



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO EN PACIENTES CON MORDIDA
PROFUNDA EN REHABILITACIÓN PRÓTESICA III**

Autoras:
Br. Chacón Neyvi
Br. Lemos Oriana

Urb. Yuma II, Calle N°3. Municipio San Diego
Teléfonos (0241) 8714240 (master) - Fax (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO EN PACIENTES CON MORDIDA
PROFUNDA EN REHABILITACIÓN PRÓTESICA III**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de
ODONTÓLOGO**

Autoras:
Br. Chacón Neyvi
Br. Lemos Oriana
Tutor de Contenido: Od. Martín Correa
Tutora Metodológica: Od. Esp. Eryv Weffer

San Diego, agosto 2018



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



ACTA DE REVISIÓN DEL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO

Quien suscribe esta Acta, deja constancia que el Proyecto de Trabajo de Grado:

**PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO EN PACIENTES CON MORDIDA
PROFUNDA EN REHABILITACIÓN PRÓTESICA III**

Ha sido revisado y, cumpliendo con los requisitos exigidos para su aprobación,
recomienda su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

Nombre Tutor Académico
Martín Correa

Firma

08/2018
Fecha



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cédula de Identidad
Lemos Suarez	Oriana	V- 23.488.165
Dirección: Carrera 4 Colinas de Santa Rosa, Quinta La troja. Barquisimeto, Edo. Lara		Teléfono: 0412-3039619
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Índice Académico	12,13
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Lemos Suarez, Oriana	Teléfono: 0412-3039619
Título del Trabajo: PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO EN PACIENTES CON MORDIDA PROFUNDA EN REHABILITACIÓN PRÓTESICA III		
Breve Explicación: Trabajo de grado dirigido para los alumnos de rehabilitación protésica III para la ayuda, conocimiento y tratado para pacientes que presentan mordida profunda y quieren ser rehabilitados con prótesis fija.		
Lugar donde se desarrollará el proyecto: Universidad José Antonio Páez.		
Tiempo de desarrollo: 8 meses		
Tutor Académico propuesto: Od. Martín Correa		

APROBADO: _____ **NO APROBADO:** _____

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

_____	_____	_____
NOMBRE	FIRMA	FECHA
_____	_____	_____
NOMBRE	FIRMA	FECHA

DIRECCION DE ESCUELA: _____
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cédula de Identidad
Chacon Torres	Neyvi Daniela	V- 21.000.624
Dirección: Tulipan, San Diego, Edo. Carabobo		Teléfono: 0424-7509336
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontologia	Índice Académico	10,35
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Chacon, Neyvi	Teléfono: 0424-7509336
Título del Trabajo: PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO EN PACIENTES CON MORDIDA PROFUNDA EN REHABILITACIÓN PRÓTESICA III		
Breve Explicación: Tallado para prótesis fija en pacientes con sobre mordida		
Lugar donde se desarrollará el proyecto: Universidad José Antonio Paez.		
Tiempo de desarrollo: 8 meses		
Tutor Académico propuesto: Od. Martin Correa		

APROBADO: _____ **NO APROBADO:** _____

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

NOMBRE	FIRMA	FECHA
---------------	--------------	--------------

NOMBRE	FIRMA	FECHA
---------------	--------------	--------------

DIRECCION DE ESCUELA: _____

DEDICATORIA

Esta tesis, carrera, título y por supuesto años de experiencias y sacrificios se los dedico a mi mama y a mi papa; por brindarme todo el apoyo necesario de los momentos vividos en estos años, sin ellos no me hubiese podido reincorporar en este logro. A mi hermanas, porque han sido un apoyo fundamental en mi vida y mis aprendizajes. Al más importante de mi vida, mi hijo Tomas, ya que todo lo que he hecho y logrado ha sido para y por él; fue y siempre será mi motivo para seguir adelante.

Oriana Lemos

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi papa y a mi mama por siempre apoyarme en cada momento y sueño cumplido, son el pilar de mi vida y me han enseñado que nunca nos debemos rendir, que las oportunidades no se deben dejar pasar,

Gracias a mis hermanas, que han sido un modelo para siempre estar de pie ante todo momento, y con paciencia e inteligencia podemos lograr lo que nos proponemos.

Gracias a Tomas, porque eres la persona que me impulsa a ser cada día mejor persona.

Gracias a mi familia y personas importantes y fundamentales en mi vida, me han ayudado en todo este trayecto, en las buenas y en las malas. Siempre dándome ánimo y apoyo para seguir adelante y construir mi futuro.

Gracias a Dios y a la Virgen, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Gracias a mi amiga de tesis, Neyvi, porque sin sus desesperos y bravuras no lo hubiésemos logrado. Porque juntas logramos el último paso de nuestra carrera. Gracias Od. Neyvi Chacón.

Oriana Lemos

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a dios por haberme guiado, acompañado y bendecido a lo largo de mi carrera, por darme la fortaleza en altas y bajas en este trayecto universitario.

Le doy gracias a mis padres Carolina Torres y Leonardo Chacón por su apoyo incondicional, por sus palabras de aliento y por siempre estar apoyándome, por ser mi motivación y mis pilares, por los valores que desde pequeña me enseñaron y por todo el esfuerzo que han hecho para ayudarme a salir adelante, por mostrarme el camino hacia la superación y por confiar en mí siempre.

A mi hermana Laura Chacón, mi abuela Ana Contreras y Albeyda Zambrano por estar incondicionalmente para mí, por apoyarme de una u otra manera, que sin esperar nada a cambio siempre estuvieron durante mi carrera apoyándome y alentándome en cualquier situación que se presentara.

Gracias a mis compañeros y amigos por el apoyo, a mi gran amiga y compañera de tesis Oriana Lemos que con constancia, dedicación y unión hemos logrado salir adelante, entre risas y llantos pero siempre acompañándonos y ayudándonos.

A mi tutor Martin Correa que más que un maestro fue y es un amigo, por brindarme todos sus conocimientos para que cada día me fuese superando.

Neyvi Chacon

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO		pp.
	LISTA DE TABLAS.....	xi
	LISTA DE GRÁFICOS.....	xii
	RESUMEN INFORMATIVO.....	xii
	INFORMATIVE RESUME	xiii
	INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULOS		
I	EL PROBLEMA.....	2
	1.1. Planteamiento del Problema.....	2
	1.1.1. Formulación del Problema.....	5
	1.2. Objetivos de la Investigación.....	5
	1.2.1. Objetivo General.....	5
	1.2.2. Objetivos Específicos.....	5
	1.3. Justificación de la Investigación.....	5
II	MARCO TEÓRICO.....	7
	2.1.- Antecedentes de la Investigación.....	7
	2.2.- Bases Teóricas.....	11
	2.3.- Definición de Términos Básicos.....	21
	2.4.- Bases Legales.....	22
III	MARCO METODOLÓGICO.....	24
	3.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	24
	3.2. Población y Muestra.....	25
	3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información...	26
	3.4. Técnicas de Presentación y Análisis de Resultados.....	27
IV	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	29
	4.1. Objetivo Específico 1.....	29
	4.2. Objetivo Específico 2.....	34
	4.3. Objetivo Específico 3.....	36
	4.4. Conclusiones.....	39
	4.5. Recomendaciones.....	39
V	LA PROPUESTA.....	41
	5.1. Título de la propuesta.....	41
	5.2. Justificación de la propuesta	41
	5.3. Objetivos de la propuesta	42
	5.4. Organización de la propuesta.....	42
	REFERENCIAS.....	47
	ANEXOS.....	49

LISTA DE TABLAS

TABLA		pp.
1	Conocimientos teóricos sobre tallado dental para prótesis fija en mordida profunda en estudiantes de Odontología de la Universidad José Antonio Páez	29
2	Dominios prácticos de tallado dental para prótesis fija en mordida profunda en estudiantes de Odontología de la Universidad José Antonio Páez	32
3	Factibilidad técnica, económica, institucional y académica de la propuesta según odontólogos docentes de la Universidad José Antonio Páez	35
4	Procedimientos a incluir en el video de talado dental para pilares en caso de mordida profunda según odontólogos docentes de la Universidad José Antonio Páez	36
5	Presentación del video de tallado dental para pilares en caso de mordida profunda según odontólogos docentes de la Universidad José Antonio Páez	38

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO		pp.
1	Conocimientos teóricos sobre tallado dental para prótesis fija en mordida profunda en estudiantes de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, ítems 1 al 5	30
2	Dominios prácticos de tallado dental para prótesis fija en mordida profunda en estudiantes de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, ítems 7 al 11	33
3	Dominios prácticos de tallado dental para prótesis fija en mordida profunda en estudiantes de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, ítems 12 al 16	33
4	Factibilidad técnica, económica, institucional y académica de la propuesta según odontólogos docentes de la Universidad José Antonio Páez	37
5	Procedimientos a incluir en el video de talado dental para pilares en caso de mordida profunda según odontólogos docentes de la Universidad José Antonio Páez	37
6	Presentación del video de tallado dental para pilares en caso de mordida profunda según odontólogos docentes de la Universidad José Antonio Páez	38



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO EN PACIENTES CON MORDIDA
PROFUNDA EN REHABILITACIÓN PRÓTESICA III**

Autoras: Chacon Neyvi
Lemos Oriana
Tutor: Od. Martin Correa
Fecha: Agosto 2018

RESUMEN INFORMATIVO

El objetivo de este trabajo de investigación fue proponer un protocolo de manejo clínico en pacientes con mordida profunda en Rehabilitación Protésica III. Con tal fin, se realizó un estudio en modalidad proyecto factible apoyado en una investigación de campo de nivel descriptivo y diseño no experimental transversal, se para lo cual se aplicaron cuestionarios previamente validados a 30 estudiantes y siete docentes de la asignatura Rehabilitación Protésica III, cuyos resultados permitieron realizar el diagnóstico de necesidad, estudio de factibilidad y diseño de la propuesta, representada en un “Video de protocolo para el tallado dental en pacientes con mordida profunda en Rehabilitación Protésica III”, estructurado según justificación, objetivos y organización temática, ofreciendo al lector una breve visualización mediante capturas de fotogramas de su desarrollo, habiendo concluido previamente que el docente de hoy, debe enriquecer e innovar su praxis formativa haciendo uso de los recursos audiovisuales como apoyo a fin de garantizar la formación integral de los estudiantes a su cargo y contribuir así a su futuro desempeño, lo cual tiene especial relevancia en las distintas especialidades de la Odontología.

Palabras claves: Video didáctico; tallado dental; prótesis fija; mordida profunda.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**PROTOCOL FOR DENTAL CARVING IN PATIENTS WITH DEEP BITE
UN PROSTHETIC REHABILITATION III**

Autores: Chacon Neyvi
Lemos Oriana
Tutor: Od. Martin Correa
Date: Agust 2018

INFORMATIVE RESUME

The objective of this investigation was to propose a protocol in patients with deep bite in Prosthetic Rehabilitation III. With that in mind, a feasible project study was carried out based on a descriptive level field research and cross-sectional non-experimental design, for which questionnaires previously validated were applied to 30 students and seven teachers of the subject "Prosthetic Rehabilitation III". Those results allowed to diagnose the need, feasibility and design of a proposal, represented in a "Video of protocol for dental carving in patients with deep bite in Prosthetic Rehabilitation III", which was structured according to justification, objectives and thematic organization, offering the reader a brief visualization by capturing frames of their development, having previously concluded that the teacher of today, should enrich and innovate their formative praxis making use of audiovisual resources as support in order to guarantee the integral formation of the students at his charge and contribute thus to their future performance , which has special relevance in the different specialties of Odontology.

Key words: Didactic video; dental carving; fixed prosthesis; deep bite.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las tecnologías de la comunicación y la información constituyen importantes recursos para apoyar los procesos de enseñanza y aprendizaje; entre ellos, se encuentran los videos didácticos, especialmente útiles para docentes y discentes de la carrera odontología a fin de potenciar capacidades en ciertos procedimientos clínicos, como es el caso del tallado dental en pacientes con mordida profunda que desean rehabilitación mediante prótesis fija.

Tal es el tema que ocupa el presente estudio, dirigido a proponer un protocolo de manejo clínico en pacientes con mordida profunda en Rehabilitación Prótesica III en la Universidad José Antonio Páez, el cual quedó estructurado en capítulos de la siguiente forma:

En el Capítulo I, se desarrolla el planteamiento del problema que representa el tallado dental en ciertas circunstancias y la importancia de su enseñanza en la formación del futuro odontólogo, para luego pasar a la formulación del mismo y la consecuente definición de objetivos y justificación del estudio. Luego, el Capítulo II está integrado por los antecedentes de la investigación, así como el desarrollo de las bases teóricas que sustentaron la investigación, seguidas por la definición de términos y la especificación sobre bases legales de respaldo.

Seguidamente, el Capítulo III contiene los aspectos concernientes a la metodología utilizada: tipo, nivel, diseño y fases de la investigación, prosiguiendo con el Capítulo IV, contentivo de los Resultados encontrados, su respectivo análisis y discusión; conclusiones y recomendaciones del diagnóstico.

Se prosigue con el Capítulo V, La Propuesta, desarrollado en base al título, justificación, objetivos y organización de la solución concebida para solventar las carencias diagnosticadas respecto a la formación del futuro odontólogo, denominada “Video de protocolo para el tallado dental en pacientes con mordida profunda en Rehabilitación Prótesica III”, para finalizar con la lista de Referencias consultadas y los Anexos.

CAPÍTULO I

ELPROBLEMA

1.1.Planteamiento del Problema

En la actualidad, las mayores preocupaciones de los pacientes cuando buscan una rehabilitación oral es mejorar su apariencia, así como las funciones del sistema estomatognático, objetivos que el clínico tratante debe alcanzar para cumplir con tales expectativas; así pues, el éxito del tratamiento con prótesis en la práctica clínica está directamente asociado a una planificación correcta, individualizada y ejecutada con el fin de atender las necesidades de cada paciente, a fin de establecer un correcto plan terapéutico.

En este particular, es preciso señalar que la rehabilitación protésica, pese a los esfuerzos orientados a promover la salud y bienestar bucodental, sigue siendo un tratamiento odontológico de alta demanda: según la Organización Mundial de la Salud (2014), casi 100% de los adultos padece caries dental, a lo que se suma el hecho de que entre 15 a 20% de las personas de 35 a 44 años se encuentra afectada por enfermedades periodontales, todo lo cual justifica que alrededor del 30% de la población mundial adulta presente edentulismo parcial o total.

Por otro lado, la condición edéntula no es la única razón para recurrir a la rehabilitación protésica; en el caso de las prótesis fijas dentosoportadas, tipo de restauración indirecta de cubrimiento completo de una o varias unidades realizada sobre dientes naturales, pueden ser la opción a elegir ante tratamientos fallidos de restauraciones con carillas (Herrera, 2010) y defectos del esmalte como amelogénesis imperfecta (Gunbay y otros, 2011), entre otras situaciones clínicas; de hecho, el sistema de clasificación oficial para el paciente completamente dentado del Colegio

Americano de Prostodoncistas (Mc Garry y otros, 2004), agrupa la complejidad del tratamiento con prótesis fija según la condición del diente y el esquema oclusal, en una escala del uno al cuatro: compromiso mínimo, moderado, sustancial y severo.

En este orden de ideas, es importante acotar que la prótesis fija es una solución protésica soportada en los dientes, para cuya cementación el clínico los desgasta a fin de que sirvan como pilares; interpretando la postura de Pegoraro (2001), el éxito del tratamiento con prótesis fija es determinado por tres criterios: longevidad del dispositivo, salud pulpar-gingival y satisfacción del paciente, todo lo cual requiere del tratante ejecutar correctamente cada una de las fases terapéuticas, desde el examen diagnóstico, pasando por la planificación, tallado dental, confección y cementación de la prótesis: “Todas las fases principales e intermedias son importantes y dependen unas de las otras” (p. 45).

Por tanto, el tallado dental como fase obligada de la prótesis fija dentosoportada, debe cumplir con tres principios básicos: mecánicos, biológicos y estéticos; en referencia los primeros, la retención es un requisito clave de toda rehabilitación protésica y, en el caso del tallado dental o preparación racional, así denominado por Álvarez (2009), debe realizarse de forma tal que impida el dislocamiento axial de la restauración cuando es sometida a fuerzas de tracción. De tal forma, la retención depende, básicamente, del contacto existente entre las superficies internas de la restauración y las externas del diente preparado, lo cual es denominado retención friccional; así, cuanto más paralelas se presenten las paredes axiales del diente preparado, mayor será la retención friccional de la restauración.

En síntesis, el tallado dental debe ser compatible con las fuerzas masticatorias que incidirán sobre la prótesis y por tanto, ha de presentar la suficiente retención y estabilidad para que la resistencia de la unión interfase diente-cemento-estructura metálica no quede exclusivamente bajo la responsabilidad del cemento adhesivo, lo cual es determinante cuando existen fuerzas extremas según el tipo de oclusión del paciente.

Tal sería el caso de la mordida profunda, definida por Graber y otros (2006), como un estado de sobremordida vertical aumentada, en donde la dimensión entre los márgenes incisales dentales superiores e inferiores es excesiva, produciendo una masticación vertical que limita "...los movimientos necesarios para el estímulo de la apófisis alveolar maxilar anterior y de la mandíbula" (p. 44), lo que desencadena una fuerte masticación posterior, que impide la posición adecuada de las piezas posteriores al mantenerlas en infraoclusión.

En definitiva, desde los elementos narrados hasta el momento, se comprende que la evaluación de la oclusión dentaria en la planeación del tallado dental para una prótesis fija es fundamental, pues para rehabilitar al paciente, "...es indispensable conocer su función masticatoria a fin de reproducir los contactos dentarios una vez instalada la aparatología protésica" (Gutiérrez, González y Grau, 2011).

Ciertamente, las relaciones funcionales, parafuncionales y disfuncionales que surgen de los componentes del aparato masticatorio como consecuencia de los contactos de la superficie de los dientes, constituyen uno de los mayores retos para el clínico, quien debe poseer un conocimiento profundo de cada una de las fases comprendidas en la rehabilitación con prótesis fija, así como realizar una evaluación exhaustiva de las condiciones orales del paciente para garantizar el éxito del tratamiento, es decir, una función oral y apariencia estética satisfactoria para aquel.

En este orden de ideas, es preciso hacer mención de la situación observada en la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, en donde los estudiantes de Preclínica de Rehabilitación Protésica II adquieren experiencia práctica en algunos procedimientos de tallado dental empleando un simulador; no obstante, cuando posteriormente cursan la asignatura Clínica de Rehabilitación Protésica III, se ven impedidos de rehabilitar con prótesis parcial fija a pacientes con mordida profunda, por carecer de los conocimientos requeridos para realizar la preparación dental exigida en estos casos.

Dicha situación, a juicio de las investigadoras, tendría un impacto negativo para quienes se preparan para el ejercicio odontológico, pues además de existir un vacío

teórico-práctico sobre los procedimientos de tallado dental, se ven privados de adquirir dominio y desarrollar juicio clínico para la toma de decisiones que el mismo involucra, todo ello indispensable en su futura praxis profesional.

En razón de lo descrito, se estimó conveniente realizar una aportación a la formación integral de los estudiantes de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, por lo cual se formuló la interrogante que dio lugar a los objetivos de la presente investigación: ¿Cuál será la utilidad de un video sobre tallado dental en un paciente con mordida profunda a rehabilitar mediante prótesis fija?

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1. Objetivo General

Proponer un protocolo de manejo clínico en pacientes con mordida profunda en Rehabilitación Protésica III.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Diagnosticar la necesidad de un video sobre el protocolo de manejo clínico de pacientes con mordida profunda a rehabilitar mediante prótesis fija.
- Estudiar la factibilidad de un video sobre el protocolo de manejo clínico de pacientes con mordida profunda a rehabilitar mediante prótesis fija.
- Diseñar un video sobre el protocolo de manejo clínico de pacientes con mordida profunda a rehabilitar mediante prótesis fija.

1.3 Justificación de la Investigación

La prótesis fija, alternativa rehabilitadora destinada a devolver función y aportar estética al paciente con unidades dentales perdidas o apariencia inaceptable,

es actualmente una de las alternativas rehabilitadoras de mayor demanda dadas sus ventajas frente a las prótesis removibles, por sus características de retención y estabilidad, así como ante las implantosoportadas, mucho más costosas. En atención a lo anterior y la problemática planteada, se estima que el presente trabajo de investigación conllevará beneficios de diversa índole, siendo su justificación soportada en los siguientes argumentos.

Desde el punto de vista social es beneficioso, pues posibilitará que los pacientes con mordida profunda que acuden a las áreas clínicas de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez presentando edentulismo parcial o problemas de estética dental, puedan ser rehabilitados mediante prótesis fija, tratamiento que les permitirá disfrutar de un apropiado equilibrio estomatognático y mejorar su apariencia física, todo lo cual repercutirá favorablemente en sus relaciones familiares, sociales y laborales, así como en su economía.

Asimismo, el estudio representa una iniciativa importante para la línea investigativa Odontología correctiva en la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, pues además de ser pionero en la rehabilitación con prótesis fija en pacientes con mordida profunda, tendrá como principal valor académico la realización de un video sobre su manejo clínico.

En consecuencia, serán beneficiarios los estudiantes de Odontología de dicha casa de estudios, pues contarán con un recurso audiovisual que contribuirá a consolidar conocimientos sobre el tallado dental que requiere la realización de prótesis fijas en sujetos con mordida profunda, indispensables para su futura práctica profesional.

Finalmente, desde la perspectiva teórico-metodológica el estudio es una aportación relevante pues será útil como fuente de consulta y antecedente investigativo para la realización de nuevos estudios que aborden la rehabilitación protésica en general y la realizada en modalidad fija dentosoportada en particular, en pacientes con alteraciones oclusales o específicamente en casos de mordida profunda.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

El abordaje de los dilemas que presenta el proceso de enseñanza-aprendizaje en la carrera odontológica en general y la rehabilitación protésica en particular, así como la realización de propuestas dirigidas a elevar la calidad de la formación del futuro profesional de la Odontología, han sido objeto de diversos estudios en años recientes, entre los cuales se seleccionan algunos considerando su vinculación e interés para el abordaje del tema sujeto a investigación.

En primer lugar, se ubica Oviedo (2015), quien optando al título de Especialista en Tecnologías Multimedia para Desarrollos Educativos presentó ante la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, el estudio “Las TIC como mediadoras de la enseñanza en el marco de la asignatura Prostodoncia IV “B” en la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba”, siendo su objetivo diseñar una herramienta educativa multimedia (CD) para optimizar el proceso de enseñanza y aprendizaje de contenidos teóricos y teórico-prácticos referidos a prótesis arcial removible.

Con tal finalidad, se aplicaron entrevistas a 12 profesores de la cátedra Prostodoncia correspondiente al noveno año de la carrera, diagnosticándose debilidades en relación a conocimientos conceptuales, procedimentales y actitudinales sobre diagnóstico, planificación, procedimientos, técnicas, instrumental, materiales, indicaciones y contraindicaciones de los diferentes tratamientos de rehabilitación protésica fija adhesiva, lo cual sustentó la pertinencia de diseñar contenidos teórico-prácticos en formato multimedia portátil (CD). Como conclusión, se afirma que la propuesta permitirá a los estudiantes efectuar una conexión eficiente

entre teoría y práctica, anticipando análisis de casos clínicos previos a la realización manual de las prótesis.

La investigación comentada, además de relacionarse en forma directa con la que se proyecta realizar en la Universidad José Antonio Páez, es valiosa pues demuestra la utilidad de incorporar herramientas tecnológicas en la formación del futuro odontólogo para enfrentar los desafíos de formar profesionales capaces de actuar y desenvolverse exitosamente, con sustento en el conocimiento científico y responsable de los efectos que producen sus intervenciones.

Seguidamente, se ubican Acuña y Suárez (2014), con su trabajo “Manual interactivo de aprendizaje sobre articuladores para estudiantes de FACO-LUZ” presentado para optar al título de Odontólogo en la Universidad del Zulia, siendo su propósito diseñar un manual interactivo sobre articuladores en Odontología para apoyar la enseñanza en la asignatura Prostodoncia, fundamentado en un estudio documental en modalidad revisión sistemática.

En consecuencia de dicha revisión, se encontraron debilidades en los contenidos contemplados en la unidad curricular Morfología Dental y Oclusión del diseño curricular vigente en la FACO/LUZ, confirmando asimismo que el programa Adobe Flash es el software más adecuado a la propuesta de diseño de manual interactivo pues permite incorporar elementos de carácter estructural y contenidos del programa de la asignatura; se concluyó que la propuesta, además de permitir la vinculación entre contenidos con sistematización y progresión, significará para los estudiantes una fuente altamente estimulante, directa y accesible de aprendizaje.

Como se aprecia, el estudio antes comentado encuentra relación directa según su enfoque y propósito, confirmando asimismo la importancia de incorporar a los procesos formativos en materia de prótesis dentales, recursos informáticos que sirvan como herramientas que a la par de motivar el interés de los aprendices, apoyan la praxis educativa del facilitador.

Prosiguiendo, se encuentra el Trabajo de Ascenso presentado por Golaszewski (2013), ante la Universidad Central de Venezuela, de título “El software educativo

como una alternativa para la enseñanza de la Histología en Odontología – Revisión bibliográfica”, cuyo objetivo fue realizar una revisión bibliográfica sobre los software educativos y su aplicación en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los conocimientos histológicos en la práctica odontológica.

Para ello, la investigadora realizó una revisión sistemática sobre la instrucción asistida por computadora y el desarrollo de programas informáticos destinados a la enseñanza y el autoaprendizaje, que facilitan la apropiación y desarrollo de habilidades cognitivas, dando una solución dinámica y sistémica a los problemas instruccionales que representa la internalización de los conceptos histológicos del sistema estomatognático en el aula.

Acorde con dichos hallazgos, se concluye que el software brinda la posibilidad de transformar al estudiante en sujeto activo, dándole la oportunidad de resolver situaciones problemáticas relacionadas con su futura práctica clínica mediante la observación de videos e imágenes ilustrativas en un ambiente que facilita el proceso de enseñanza-aprendizaje de acuerdo a sus características particulares, tales como disponibilidad de tiempo y ritmo de estudio.

La investigación anterior, aunque difiere en cuanto a método y área de conocimiento, muestra analogía pues confirma que las tecnologías de la información y comunicación aportan a los actores del proceso formativo odontológico una amplia gama de recursos que fortalecen los procesos de enseñanza-aprendizaje de acuerdo a las necesidades instruccionales particulares de cada asignatura, como es en este caso el video a proponer para el manejo clínico de pacientes con mordida profunda a ser rehabilitados con prótesis fija.

A manera de cierre de esta sección, se localizó la investigación en modalidad proyecto factible presentada por Vegas y Vivez (2013), en la Universidad de Carabobo para la obtención del título de Odontólogo, “Propuesta de un recurso audiovisual de técnicas y procedimientos clínicos para la elaboración de prótesis fija en dientes tratados endodónticamente”, teniendo como propósito proponer un video

demostrativo de técnicas y procedimientos clínicos para la elaboración de prótesis fija en dientes sometidos a tratamiento endodóntico.

Así, habiéndose aplicado un cuestionario a 60 estudiantes de 4º año de Odontología, se encontró un elevado porcentaje de estudiantes que mostró dudas respecto a los conocimientos teóricos y procedimientos clínicos requeridos en la elaboración de prótesis fija, lo que permitió diagnosticar la necesidad de incorporar en la asignatura Oclusión y Rehabilitación Protésica el recurso audiovisual contenido en la propuesta, concluyéndose que a través del mismo, el proceso de aprendizaje se convertirá en una experiencia estimulante y provechosa para el desarrollo de habilidades, destrezas y toma de decisiones basados en la consolidación de conocimientos teóricos y clínicos previamente adquiridos y reforzados por la implementación de dicha estrategia de aprendizaje.

Desde el relato anterior, se advierte el aporte que representa el antecedente comentado dada su estrecha relación temática y procedimental, sin dejar de lado su significado como material de referencia que muestra la pertinencia de incorporar a la formación académica odontológica materiales multimedia motivadores como son los videos, a fin de ampliar y/o reforzar conocimientos en materia de rehabilitación protésica.

Para culminar, se encuentran Arrieche y Ferreira (2013), quienes optando al título como Odontólogos defendieron ante la Universidad José Antonio Páez su investigación “Propuesta de un manual para la realización de prótesis parcial removible (PPR) con eje de inserción rotacional dirigida a los estudiantes de las clínicas integrales del adulto UJAP Septiembre – Diciembre 2012”, que en el marco de un proyecto factible tuvieron por objetivo general diseñar una propuesta de un manual de estudio sobre las prótesis parciales removibles con doble eje de inserción rotacional, cuyo diagnóstico fue obtenido mediante la aplicación de un cuestionario aplicado a 150 estudiantes de sexto a décimo semestre de la carrera.

De manera que, habiendo constatado un elevado nivel de desconocimiento sobre biomecánica, indicaciones, tipos de inserción y diseño de las soluciones

protésicas en cuestión, se diseñó el manual de estudio, donde se describen los procedimientos a seguir en forma ordenada y secuencial, concluyendo que debe implementarse a fin de agilizar el proceso de conocimiento de los estudiantes para la elaboración de prótesis fijas removibles con doble eje de inserción rotacional.

En relación al antecedente previo, se aprecia su utilidad como referente investigativo pues al igual que la presente investigación, estuvo orientado a favorecer una formación integral del estudiante de Odontología de la Universidad José Antonio Páez mediante una propuesta destinada a servir como material de consulta y guía para adquirir y fortalecer conocimientos, aclarar dudas y evitar errores al momento de tratar pacientes que requieran rehabilitación protésica.

2.2. Bases Teóricas

Las bases teóricas, de acuerdo con Arias (2012), constituyen “Un conjunto de conceptos y proposiciones que constituyen un punto de vista o enfoque determinado, dirigido a explicar el fenómeno o problema planteado” (p. 24), en el presente caso, se refieren a las conceptualizaciones, principios y basamentos correspondientes a los componentes clave de la investigación.

2.2.1. Alteraciones oclusales: Mordida Profunda

Como alteraciones oclusales o maloclusiones, se conocen las distintas anomalías que se producen en la oclusión dentaria, es decir, la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí, partiendo del hecho que la oclusión ideal o normoclusión, es aquella donde, tal como coinciden los expertos (Graber y otros, 2006; Gregoret y otros, 2014), se cumplen una serie de requisitos, a saber.

1. Los molares superiores deben establecer contacto con sus homólogos inferiores y el distal siguiente a éstos (excepto los últimos molares).

2. Los dientes superiores deben cubrir como máximo un tercio de la corona clínica de los inferiores.

3. Los molares superiores deben sobrepasar en una cúspide a los inferiores.

4. Las cúspides de soporte de cada arcada articulan a lo largo de una línea en las fosas centrales de la arcada opuesta, que conecta de forma imaginaria los surcos principales.

5. Las cúspides vestibulares y los rebordes cuspidos mesiales y distales de los molares inferiores son las cúspides de soporte o fundamentales de la arcada inferior

6. Las cúspides palatinas y sus rebordes mesiales y distales son las cúspides de soporte o fundamentales de la arcada superior.

7. Las cúspides vestibulares de la arcada inferior (cúspides soporte), están alineadas una con otra y con la línea de fosas centrales de los dientes superiores.

Por consiguiente, cualquier desviación de dichos requisitos resulta "...en una modificación en la natural disposición de los órganos dentales en las arcadas, así como desequilibrio en los circuitos neuromusculares, la morfología anatómica de las zonas funcionales y la estética facial" (Gutiérrez y otros, 2011, p. 156).

En dicho escenario, ocupa un lugar relevante la anomalía conocida como mordida profunda, que en la categorización propuesta por Angle pertenece a la Clase II-2, combinación de rasgos esqueléticos, dentales y neuromusculares que producen una cantidad indebida de superposición vertical en la región incisiva; parafraseando a Proffit (2009), la sobremordida vertical en una oclusión normal oscila entre 2 y 4 mm, equivalente a 5-25% de superposición de los incisivos mandibulares en relación sus pares maxilares y por ello, cuando rebasa dichas medidas se habla de mordida profunda, tipo de maloclusión que de acuerdo a su severidad, genera riesgos para la integridad periodontal por la sobrecarga de las fuerzas oclusales.

Asimismo, en dicha alteración oclusal puede presentarse sobreclusión incisiva, infraclusión de los molares o una combinación de ambos, así como limitación de los movimientos de lateralidad y consecuente afectación de la articulación temporomandibular (ATM), ya que se da un distalamiento de la mandíbula y de los

cóndilos mandibulares más allá de la relación céntrica debido a la erupción lingualizada de los incisivos centrales superiores. En tal sentido, Rodríguez y White (2008), aportan que esta maloclusión se manifiesta de tres formas, a saber:

1. Dentaria: Los incisivos centrales superiores e inferiores están fuera de sus bases óseas; en este tipo de mordida profunda, se presentan los ángulos del plano palatino disminuidos.

2. Dentoalveolar: Se define como el compromiso de dientes y alvéolos encunto a crecimiento y desarrollo, con retroinclinación y retrusión de las piezas dentarias anterosuperiores y anteroinferiores, siendo el origen de la maloclusión la posición adelantada del maxilar y la posición retrasada de la mandíbula.

3. Esquelética: El maxilar es excesivamente grande y/o la mandíbula muy pequeña, existiendo pocos contactos oclusales de las piezas inferiores con respecto a las superiores.

Para ilustrar las especificaciones previas, tómense las descripciones de Alarcón (2014), quien relata las características clínicas y faciales que evidencian una mordida profunda: tensión muscular facial excesiva con probable alteración de la ATM, braquicefalia, dimensión vertical disminuida, overbite aumentado, crecimiento hipodivergente, plano oclusal disminuido y perfil cóncavo, con rotación de la mandíbula hacia arriba y hacia adelante.

En este orden de ideas, es importante señalar que según Proffit (2009), la mordida profunda puede tener diversas causas: origen esquelético, cuando la altura facial anterior es menor que la posterior y las bases maxilares convergen entre sí, o en caso de maxilar ancho y mandíbula estrecha; por otro lado, la etiología es dental cuando existe un factor genético, ambiental o una combinación de ambos, en tanto el origen adquirido es producto de eventos externos que interrumpen la armonía dinámica entre las estructuras alrededor de los dientes y las fuerzas oclusales, tales como el empuje lateral o postura anormal de la lengua, que causa la infraoclusión de los dientes posteriores, el hábito parafuncional bruxismo o la inclinación mesial de molares, producida por la pérdida de otros órganos dentarios.

Igualmente, en la experiencia de Gregoret y otros (2014), factores adicionales que pueden provocar mordida profunda son, en orden, las alteraciones en la morfología dental, la pérdida de dientes permanentes durante la segunda infancia o adolescencia, que da lugar al colapso lingual de los dientes anterosuperiores y anteroinferiores; anchura mesiodistal de los dientes anteriores, profundización de la mordida relacionada con la edad por la baja tonicidad muscular y, asimismo, la reabsorción del hueso dentoalveolar.

Vale señalar, de acuerdo a la opinión unánime emitida por los autores antes citados, que el tratamiento de la mordida profunda va a depender del o de los factores etiológicos asociados, teniendo en consideración el plano oclusal del paciente, la dirección y magnitud del crecimiento, edad, relación sagital, competencia labial, convexidad esquelética y relación de los dientes con los tejidos blandos, aunque en la mayoría de los casos amerita corrección ortodóntica.

2.2.2. Prótesis Parcial Fija

De acuerdo al Diccionario de Términos Prostodónticos (2005), se define como prótesis parcial que es cementada en dientes naturales, la cual puede reemplazar uno o más pero no todos dientes en el arco dental y que, de acuerdo al material con que es confeccionada, "...puede ser metálica, metal-cerámica, metal-porcelana, libre de metal o con collar cerámico" (p. 61), la cual consta de las siguientes partes: a) Póntico: diente artificial que se sustenta en y se conecta a los dientes pilares; b) Retenedores: dispositivos extracoronarios cementados a los dientes pilares; c) Conectores: partes que unen el póntico con el retenedor, rígidos (colados o soldados) o no rígidos (ajustes de precisión); d) Pilares: dientes que sirven como elemento de unión para la prótesis.

Como se puede apreciar, este tipo de restauración protésica es el indicado para aquellas personas que presentan reducidas zonas edéntulas, así como en los siguientes casos: a) dientes anteriores y posteriores que presenten pérdida coronal extensa

asociada a fractura o caries que requieran una restauración indirecta de cubrimiento total y, b) dientes anteriores y posteriores tratados endodónticamente que requieran retenedores intrarradiculares colados, prefabricados o reconstrucciones de muñón, siempre y cuando se encuentren en el mismo cuadrante y arco dentario, siendo dentosoportada porque se cementa generalmente a los dientes extremos del espacio edéntulo; por tal razón, es popularmente conocida como puente parcial fijo. (Álvarez, 2009)

Ahora bien, como en todo tratamiento odontológico, la terapéutica rehabilitadora con prótesis parcial fija sigue una serie de pasos secuenciales, cada uno de ellos de singular importancia para devolver función y estética, así como procurar la longevidad de la misma, entendida como la máxima cantidad de tiempo útil en boca. Para ello, es imprescindible que en su planificación y ejecución se cumplan una serie de principios biomecánicos.

Ciertamente, al decir de Schillingburg (2007), la preparación correcta de los pilares contribuye a una buena retención y resistencia de la prótesis: la primera, impide el desprendimiento de la restauración a lo largo de la trayectoria de inserción o eje largo de la preparación del diente, mientras que la segunda imposibilita el desplazamiento de la restauración producido por fuerzas dirigidas en una dirección apical u oblicua y cualquier otro movimiento que se genere en las restauración bajo fuerzas oclusales.

Por ello, los factores que mejoran a la retención y la resistencia de una prótesis parcial fija incluyen el diámetro, altura y área de la superficie total de la estructura de los dientes pilares, tipo de material de restauración y convergencia oclusal total, es decir, el ángulo convergente de dos paredes axiales opuestas en un plano dado. Bajo tales premisas, se entiende que el tallado dental sea un procedimiento de trascendental importancia para el éxito de la prótesis fija.

Al respecto, los expertos (Pegoraro, 2001; Schillingburg, 2009), coinciden en afirmar que la preparación o tallado de dientes pilares debe realizarse considerando, fundamentalmente, las relaciones oclusales del paciente, así como ciertos requisitos

relativos al tipo de desgaste indicado en atención a las fuerzas ejercidas durante las funciones del sistema estomatognático. De manera pues, el diseño del tallado o desgaste dental dependen de cinco principios básicos, a saber.

1. Preservación de la estructura dentaria.
2. Retención y resistencia
3. Durabilidad estructural
4. Integridad marginal
5. Preservación del periodonto.

De forma general, se puede afirmar que el desgaste en dientes pilares para prótesis parcial fija y la capacidad de ésta para soportar desalojamiento por fuerzas, está determinado por aspectos basados en principios geométricos; en este particular, son pertinentes los aportes de Schillinburg (2007), los cuales son resumidos de la siguiente forma:

1.- Conicidad. Dado que una restauración colada de metal-cerámica o metal-porcelana se coloca sobre o en la preparación una vez que ha sido fabricada en su forma final, es indispensable que las paredes axiales de dicha preparación tengan una ligera conicidad, para permitir su colocación. Esto, significa que deben contar con dos paredes externas opuestas que converjan gradualmente o tener dos superficies internas opuestas de estructura dentaria que diverjan oclusalmente.

2.- Libertad de desplazamiento: La retención mejora cuando se limita geoméricamente el número de vías a lo largo de las cuales una restauración puede salirse de los pilares, una preparación dentaria de recubrimiento completo requiere paredes largas paralelas y surcos; así, limitar la libertad de desplazamiento por medio de fuerzas de torque o de torsión en un plano horizontal, se aumenta la resistencia.

3.- Longitud. La longitud ocluso-gingival, constituye un factor clave tanto para la retención como para la resistencia; por ello, cuanto más reducida sea la pared, más importante será su inclinación. Por ejemplo, las paredes de preparaciones cortas deben tener la mínima conicidad posible para aumentar la resistencia, pero esto no será útil si las paredes son excesivamente cortas.

4.- Sustitución de componentes internos: La unidad básica de retención de una restauración cementada la constituyen las dos paredes axiales opuestas con una conicidad mínima; en general, dichos componentes (surco, forma de la caja) son intercambiables y pueden sustituirse por una pared axial.

5.- Vía de inserción. Es de especial importancia cuando se preparan los dientes que constituirán los pilares de la prótesis, debiendo ser obligatoriamente paralelas entre sí. Es por ello, que para controlar visualmente el tallado en la preparación; por ejemplo, si se mira el centro de la superficie oclusal de una preparación con sólo un ojo, es posible ver las paredes axiales con una conicidad mínima, pero al observarla con ambos ojos, se verán con una conicidad invertida, fenómeno que ocurre debido a la distancia existente entre los ojos, responsable de la visión binocular.

6.- Reducción oclusal. Es una de las características más importantes para proporcionar la fuerza necesaria a la restauración; así, el plano inclinado básico de la superficie oclusal debe duplicarse, a fin de producir un espacio adecuado sin acortar excesivamente la preparación. Por ejemplo, una reducción inadecuada bajo los surcos anatómicos de la superficie oclusal no proporciona el espacio necesario para favorecer una buena morfología funcional.

7.- Integridad marginal. La restauración puede sobrevivir en el entorno biológico de la cavidad oral, únicamente, si los márgenes están muy adaptados a la línea de acabado cavosuperficial del tallado; la configuración de dicha línea, dicta la forma y masa del material restaurador en el margen, pudiendo también afectar la adaptación marginal y el grado de adaptación de la restauración.

En tal sentido, existen diversas líneas de terminación a) Hombro: requiere emplear fresa diamantada cilíndrica de punta plana; b) Hombro biselado: se prepara con diamantado cilíndrico punta plana; c) Chánfer: Diamante cilíndrico punta redonda; d) Chánfer biselado: fresa cilíndrica punta redonda + diamante punta de lápiz; e) Filo de cuchillo: diamante troncocónico delgada. A efecto de ilustrar las ideas precedentes, se asumen las indicaciones aportadas por Schillingburg (2007),

para los casos de rehabilitación en el sector posterior con coronas metal-porcelana, en donde las líneas de terminación idóneas del tallado de pilares incluyen:

1.- Hombro biselado (en todo el contorno), debido al hecho de que dichos materiales requieren grosor adecuado para lograr estética y resistencia a las fuerzas oclusales, además de que las partículas de porcelana, al ser cúbicas, se adapta mejor a una línea de igual forma.

2) Hombro biselado (vestibular) y chánfer (proximal, palatino/lingual), a fin de preservar estructura dentaria, ya que esta línea requiere menor desgaste de la pieza y porque a nivel palatino/lingual, el margen de la restauración es metálico.

Hechas las descripciones anteriores, es preciso recurrir a los razonamientos de Pegoraro (2001), para quien la retención y resistencia de la prótesis fija parcial están sujetas a varios factores, entre los cuales se encuentra el tamaño de los dientes naturales que servirán como pilares, la unidad dental a restaurar y las características oclusales del paciente.

En este particular Schillingburg (2009), enfatiza que antes de iniciar los procedimientos de prostodoncia fija, el clínico debe evaluar detalladamente la oclusión del paciente a fin de verificar si esta se encuentra dentro de los límites normales (normoclusión) y de no ser así, "...determinar hasta qué punto la oclusión puede mejorarse antes de proceder a la elaboración de la prótesis o si ésta puede utilizarse para corregir el problema oclusal" (p. 5), lo cual tiene especial relevancia para el caso de quienes presentan mordida profunda, objeto de interés en la presente investigación.

2.2.3. Protocolos Clínicos

Los protocolos clínicos y la protocolización, según sugieren Saura y Saturno (2010), "...son hoy día un tema de máxima actualidad para los profesionales sanitarios" (p. 12); en efecto, entendidos como metodologías o técnicas, precisan un aprendizaje y un entrenamiento práctico como cualquier otro aspecto de la praxis

clínica, y deben poseer una sólida base científica, cuya importancia se basa en el hecho de que se trata de herramientas que se van a aplicar a la toma de decisiones en la consulta, y que por lo tanto se aplicarán a los pacientes. Por consiguiente, si no están diseñados adecuadamente, con base en la evidencia, pueden producir el efecto contrario al buscado, es decir, generar decisiones inadecuadas y/o errores.

De una manera esquemática, el proceso de protocolización de un procedimiento clínico, es decir, el paso a paso a seguir por el tratante en el abordaje de una enfermedad o de un procedimiento, como es el caso del tallado dental para la confección de una prótesis fija, comienza una vez definido el tema a protocolizar y, de acuerdo a los aportes de Xaus y otros (2013), consta de las siguientes etapas:

1. Fase de preparación. Esta fase, se refiere a la estructura y cuerpo de conocimientos suficientes sobre el problema de salud que se va a protocolizar.

2. Fase de elaboración. Consiste en recopilar los datos y conocimientos recogidos en la fase anterior. Termina cuando existe una redacción provisional del esquema o paso a paso.

3. Fase de análisis crítico. Tiene como finalidad someter la estructura diseñada y la redacción obtenida en las fases anteriores a la discusión y crítica de los profesionales y usuarios a los que afectará su puesta en práctica; tras recoger las sugerencias y modificaciones correspondientes, termina con la elaboración del texto o andamiaje definitivo del protocolo. En esta fase sería deseable pilotar su funcionamiento antes de ponerlo en marcha de una forma generalizada.

4. Fase de difusión e implantación. La puesta en marcha: consiste en difundir el protocolo, ya terminado, a todo el personal implicado en el mismo.

5. Fase de evaluación. La monitorización del cumplimiento, fija la periodicidad con la cual se comentará y analizará el contenido y cumplimiento del protocolo, a fin de garantizar su utilidad.

Las especificaciones anteriores, se tomaron en cuenta para la elaboración del video sobre protocolo de tallado de dientes pilares para la rehabilitación protésica de

pacientes con mordida profunda, propósito clave del presente trabajo de investigación.

2.2.4. Videos didácticos

La tecnología educativa ha abarcado, en general, todos aquellos medios elaborados por el hombre para colaborar en el proceso educativo; los orígenes de estos medios han tenido un desarrollo secuencial, desde los textos escolares y mapas, pasando por los discos compactos de audio y más recientemente los recursos audiovisuales como el video, encontrando que en estos últimos se alcanza la conjugación auditiva y visual en favor del aprendiz.

En efecto, tal como expresan Vegas y Vivez (2013), “Se denominan videos didácticos educativos los materiales videográficos que pueden tener una utilidad en educación” (p. 8); este concepto, engloba tanto los elaborados con una intencionalidad específica educativa, como los de otro tipo que, pese a no haber sido concebidos para la educación, pueden resultar útiles en los procesos de enseñanza y aprendizaje, ya que proporcionan descripciones vivas para articular la información y el conocimiento que a través del texto y verbalmente resultan difíciles de articular.

Así, este recurso didáctico, en lo que respecta a los contenidos de los pensum odontológicos, tienen efectos altamente positivos para los aprendices, pues explicitan procedimientos clínicos en una forma clara y precisa, repetibles tantas veces como aquel desee o necesite para internalizar saberes y desarrollar destrezas en la práctica, mientras para los educadores modifican y amplían sus roles como consultor y facilitador de información, asesor y orientador.

En tal sentido, coincide Gil (2014), para quien los videos educativos desempeñan, independientemente del nivel de instrucción en que sean utilizados, cierto número de funciones, que resulta importante revisar en virtud del objetivo primario de este trabajo investigativo:

- Función informativa. Presentan contenidos que proporcionan información estructurada de la realidad al estudiante.
- Función Instructiva. Orientan y regulan el aprendizaje ya que, explícita o implícitamente, promueven determinadas actuaciones de los mismos, encaminadas a facilitar el logro de unos objetivos educativos específicos.
- Función Motivadora. Los estudiantes se sienten atraídos e interesados, ya que por su cualidad audiovisual, presentan elementos que captan su atención, mantienen su interés y lo focalizan en los aspectos más importantes de un procedimiento.

En virtud de lo descrito, se verifica la utilidad de los videos didácticos para reforzar el proceso de enseñanza y aprendizaje, lo que avala el propósito de este trabajo investigativo, que consiste en proponer el diseño de un recurso de esa índole, destinado a proporcionar a los estudiantes de Odontología el paso a paso a seguir en el tallado dental para rehabilitar al paciente con mordida profunda.

2.3. Definición de Términos Básicos

Articulación temporomandibular: Articulación diartrodial bilateral que permite los movimientos de apertura, cierre y deslizamiento mandibular.

Bisel: Borde oblicuo.

Bruxismo: hábito de rechinar o apretar los dientes de manera subconsciente.

Cuadrante: División de las arcadas dentarias en cuatro partes iguales.

Distal: Parte posterior del diente o de la arcada dental que mira hacia atrás, alejándose de la línea media.

Distalamiento: Orientación de una unidad dentaria hacia distal

Fuerza oclusal: Resultado de la actividad muscular durante el acto fisiológico de la masticación.

Infraoclusión: Situación donde las superficies oclusales de los dientes están por debajo del plano de oclusión.

Intrarradicular: Retención ubicada dentro de la raíz de un diente pilar.

Mesial: Ubicación hacia el plano sagital medio de la arcada

Overbite: Situación que define la posición donde los dientes anteriores inferiores ocluyen por detrás y por dentro de los superiores.

Parafuncional: Movimiento del sistema masticatorio que no tiene sentido útil, es involuntario e incluso desconocido por la propia persona

Póntico: Diente artificial

Retroinclinación: Desviación hacia lingual de los dientes anteriores

Sagital: Plano vertical al plano medio facial o línea media.

Sistema estomatognático: Conjunto de órganos y tejidos que permiten realizar las funciones fisiológicas comer, hablar, pronunciar, masticar, deglutir, sonreír, así como las expresiones faciales, respirar, besar o succionar.

Supraoclusión: Situación donde las superficies oclusales de los dientes se extienden más allá del plano oclusal normal.

2.4. Bases Legales

Como bases legales, según Ramírez (2009), se conocen “...las leyes, reglamentos, decretos, normas, etc., que establecen el basamento jurídico sobre el cual se sustenta la investigación” (p. 65); en consecuencia, las disposiciones que dan sustento legal al presente proyecto se encuentran en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2009):

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa (p. 22),

El artículo antes citado, tiene significado desde la perspectiva de estudio, pues representa no sólo el derecho a la salud de todos los ciudadanos para lograr el

bienestar común, sino también la corresponsabilidad que en tal sentido deben asumir las personas y las instituciones, como es en este caso la Universidad José Antonio Páez en relación a la salud bucal del paciente odontológico.

Artículo 102. La educación es un derecho humano y un deber social fundamental, es democrática, gratuita y obligatoria. El Estado la asumirá como función indeclinable y de máximo interés en todos sus niveles y modalidades, y como instrumento del conocimiento científico, humanístico y tecnológico al servicio de la sociedad (p. 27)

Como se evidencia, el precepto transcrito es fundamental para la investigación, pues respalda el derecho a una educación de calidad, así como su contribución a la formación del futuro odontólogo y el perfeccionamiento de la formación universitaria para garantizar la salud bucodental de la población venezolana.

Para culminar, se recurre a las normas contenidas en la vigente Ley del Ejercicio de la Odontología (1970), profesión destinada, según el artículo 1, "...la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden" (p. 1); asimismo, según su artículo 16, los profesionales odontólogos deben estar debidamente capacitados para:

...prestar sus servicios a la comunidad, contribuir al progreso científico y social de la odontología, aportar su colaboración para la solución de los problemas de salud pública creados por las enfermedades bucodentarias, y cooperar con los demás profesionales de la salud en la atención de aquellos enfermos que así lo requieran (p. 3)

En consecuencia, los artículos supra citados poseen significado especial para el estudio, al establecer que el odontólogo debe poseer conocimientos y competencias que le permitan cumplir la misión de velar por la salud estomatológica de las personas, contribuir a prevenir y dar solución a las enfermedades bucodentales, convalidando por tanto los propósitos de la investigación.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

A continuación se presentan los aspectos metodológicos que configuran el proceso investigativo, tal como lo refiere Arias (2012): “Es el “cómo” se realizará el estudio para responder al problema planteado” (p. 110); en otras palabras, se trata de determinar cómo se realizó el estudio, haciendo operativos los elementos del problema investigado tal como se detalla seguidamente.

3.1. Tipo, Nivel y Diseño de Investigación

Las investigaciones, adquieren una naturaleza determinada según sean sus propósitos, partiendo de dicha base, el estudio aquí presentado se inscribe en el paradigma positivista o empírico, que Sabino (2006), define como “El paradigma dominante en algunas comunidades científicas; tradicionalmente, la investigación en educación ha seguido sus postulados y principios” (p. 49); cabe destacar que también se lo denomina cuantitativo, pues se apoya en la estadística para cuantificar, verificar o medir un fenómeno.

Asimismo, atendiendo a los propósitos de la investigación, ésta se enmarcó en la modalidad proyecto especial, definida por la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL, 2011), como aquella que, con apoyo en un estudio documental, de campo o mixto, tiene como finalidad generar soluciones “...que respondan a necesidades e intereses de tipo cultural. Se incluyen en esta categoría los trabajos de elaboración de libros de texto y de materiales de apoyo educativo, el desarrollo de software, prototipos y de productos tecnológicos en general” (p. 16); la definición se ajusta a la intencionalidad del estudio, pues se propone un protocolo en formato video para el manejo clínico en pacientes con mordida profunda en Rehabilitación Prótesis III de la Universidad José Antonio Páez.

Asimismo, se basó en una investigación de campo, definida por Ramírez (2009), como aquella que “Consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), donde el investigador obtiene la información” (p. 31); dicho concepto es aplicable en el presente caso, pues para elaborar el diagnóstico de necesidad de la propuesta las investigadoras recolectaron datos de primera mano en el escenario seleccionado como objeto de estudio.

Igualmente, tuvo nivel descriptivo, definido por Sierra (2007), como aquel donde el investigador hace “...un acercamiento consistentemente racional, verbal y lógico (...) caracterizando hechos o situaciones, poniendo de manifiesto su estructura o comportamiento” (p. 21), pues se describe el diagnóstico para demostrar la necesidad de la propuesta.

Por otro lado, la investigación se caracterizó por tener diseño no experimental transversal; al respecto, Palella y Martins (2010), exponen: “El diseño no experimental es el que se realiza sin manipular en forma deliberada ninguna variable” (p. 45); esto, significa que las investigadoras relataron la realidad tal como se presentó en el contexto real para luego analizarla, sin ejercer ninguna influencia para modificarla. Igualmente, interpretando a Sierra (2007), el término transversal se refiere a la recolección de los datos en un momento específico, lo que se ajusta a la planificación realizada para la presente investigación, donde la data fue recopilada en un solo momento durante el período 2018-I.

3.2. Procedimientos Metodológicos

El proceso investigativo, se realizó en ciertas etapas o fases; en tal sentido, el Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL, 2011), establece que los proyectos factibles y especiales comprenden:

...diagnóstico, planteamiento y fundamentación teórica de la propuesta; procedimiento metodológico, actividades y recursos necesarios para su ejecución; análisis y conclusiones sobre la viabilidad y realización del proyecto y, en caso de su desarrollo, la ejecución de la propuesta y la evaluación tanto del proceso como de sus resultados.” (p. 21)

Ahora bien, siguiendo con tales recomendaciones, las investigaciones de modalidad proyecto factible “...pueden llegar hasta la etapa de las conclusiones sobre su viabilidad y diseño” (p. 21). Es por ello, que en el caso del estudio que aquí se presenta y atendiendo a sus objetivos, las fases a cumplir fueron las que a continuación se describen:

Fase I, Elaboración del diagnóstico: involucra la aplicación de instrumentos de recolección de información, cuyos resultados permitieron demostrar la necesidad de elaborar la propuesta; en tal contexto, fue indispensable el cumplimiento de una serie de procedimientos metodológicos, tal como se explica a continuación:

Población y Muestra

Para Ramírez (2009), población es “El conjunto finito o infinito de elementos, personas o cosas pertenecientes a una investigación.” (p. 84); en esta investigación, la población estuvo integrada por dos estratos, el primero, los 101 estudiantes de Preclínica de Rehabilitación Protésica II en la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, así como los siete (7) docentes de dicha cátedra. Dicha delimitación, obedece a la necesidad de confirmar cuáles son los conocimientos teóricos y prácticos sobre el tallado dental, la factibilidad de la propuesta y los procedimientos requeridos para la preparación de dientes pilares para la confección de prótesis fijas en pacientes con mordida profunda.

Asimismo, continuando al autor nombrado en el párrafo previo, la muestra es concebida como “Subconjunto representativo y finito que se extrae de la población” (p. 83), que en el caso de los estudiantes fue probabilística y fue seleccionada

aleatoriamente asumiendo el criterio del 30%, por lo cual dicho estrato tuvo una muestra de 30 estudiantes.

Ahora bien, en el caso de los docentes fue no probabilística, es decir, que fueron seleccionados intencionalmente; en consecuencia, debido al tamaño reducido de la población, esta fue tomada en su totalidad, tratándose por tanto de una muestra censal.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Al consultar a los autores Hernández, Fernández y Baptista (2009), se advierte que como técnicas e instrumentos se conocen los medios y recursos que utiliza el investigador a fin de recolectar los datos que necesita para alcanzar sus objetivos. Siguiendo este principio se empleó la técnica encuesta, que como refieren los autores mencionados al inicio de este párrafo, consiste en recolectar la opinión de un grupo de personas respecto a una situación o fenómeno.

Ahora bien, a toda técnica de recolección corresponden ciertos instrumentos; que como sostiene Ramírez (2009), son los medios físicos que permiten "...medir las variables contenidas en el problema" (p. 49); para el presente estudio, se diseñaron dos cuestionarios integrados por preguntas cerradas dicotómicas (opciones de respuesta Sí y No), uno para cada estrato muestral, a través de cuya aplicación se obtuvieron los resultados que dieron lugar a la consecución de los objetivos pautados (Anexo A), de acuerdo a las especificaciones del cuadro de variables (Anexo B).

En este sentido, es preciso señalar que todo instrumento debe cumplir con dos requisitos: validez y confiabilidad; para el autor Ramírez (ob.cit.), es válido si mide lo que en realidad pretende medir; por ello, para comprobar la validez de los cuestionarios, estos fueron sometidos a juicio de expertos, uno en metodología y dos en Prostdoncia, quienes dieron su aprobación (Anexo C).

En referencia a la confiabilidad, Sabino (2006), expresa: "Puede ser enfocada como el grado de homogeneidad de los ítems del instrumento en relación con las

características que pretenden medir.” (p. 36); por su parte, Hernández, Fernández y Baptista (2009), estiman que se refiere al grado en que la aplicación repetida del instrumento a las mismas unidades de estudio produce iguales resultados. Para cumplir con este requisito, se efectuaron pruebas piloto con diez estudiantes y diez profesores no pertenecientes a la muestra, que al ser procesados mediante la prueba Kuder Richardson (KR20), arrojaron coeficientes de 0,87 y 0,81 respectivamente, demostrando alta confiabilidad.

Técnicas de Análisis de Datos

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2009), las técnicas de análisis de datos se refieren a los procedimientos que emplea el investigador una vez se encuentra en posesión de los resultados obtenidos mediante la aplicación de sus instrumentos de recolección; en este caso, partiendo del hecho que la opción “Sí” representó la respuesta correcta en cada ítem de los cuestionarios, para la tabulación de los hallazgos se utilizó la estadística descriptiva simple: tabulación de la distribución de frecuencias (n , %) y medida de tendencia central (promedio), según los indicadores de cada dimensión. Asimismo, se representaron gráficamente para su posterior análisis y discusión, procedimientos a partir de los cuales se elaboró el diagnóstico.

Fase II, Factibilidad de la propuesta: para cumplir con este requisito, se solicitó la opinión de los docentes respecto a la viabilidad del recurso didáctico tecnológico propuesto.

Fase III, Planificación y Diseño del Proyecto: para el cumplimiento de esta fase, a partir de los criterios emitidos por los docentes de Prostoponcia consultados, se organizaron los contenidos del protocolo en formato video sobre tallado dental para pacientes con mordida profunda.

CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Objetivo 1. Diagnosticar la necesidad de un video sobre el protocolo de manejo clínico de pacientes con mordida profunda a rehabilitar mediante prótesis fija.

Dimensión: Aprendizaje

Subdimensión: Teoría en tallado dental para prótesis fija en mordida profunda

Items:

- 1.- ¿La preservación de la estructura dentaria es uno de los principios clave en el tallado dental?
- 2.- ¿El tallado dental para prótesis fija en caso de mordida profunda requiere realizar desgastes especiales para proveer retención y resistencia?
- 3.- ¿Es indispensable garantizar la durabilidad estructural mediante el tallado dental en el paciente con mordida profunda?
- 4.- ¿Has sido informado sobre la importancia de la integridad marginal en el tallado de pilares en caso de mordida profunda?
- 5.- ¿Te han enseñado cómo garantizar la preservación del periodonto durante el tallado dental en caso de mordida profunda?
- 6.- ¿Es indispensable reducir el overbite en el paciente con mordida profunda a rehabilitar con prótesis fija?

Tabla 1. Conocimientos teóricos sobre tallado dental para prótesis fija en mordida profunda en estudiantes de Odontología de la Universidad José Antonio Páez

Ítem	SÍ		NO	
	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
1	30	100	0	0
2	16	53	14	47
3	27	90	3	10

Tabla 1 (cont.)

Ítem	SÍ		NO	
	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
4	9	30	23	70
5	8	26	22	74
6	20	66	10	34
\bar{x}	60,83%		39,17%	

Datos recolectados por Chacón y Lemos, 2018

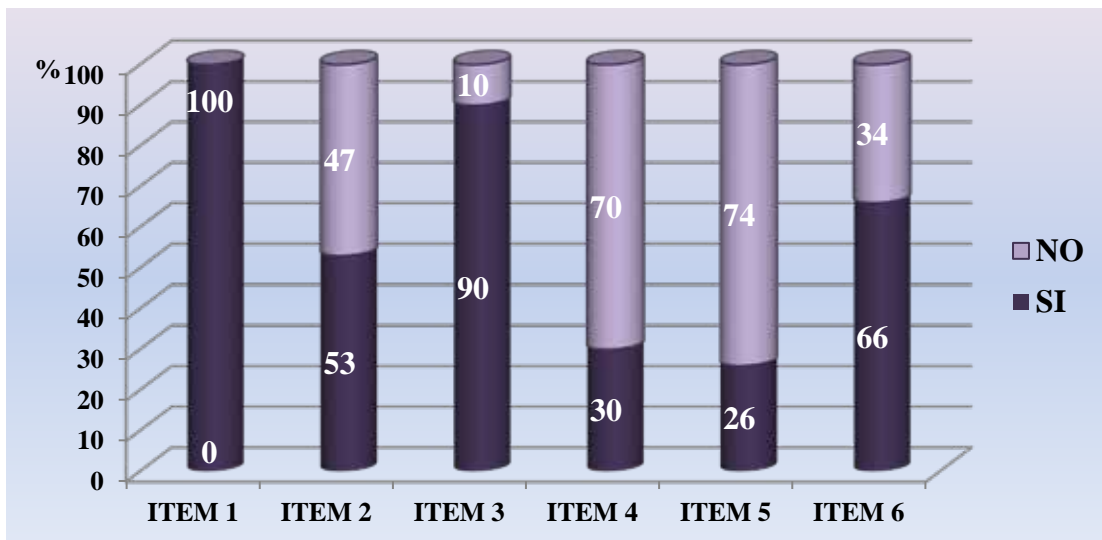


Gráfico 1. Conocimientos teóricos sobre tallado dental para prótesis fija en mordida profunda en estudiantes de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, ítems 1 al 5

Análisis

Según se aprecia en la Tabla y Gráfico 1, los estudiantes encuestados manejan conceptos básicos sobre el tallado dental, específicamente en cuanto a la preservación de la estructura dentaria, procurar la durabilidad estructural del diente pilar, la ejecución de desgastes especiales y reducir el overbite en pacientes con mordida

profunda, donde las tasas de respuesta positiva (Sí) se ubicaron entre 50-100%, en concordancia con las teorías desarrolladas por Schillinburg (2007).

No obstante, para el resto de las preguntas las tendencias fueron negativas, toda vez que fueron seleccionadas respuestas incorrectas (opción No) en las interrogantes realizadas sobre la importancia de la integridad marginal y de la preservación del periodonto durante el tallado de pilares en caso de mordida profunda, cuyos respectivos porcentajes alcanzaron 70% y 74%, respectivamente. De hecho, al extraer el promedio de cada respuestas, la alternativa Sí arrojó 60,83%, lo cual demuestra debilidades en el dominio teórico requerido para la ejecución del tallado requerido en la rehabilitación protésica del paciente con mordida profunda.

Dimensión: Aprendizaje

Subdimensión: Práctica en tallado dental para prótesis fija en mordida profunda

Items:

7.- ¿Has realizado prácticas de conicidad en el simulador recreando un caso de mordida profunda?

8.-¿Posees dominio en lo relativo a libertad de desplazamiento de una prótesis fija para paciente con mordida profunda?

9.-¿Existe una técnica particular para establecer la longitud ocluso-gingival en el tallado de pilares en caso de mordida profunda?

10.-¿Posees dominio práctico en la sustitución de componente interno en el tallado dental del paciente con mordida profunda?

11.- ¿El control visual del paralelismo de las vías de inserción en el tallado debe realizarse son un solo ojo?

12.- ¿Sabes los procedimientos a realizar para la reducción oclusal en el paciente con mordida profunda a rehabilitar con prótesis fija?

13.- ¿La prótesis fija en el paciente con mordida profunda tendrá mejor pronóstico si los márgenes se adaptan a la línea de acabado cavosuperficial del tallado?

14.- ¿Para tallar la línea de terminación en hombro biselado debe utilizarse fresa diamantada cilíndrica de punta plana?

15.- ¿Dominas la realización de desgastes linguales en el tallado dental para rehabilitación en caso de mordida profunda?

16.- ¿El desgaste en el tallado con terminación en hombro biselado mejora la resistencia de la prótesis fija en el paciente con mordida profunda?

Tabla 2. Dominios prácticos de tallado dental para prótesis fija en mordida profunda en estudiantes de Odontología de la Universidad José Antonio Páez

Ítem	SÍ		NO	
	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
7	4	13	26	87
8	6	20	24	80
9	21	70	9	30
10	7	23	23	67
11	10	34	20	66
12	8	26	22	74
13	13	43	17	67
14	19	63	11	37
15	8	26	22	74
16	24	80	6	20
\bar{x}	39,80%		60,20%	

Datos recolectados por Chacón y Lemos, 2018

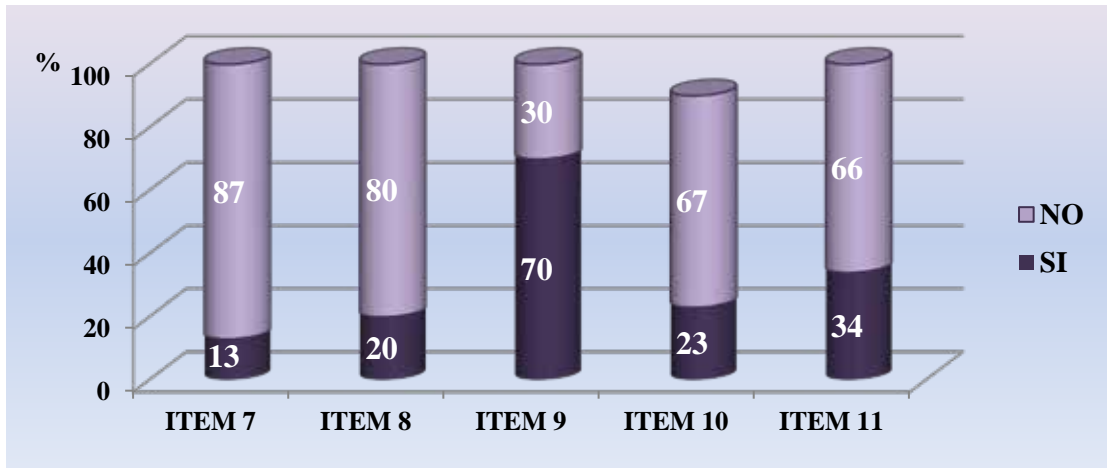


Gráfico 2. Dominios prácticos de tallado dental para prótesis fija en mordida profunda en estudiantes de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, ítems 7 al 11

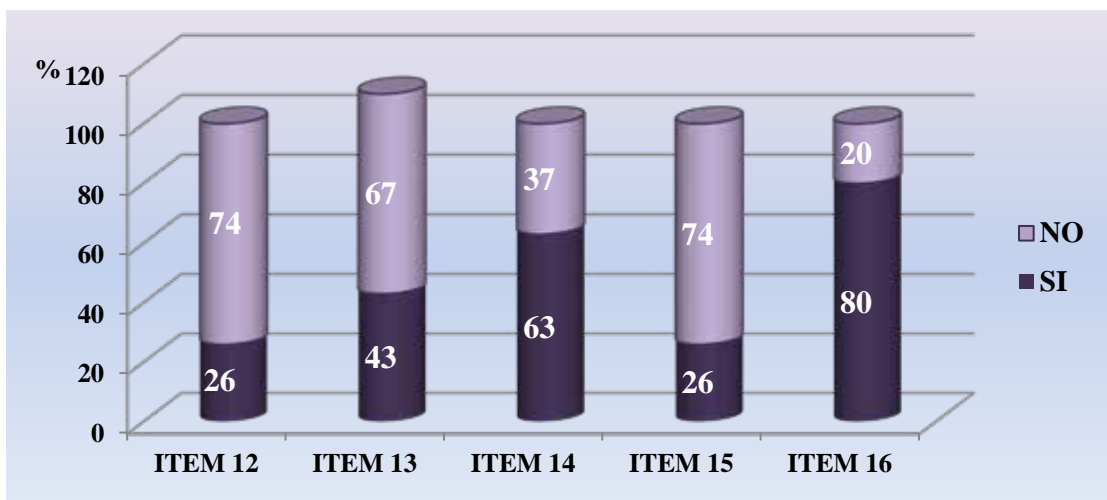


Gráfico 3. Dominios prácticos de tallado dental para prótesis fija en mordida profunda en estudiantes de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, ítems 12 al 16

Análisis

Tal como se verifica en la Tabla 2 y Gráficos 2 y 3; los dominios prácticos son bastante deficientes, puesto que en la mayor parte de las interrogantes formuladas seleccionaron las opciones de respuesta incorrecta; así se confirma en lo relacionado con las prácticas en simulador recreando mordida profunda, libertad de desplazamiento, sustitución de componentes internos, control visual del tallado,

reducción oclusal, línea de acabado y desgastes linguales, indicadores cuyas tasas de repuesta errónea superaron el 60%. Asimismo, en algunos ítems se registraron tendencias positivas dada la selección de la alternativa de respuesta Sí, con tasas entre 70-80%: determinación de longitud ocluso gingival, herramienta y desgaste para el tallado de hombro biselado.

Sin embargo, al extraer el promedio se obtuvo una media estadística de 60,20 de respuestas erradas, lo que representa un desconocimiento generalizado sobre los procedimientos que debe realizar el clínico al momento de tallar las unidades dentarias que servirán como soporte a la prótesis para la rehabilitación del paciente con maloclusión Clase II-2 y mordida profunda.

Por consiguiente, quedan confirmadas las presunciones que dieron lugar a la presente investigación, esto es, que los estudiantes de Preclínica de Rehabilitación Protésica II no reciben la preparación teórico-práctica requerida para el tallado de pilares en el caso específico aludido y, en razón de ello, se diagnostica la necesidad de proponer un protocolo de manejo clínico en pacientes con mordida profunda en Rehabilitación Protésica III.

4.2. Objetivo 2. Estudiar la factibilidad de un video sobre el protocolo de manejo clínico de pacientes con mordida profunda a rehabilitar mediante prótesis fija

Dimensión: Viabilidad

Subdimensión: Video sobre tallado dental para prótesis fija en mordida profunda

Ítems:

1.- ¿Cree que la Escuela de Odontología UJAP cuenta con los recursos técnicos para incorporar un recurso didáctico audiovisual sobre tallado de pilares protésicos para prótesis fija en caso de mordida profunda?

2.- ¿Piensa que la Escuela de Odontología UJAP cuenta con los recursos económicos requeridos para implementar un video didáctico sobre tallado de dientes pilares para prótesis fija en caso de mordida profunda?

3.- ¿Cree que existe disposición institucional en la Escuela de Odontología UJAP para incluir nuevos recursos didácticos en la asignatura Preclínica de Rehabilitación Protésica II?

4.- ¿En su opinión, un video sobre tallado dental para prótesis fija en caso de mordida profunda sería un recurso académico valioso para estudiantes y profesores?

Tabla 3. Factibilidad técnica, económica, institucional y académica de la propuesta según odontólogos docentes de la Universidad José Antonio Páez

Ítem	SÍ		NO	
	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
1	5	71	2	29
2	4	57	3	43
3	6	86	1	14
4	6	86	1	14
\bar{x}	74,97%		25,03%	

Datos recolectados por Chacón y Lemos, 2018

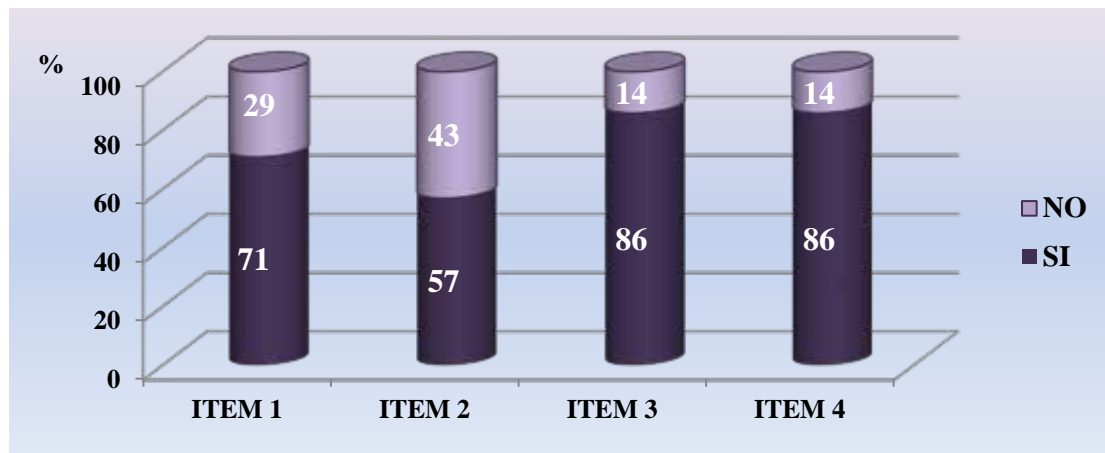


Gráfico 4. Factibilidad técnica, económica, institucional y académica de la propuesta según odontólogos docentes de la Universidad José Antonio Páez

Análisis

Según se evidencia en Tabla 3 y Gráfico 4, la mayoría de los docentes instructores de Prostopodancia consultados manifestaron estar de acuerdo en que la

Escuela de Odontología UJAP cuenta con los recursos técnicos requeridos para incorporar un recurso didáctico audiovisual sobre tallado de pilares para prótesis fija en caso de mordida profunda; asimismo, si bien un sector importante considera que la institución no dispone recursos económicos para implementarlo, hubo unanimidad respecto a la disposición favorable para la incorporación de materiales didácticos en la asignatura Preclínica de Rehabilitación Protésica II, así como en la opinión favorable del video de tallado dental como aporte académico.

En efecto, al extraer el promedio de respuestas, la opción Sí obtuvo 74,97%, indicando en consecuencia que la propuesta es factible desde las perspectivas técnica, institucional y académica; es importante resaltar que el costo de realización del video fue cubierto por las investigadoras, solventando por tanto la viabilidad económica de la propuesta.

4.3. Objetivo 3. Diseñar un video sobre el protocolo de manejo clínico de pacientes con mordida profunda a rehabilitar mediante prótesis fija.

Dimensión: Diseño

Subdimensión: Procedimientos de tallado dental para prótesis fija en mordida profunda

Ítem:

5.- ¿Cuáles serían los contenidos que usted recomendaría para diseñar un video didáctico sobre los procedimientos de tallado dental de pacientes con mordida profunda? Por favor seleccione:

Conicidad 5 Longitud 5 Sustitución componente interno 5

Vía de inserción 5 Reducción oclusal 5 Integridad marginal 5 Reducción de overbite 5 Desgastes 5 Acabados 5

Tabla 4. Procedimientos a incluir en el video de talado dental para pilares en caso de mordida profunda según odontólogos docentes de la Universidad José Antonio Páez

Procedimientos	SÍ		NO	
	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Conicidad	5	71	2	29
Longitud	4	57	3	43
Reducción oclusal	6	86	1	14
Integridad marginal	4	57	3	43
Desgaste	5	71	2	29
Sustitución comp int	4	57	3	43
Vía de inserción	4	57	3	43
Reducción de overbite	5	71	2	29
Acabado	4	57	3	43
\bar{x}		64,88%		35,12%

Datos recolectados por Chacón y Lemos, 2018

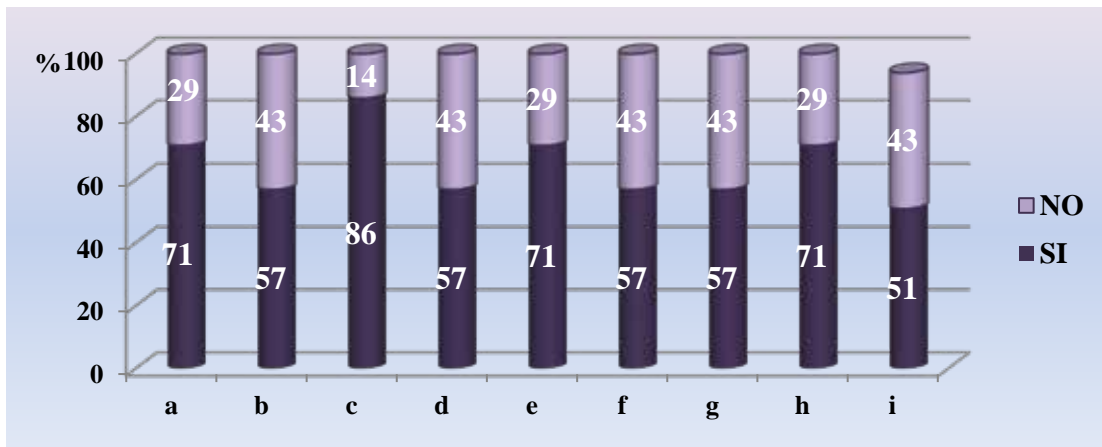


Gráfico 5. Procedimientos a incluir en el video de talado dental para pilares en caso de mordida profunda según odontólogos docentes de la Universidad José Antonio Páez

Análisis

Al observar los datos expresados en Tabla 4 y Gráfico 5, se aprecia que hubo general consenso entre los docentes de Prosthodontia en relación al contenido de procedimientos que debía incorporar el diseño del video de tallado dental para prótesis fijas en paciente con mordida profunda, encontrando concordancia con la literatura consultada.

Dimensión: Diseño

Subdimensión: Presentación

Ítem:

6.- ¿Cuál sería el tipo de presentación que usted recomendaría para el video didáctico sobre los procedimientos de tallado dental en pacientes con mordida profunda? Por favor seleccione:

Digital 5 Físico (impreso) 5

Tabla 5. Presentación del video de tallado dental para pilares en caso de mordida profunda según odontólogos docentes de la Universidad José Antonio Páez

Procedimientos	SÍ		NO	
	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Digital	7	100	0	0
Físico (impreso)	0	0	0	0

Datos recolectados por Chacón y Lemos, 2018

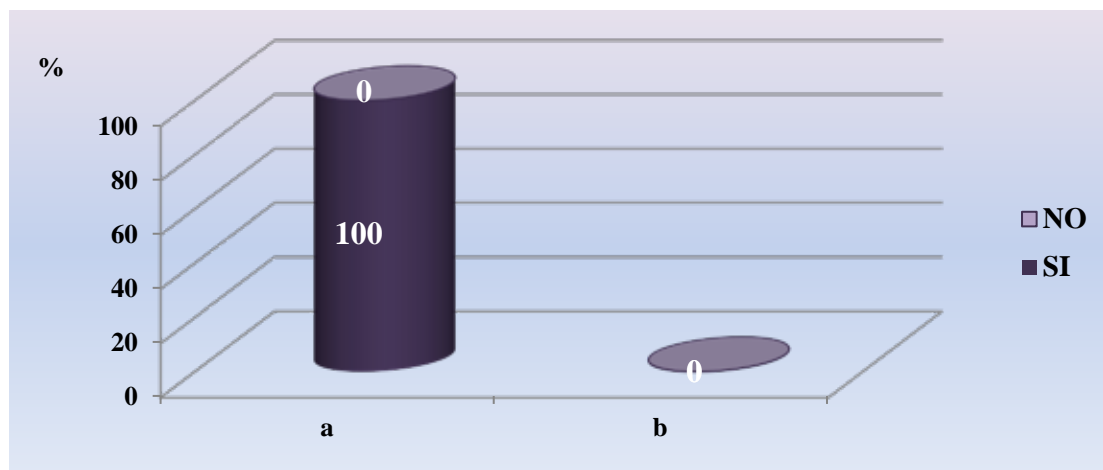


Gráfico 6. Presentación del video de tallado dental para pilares en caso de mordida profunda según odontólogos docentes de la Universidad José Antonio Páez

Análisis

Según los datos expresados en Tabla 5 y Gráfico 6, hubo total unanimidad entre los profesores docentes encuestados respecto a la presentación, pues todos

seleccionaron la opción “digital” para el video de tallado dental para prótesis fijas en casos de mordida profunda; al contrastar estos resultados con los informados por Vegas y Vivez (2013), se advierte la pertinencia de los recursos didácticos digitalizados, pues cuando se disponen en versión impresa están sujetos a deterioro y/o pérdida.

4.4. Conclusiones

- Considerando las debilidades expresadas por los estudiantes en torno a los conceptos teóricos sobre el tallado dental y su escaso dominio en la práctica de procedimientos, se diagnosticó la necesidad de un video sobre el protocolo de manejo clínico de pacientes con mordida profunda a rehabilitar mediante prótesis fija.

- Al estudiar la factibilidad de un video sobre el protocolo de manejo clínico de pacientes con mordida profunda a rehabilitar mediante prótesis fija, se confirmó su viabilidad técnica, económica, institucional y académica.

- Se diseñó el video sobre el protocolo de manejo clínico de pacientes con mordida profunda a rehabilitar mediante prótesis fija, de acuerdo al consenso y recomendaciones de expertos docentes de la Universidad José Antonio Páez en c

Habiendo concretado los objetivos pautados, se concluye que el docente de hoy debe enriquecer e innovar su praxis formativa haciendo uso de los recursos audiovisuales como apoyo a fin de garantizar la formación integral de los estudiantes a su cargo y contribuir así a su futuro desempeño, lo cual tiene especial relevancia en las distintas especialidades de la Odontología y especialmente en la rehabilitación protésica.

4.5. Recomendaciones

- Se sugiere a las autoridades de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad José Antonio Páez incorporar a la plataforma Acrópolis a objeto de que esté disponible para la comunidad odontológica ujjapista.

- Asimismo, se les exhorta a someter a revisión los contenidos de la asignatura Preclínica de Rehabilitación Protésica II, a objeto de perfeccionar la formación teórico-práctica que será indispensable al estudiante para su óptimo desempeño en la Clínica de Rehabilitación Protésica III y su futuro desempeño profesional.

- Se invita a los estudiantes a realizar estudios semejantes y realizar nuevas propuestas que contribuyan a optimizar la formación de quienes serán los profesionales odontólogos del futuro.

CAPÍTULO V

LA PROPUESTA

5.1. Título de la Propuesta

“Video de protocolo para el tallado dental en pacientes con mordida profunda en Rehabilitación Prótesis III”.

5.2. Justificación de la Propuesta

El conocimiento científico, profesional, social, económico y humanístico de la Odontología y específicamente, en el área de Prostodoncia, es fundamental para que el futuro egresado tenga una visión ética y profesional de esta y en general todas las especialidades clínicas, a fin de capacitarle integralmente para enfrentar con éxito los diferentes casos que enfrente una vez se incorpore a la práctica profesional.

El eje central de esta propuesta, surge de la realidad imperante en la práctica docente en la Facultad de Odontología de la Universidad José Antonio Páez, específicamente en la capacitación de los estudiantes en técnicas de tallado dental, en donde aunque la clínica siempre ha girado en torno a la técnica, los conocimientos teórico-prácticos son indispensables para una ulterior ejecución procedimental en el propio paciente. El dilema, radica en que no existe una secuencia lógica de aplicabilidad inmediata, lo cual genera vacíos metodológicos que obstaculizan el éxito de los propósitos planteados.

En tal sentido, son muchas y diversas las acciones de innovación que se están poniendo en práctica en la educación superior con el objeto de superar los esquemas didácticos de educación tradicional, y muchas de estas acciones están apoyadas en las nuevas tecnologías de la información, escenario donde el video, como recurso audiovisual, constituye un medio excelente de apoyo tanto para el estudiante como el personal docente, ya que se trata de un potente mediador de enseñanza y de

aprendizaje que nunca sustituirá el modelaje en vivo del facilitador, pero siempre será valioso y útil como medio de consulta y estudio al alcance de los usuarios en el momento que prefieran.

Desde los argumentos anteriores, se justifica la incorporación del video “Protocolo de manejo clínico en pacientes con mordida profunda en Rehabilitación Protésica III” en la plataforma Acrópolis de la Universidad José Antonio Páez, pues servirá como herramienta para lograr, perfeccionar, ampliar y consolidar saberes que, ulteriormente, se convertirán en las habilidades y destrezas técnicas requeridas para realizar en forma correcta el tallado de dientes pilares de prótesis fijas para la rehabilitación de pacientes con mordida profunda.

5.3. Objetivos de la Propuesta

5.3.1. Objetivo General

Proporcionar un video de protocolo para el tallado dental en pacientes con mordida profunda en Rehabilitación Protésica III.

5.3.2. Objetivos Específicos

Proporcionar a los estudiantes un recurso didáctico sobre la técnica de tallado dental en pacientes con mordida profunda.

Especificar los pasos a seguir en el tallado de pilares para prótesis fija en caso de mordida profunda.

5.4. Organización de la Propuesta

Por tratarse de un recurso audiovisual, a continuación se ilustran y comentan algunos extractos del video producido por el Dr. Martín Correa, tutor del presente

trabajo de investigación, conducido y protagonizado por el Dr. Leonard Bustamante, ambos Especialistas en Prosthodontia y docentes de la Universidad José Antonio Páez.



Figura 1. Fotograma de video explicativo

Figura 1 (Voz al aire): “Cuando vamos a rehabilitar a un paciente, tenemos que evaluar todas las estructuras dentarias, la relación que existe entre ellas, sus contactos, así como también donde están ubicadas, maxilar o mandíbula. Se debe tomar en cuenta la relación que existe entre la mandíbula y el maxilar y una distancia que debemos respetar (dimensión vertical). Al presentar un caso como es la mordida profunda, se debe seguir un protocolo para devolverle al paciente la armonía, como es lo siguiente: uso de articulador, registro de mordida, tallado para pacientes con mordida profunda (forma de tallado, medidas, altura, ancho y conicidad) siempre promocionándole a la prótesis retención, estabilidad y soporte.



Figura 2. Fotogramas de video explicativo

Figura 2 (Voz en off): “Para empezar nuestro tallado debemos tallar sobre la cara vestibular y palatina/lingual del diente tres líneas de 1,5 cm de guía, utilizando la fresa de diamante troncocónica extremo redondeado. Una vez realizadas, se unen las líneas de manera uniforme, dejando así nuestro hombro chaflán”



Figura 3. Fotograma de video explicativo

Figura 3 (Voz en off): “Una vez eliminadas las caras palatinas/linguales y vestibulares, procedemos con la eliminación de los puntos de contacto (caras proximales) con los dientes vecinos, utilizando piedra de diamante punta de flama de forma recta al eje longitudinal del diente, de manera de no tocar el diente vecino”



Figura 4. Fotogramas de video explicativo

Figura 4 (Voz en off): “Proseguimos con respecto a las cúspides (posteriores), debemos tomar en cuenta que existen las cúspides de trabajo (lingual/palatino): se debe rebajar 2,5; las cúspides guías (vestibulares) 1,5. Tallamos el surco central con una fresa balón el cual es nuestra guía. Con nuestra fresa de diamante cilíndrica haremos canales, los cuales nos proporcionarán retención”



Figura 5. Fotogramas de video explicativo

Figura 5 (Voz en off): “Una vez finalizadas las paredes proximales y oclusal y creando un tallado cónico, finalizamos con la eliminación. Empieza la parte más importante: eliminamos por caras mesial, distal, vestibular, palatina/lingual una guía o túnel de 1,5 de grosor en el centro de las caras”



Figura 5. Fotograma de video explicativo

Figura 6 (Voz en off): “La importancia de estos túneles o guías, es que darán mayor soporte”

Los anteriores, son sólo algunos de los fotogramas del video, cuya duración total es de 20 minutos, durante los cuales el espectador podrá apreciar con detenimiento y escuchar las debidas especificaciones de todos y cada uno de los pasos a seguir y las consideraciones a tener en cuenta para el tallado de diente pilares para la rehabilitación protésica en pacientes con mordida profunda.

REFERENCIAS

- Acuña, F., Suárez, I. (2014). *Manual interactivo de aprendizaje sobre articuladores para estudiantes de FACO-LUZ*. Trabajo de grado no publicado. Venezuela: Universidad del Zulia. Disponible: http://sed.luz.edu.ve/jornadas/wp-content/uploads/MANUAL-INTERACTIVO-DE-APRENDIZAJE-SOBRE-ARTICULADORES-PARA-ESTUDIANTES-DE-FACO_LUZ.pdf. [Consulta: 2018, enero 14]
- Alarcón, A. (2014). Etiología, diagnóstico y plan de tratamiento de la mordida profunda - Revisión de la literatura. *Rev Lat Ortodod Odontop*. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/art-2/>. [Consulta: 2018, enero 14]
- Álvarez, H. (2009). Preparaciones racionales en prótesis parcial fija. En Cantoni H. (editor): *Fundamentos, técnicas y clínica en rehabilitación bucal*. 5ª edición. Buenos Aires: Hacheace.
- Arias, F. (2012). *El Proyecto de Investigación: Introducción a la metodología científica*. (6ª edición). Caracas. Episteme.
- Arrieche, L., Ferreira, M. (2013). *Propuesta de un manual para la realización de prótesis parcial removible (PPR) con eje de inserción rotacional dirigidos los estudiantes de las clínicas integrales del adulto UJAP Septiembre - Diciembre 2012*. Trabajo de Grado no publicado. Venezuela: Universidad José Antonio Páez.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2009). *Gaceta Oficial N° 5.908 Extraordinario*. 19 de febrero de 2009.
- Córdova, L., Barzola, M., Gómez, C. (2014). Los videos secuenciales como estrategia didáctica en el aprendizaje de protocolos clínicos. *Rev Apuntes Universitarios*; 4(2): 63-80.
- Diccionario de Términos Prostodónticos (2005). *Prosthodont*; 94: 10-92.
- Golaszewski, A.M. (2013). El software educativo como una alternativa para la enseñanza de la histología en odontología – Revisión bibliográfica. *Acta Odontológica Venezolana*; 51(2). Disponible: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/2/art-24/>. [Consulta: 2018, enero 19]
- Gil B. (2007). *La Educación a Distancia y la Tecnología Educativa en la Facultad de Odontología*. Disponible: <http://www.fundacionbarcelo.com.ar/cread/Expositores/Gil%20de%20Rodriguez.pdf>. [Consulta: 2018, julio 29]

- Graber, T., Vanarsdall, R.L, Vanarsdall, R., Vig, K. (2006). *Ortodoncia: principios y técnicas actuales*. 4ª edición. Madrid: Elsevier.
- Gregoret, J., Tuber, E., Escobar, H., Matos, A. (2014). *Ortodoncia y Cirugía Ortognática. Diagnóstico y planificación*. Madrid: AMOLCA.
- Gunbay, T., Banu, K., Sipahi, A., Bulut, H., Dundar, M. (2011). Enfoque multidisciplinario en un paciente con oligodoncia no sindrómica utilizando técnicas quirúrgicas avanzadas. *Rev Int Odont Rest Period*; 15(3): 296-305.
- Gutiérrez, M.E., González, G., Grau I. (2011). Importancia de la oclusión dentaria en la rehabilitación por prótesis parcial fija. *Rev Cubana Estomatol*; 38(3): 155-164. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000300002&lng=es. [Consulta: 2018, enero 09]
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2009). *Metodología de la Investigación*. (7 edición). México: McGraw-Hill Interamericana
- Herrera, I. (2010). *Rehabilitación protésica de amelogenesis imperfecta generalizada: reporte de un caso*. Disponible: <http://actasdecongreso.sld.cu/downloads/1856/REHABILITACI%D3N%20PROT%C9SICA%20DE%20AMELOG%C9NESIS%20IMPERFECTA%20GENERALIZADA%20REPORTE%20DE%20UN%20CASO.pdf>. [Consulta: 2017, diciembre 19]
- Ley de Ejercicio de la Odontología (1970). *Gaceta Oficial N° 29.288*. 10 de agosto de 1970.
- Ley Orgánica de Educación (2009). *Gaceta Oficial N° 5.929 Extraordinario*. 15 de agosto de 2009.
- Mc Garry, T.J., Nimmo, A., Skiba, J.F., Ahlstrom, R.H., Smith, C.R., Koumjian, J.H., Guichet, G.N. (2004). American College of Prosthodontics. Classification system for the completely dentate patient. *J Prosthodont*; 13(2): 73-82.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Salud bucodental. Nota informativa N° 356*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- Oviedo, S. (2015). *Las TIC como mediadoras de la enseñanza en el marco de la asignatura Prostdoncia IV "B" en la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba*. Trabajo de Postgrado no publicado. Argentina: universidad nacional de Córdoba. Disponible: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/2698/Oviedol%pdf>. [Consulta: 2018, enero 14].

- Palella, S., Martins, F. (2010). *Metodología de la Investigación Cuantitativa*. (3ª edición). Caracas: FEDUPEL.
- Pegoraro, L.F. (2001). *Prótesis Fija*. Sao Paulo. Artes Médicas.
- Paris, N. (2018). *Guia N° 6. Capítulo N° IV*. Disponible: http://investigacionujap.blogspot.com/p/material-de-apoyo_55.html. [Consulta: 2018, marzo 01]
- Proffit, W. (2009). *Ortodoncia Contemporánea*. 4ª edición. Barcelona, España: Elsevier Mosby.
- Ramírez, T. (2009). *Cómo hacer un Proyecto de Investigación*. Caracas: PANAPO.
- Rodríguez, E., White, L. (2008). *Ortodoncia Contemporánea: diagnóstico y tratamiento*. Caracas: Amolca.
- Sabino, C. (2006). *El proyecto de investigación*. Caracas: Panapo.
- Saura, J., Saturno, P. (2010). Protocolos clínicos: propuesta para su diseño y elaboración. *Rev Atención Primaria*; 24(6): 11-18.
- Schillinburg, H. (2007). *Principios básicos en las preparaciones dentales*. Madrid: Quintessence.
- Schillinburg, H. (2009). *Fundamentos esenciales en prótesis fijas*. Madrid: Quintessence.
- Sierra, C. (2007). *Estrategias para la elaboración de un proyecto de investigación*. (2ª edición). Maracay: Insertos Médicos de Venezuela
- Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2011). *Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales*. (5ª edición). Caracas: FEDUPEL.
- Vegas, M., Vivez, C. (2013). *Propuesta de un recurso audiovisual de técnicas y procedimientos clínicos para la elaboración de prótesis fija en dientes tratados endodónticamente*. Trabajo de Grado no publicado. Venezuela: Universidad de Carabobo.
- Xaus, G., Leighton, C., Moncada, G. (2013). *Odontología restauradora: protocolos clínicos*. Santiago: Ediciones UniChile.
-

ANEXOS

ANEXO A
CUESTIONARIO 1 (ESTUDIANTES)

- Todas las preguntas están relacionadas con el tallado dental para rehabilitación con prótesis fija en pacientes con mordida profunda
- Lea atentamente cada pregunta y seleccione con una X la respuesta seleccionada
- Su opinión es indispensable: asegúrese de contestar todas las preguntas
- Si tiene alguna duda, consulte a las investigadoras

Ítem	Preguntas	Respuestas	
		Sí	No
1	¿La preservación de la estructura dentaria es uno de los principios clave en el tallado dental?		
2	¿El tallado dental para prótesis fija en caso de mordida profunda requiere realizar desgastes especiales para proveer retención y resistencia?		
3	¿Es indispensable garantizar la durabilidad estructural mediante el tallado dental en el paciente con mordida profunda?		
4	¿Has sido informado sobre la importancia de la integridad marginal en el tallado de pilares en caso de mordida profunda?		
5	¿Te han enseñado cómo garantizar la preservación del periodonto durante el tallado dental en caso de mordida profunda?		
6	¿Es indispensable reducir el overbite en el paciente con mordida profunda a rehabilitar con prótesis fija?		
7	¿Has realizado prácticas de conicidad en el simulador recreando un caso de mordida profunda?		
8	¿Posees dominio en lo relativo a libertad de desplazamiento de una prótesis fija para paciente con mordida profunda?		
9	¿Existe una técnica particular para establecer la longitud ocluso-gingival en el tallado de pilares en caso de mordida profunda?		
10	¿Posees dominio práctico en la sustitución de componente interno en el tallado dental del paciente con mordida profunda?		
11	¿El control visual del paralelismo de las vías de inserción en el tallado debe realizarse con un solo ojo?		
12	¿Sabes los procedimientos a realizar para la reducción oclusal en el paciente con mordida profunda a rehabilitar con prótesis fija?		
13	¿La prótesis fija en el paciente con mordida profunda tendrá mejor pronóstico si los márgenes se adaptan a la línea de acabado cavosuperficial del tallado?		
14	¿Para tallar la línea de terminación en hombro biselado debe utilizarse fresa diamantada cilíndrica de punta plana?		
15	¿Dominas la realización de desgastes linguales en el tallado dental para rehabilitación en caso de mordida profunda?		
16	¿El desgaste en el tallado con terminación en hombro biselado mejora la resistencia de la prótesis fija en el paciente con mordida profunda?		

Gracias por su participación

CUESTIONARIO 2 (DOCENTES)

Estimado Profesor:

A continuación se le presenta una serie de preguntas, cuya finalidad es recolectar la información necesaria para la elaboración del estudio titulado “Protocolo de manejo clínico en pacientes con mordida profunda en Rehabilitación Protésica III”. Para ello, seleccione la opción de respuesta que se ajuste a su opinión.

Ítem	Pregunta	Sí	No
1	¿Cree que la Escuela de Odontología UJAP cuenta con los recursos técnicos para incorporar un recurso didáctico audiovisual sobre tallado de pilares protésicos para prótesis fija en caso de mordida profunda?		
2	¿Piensa que la Escuela de Odontología UJAP cuenta con los recursos económicos requeridos para implementar un video didáctico sobre tallado de dientes pilares para prótesis fija en caso de mordida profunda?		
3	¿Cree que existe disposición institucional en la Escuela de Odontología UJAP para incluir nuevos recursos didácticos en la asignatura Preclínica de Rehabilitación Protésica II?		
4	¿En su opinión, un video sobre tallado dental para prótesis fija en caso de mordida profunda sería un recurso académico valioso para estudiantes y profesores?		
5	<p>¿Cuáles serían los contenidos que usted recomendaría para diseñar un video didáctico sobre los procedimientos de tallado dental de pacientes con mordida profunda? Por favor seleccione:</p> <p>Conicidad ☐ Longitud ☐ Sustitución componente interno ☐ Vía de inserción ☐ Reducción oclusal ☐ Integridad marginal ☐ Reducción de overbite ☐ Desgastes ☐ Acabados ☐ Otros: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
6	<p>¿Cuál sería el tipo de presentación que usted recomendaría para el video didáctico sobre los procedimientos de tallado dental en pacientes con mordida profunda? Por favor seleccione:</p> <p>Digital ☐ Físico (impreso) ☐</p>		

Gracias por su participación

ANEXO B

VARIABLES

Variable	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Instrumento/Ítem
Diagnóstico	Aprendizaje	Teoría en tallado dental para prótesis fija en mordida profunda	<ul style="list-style-type: none"> - Preservación de la estructura dentaria - Retención y resistencia - Durabilidad estructural - Integridad marginal - Preservación del periodonto - Reducción de overbite 	Cuestionario 1 1 2 3 4 5 6
		Práctica en tallado dental para prótesis fija en mordida profunda	<ul style="list-style-type: none"> - Conicidad - Libertad de desplazamiento - Longitud - Sustitución componente interno - Vía de inserción - Reducción oclusal - Integridad marginal - Instrumentos de tallado - Desgastes linguales - Desgastes proximales 	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
Factibilidad	Viabilidad	Video sobre tallado dental para prótesis fija en mordida profunda	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica - Económica - Institucional - Académica 	Cuestionario 2 1 2 3 4
Diseño	Contenido	Procedimientos de tallado dental para prótesis fija en mordida profunda	<ul style="list-style-type: none"> - Conicidad - Longitud - Sustitución componente interno - Vía de inserción - Reducción oclusal - Integridad marginal - Reducción de overbite - Desgastes - Acabados - Otros 	5
		Presentación	<ul style="list-style-type: none"> - Digital - Físico (impreso) 	6

ANEXO C VALIDACIÓN



República Bolivariana de Venezuela
Ministerio del Poder Popular para la Educación
Universidad José Antonio Páez
Escuela de Odontología

FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los ítems que conforman el instrumento Cuestionario 1 (estudiantes), en cuanto a tres aspectos específicos; para ello, sírvase marcar con una X en la alternativa que Ud. considere correcta.

TITULO DEL TRABAJO: Protocolo de manejo clínico en pacientes con mordida profunda en Rehabilitación Protésica III

AUTORAS: Chacón Neyvi, Lemos Oriana

Ítems	CRITERIOS								
	Pertinencia (Oportunidad Conveniencia)		Claridad (Redacción)		Coherencia (Correspondencia)		Decisión		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Dejar	Modificar	Quitar
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:
APLICABLE: _____ NO APLICABLE: _____
APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I	Firma
Profesión	Nivel Académico	Fecha