, se observa una regular higiene oral, oclusión clase I de Angle, así como la presencia de cavidades clase I para amalgamas superficiales desobturadas a nivel de dientes 44 y 45.

50. () De acuerdo al caso clínico anterior para la resistencia y forma de retención de una cavidad clase I, la profundidad mínima en milímetros es:

- A) 2.0.
- B) 3.0.
- C) 5.0.
- D) 1.0.
- E) 2.0.

51. () El primer paso para realizar la preparación de cavidades es:

- A) Establecer su forma.
- B) Elegir el lugar de acceso.
- C) Eliminar caries.
- D) Establecer forma de retención.
- E) Limpiar la cavidad.

52. () Al realizar el aislamiento absoluto del cuadrante afectado, el tipo de grapa Ivory indicada en este caso es:

- A) 14.
- B) 14 A.
- C) W 8.
- D) 8.
- E) 211.

53. () Las siguientes son ventajas del aislamiento absoluto "excepto":

- A) Proveer un medio aséptico.
- B) Proteger los tejidos blandos.
- C) Proveer de un campo operatorio seco.
- D) Prevenir la ingestión de cuerpos extraños.
- E) Dificultar el manejo del paciente.

54. () Al preparar una cavidad, la angulación que debe tener el ángulo cabo superficial para evitar dejar esmalte sin soporte dentinario es:

- A) 70°.
- B) 80°.
- C) 85°.
- D) 90°.
- E) 95°.

55. () En una cavidad clase I, la dimensión máxima en sentido buco-lingual considerando el espacio intercuspeado es:
- A) 1/4.
 - B) 1/8.
 - C) 1/2.
 - D) 2/3.
 - E) 2/5.
56. () Las amalgamas de fase dispersa tienen la ventaja de:
- A) Evitar la oxidación.
 - B) Fraguar más rápido.
 - C) Ser cariostáticas.
 - D) Evitar la expansión.
 - E) Fraguar más lento.
57. () El porcentaje de mercurio que debe tener una amalgama para obtener su fuerza máxima es:
- A) 20%.
 - B) 40%.
 - C) 50%.
 - D) 60%.
 - E) 70%.
58. () El objeto de pulir las amalgamas es:
- A) Evitar la corrosión.
 - B) Evitar la expansión.
 - C) Aumentar la resistencia.
 - D) Aumentar la dureza.
 - E) Disminuir la fuerza.

CASO CLINICO III

Paciente masculino de 50 años de edad ocupación albañil que se presenta a consulta dental, por presentar movilidad y dolor en los dientes incisivos tanto superiores como inferiores. Además ha notado que recientemente le aparecieron unas placas blanquecinas en la boca.

Al interrogatorio, el paciente refiere que la movilidad dental la presentó desde hace 3 meses aproximadamente y ha ido aumentando paulatinamente, también refiere sequedad de la boca, sed muy importante (insaciable), aumento de apetito, urgencia urinaria casi todo el día y también durante la noche y sensación de debilidad.

En los antecedentes personales no patológicos refiere higiene personal deficiente, dieta rica en carbohidratos y grasas, hábito de tabaquismo desde hace 30 años y de alcoholismo con embriaguez cada 8 días; en sus antecedentes personales patológicos refiere pérdida de peso desde hace 4 años (más de 20 kilos); ruidos (chasquidos a la apertura de la articulación temporomandibular, desde hace 2 años, en que se cayó de un andamio, recibiendo un golpe en la mandíbula.

En la exploración física: T.A. 140/85 mm Hg. Temp.: 36.7°C., Peso 60 Kg., Estatura 1.55 m., Pulso 80 min. Resp.: 22 min.

A la exploración intraoral se observa en mucosa vestibular y palatina placas blanquecinas, que se desprenden con facilidad, dejando una superficie enrojecida.

Los dientes en general muestran restos alimenticios que al ser removidos muestran tartaro dentario supra e infragingival, y además los dientes incisivos (11, 21, 31, 41) presentan movilidad de 2° grado. Caries en dientes 36, 46, 15, 17.

Las encías están inflamadas y sangran con facilidad a la exploración encontramos chasquido de apertura del lado derecho de la ATM.

Los datos de laboratorio son:

Hemoglobina 13 g.%, Hematócrito 41%, Plaquetas 326 000 Glucosa 270 mgs. x dl. (100 ml.) Urea 30 mg. x 100 ml.

59. () Los síntomas de polidipsia, polituría y polifagia que presenta este paciente son patognomónicos de:

- A) Diabetes mellitus.
- B) Nefritis.
- C) Deshidratación aguda.
- D) Diabetes insípida.
- E) Neurosis obsesiva.

60. () La hiperglucemia y la glucosuria son datos de laboratorio de:

- A) Síndrome de Addison.
- B) Síndrome de Cushing.
- C) Diabetes Mellitus.
- D) Insuficiencia hepática.
- E) Síndrome nefrótico.

61. () Uno de los factores predisponentes a la patología oral de este paciente es:

- A) Hábito tabáquico.
- B) Hábito alcohólico.
- C) Dieta rica en grasas.
- D) Diabetes Mellitus.
- E) Hipercolesterolemia.

62. () Antes de iniciar la atención odontológica en este paciente, le informa que debe acudir a consulta con un médico:

- A) Cardiólogo.
- B) Psiquiatra
- C) Gastroenterólogo.
- D) Urólogo.
- E) General.

63. () Dentro del interrogatorio y exploración bucal, se menciona halitosis, la cual puede ser ocasionada principalmente en este paciente por los siguientes factores, "excepto":

- A) Higiene oral deficiente.
- B) Padecimiento sistémico.
- C) Dieta rica en grasas.
- D) Padecimiento parodontal.
- E) Alcoholismo frecuente.

64. () Con los datos de placas blancas que se desprenden con facilidad dejando una superficie enrojecida usted diagnosticaría:
- A) Leucoplasia.
 - B) Líquen plano.
 - C) Leucoedema.
 - D) Candidiasis.
 - E) Queratosis friccional.
65. () En relación al diagnóstico del incisivo anterior, usted infiere que se presentó por una deficiencia de inmunoglobulina:
- A) A.
 - B) E.
 - C) G.
 - D) M.
 - E) H.
66. () El fármaco indicado para este paciente es:
- A) Ampicilina.
 - B) Nistatina.
 - C) Dicloxacilina.
 - D) Tetraciclina.
 - E) Eritromicina.
67. () Los factores etiológicos de la periodontitis son los siguientes, "excepto":
- A) Placa dentobacteriana.
 - B) Cálculo dental.
 - C) Impartición alimentaria.
 - D) Obturaciones con márgenes irritantes.
 - E) Caries múltiples.
68. () En la enfermedad periodontal, la pérdida ósea ocurre con mayor frecuencia en el grupo etareo de:
- A) Preescolares.
 - B) Escolares.
 - C) Adolescentes.
 - D) Adultos jóvenes.
 - E) Mayores de 45 años.
69. () Clínicamente en la bolsa paradontal temprana, usted identifica lo siguiente, "excepto":
- A) Presencia de sarro.
 - B) Hiperemia de encía.
 - C) Hemorragias espontáneas.
 - D) Halitosis.
 - E) Movilidad dentaria.
70. () En la periodontitis crónica avanzada la característica más importante es:
- A) Caries múltiples.
 - B) Hiperplasia gingival.
 - C) Abscesos periapicales.
 - D) Movilidad dentaria.
 - E) Displasias dentales.

71. () El tratamiento indicado para los dientes incisivos con movilidad es:
- A) Ferulización.
 - B) Endodoncia.
 - C) Exodoncia.
 - D) Desgaste selectivo.
 - E) Profilaxis.
72. () En el plan de tratamiento para este paciente usted incluiría las siguientes actividades:
- A) Colocación de prótesis.
 - B) Raspado y curetaje.
 - C) Fisioterapia en A.T.M.
 - D) Saneamiento básico.
 - E) Ajuste oclusal.
73. () Las complicaciones que pueden presentarse en un paciente diabético son las siguientes, "excepto":
- A) Retardo en la cicatrización.
 - B) Shock insulínico.
 - C) Coma diabético.
 - D) Fractura dental.
 - E) Susceptibilidad a infecciones.
74. () El consumo de alcohol en este paciente se puede atribuir en gran medida a:
- A) Factores desconocidos.
 - B) Aspectos bioquímicos.
 - C) Factores socioculturales.
 - D) Altos niveles de escolaridad.
 - E) El dolor de los dientes.
75. () Una tarea inmediata que señala la psicología social para controlar al paciente y lograr su rehabilitación es:
- A) Aumentar su ingreso familiar.
 - B) Evitar la pérdida de su empleo.
 - C) Censurar castigo cada 8 días.
 - D) Modificar los hábitos tabaquico y alcoholico.
 - E) Evitar consumo de alimentos sólidos por 4 meses.

CASO CLINICO IV

Paciente masculino de 10 años de edad que es llevado para su atención odontológica. Al interrogatorio, la madre refiere que el niño presenta severo retardo mental.

En sus antecedentes personales no patológicos nos indica que el niño ha recibido todas sus inmunizaciones, su alimentación es deficiente en calidad y cantidad.

A la exploración física se encuentra con estatura menor a la de la edad cronológica, el cabello escaso y frágil, mal aseado, indiferente, temeroso y presenta edema en extremidades inferiores.

T.A.: 110/70 mm Hg. F.R. 20 min., Pulso: 90 min., Talla: 1.00 m.
Al efectuar la exploración bucal, se observó macroglosia, saliva escasa y viscosa, retrognatismo mandibular, caries de 2° y 3° grado en los dientes 53, 55, 63, 64, 65 y retardo en la erupción dental, así como gingivitis crónica generalizada.

76. () Basándose en la anamnesis usted remitiría al paciente con un diagnóstico presuncional de:
- A) Hipertiroidismo.
 - B) Hiperparatiroidismo.
 - C) Hipoparatiroidismo.
 - D) Hipotiroidismo.
 - E) Neoplasia tiroidea.
77. () Tomando en cuenta la cronología de la erupción, los incisivos centrales maxilares erupcionados entre los años:
- A) 5 y 6.
 - B) 7 y 8.
 - C) 9 y 10.
 - D) 11 y 12.
 - E) 13 y 14.
78. () Ya que presenta retardo en la erupción el tratamiento odontológico de elección sería a través de extracciones:
- A) Múltiples.
 - B) Únicas.
 - C) Seriadas.
 - D) Indicadas.
 - E) Parciales.
79. () Según los datos obtenidos en la historia clínica la dieta indicada para su paciente sería de tipo:
- A) Yodada.
 - B) Hiposódica.
 - C) Blanda.
 - D) Proteínica.
 - E) Líquida.
80. () Suponiendo que el análisis cefalométrico nos da un ángulo "SNB" usted diagnosticaría un:
- A) Prognatismo maxilar.
 - B) Prognatismo mandibular.
 - C) Retrognatismo maxilar.
 - D) Retrognatismo mandibular.
 - E) Macrognatia mandibular.
81. () El plano horizontal de Frankfort está formado por los puntos craneales:
- A) Nasion y pogonion.
 - B) Espina nasal anterior y posterior.
 - C) Gnathion y gonion.
 - D) Nasion y punto "A".
 - E) Porion y orbital.
82. () Los siguientes planos son utilizados en el análisis cefalométrico, "excepto":
- A) Camper.
 - B) Palatino.
 - C) Mandibular.
 - D) Oclusal.
 - E) Frankfort.
83. () El punto llamado silla turca (s) a partir del 7° año de vida es considerado como centro de:
- A) Osificación tardía.
 - B) Crecimiento fijo.
 - C) Crecimiento móvil.
 - D) Osificación único.
 - E) Osificación endocondral.

84. () La conducta odontológica indicada para este paciente es:
- A) Iniciar el tratamiento odontológico.
 - B) Remitirlo con el cardiólogo.
 - C) Premedicarlo con sedantes.
 - D) Iniciar el tratamiento ortodóntico.
 - E) Tratarlo con anestesia general.
85. () La caries de segundo grado que presenta el paciente esta afectando:
- A) Esmalte y pulpa.
 - B) Esmalte y dentina.
 - C) Dentina y cemento.
 - D) Raíz y pulpa.
 - E) Dentina y pulpa.

CASO CLINICO V

Paciente masculino de 18 años de edad, que acude a consulta dental, por presentar dolor intenso en región mandibular izquierda, al interrogatorio refiere que hace dos semanas se le realizó la extracción del segundo molar inferior izquierdo, y que posteriormente presentó dolor intenso y tumefacción en este sitio, además refiere malestar general y linfadenopatía cervical. En los antecedentes heredofamiliares reporta madre diabética controlada, en los antecedentes personales patológicos menciona apendicectomía hace un año.

A la exploración física presenta:

T.A. 120/80 mm/Hg. Temp. 38.5°C. Frec. Resp. 25/min.
Pulso 80/min. Peso: 58 Kg. Talla: 1.6.2 m.

En la exploración intraoral presenta gingivitis crónica generalizada, palidez de mucosa oral y caries en dientes 26, 14, 12 y 11, en región mandibular izquierda presenta exudado purulento en el cuello del diente 36 y en la zona correspondiente al diente 37 y movilidad. Radiográficamente presenta alteraciones líticas difusas con trabeculado óseo borroneado.

86. () Con base en los datos proporcionados su diagnóstico es:
- A) Absceso periapical crónico.
 - B) Granuloma periférico de células gigantes.
 - C) Osteomielitis supurativa aguda.
 - D) Ameloblastoma mandibular.
 - E) Displasia cementaria periapical.
87. () Con base en su diagnóstico del incisivo anterior, usted determina que la alteración es producida por:
- A) Estreptococo mutans.
 - B) Estafilococo aureus.
 - C) Cándida albicans.
 - D) Borrelia vincent.
 - E) Actinomyces bovis.

88. () La región que con mayor frecuencia esta afectada por este padecimiento es:
A) Tuaberosidad del maxilar.
B) Senos paranasales.
C) Mandíbula.
D) Paladar duro.
E) Infratemporal.
89. () Los auxiliares de diagnóstico utiles para este padecimiento son los siguientes "excepto":
A) Biometría Hemática.
B) Radiografías.
C) Cultivo.
D) General de orina.
E) Biopsia.
90. () El tratamiento indicado para este padecimiento es:
A) Drenado y antibióticos.
B) Fisioterapia y curetaje profundo.
C) Inmunoterapia y analgésicos.
D) Radioterapia y curetaje profundo.
E) Colocación de apósito y exodoncia.
91. () El tratamiento del dolor para este padecimiento consiste en la administración de:
A) Dipirona.
B) Fenilbutazona.
C) Prednisona.
D) Reserpina.
E) Indometacina.
92. () Las siguientes son complicaciones que puede presentar este padecimiento, "excepto":
A) Celulitis.
B) Fractura.
C) Parestesia.
D) Hemorragia.
E) Periostitis.
93. () El tratamiento de la gingivitis crónica generalizada consiste en:
A) Profilaxis.
B) Gingivectomía.
C) Gingivoplastía.
D) Colgajo.
E) Frenilectomía.
94. () Cuando en la enfermedad parodontal existe presencia de bolsas parodontales el diagnóstico es:
A) Hiperplasia.
B) Periodontitis.
C) Gingivitis.
D) Celulitis.
E) Periodontitis

95. () El diagnóstico de enfermedad parodontal se realiza a través de:
- A) Parodontograma y radiografías.
 - B) Biopsia y transiluminación.
 - C) Citología y cultivo.
 - D) Antibiograma y percusión.
 - E) Palpación y biopsia.
96. () En la periodontosis existe resorción ósea:
- A) Vertical y horizontal.
 - B) Inclínada y transversal.
 - C) Multifocal y angular.
 - D) Angular y total.
 - E) Parcial y transversal.
97. () El tratamiento de este paciente consiste en lo siguiente "excepto":
- A) Operatoria dental.
 - B) Cirugía.
 - C) Control de placa.
 - D) Prótesis.
 - E) Ortodoncia.
98. () Para el tratamiento de la movilidad dencaria esta indicado realizar:
- A) Exodoncia.
 - B) Marsupialización.
 - C) Eucleación.
 - D) Fragmentación.
 - E) Ferulización.
99. () Este paciente tendra revisiones dentale:
- A) Cada 2 meses
 - B) Cada 4 meses
 - C) Cada 6 meses
 - D) Mensual
 - E) Cada año
- 100 () Al acudir a su cita el paciente, ud. realizara:
- A) Control de placa dentobacteriana.
 - B) Retira restos alimenticios
 - C) Saneamiento basico
 - D) Control radiográfico
 - E) Control nutricional

FACULTAD DE ODONTOLOGIA - UNAM
EVALUACION DE LA CALIDAD ACADEMICA EN LA
FORMACION DE CIRUJANOS DENTISTAS

Instrucciones: Lea cuidadosamente los siguientes casos clínicos y conteste en el paréntesis correspondiente a cada reactivo la letra elegida, solo una opción es la correcta.

CASO CLINICO I.

Al estar realizando el estudio de morbilidad bucodental por la clínica Padierna, en 1986 en la zona "C", un niño de ocho años de edad cae repentinamente en estado de inconsciencia, golpeándose con una silla en la boca; inmediatamente después, inicia movimientos involuntarios generalizados. Uno de los alumnos que levanta éste estudio se dirige a la madre y al interrogarla refiere que estos cuadros se presentan con frecuencia y además informa que el niño se encuentra triste, que con frecuencia se deprime y llora abundantemente y es muy asustadizo, constantemente se aísla de sus amigos por la burlas de que es objeto. Es inseguro para realizar actividades escolares, y en consecuencia tiene un bajo rendimiento.

El paciente es producto del tercer embarazo con control médico en tres ocasiones; parto atendido en medio hospitalario, presentándose hipoxia neonatal por aproximadamente 3 minutos, debido a circular del cordón umbilical. Desde los 5 años de edad inicia con cuadros característicos en donde el niño gritaba e inmediatamente después perdía el estado de vigilia, quedando con una rigidez generalizada seguida de movimientos tónico clónicos, aumento de salivación, relajación del esfínter vesical, y en ocasiones, mordedura de lengua. Después de éste cuadro, el niño quedaba flácido e inconsciente durante un tiempo variable, posteriormente se quedaba dormido. Por esta causa fué sobreprotegido por la familia, provocando alteraciones en el proceso de socialización. El médico que lo atendió le administro medicamentos con los que fué controlado durante dos años, el tratamiento le fué suspendido por la madre ya que las convulsiones cesaron.

Inmediatamente después de éste interrogatorio y una vez que el paciente recuperó el estado de vigilia, se dieron indicaciones a la madre de acudir a la clínica odontológica más cercana. Sin embargo, debido a la negligencia de ésta, el paciente fué presentado a atención odontológica 72 horas después; presentando aumento de volumen de aproximadamente 0.5 cm³ en el labio superior y coloración violácea en el mismo, con dolor a la masticación y a los cambios térmicos debido a fractura en los dientes 11, 12 y 21.

En los antecedentes patológicos encontramos que el niño padeció sarampión a los 2 años, y varicela a los 4 años. Cuadros frecuentes de diarrea desde hace un año aproximadamente, somnolencia, astenia, adinamia y anorexia frecuentes.

A la exploración física presenta un peso de 26 Kg, talla 1.25 m., T.A. 110/65 F.C. 85/min. y temperatura de 36.5° C. El paciente aparenta una edad igual a la cronológica, bien conformado y aparentemente íntegro, poco cooperativo y ansioso, palidez de piel y mucosas. Presenta numerosas cicatrices por traumatismo anteriores en frente, nariz y labio inferior. Hematoma en el lado derecho del frontal. Ruidos cardiacos normales. Abdomen prominente.

Al examen intraoral se encuentra en el labio superior una herida de 3 mm. de longitud por 2 mm. de profundidad. En la mucosa masticatoria, la encía marginal y papilar se encuentra aumentada de volumen de manera generalizada, abarcando el tercio cervical de la corona de todos los dientes, a la palpación es fibrosa y la encía papilar sangra con facilidad. En el diente 55 solo se encuentran restos radiculares, en el diente 12, fractura con pérdida de la estructura dentaria abarcando esmalte y dentina, con una herida pulpar de 2 mm. de diámetro aproximadamente, hay dolor a los cambios térmicos y a la succión. En el diente 11 se encuentra fractura que abarca esmalte y dentina, existe herida pulpar de 1 mm de diámetro; a las pruebas de vitalidad pulpar no responde, a la percusión vertical es doloroso y a la palpación es doloroso con movilidad de primer grado. En el diente 21 hay

fractura de esmalte y amplia pérdida de dentina, a las pruebas de vitalidad pulpar responde con menor intensidad de estímulo que el diente testigo.

A la percusión es asintomático y no existe movilidad dentaria; al frío y al calor hay dolor que cede inmediatamente después de retirar el estímulo. El diente 22 presenta fractura de esmalte en el ángulo mesio-incisal, a las pruebas de vitalidad pulpar responde normalmente, a la percusión es asintomático. En los dientes 16, 26, 75, 85 y 65 existe caries de primero y segundo grado.

Radiográficamente se observa en el diente 16 una zona radiolúcida abarcando únicamente esmalte. En el diente 55, una zona radiolúcida a nivel periapical de 4 mm de diámetro, reabsorción de un tercio de la raíz, observándose el germen dentario del diente 15, corona y la mitad de la raíz en formación. En el diente 12, se observa pérdida de la estructura dentaria abarcando esmalte y dentina con comunicación pulpar desarrollo radicular de las dos terceras partes únicamente. El diente 11, presenta pérdida de la estructura dentaria abarcando esmalte y dentina, con comunicación pulpar, ligamento periodontal ensanchado y formación radicular completa. En el diente 21, se observa pérdida de la estructura dentaria que abarca esmalte sin comunicación pulpar y el diente 22 presenta pérdida de esmalte a nivel incisal.

101. () De acuerdo al caso clínico anterior el diagnóstico sistémico es:

- A) Enfermedad de Parkinson.
- B) Crisis convulsivas tipo gran mal.
- C) Atrofia de los núcleos basales.
- D) Crisis parcial somatomotriz.
- E) Corea de Sydenham.

102. () El factor etiológico de la enfermedad del paciente es:
- A) La falta de atención materna.
 - B) Ser producto del tercer embarazo.
 - C) Un control inadecuado del embarazo.
 - D) Una alimentación deficiente.
 - E) La hipoxia neonatal prolongada.
103. () Dadas las características del paciente, el tratamiento al que se le sometió fue a base de:
- A) Clorpromacina.
 - B) Clorodiacepóxido.
 - C) Difenhidantoinato.
 - D) Prednisona.
 - E) Fenobarbital.
104. () Los siguientes son datos que se refieren en la historia clínica con los que se realiza un diagnóstico de parasitosis tipo ascaris lumbricoides, "excepto":
- A) Rubicundez.
 - B) Eosinofilia.
 - C) Anorexia.
 - D) Sonmolencia.
 - E) Diarrea.
105. () La mordedura de lengua que refieren durante las crisis corresponde a:
- A) Una estimulación cortical.
 - B) La fase clónica.
 - C) Una descarga del VII par.
 - D) La fase de ausencia.
 - E) Una obnubilación.
106. () El comportamiento caracterizado por exceso de afecto, protección y mimo en el niño, a largo plazo provoca un aumento de:
- A) Afecto.
 - B) Ansiedad.
 - C) Rechazo.
 - D) Desprecio.
 - E) Dominación.

102. () El factor etiológico de la enfermedad del paciente es:
- A) La falta de atención materna.
 - B) Ser producto del tercer embarazo.
 - C) Un control inadecuado del embarazo.
 - D) Una alimentación deficiente.
 - E) La hipoxia neonatal prolongada.
103. () Dadas las características del paciente, el tratamiento al que se le sometió fue a base de:
- A) Clorpromacina.
 - B) Clorodiacepóxido.
 - C) Difenilhidantoinato.
 - D) Prednisona.
 - E) Fenobarbital.
104. () Los siguientes son datos que se refieren en la historia clínica con los que se realiza un diagnóstico de parasitosis tipo ascaris lumbricoides, "excepto":
- A) Rubicundez.
 - B) Eosinofilia.
 - C) Anorexia.
 - D) Sonmolencia.
 - E) Diarrea.
105. () La mordedura de lengua que refieren durante las crisis corresponde a:
- A) Una estimulación cortical.
 - B) La fase clónica.
 - C) Una descarga del VII par.
 - D) La fase de ausencia.
 - E) Una obnubilación.
106. () El comportamiento caracterizado por exceso de afecto, protección y mimo en el niño, a largo plazo provoca un aumento de:
- A) Afecto.
 - B) Ansiedad.
 - C) Rechazo.
 - D) Desprecio.
 - E) Dominación.

107. () El tipo de comportamiento caracterizado por carencia de estimación propia y sentimientos de incapacidad es:
- A) Protección.
 - B) Identidad.
 - C) Imaginación.
 - D) Exageración.
 - E) Rechazo.
108. () El extremo comportamiento de la familia que interfiere en el proceso de desarrollo del niño se conoce como:
- A) Protección excesiva.
 - B) Dominación excesiva.
 - C) Identidad excesiva.
 - D) Soborno psicológico.
 - E) Soborno odontológico.
109. () Las respuestas primitivas que se desarrollan parqa proteger al individuo contra daños y la destrucción propia son:
- A) Rechazo o introversión.
 - B) Identidad e imitación.
 - C) Experiencia y aprendizaje.
 - D) Miedo e ira.
 - E) Temores y emoción
110. () Las variables que influyen en el bajo rendimiento escolar del paciente son:
- A) Confianza y desconfianza.
 - B) Inseguridad y sobreprotección.
 - C) Tristeza y melancolía.
 - D) Alabanzas y recompensa.
 - E) Llanto y soborno.
111. () El área de la psicología a la que debe ser remitido el paciente, de acuerdo a su comportamiento es:
- A) Clínica.
 - B) Educativa.
 - C) Experimental.
 - D) Social.
 - E) Industrial.

107. () El tipo de comportamiento caracterizado por carencia de estimación propia y sentimientos de incapacidad es:
- A) Protección.
 - B) Identidad.
 - C) Imaginación.
 - D) Exageración.
 - E) Rechazo.
108. () El extremo comportamiento de la familia que interfiere en el proceso de desarrollo del niño se conoce como:
- A) Protección excesiva.
 - B) Dominación excesiva.
 - C) Identidad excesiva.
 - D) Soborno psicológico.
 - E) Soborno odontológico.
109. () Las respuestas primitivas que se desarrollan parqa proteger al individuo contra daños y la destrucción propia son;
- A) Rechazo o introversión.
 - B) Identidad e imitación.
 - C) Experiencia y aprendizaje.
 - D) Miedo e ira.
 - E) Temores y emoción
110. () Las variables que influyen en el bajo rendimiento escolar del paciente son:
- A) Confianza y desconfianza.
 - B) Inseguridad y sobreprotección.
 - C) Tristeza y melancolía.
 - D) Alabanzas y recompensa.
 - E) Llanto y soborno.
111. () El área de la psicología a la que debe ser remitido el paciente, de acuerdo a su comportamiento es:
- A) Clínica.
 - B) Educativa.
 - C) Experimental.
 - D) Social.
 - E) Industrial.

112. () La actividad más importante a realizar en este paciente es:
- A) Indicar estudios de laboratorio.
 - B) Iniciar su tratamiento dental.
 - C) Interconsultar con su médico general.
 - D) Administrar analgésicos.
 - E) Administrar antibióticos.
113. () Con base en la exploración intraoral, el diagnóstico de la lesión en la mucosa del labio inferior es:
- A) Laceración.
 - B) Abrasión.
 - C) Concusión.
 - D) Contusión.
 - E) Conminución.
114. () El tratamiento indicado para este tipo de lesión es:
- A) Drenado y antiinflamatorios.
 - B) Lavar y colocar pomada antibiótica.
 - C) Suturar y lavar con solución fisiológica.
 - D) Drenado y analgésicos.
 - E) Lavar la herida dos veces al día.
115. () Con base en la exploración intraoral, el diagnóstico del diente 12 es:
- A) Fractura incompleta (infracción).
 - B) Fractura no complicada de la corona y raíz.
 - C) Fractura no complicada de la corona.
 - D) Fractura complicada de la corona.
 - E) Fractura no complicada de la corona raíz.
116. () El tratamiento dental indicado para el diente 12 es:
- A) Apicogénesis.
 - B) Apicoformación.
 - C) Pulpectomía.
 - D) Pulpotomía.
 - E) Recubrimiento directo.

117. () Con base en la exploración intraoral, el diagnóstico de los tejidos duros y de la pulpa del diente 11, según Ellis es de clase:
- A) II.
 - B) III.
 - C) IV.
 - D) V.
 - E) VI.
118. () El tratamiento indicado para el diente 11 es:
- A) Recubrimiento directo.
 - B) Pulpotomía con Hidróxido de Calcio.
 - C) Pulpectomía e inmovilización.
 - D) Pulpotomía con Formocresol.
 - E) Apicoformación e Inmovilización.
119. () De acuerdo a los datos clínicos y radiográficos la lesión de los tejidos de sostén del diente 11 es:
- A) Subluxación.
 - B) Concusión.
 - C) Exarticulación.
 - D) Luxación intrusiva.
 - E) Luxación extrusiva.
120. () Con base en la exploración intraoral el diagnóstico del diente 22 de acuerdo a Ellis es clase:
- A) I.
 - B) II.
 - C) III.
 - D) IV.
 - E) V.
121. () El tratamiento indicado para el diente 22 es:
- A) Recubrimiento indirecto.
 - B) Recubrimiento directo.
 - C) Suavizar Bordes ásperos.
 - D) Colocación de fluoruro estanoso.
 - E) Colocación de fluoruro de zinc.

117. () Con base en la exploración intraoral, el diagnóstico de los tejidos duros y de la pulpa del diente 11, según Ellis es de clase:
- A) II.
 - B) III.
 - C) IV.
 - D) V.
 - E) VI.
118. () El tratamiento indicado para el diente 11 es:
- A) Recubrimiento directo.
 - B) Pulpotomía con Hidróxido de Calcio.
 - C) Pulpectomía e inmovilización.
 - D) Pulpotomía con Formocresol.
 - E) Apicoformación e Inmovilización.
119. () De acuerdo a los datos clínicos y radiográficos la lesión de los tejidos de sostén del diente 11 es:
- A) Subluxación.
 - B) Concusión.
 - C) Exarticulación.
 - D) Luxación intrusiva.
 - E) Luxación extrusiva.
120. () Con base en la exploración intraoral el diagnóstico del diente 22 de acuerdo a Ellis es clase:
- A) I.
 - B) II.
 - C) III.
 - D) IV.
 - E) V.
121. () El tratamiento indicado para el diente 22 es:
- A) Recubrimiento indirecto.
 - B) Recubrimiento directo.
 - C) Suavizar Bordes ásperos.
 - D) Colocación de fluoruro estanoso.
 - E) Colocación de fluoruro de zinc.

122. () Para el tratamiento clínico integral del paciente se realizarán los siguientes tratamientos "excepto":

- A) Operatoria dental.
- B) Exodoncia.
- C) Mantenedor de espacio.
- D) Profilaxis.
- E) Detartraje.

CASO CLINICO II

Se presenta en la consulta odontológica para su revisión periódica una niña de 5 años de edad. Al interrogatorio la madre refiere que hace 6 días presentó fiebre entre 37.5° C. y 38° C, fatiga, cansancio, falta de apetito y náuseas; éste cuadro cedió hace dos días espontáneamente, persistiendo el ataque al estado general hasta la fecha. Además menciona que la orina es más oscura que la normal.

En los antecedentes personales patológicos reporta que desde los cuatro meses padeció cuadros gripales de repetición; a los seis meses exantema súbito; parotiditis a los 2 años y medio con pancreatitis secundaria. A los tres años, fecha en la que se divorciaron los padres, inicia el hábito de succión digital, el cual persiste hasta la fecha. Desde los 2 años ha presentado enuresis, que la madre ha tratado de corregir con castigos, regaños y gritos. Desde hace dos años presenta conductas tales como gritos, pataleo y manotero, berrinches, lanza objetos, agrede a sus compañeros, por lo que la maestra la ha reportado a la dirección de la escuela, lo que trae como consecuencia requerir a la madre frecuentemente y comunicarle que la niña es distraída y que en ocasiones deprime, comentando que su padre no la quiere, se niega a realizar sus tareas escolares.

Como antecedente heredofamiliar se encontró que es hija de padre neotóxico, en tratamiento actualmente, con antecedentes de crisis nerviosas y madre histérica.

La paciente vive en buenas condiciones de higiene y ventilación, con alimentación adecuada en cantidad y calidad. Inmunizaciones completas. Baño diario con cambio de ropa. Buena higiene oral. La madre trabaja como ejecutiva en una empresa privada, por lo que

se encuentra fuera de la casa la mayor parte del tiempo, por lo que la niña es cuidada por una nana durante las tardes.

A la exploración física se encuentra una temperatura axilar de 37°C, peso y talla normales. Edad aparente igual a la cronológica, íntegra y bien conformada, poco cooperativa y poco comunicativa, dedo pulgar de mano derecha con callosidad en la cara dorsal a nivel de articulación interfalángica.

A la exploración intraoral se observa el paladar blando ligera coloración amarillenta; un ligero aumento de volumen a nivel de encía con una coloración azulosa por detrás del diente 85 sin sintomatología. Presenta arco tipo I (Dr. Baume), plano terminal recto y restauraciones con amalgama en dientes 74 y 55. Resto de órganos dentarios sanos.

Radiográficamente se observan tres cuartas partes de raíz formadas en los cuatro primeros molares permanentes y los centrales inferiores con ápice inmaduro.

123. () Con los datos que se reportan en la historia clínica se realiza un probable diagnóstico de:

- A) Gastroenteritis infecciosa.
- B) Síndrome diarreico.
- C) Hepatitis infecciosa.
- D) Pancreatitis infecciosa.
- E) Gastritis medicamentosa.

124. () Al presentar la orina más oscura que lo normal, la paciente esta cursando con:

- A) Melena.
- B) Coluria.
- C) Hipocolia.
- D) Urobilinuria.
- E) Acolia.

125. () Un signo característico de este padecimiento es:

- A) El ardor epigástrico.
- B) Las evacuaciones líquidas.
- C) El meteorismo.
- D) El tenesmo.
- E) La ictericia.

126. () Esta manifestación clínica se debe a una:
- A) Hiperacidez gástrica.
 - B) Hipermotilidad intestinal.
 - C) Hipersecreción enzimática.
 - D) Hiperbilirrubinemia.
 - E) Hipertonicidad intestinal.
127. () La hepatitis infecciosa que puede ser transmitida por un mal manejo odontológico es la tipo:
- A) B.
 - B) Ni A, Ni B.
 - C) Fulminante.
 - D) A.
 - E) Tóxica.
128. () Para realizar un diagnóstico definitivo, uno de los exámenes de laboratorio indicado es:
- A) Biometría hemática.
 - B) Examen general de orina.
 - C) Cultivo de heces.
 - D) Coproparasitoscópico en serie.
 - E) Endoscopia gástrica.
129. () La conducta adecuada del odontólogo frente a un paciente con este padecimiento debe ser:
- A) Utilizar material desechable y técnicas de aislamiento.
 - B) Administrar líquidos y electrolitos en abundancia.
 - C) Indicar antidiarreicos y antibioticoterapia.
 - D) Evitar el tratamiento odontológico para prevenir septicemias.
 - E) Disminuir la cantidad de medicamentos que está tomando.
130. () El arco tipo I (Dr. Baumé) que presenta este padecimiento, se caracteriza por la presencia de:
- A) Planos terminales.
 - B) Espacios de deriva.
 - C) Espaciamiento secundario.
 - D) Diastemas fisiológicos.
 - E) Espacios de primate.

131. () Al erupcionar los primeros molares permanentes de este paciente, se va a presentar el:
- A) Espaciamiento secundario.
 - B) Incremento de la distancia intercanina.
 - C) Desplazamiento mesial temprano.
 - D) Cierre del espacio libre de Nance.
 - E) Incremento de la sobremordida vertical.
132. () El diagnóstico gingival de la zona retromolar es:
- A) Fisuras de Stilman.
 - B) Perlas de Epstein.
 - C) Manchas de Koplick.
 - D) Quiste de la erupción.
 - E) Traumatismos por cepillado.
133. () El tratamiento indicado para el tejido gingival de la zona retromolar es:
- A) Realizar una marsupialización.
 - B) Técnica de cepillado adecuada.
 - C) Mantenerlo en observación.
 - D) Extirpación por medios quirúrgicos.
 - E) Antibioticoterapia por 7 días.
134. () Las características clínicas orales que presenta la paciente por el hábito de succión digital son:
- A) Prognatismo mandibular y retrognatismo maxilar.
 - B) Protrusión maxilar y retrusión mandibular.
 - C) Apañamiento dentario superior y diastemas inferiores.
 - D) Sobremordida horizontal negativa.
 - E) Biprotrusión de los procesos dentoalveolares.
135. () La aparatología que se emplea para interceptar la maloclusión es:
- A) Recordatorio y arco labial activo.
 - B) Trampa fija.
 - C) Criba palatina y placa Hawley.
 - D) Pantalla oral y Lip-Bumper.
 - E) Arco lingual con loops.

- 136 () El primer contacto del niño con la autoridad son los:
- A) Maestro.
 - B) Amigos
 - C) Tíos
 - D) Padres
 - E) Abuelos
- 137 () Para que el paciente comprenda y supere sus temores, es de suma importancia el:
- A) Manejo odontológico.
 - B) Temor objetivo.
 - C) Apoyo escolar
 - D) Temor subjetivo.
 - E) Apoyo familiar.
- 138 () Las relaciones entre padres e hijos se cuentan entre las principales:
- A) Actitudes negativas.
 - B) Variedades emocionales.
 - C) Relaciones interpersonales
 - D) Comunicaciones verbales.
 - E) Objeciones dentales.
- 139 () Respecto a este caso se recomienda canalizar a la madre a
- A) Tratamiento médico.
 - B) Atención odontológica.
 - C) Retroalimentación positiva.
 - D) Psicoanálisis ortodoxo.
 - E) Terapia psicológica.
140. () Con base en las características del comportamiento de la paciente, el cirujano dentista debe realizar un
- A) Control de gráficas.
 - B) Chequeo dental.
 - C) Programa odontológico.
 - D) Tratamiento psicológico.
 - E) Programa de motivación.

CASO CLINICO III

Paciente femenino de 9 años de edad que se presenta a la clínica Nezahualcoyotl con dolor intenso, punzante y espontáneo en el diente 65, aumentando de intensidad al acostarse y que no cede a la administración de analgésicos. Refiere que aproximadamente un mes antes presentó en éste diente dolor provocado por cambios térmicos controlable con analgésicos. Además se queja de dolor en rodilla derecha y/o codo derecho que se acompaña de aumento de volumen y de coloración rojiza, el cual aparece y cede espontáneamente. Frecuentemente presenta astenia y adinamia, acompañada de disnea de grandes esfuerzos y al acostarse, por lo que respira por la boca.v

Al interrogatorio la abuela refiere que la paciente tuvo sarampión a los 4 años y varicela a los 7 años de edad. Amigdalitis de repetición desde los 3 años, alrededor de 5 cuadros al año. Ha presentado abscesos dentoalveolares crónicos en diversas zonas de la mucosa masticatoria y dolor esporádico en diversos dientes generalmente al comer dulces.

Vive en un cuarto con cocina, sin agua ni drenaje intradomiciliario, fecalismo al aire libre. Hacinamiento y promiscuidad. alimentación deficiente en cantidad y a base de carbohidratos. Baño personal cada ocho días. La madre se dedica al servicio doméstico.

A la exploración física encontramos:

- Presión arterial 113/67 mm de Hg.
- Frecuencia cardíaca 90 por min.
- Frecuencia respiratoria 25 por min.
- Temperatura 36.5°C.
- Peso 21 Kg.
- Talla 1.15 m.

Al ingresar al consultorio dental inicia con llanto y frote de manos continuo, acompañado de sudoración de éstas. Esta conducta obedece a que piensa que le tratamiento va a ser sumamente doloroso, ya que es la primera ocasión que se presenta a un consultorio dental y los comentarios que le han hecho son desfavorables. Sigue las indicaciones forzada por la abuela

materna, mediante amenazas, siendo por cooperativa. Aparenta una edad menor a la cronológica, piel pálida, marcha claudicante a expensas del miembro inferior derecho, extremidades adelgazadas, cara estrecha, escurrimiento nasal constante, boca abierta, respiración bucal y acento gutural.

A la auscultación de focos cardíacos, se encuentran soplos multifocales, torax estrecho con parrilla costal aparente, abdomen en batea y panículo adiposo disminuido.

A la palpación se localiza crecimiento de ganglios cervicales y submaxilares dolorosos. Rodilla derecha aumentada de volumen, con aumento de temperatura y coloración rojiza, dolorosa a la palpación y al movimiento.

A la exploración de cavidad oral se encuentra resequeidad de mucosas, halitosis, aumento de volumen a nivel de encía papilar y marginal con sangrado provocado, lesiones a nivel de encía adherida con exudado de tipo purulento, correspondientes a los dientes 55, 75 y 74. Presenta amígdalas palatinas aumentadas de volumen, hiperémicas y crípticas. Istmo de las fauces hiperémico. El diente 65 presenta amplia destrucción coronaria con caries de 3° grado, impactación de restos alimenticios, involucrando la porción subgingival de la corona. Presenta respuesta positiva a la percusión; a la aplicación de calor se exacerba el dolor y con la aplicación de frío cede.

El diente 55 presenta amplia destrucción coronaria con caries de 4° grado e impactación de restos alimenticios. Asintomático y con ligera movilidad dentaria.

En el diente 75 hay amplia destrucción coronaria con caries de 3° grado e impactación alimenticia. Asintomático.

El diente 74 también con amplia destrucción coronaria y asintomático.

Se le solicitaron a la paciente los siguientes auxiliares de diagnóstico:

- Biometría hemática:

Eritrocitos: 3 100,000 x mm³.

Hb : 10 g/%

Hto : 37%

Leucocitos : 9 500 x mm³.

- V.S.G.: 25 mm/hr.

- Cultivo de exudado faríngeo con desarrollo de Streptococo Beta hemolítico grupo "A".

Radiográficamente se observa en el diente 65 una zona radiolúcida en la corona que involucra cámara pulpar y reabsorción radicular de menos de un tercio. En el diente 55, amplia zona radiolúcida que abarca casi la totalidad de la corona e involucra cámara pulpar hasta el nivel de la trifurcación con rizoclasia de menos de un tercio. El diente 75 con amplia zona radiolúcida que afecta la corona en su cara distal comprometiendo la cámara pulpar hasta la bifurcación, empieza la reabsorción radicular. El diente 74 presenta amplia zona radiolúcida que compromete la cámara pulpar y zona radiolúcida difusa a nivel de la bifurcación, con más de dos terceras partes de rizoclasia. Diente 34 con más de de dos terceras partes con raíz formada.

141. () La actividad más importante a realizar en este paciente es:

- A) Indicar estudios de laboratorio.
- B) Indicar estudios de gabinete.
- C) Iniciar su tratamiento dental.
- D) Administrar antiinflamatorios.
- E) Interconsulta con su médico general.

142. () Por los antecedentes y la exploración física el diagnóstico sistémico es:

- A) Artritis reumatoide.
- B) Fiebre reumática.
- C) Lúpus eritematoso.
- D) Artritis degenerativa.
- E) Espondilítis anquilosante.

143. () Un antecedente personal patológico de importancia para su diagnóstico es:
- A) Varicela y sarampión.
 - B) La madre multípara.
 - C) La alimentación mal balanceada.
 - D) El desconector los antecedentes paternos.
 - E) La amigdalitis de repetición.
144. () A la exploración, un signo que le ayude a realizar su diagnóstico es:
- A) Soplos cardiacos.
 - B) Abdomen de batea.
 - C) Sudoración excesiva.
 - D) Respiración bucal.
 - E) Amígdalas hiperémicas.
145. () En este paciente un tratamiento dental inadecuado podría ocasionar:
- A) Endocarditis bacteriana.
 - B) Crisis hipertensivas.
 - C) Hipotensión por hemorragia.
 - D) Ostiomielitis secundaria.
 - E) Intoxicación medicamentosa.
146. () Con base en la talla, peso y aspecto de la paciente, se realiza el diagnóstico de desnutrición:
- A) De primer grado.
 - B) De segundo grado.
 - C) De tercer grado.
 - D) Tipo Kwashiorkor.
 - E) Por avitaminosis.
147. () El proceso que presenta la paciente en vías respiratorias puede provocar:
- A) Insuficiencia respiratoria obstructiva.
 - B) Edema crónico en cuerdas vocales.
 - C) Disminución en la agudeza olfativa.
 - D) Acumulación de pus en senos paranasales.
 - E) Atrofia del epitelio respiratorio.

148. () Con base en la biometría hemática se encuentra una:
- A) Leucopénia.
 - B) Basofilia.
 - C) Trombocitopenia.
 - D) Leucocitosis.
 - E) Neutrofilia.
149. () La anemia que presenta se debe a:
- A) Destrucción aumentada de eritrocitos.
 - B) Ingesta insuficiente de hierro.
 - C) Falta de estímulo a la médula ósea.
 - D) Falta de secreción de factor intrínseco.
 - E) Anormalidad de eritrocitos.
150. () La paciente presenta respiración bucal, cara estrecha, y acento gutural; con estos datos se realiza un diagnóstico presuncional de:
- A) Amigdalitis aguda.
 - B) Faringitis aguda.
 - C) Adenoiditis crónica.
 - D) Rinitis alérgica.
 - E) Mastoiditis crónica.
151. () La conducta adecuada que debe seguir el odontólogo para prevenir complicaciones en esta paciente es:
- A) Erradicar focos infecciosos.
 - B) Realizar el tratamiento de conductos.
 - C) Evitar la colocación de aparatología removible.
 - D) Erradicar la parodontopatía existente.
 - E) Utilizar anestésicos sin vasoconstrictor.
152. () La adquisición de la ansiedad ante situaciones donde no existe un verdadero peligro inminente para la paciente, se explica conductualmente a través de:
- A) Un estímulo condicionado.
 - B) Un condicionamiento operante.
 - C) Un estímulo incondicional.
 - D) Una respuesta condicionada.
 - E) Un condicionamiento clásico.

153. () Para disminuir la ansiedad y las cogniciones en la paciente, se debe utilizar la técnica de:
- A) Relajación local.
 - B) Manejo de contingencias.
 - C) Inoculación de stress.
 - D) Relajación científica.
 - E) Reestructuración cognitiva.
154. () De acuerdo a las características fisiológicas que muestra el paciente, podemos decir que se presenta el fenómeno denominado:
- A) Umbral del dolor.
 - B) Percepción de dolor.
 - C) Síndrome de activación.
 - D) Terapéutica de relajamiento.
 - E) Modificación de conducta.
155. () Podemos decir que la característica del pensamiento irracional que la paciente presenta es:
- A) Generalización excesiva.
 - B) Dependencia de opiniones ajenas.
 - C) Razonamiento dicotómico.
 - D) Pensamiento y sentimiento.
 - E) Imaginería racional.
156. () De acuerdo a la edad y las características de la paciente, lo indicado con respecto al familiar presente en el consultorio el odontólogo debe pedirle que:
- A) No hable.
 - B) Se siente.
 - C) La presione.
 - D) Se retire.
 - E) La consienta.
157. () Con base en la exploración intraoral, el diagnóstico del diente 65 es:
- A) Pulpitis hiperplásica.
 - B) Hiperemia pulpar.
 - C) Necrosis pulpar.
 - D) Pulpitis aguda.
 - E) Pulpitis incipiente.

158. () El tratamiento inmediato para el diente 65 es:
- A) Recubrimiento pulpar directo.
 - B) Pulpotomía.
 - C) Pulpectomía.
 - D) Apicogénesis.
 - E) Exodoncia.
159. () Para el tratamiento de la gingivitis usted realizaría:
- A) Control personal de placa.
 - B) Profilaxis y técnica de cepillado.
 - C) Detartraje y curetaje.
 - D) Colutorios y uso de hilo dental.
 - E) Gingivectomía y gingivoplastía.
160. () La resequedad de las mucosas en la paciente se debe a:
- A) La respiración bucal.
 - B) La hipertrófia de amígdalas.
 - C) El escurrimiento nasal.
 - D) La gingivitis existente.
 - E) La desnutrición presente.
161. () De acuerdo a los datos clínicos que presentan los dientes 55, 74 y 75 el diagnóstico es:
- A) Quiste periapical.
 - B) Periodontitis apical crónica.
 - C) Pulpitis abscedosa.
 - D) Pulpitis total aguda.
 - E) Abceso periapical crónico.
162. () Estando bajo control médico la paciente, el tratamiento inmediato indicado para los dientes 55 y 75 es:
- A) Drenado y pulpectomía.
 - B) Exodoncia y mantenedor de espacio.
 - C) Pulpotomía y corona de acero cromo.
 - D) Pulpectomía y amalgama.
 - E) Apicogénesis e incrustación.
163. () El tratamiento inmediato indicado para el diente 74 es:
- A) Pulpectomía.
 - B) Recubrimiento directo.
 - C) Apicoformación.
 - D) Exodoncia.
 - E) Pulpotomía.

164. () Las características bucales que se esperarían encontrar en la paciente por el problema respiratorio son:

A) Vestibularización de incisivos inferiores y bóveda palatina alta.

B) Lengua en piso de boca y segmento anterior superior colapsado.

C) Mordida abierta y protrusión de dientes anteriores superiores.

D) Hipoplasia de arco inferior y apiñamiento dental.

E) Labio superior hipotónico e hiperactividad del músculo borla de la barba.

CASO CLINICO IV

Paciente femenino de 15 años de edad, se presenta a la Clínica Milpa Alta, solicitando atención odontológica porque estéticamente está inconforme debido a que no puede cerrar normalmente su boca ni sellar sus labios sin que esto le requiera mayor esfuerzo como lo demuestran las arrugas que se marcan en el mentón.

Al interrogatorio la paciente no refiere antecedentes personales patológicos ni hereditarios de importancia para el tratamiento odontológico. Refiere haber presentado parotiditis a los cuatro años.

A la exploración física, se encontró:

- SNA - 82°
- SNB - 77°
- ANB - 5°
- \perp -NA- 26°
- \perp -NA- 6.5 mm
- 1-NB- 30°
- 1-NB- 7 mm
- 1- \perp - 122°
- SN-PO- 18.5°
- SN-PM- 38°

165. () El número de respiraciones por minuto que debe presentar esta paciente es:
- A) 12.
 - B) 22.
 - C) 25.
 - D) 28.
 - E) 30.
166. () Las cifras de tensión arterial normales en mm/hg a esta edad son:
- A) 90/60.
 - B) 110/ 70.
 - C) 130/90.
 - D) 140/90.
 - E) 170/100.
167. () El número normal de pulsaciones por minuto en esta paciente es:
- A) 40
 - B) 50
 - C) 60
 - D) 70
 - E) 90
168. () Las alteraciones de las funciones normales de la nariz que presenta esta paciente son las siguientes "excepto":
- A) Calentar el aire inspirado.
 - B) Aligerar el peso de los huesos en la cara.
 - C) Ser caja de resonancia de la voz.
 - D) Humidificar el aire inspirado.
 - E) Recibir los estímulos olfatorios.
169. () Con base en los valores obtenidos de los ángulos SNA, SNB y ANB el diagnóstico es:
- A) Retrognatismo mandibular.
 - B) Protrusión dentoalveolar inferior.
 - C) Prognatismo maxilar.
 - D) Retrusión dentoalveolar.
 - E) Paciente ortognático.
170. () Con base en los obtenidos de $\underline{1}$ -NA, 1-NB y de $\underline{1}$ a 1 el diagnóstico es:
- A) retrusión dentoalveolar maxilar.
 - B) Biprotusión mandibular.
 - C) Prognatismo dentoalveolar inferior.
 - D) Biprotusión dentoalveolar.
 - E) Retrognatismo maxilar.

171. () Utilizando el triangulo de Tweed, los planos que se utilizan para corroborar el diagnóstico son:
- A) SN con Incisivo Mandibular.
 - B) Camper con Incisivo Mandibular.
 - C) Franckfort con Mandibular.
 - D) NB con Plano Oclusal.
 - E) Eje y con Plano Facial.
172. () Según la clasificación del Dr. Jack Dale, el perfil esquelético que presenta el paciente es:
- A) Protrusivo mandibular.
 - B) Retrusivo maxilar.
 - C) Standard.
 - D) Hiperdivergente.
 - E) Hipodivergente.
173. () La hipertonicidad del músculo borla de la barba se debe a:
- A) Una secuela de la parotiditis.
 - B) La posición de los porcosos dentoalveolares.
 - C) El prognatismo mandibular.
 - D) El patrón esquelético facial.
 - E) La mordida abierta anterior.
174. () Los elementos que sirven para evaluar de manera objetiva la motivación de la paciente en el consultorio dental son:
- A) Defensividad y confianza.
 - B) Asistencia y puntualidad.
 - C) Tratamiento y seguimiento.
 - D) Placer y evitación.
 - E) Experiencia y persistencia.
175. () Para fortalecer la conducta de hábitos higiénicos del paciente se utiliza:
- A) Demostración gráfica.
 - B) Materiales recompensantes.
 - C) Actividades recompensantes.
 - D) Recompensas sociales.
 - E) Retroalimentación positiva.

176. () Para el conocimiento y modificación de las actitudes de la paciente, es necesario crear un ambiente de:

- A) Conducta, emoción y personalidad.
- B) Agresión, berinche y enojo.
- C) Depresión, alegría y coraje.
- D) Cordialidad, respeto y empatía.
- E) Motivación, dolor y ansiedad.

CASO CLINICO V

Paciente masculino de 15 años de edad, referido a la consulta odontológica, por su médico general por presentar hemorragias espontáneas en la encía.

Al interrogatorio el paciente refiere que desde hace seis meses sangra su encía al cepillarse, evolucionando a hemorragias espontáneas que ceden por sí mismas. Presenta antecedentes clínicos enviados por el médico en los cuales se encuentra el diagnóstico de insuficiencia renal crónica y gastritis medicamentosa. A los dos años presentó amigdalitis de repetición que se siguen presentando hasta la fecha, escarlatina a los tres años, glomerulonefritis a los seis años, presentando después edema de cara, poliuria y hematuria acompañada de fiebre no cuantificada, este cuadro cedió paulatinamente por lo que no recibió atención médica, sin embargo en fechas posteriores volvió a presentar hematuria y oliguria con duración variable que desapareció espontáneamente. Presenta hábito de tabaquismo desde los trece años, ocasionalmente ha fumado marihuana e inhalado solventes, incitando a los hermanos a lo mismo.

En el expediente se reporta un ambiente agresivo en general entre los padres e hijos, en la escuela lo describen como un joven con problemas de conducta siendo su asistencia irregular con bajas calificaciones, sin embargo el paciente refiere al odontólogo un ambiente familiar bueno, negando cualquier situación conflictiva.

A la exploración física se encontró:

- Peso 46.500 Kg.
- Talla 1.53 m
- Presión Arterial 140/90 mm/Hg.
- Pulso 72 por minuto.
- Frecuencia respiratoria 20 por minuto.
- Temperatura de 36.5°C.

Al examen físico el paciente presenta una edad aparentemente menor a la cronológica, poco cooperativo, agresivo, pálido que se rasca frecuentemente, adelgazado y edema palpebral, se aprecian equimosis en diferentes partes de los brazos y piernas.

Al examen intraoral, presenta en la mucosa alteraciones características de la insuficiencia renal crónica y lesiones cariosas:

Al examen intraoral, presenta en la mucosa alteraciones características de la insuficiencia renal crónica, lesiones cariosas de segundo grado en diferentes dientes y en el diente 46 restos radiculares sin sintomatología.

Radiográficamente, en el diente 46 se presenta una zona radiolúcida bien delineada de aproximadamente de 3 mm de diámetro en el ápice de las raíces.

177. () Con los datos que le refieren en los antecedentes personales patológicos, se deduce que la insuficiencia renal crónica es secundaria a:

- A) La amigdalitis.
- B) La escarlatina.
- C) La glomerulonefritis.
- D) El tabaquismo.
- E) La inhalación de solventes.

178. () El edema que se presenta en el paciente, tiene las siguientes características, "excepto":

- A) Es indoloro a la presión.
- B) Es de predominio vespertino.
- C) Su localización es palpebral.
- D) Es lentamente agresivo.
- E) A la presión es blando.

A la exploración física se encontró:

- Peso 46.500 Kg.
- Talla 1.53 m
- Presión Arterial 140/90 mm/Hg.
- Pulso 72 por minuto.
- Frecuencia respiratoria 20 por minuto.
- Temperatura de 36.5°C.

Al examen físico el paciente presenta una edad aparentemente menor a la cronológica, poco cooperativo, agresivo, pálido que se rasca frecuentemente, adelgazado y edema palpebral, se aprecian equimosis en diferentes partes de los brazos y piernas.

Al examen intraoral, presenta en la mucosa alteraciones características de la insuficiencia renal crónica y lesiones cariosas.

Al examen intraoral, presenta en la mucosa alteraciones características de la insuficiencia renal crónica, lesiones cariosas de segundo grado en diferentes dientes y en el diente 46 restos radiculares sin sintomatología.

Radiográficamente, en el diente 46 se presenta una zona radiolúcida bien delineada de aproximadamente de 3 mm de diámetro en el ápice de las raíces.

177. () Con los datos que le refieren en los antecedentes personales patológicos, se deduce que la insuficiencia renal crónica es secundaria a:

- A) La amigdalitis.
- B) La escarlatina.
- C) La glomerulonefritis.
- D) El tabaquismo.
- E) La inhalación de solventes.

178. () El edema que se presenta en el paciente, tiene las siguientes características, "excepto":

- A) Es indoloro a la presión.
- B) Es de predominio vespertino.
- C) Su localización es palpebral.
- D) Es lentamente agresivo.
- E) A la presión es blando.

179. () La mucosa oral presenta las siguientes características debido al padecimiento sistémico "excepto":
- A) Ardor.
 - B) Deshidratación.
 - C) Ulceras.
 - D) Hiperplasia.
 - E) Gingivorragias.
180. () Las hemorragias que presenta el paciente se deben a que existe una:
- A) Trombocitopenia.
 - B) Anemia.
 - C) Leucemia.
 - D) Neutropenia.
 - E) Eosinopenia.
181. () Por lo cual las células afectadas son:
- A) Los eritrocitos.
 - B) Los polimorfonucleares.
 - C) Los linfocitos.
 - D) Los eosinófilos.
 - E) Las plaquetas.
182. () Si usted considera que el paciente cursa con hipertensión secundaria, su conducta será:
- A) Disminuir el uso de epinefrínicos.
 - B) Indicar la mitad de dosis de los medicamentos.
 - C) Realizar su tratamiento sin medida especial.
 - D) Evitar el tratamiento odontológico.
 - E) Recomendar la ingestión de líquidos.
183. () Esta alteración se presenta cuando el riñón secreta en exceso:
- A) Renina.
 - B) Amoníaco.
 - C) Urea.
 - D) Eritropoyetina.
 - E) Sodio.

184. () El examen general de orina se encuentra:
- A) Bilirrubinuria.
 - B) Urobilinuria.
 - C) Cetonuria.
 - D) Proteínuria.
 - E) Hematuria.
185. () La manifestación clínica de la disminución en la secreción del factor eritropoyetico renal es:
- A) Albuminuria.
 - B) Oliguria.
 - C) Hemorragia.
 - D) Hipertensión.
 - E) Anemia.
186. () La complicación inmediata en este paciente, que interviene en el plan de tratamiento es:
- A) Infección.
 - B) Lipotimia.
 - C) Hemorragia.
 - D) Uremia.
 - E) Hipotensión.
187. () Si usted decide indicar un antimicrobiano al paciente, para evitar modificar la dosis de administración elegiría:
- A) Eritromicina.
 - B) Ampicilina.
 - C) Fenilbutazona.
 - D) Tetraciclina.
 - E) Gentamicina.
188. () Las siguientes son consideraciones esenciales que se deben tomar en cuenta para valorar los medicamentos que se le administraran a este paciente "excepto":
- A) Pueden ser tóxicos para la nefrona.
 - B) Son insuficientes en dosis menores.
 - C) Se alarga su vida media.
 - D) Se multiplican sus efectos.
 - E) Se eliminan más rápidamente.

189. () En este paciente, la disminución del volumen urinario en 24 horas es síntoma de:
- A) Disuria.
 - B) Oliguria.
 - C) Poliuria.
 - D) Polaquiuria.
 - E) Piauria.
190. () Al efectuar la prueba de tiempo de sangrado en este paciente, el valor obtenido es de 5 minutos; la conducta a seguir es:
- A) Indicar una transfusión sanguínea.
 - B) Aplicar dosis masivas de vitamina K.
 - C) Realizar el plan de tratamiento sin medidas especiales.
 - D) Evitar la administración de ácido acetil-salicílico.
 - E) Recomendar la aplicación de calor local húmedo.
191. () El enfoque que determina que existe una relación entre el ambiente, la conducta y el individuo que de alguna manera explica el comportamiento del paciente es:
- A) Cognoscitivo conductual.
 - B) Conducta psicodinámica.
 - C) Influencia recíproca.
 - D) Comportamiento orgánico.
 - E) Agresión biológica.
192. () Además del control en este caso, otro punto de contacto entre la odontología y la psicología clínica es:
- A) El estado emocional.
 - B) El alma humana.
 - C) La mente psicológica.
 - D) El miedo prolongado.
 - E) La disciplina científica.
193. () La técnica que se enfoca sobre los patrones de conducta y trata de cambiarlos en cooperación con el conyuge, la familia o el equipo de trabajo es:
- A) Psicoterapia social.
 - B) Terapéutica de relajamiento.
 - C) Biorretroalimentación.
 - D) Medicamentos psicotrópicos.
 - E) Reestructuración cognitiva.

194. () Se ha encontrado que es más difícil producir un cambio de conducta, si esta requiere que el individuo asuma un:
- A) Acto ofensivo.
 - B) Rol activo.
 - C) Comportamiento egocéntrico.
 - D) Cambio odontológico.
 - E) Objetivo psicológico.
195. () El enfoque psicológico que plantea que la personalidad construye intrincadas defensas para mantener ciertos instintos disfrazados y socialmente aceptables es:
- A) Cognoscitivo.
 - B) Fenomenológico.
 - C) Orgánico.
 - D) Psicodinámico.
 - E) Conductista.
196. () La actividad más importante a realizar en este paciente es:
- A) Administrar diuréticos.
 - B) Indicar estudios de laboratorio.
 - C) Iniciar el tratamiento dental.
 - D) Administrar antimicrobianos.
 - E) Interconsulta con su médico general.
197. () En este paciente un mal manejo odontológico podría ocasionar:
- A) Reacción alérgica.
 - B) Shock anafiláctico.
 - C) Hepatitis tipo A.
 - D) Reacción tóxica.
 - E) Celulitis.
198. () Para prevenir la complicación que usted marco en el inciso anterior debe manejar al paciente con:
- A) Antihistamínicos.
 - B) Antimicrobianos.
 - C) Diuréticos.
 - D) Anestésicos tipo ester.
 - E) Anestésicos con vasoconstrictores.

199. () Con los signos radiográficos presentes en el diente 46, usted tendría que hacer un diagnóstico diferencial entre las siguientes lesiones, "excepto":
- A) Osteomielitis focal.
 - B) Granuloma periapical.
 - C) Quiste periapical.
 - D) Absceso periapical crónico.
 - E) Absceso periapical agudo.
200. () Los siguientes son tratamientos que se deben de realizar en este paciente "excepto":
- A) Control de placa.
 - B) Gingivectomía.
 - C) Exodoncia.
 - D) Operatoria dental.
 - E) Prótesis.

ANEXO 3

CURRICULUM VITAE

DATOS GENERALES

NOMBRE: **GUSTAVO PARES VIDRIO.**

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: **MÉXICO, D.F.**

NACIONALIDAD: **MEXICANA**

ESTADO CIVIL **CASADO**

ESTUDIOS PROFESIONALES

LICENCIATURA **CIRUJANO DENTISTA**
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
1972-1975

ESPECIALIDAD **ESTOMATOLOGIA PEDIATRICA**
INSTITUTO NACIONAL DE
PEDIATRIA 1977 - 1979

DESARROLLO PROFESIONAL

DOCENCIA **PROFESOR TITULAR "A" DE**
TIEMPO COMPLETO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA,
UNAM