



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
SEDE SANTIAGO

**Percepción de la relación estudiante-paciente: Una mirada por
parte de sus actores en la Facultad de Odontología de la
Universidad San Sebastián, Sede Santiago, Campus Bellavista**

Tesis para optar al Grado de Magíster en Educación Universitaria para Ciencias
de la Salud

Profesor Guía: Mg. Giorgina Ferri

Estudiante(s): Paulina Andrea Pacheco Acuña

María Valentina Parra Marisio

Santiago, Chile

2018

© Paulina Andrea Pacheco Acuña y María Valentina Parra Marisio

Se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra, con fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento.

Hoja de Calificación

En _____, el ____ de _____ del _____, los siguientes firmantes dejan constancia que los estudiantes _____ y _____ han aprobado la Tesis para optar al grado de Magíster en Educación Universitaria para Ciencias de la Salud con una calificación _____.

Nombre y firma del docente evaluador

Nombre y firma del docente evaluador

Nombre y firma del docente evaluador

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen	v
Abstract	vi
1. Antecedentes del Problema	1
1.1 Formulación del Problema	1
1.2 Hipótesis Nula	3
1.3 Objetivos	3
2. Marco Teórico y Conceptual	5
2.1 Relación Odontólogo-Paciente	6
2.2 La comunicación en la relación odontólogo-paciente	11
2.3 El currículo oculto.	13
2.4 Acercamiento temprano a la clínica	16
2.5 La atención de los primeros pacientes	18
2.6 Tutoría Clínica	19
3. Metodología de la Investigación	21
3.1 Diseño de la Investigación	21
3.2 Instrumentos	21
3.3 Consentimiento Informado	23
3.4 Población y muestra	23
3.4.1 Criterios de inclusión de la muestra de estudio	24
3.4.2 Criterios de exclusión de la muestra de estudio	24
3.4.3 Recolección de la información	24

3.5 Análisis de datos	29
4. Presentación de Resultados y Discusión	32
4.1 Resultados	32
4.2 Discusión	45
5. Conclusiones y Sugerencias	55
6. Bibliografía	59
7. Anexos	66

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla n°1 Operacionalización de las variables para Estudiantes.	26
Tabla n°2 Operacionalización de las variables para Pacientes.	27
Tabla n°3 Asignaturas que enseñan relación médico paciente, según estudiantes.	28
Tabla n°4 Categorías según inseguridad en primera atención.	29
Tabla n°5 Categorías de modelaje relación Tratante Paciente.	29
Tabla n°6 Puntaje por respuesta. Encuesta estudiantes.	30
Tabla n°7 Puntaje por respuesta. Encuesta pacientes.	31
Tabla n°8 Distribución de la población de estudio.	32
Gráfico n°1 Percepción Estudiantes, de la relación estudiante paciente en Clínicas Integradas I y II.	34
Gráfico n°2 Percepción Pacientes, de la relación estudiante paciente en Clínicas Integradas I y II.	35
Gráfico n°3 Pregunta 20: Inseguridades del estudiante al relacionarse y comunicarse con paciente.	37
Tabla n°9 Respuestas pregunta número 20. Encuesta Estudiantes.	37
Gráfico n°4 Pregunta 19: Asignaturas referidas por estudiantes	41
Gráfico n°5 Pregunta 21: Tipo de Modelaje que le hubiera gustado recibir a Estudiante.	42
Tabla n°10 Respuestas pregunta número 21. Encuesta Estudiante	42

RESUMEN

En los últimos años, la relación médico paciente ha presentado muchos cambios, siendo ahora centrada en el paciente. Para comprender esta relación, es necesario conocer el punto de vista de ambos actores y los factores que la afectan. Este estudio fue realizado a un grupo de 80 estudiantes y 80 pacientes seleccionados al azar de Clínica Integrada I y II de la Universidad San Sebastián, Sede Santiago, Campus Bellavista el año 2018, aplicando un cuestionario basado en el cuestionario PREMEPA, el cual fue modificado y validado para Odontología sobre la relación tratante paciente, aplicado a ambos participantes. El propósito de este estudio fue determinar la percepción de la relación tratante paciente entre ambos participantes. En este estudio se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de diversos aspectos. La encuesta se agrupó en 4 categorías: Confianza, Comunicación, Empatía y Responsabilidad, esta percepción fue categorizada en: Excelente, Adecuada, Deficiente. Además, se analizó la visión del estudiante acerca de las asignaturas en las que se enseña sobre la relación médico paciente y como creen ellos sería beneficioso aprender sobre esto. Los resultados demuestran que la percepción de ambos participantes acerca de esta relación es excelente. No se observaron diferencias significativas, en la percepción de la relación entre los estudiantes mujeres y hombres ni entre los estudiantes de Clínica Integrada I y II.

Palabras Claves: Relación médico paciente. Odontología. Comunicación. Empatía.

ABSTRACT

In recent years, the patient physician relationship has presented many changes, now being patient-centered. To understand this relationship, it is necessary to know the point of view of both actors and the factors that affect it. This study was conducted to a group of 80 students and 80 randomly selected patients from Integrated Clinic I and II of San Sebastian University, Santiago Campus, Bellavista Campus in 2018, applying a questionnaire based on the PREMEPA questionnaire, which was modified and validated for Dentistry on the patient treatment relationship, applied to both participants. The purpose of this study was to determine the perception of the patient treating relationship between both participants. In this study, a quantitative and qualitative analysis of various aspects was carried out. The survey was grouped into 4 categories: Confidence, Communication, Empathy and Responsibility, this perception was categorized into: Excellent, Adequate, Deficient. In addition, the student's vision about the subjects in which the patient doctor relationship is taught and how they believe it would be beneficial to learn about this was analyzed. The results show that the perception of both participants about this relationship is excellent. No significant differences were observed in the perception of the relationship between male and female students nor among the students of Integrated Clinic I and II.

Key words: Patient doctor relationship. Odontology. Communication. Empathy.

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En un comienzo, la atención en el área de la salud, era centrada en las enfermedades. Pero desde hace unos 30 años aproximadamente, el enfoque en la atención centrada en el paciente se ha visto impulsada. Esto tiene relación con la formulación del "*no hay enfermedades sino enfermos*" (Marañón, 1962), modelo en el cual se tiene en cuenta no solo la dolencia orgánica sino cómo la vive el paciente y cómo afecta tanto a su sistema de valores como a su entorno.

Las actuales declaraciones éticas se basan en un nuevo modelo de relación clínica que enfatiza la deliberación y participación tanto del tratante como del paciente en la toma de decisiones.

La relación entre un tratante y su paciente, es una de las relaciones interpersonales más complejas que existen, ya que implica la interacción de dos individuos en posiciones diferente y no voluntarias.

La Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAME) en 1999, publicó un informe sobre la comunicación médico-paciente, donde se determinó que las escuelas de medicina debían realizar una evaluación formal de la calidad de la comunicación de sus estudiantes. Los informes más recientes, elaborados por el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de los Estados Unidos, exigen que las escuelas de medicina para ser acreditadas, enseñen las habilidades comunicacionales de manera formal y sujeta a evaluación tanto en sus programas de pregrado como de postgrado; esto debido al crecimiento exponencial de la evidencia que da cuenta de la eficacia de la comunicación en medicina y el apoyo que han otorgado dichos resultados en la práctica.

Actualmente se cuenta con una sólida evidencia acerca de las habilidades necesarias para lograr una comunicación efectiva y se ha establecido que pueden ser enseñadas y por lo tanto aprendidas, además han aparecido métodos que facilitan la observación de las entrevistas médicas: la filmación, la utilización del espejo unidireccional y el uso de pacientes simulados en la docencia, entre otros. Lo que ha permitido mejorar la investigación, enseñanza y evaluación de esta área. (32)

En el área de la Odontología, al igual que en toda el área de la salud, el conocimiento y destreza técnica no son los únicos prerrequisitos para lograr una buena práctica (17), las habilidades comunicacionales se pueden atrofiar si no se tiene conciencia de ellas y no se practican o refuerzan. Entre los dentistas hay consenso sobre la importancia de los componentes de ciencias del comportamiento y destrezas de comunicación como componentes importantes en la educación dental (17). A pesar de este reconocimiento y la importancia de que este aparezca en el currículo de la Carrera de Odontología, la realidad es muy diferente, tanto en la enseñanza como en su evaluación.

A pesar de que las destrezas necesarias para entablar una adecuada relación con el paciente, pueden aprenderse en el ambiente clínico por ensayo y error, un enfoque más formal es más eficiente y aumenta la confianza del estudiante (13). Además, como está demostrado, es una habilidad que se desarrolla con el tiempo, por lo que es importante que esto sea enseñado a lo largo de la carrera de Odontología, ya que puede ser un factor de estrés y ansiedad para los estudiantes cuando inician la atención de paciente (33).

El valor de una buena comunicación y el construir una efectiva relación con su paciente, habla de una correcta relación médico paciente la cual genera una serie de beneficios para todos los actores del proceso (7, 8, 25, 41, 47, 49, 52) y se encuentra avalada por distintos estudios que muestran que estas habilidades, pueden mejorar la satisfacción del paciente y el tratante, mejora la entrega de

información importante, aumenta la adherencia al tratamiento, disminuye el stress emocional, permite la toma de decisiones éticas y clínicas, mejora los parámetros fisiológicos y en general mejora el tratamiento (10). Una habilidad para comunicarse efectivamente con el paciente, utilizar escucha activa, reunir e impartir información correctamente, manejar las emociones del paciente y demostrar empatía, lograr rapport, tener conciencia ética y profesionalismo es crucial para lograr un exitoso tratamiento, por esto es importante una adecuada relación médico-paciente. (17)

El propósito de este estudio, es determinar cómo perciben la relación médico paciente, los dos participantes principales de esta interacción, y así tener una visión de esta en la Carrera de Odontología de la Universidad San Sebastián, Sede Santiago.

1.2 HIPÓTESIS NULA

No existen diferencias de percepción en la relación odontólogo paciente entre los estudiantes y pacientes.

1.3 OBJETIVOS

- **Objetivo General**

Determinar la percepción de la relación estudiante paciente de los actores que forman parte de esta interacción, en la Clínica de Odontología Integral del Adulto I y II en la Facultad de Odontología de la Universidad San Sebastián, Sede Santiago, Campus Bellavista, año 2018.

- **Objetivos Específicos**

1. Determinar la percepción de los estudiantes sobre la relación estudiante-paciente en Clínicas Integradas I y II de la Facultad de Odontología de la Universidad San Sebastián, Sede Santiago, Campus Bellavista, año 2018.
2. Determinar la percepción de los pacientes sobre la relación estudiante-paciente con el estudiante tratante en la asignatura de Clínicas Integradas I y II de la Facultad de Odontología de la Universidad San Sebastián, Sede Santiago, Campus Bellavista, año 2018.
3. Comparar la percepción de los estudiantes hombres v/s mujeres en relación a su apreciación sobre la relación estudiante-paciente en la asignatura de Clínicas Integradas I y II de la Facultad de Odontología de la Universidad San Sebastián, Sede Santiago, Campus Bellavista, año 2018.
4. Comparar la percepción de los estudiantes de Clínicas Integradas I v/s los de Clínicas Integradas II de la Facultad de Odontología de la Universidad San Sebastián, Sede Santiago, Campus Bellavista, año 2018 en relación a su apreciación sobre la relación estudiante-paciente.
5. Conocer la perspectiva de los estudiantes acerca de si ha sido enseñada y como debería enseñarse la relación médico paciente a lo largo de la Carrera.

2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Según la Real Academia Española el dentista u odontólogo es la persona profesionalmente dedicada a cuidar la dentadura, reponer artificialmente sus faltas y curar sus enfermedades.

La Asociación Dental Americana (ADA), define el rol del Cirujano dentista, como doctores que se especializan en la salud oral y dentro de sus responsabilidades es encuentra (2):

- Diagnosticar enfermedades orales.
- Promover la salud oral y prevención de enfermedades.
- Crear planes de tratamientos para mantener y restablecer la salud oral de sus pacientes.
- Interpretar los exámenes radiográficos y pruebas diagnósticas.
- Asegurar la administración segura de anestésicos.
- Monitorear el crecimiento y desarrollo de dientes y mandíbula.
- Realizar procedimientos quirúrgicos en los dientes, hueso y tejidos blandos de la cavidad oral.

El cirujano dentista tiene una misión con las personas que solicitan de su ayuda frente a un determinado problema y acuden a ellos depositando toda su confianza, es por esto que la competencia profesional de un Dentista no se limita solo a la efectividad técnica, sino que también forman parte de ella el trato humano y la relación que este tenga con su paciente. Es conocido que parte de la preparación del odontólogo para enfrentar la vida laboral implica conocer los factores de interacción y comunicación que le permitan entenderse con sus pacientes. (28)

Durante las últimas décadas diversas instituciones formadoras en Ciencias de la Salud han considerado que para que el plan de estudios tenga un perfil de egreso

adecuado, debe estar presente la relación entre el profesional de la salud y el paciente durante todo el proceso de formación de los estudiantes; mostrando gran interés en la inserción de enfoques interdisciplinarios y la introducción de cambios que buscan la adquisición de competencias respecto a prácticas para la comunicación, la observación, el trabajo en equipo y las actitudes de base en valores humanitarios sólidos (28). La actual forma de enseñar esta área es de una forma más bien informal, donde generalmente se delega a la propia iniciativa y responsabilidad del estudiante y docente y no se observa como parte importante del currículo (51).

Los pacientes requieren tratantes con habilidades para diagnosticar y tratar sus enfermedades, y a su vez, que sean capaces de comunicarse con ellos con eficacia (37). Esto recalca la importancia de enseñar estas habilidades a los estudiantes, diversos estudios han revisado las razones por las cuales se producen reclamos o demandas hacia los Odontólogos y entre estas la mayoría han sido debido a casos que infringen artículos de la ley, que destacan la adecuada comunicación con el paciente, como es en el caso de un estudio realizado en Colombia (44). En Chile los estudios muestran que más del 90% de cualquier reclamo o demanda se encuentra asociada a una relación médico-paciente defectuosa, indicando que incluso cuando la relación clínica es buena, los reclamos son infrecuentes, inclusive en casos de negligencia; pero cuando la relación es mala, los reclamos se multiplican, incluso sin fundamento (38). Cuando los pacientes son respetados y se encuentran satisfechos con su tratante son menos propensos a presentar una queja formal y llevar a cabo una demanda legal. (24)

2.1 Relación Odontólogo- Paciente

La relación entre el dentista y su paciente es una modalidad de las múltiples relaciones interpersonales que realiza el hombre, esta comienza a desarrollarse desde el primer contacto cuando el paciente acude al odontólogo solicitando ayuda para el alivio de su enfermedad. En el área médica esta relación se define

según el Glosario de Bioética (2001) como “una relación asimétrica, modulada por factores sociales y culturales, que se da en un plano intelectual y técnico, pero también afectivo y ético [...] relación de amistad que se establece entre el médico y su paciente con vistas a la curación, alivio y apoyo en la enfermedad” (4).

Estudios han descrito diferentes características esenciales de toda relación médico-paciente como: confianza, responsabilidad, alianza y competencia, empatía, comunicación (32, 47).

La relación que se establece entre un tratante y su paciente permite obtener una mejor información acerca de él, favoreciendo la formulación de un correcto diagnóstico, toma de decisiones éticas y clínicas, mejorando así la satisfacción de ambos.

Emanuel EJ y Emanuel LL, en el año 1999, describieron 4 modelos de esta relación (11):

- **El modelo paternalista**, en el cual el profesional actúa como tutor del paciente, determinando y poniendo en práctica aquello que sea mejor para él.
- **El modelo informativo**, donde el profesional es un suministrador de experiencia técnica y dota al paciente de los medios necesarios para ejercer el control de la situación.
- **El modelo interpretativo**, en este modelo el profesional es un consejero, desarrolla un papel consultivo, facilitando al paciente la información relevante, ayudándole a aclarar valores y sugiriéndole las intervenciones médicas que mejor los lleven a cabo.
- **El modelo deliberativo**, donde el profesional actúa como un maestro o amigo, comprometiendo al paciente en un diálogo sobre qué tipo de acción sería la mejor para él.

Siendo este último modelo el que consideran como ideal para la relación del paciente con su tratante, sin embargo, los cuatro modelos pueden ser apropiados cuando varían las circunstancias clínicas, sirviendo de guía a los tratantes y pacientes en diferentes momentos.

Finalmente lograr una adecuada relación médico-paciente es importante ya que genera beneficios para ambos participantes:

- Por un lado, el paciente se siente escuchado, respetado en sus opiniones, preocupaciones y miedos, genera mayor confianza y cercanía con su tratante, lo que permite mejores resultados de tratamientos, mayor satisfacción por parte del paciente y mayor asistencia y persistencia a los tratamientos. Al sentir mayor confianza relata más sobre sus síntomas y preocupaciones, mejorando el diagnóstico, recibiendo mayor información acerca de su enfermedad y participa más en el tratamiento y educación, consiguiendo mayor satisfacción, menor stress emocional y mejor calidad de vida.
- Para los estudiantes, permite que la relación que ellos pueden llegar a establecer con sus paciente sea más profesional, acercándolos a la forma en la que un Cirujano Dentista titulado debiera relacionarse con ellos, deja de ser un factor de stress al cual se ven sometidos sobre todo el primer año de clínica, disminuyen las posibilidades de que el paciente deje su tratamiento inconcluso y se compromete con su paciente de manera integral, preocupándose de entregarles la mejor atención posible al generar un alto grado de empatía.

Existen diversas características de la relación tratante paciente, estas pueden ser, del ambiente, del paciente y del tratante. Entre los más estudiados que se relacionan con el tratante, se encuentran la empatía y comunicación, también se describe la confianza, responsabilidad, competencia, alianza (4, 18, 22, 34, 39). Según lo mencionado anteriormente, se estimó agrupar para esta investigación, la relación odontólogo paciente en 4 características esenciales:

a) **Confianza**, conocida como la sensación de la persona sobre la competencia profesional propia o de quien lo atiende.

b) **Comunicación**, constructo técnico entre quien entrega y quien recibe la información. Es la capacidad de saber que decir, a quién y cómo (45). Se ha demostrado que cuando existe una efectiva comunicación entre el tratante y su paciente mejora la eficacia en el diagnóstico, facilita la toma de decisiones éticas y el pronóstico, aumentando por ende la satisfacción tanto del paciente como del tratante y ayuda a disminuir la ansiedad del paciente. (23)

La comunicación en el área de la salud no es un aspecto de la personalidad si no una serie de destrezas aprendidas que pueden ser enseñadas, aprendidas y retenidas. (17)

c) **Empatía**, La Asociación Americana de Colegios de Medicina (AAMC) define empatía como “considerar como uno mismo a la otra persona” y coloca el desarrollo de la empatía como un factor importante para mejorar la relación tratante paciente. Esta Asociación, la categorizó como uno de los objetivos de aprendizaje en las Escuelas de Medicina “el tratante debe ser empático y tener compasión en el cuidado de sus pacientes”. Por esto el desarrollo de la empatía durante la carrera, debe jugar un rol fundamental ya que afecta su habilidad de comunicarse con los pacientes (3). También se define como la capacidad para ponerse en el lugar del otro y hacérselo saber, de sentir como el otro siente comprendiendo sus motivos aún sin aceptarlos o discrepando con ellos. El concepto de empatía en el ámbito de la salud es diverso, pero generalmente se encuentra asociado a ideas de compasión, atención, cuidado, todas las cuales culminan en un tipo de acompañamiento deseable que genera comprensión y un rapport positivo con los pacientes. Uno de los desafíos de medir la empatía entre profesionales de la salud es la abundancia de descripciones de empatía desde varios aspectos de la psicología y neurociencia. Empatía en el área de la salud se ha caracterizado como un proceso interpersonal, habilidad individual trato o

estado. Diversos estudios relacionan una correcta empatía con una mejor competencia clínica, comunicación y relación médico-paciente.

La empatía es un concepto complejo, pero muy estudiado en la relación médico paciente, multidimensional que involucra la habilidad de poder:

- a. Entender la situación del paciente, su perspectiva y sentimientos.
- b. Comunicar el entendimiento de sus problemas y aprehensiones
- c. Actuar en base a ese entendimiento con el paciente de una manera terapéutica

La empatía mejora el resultado y puede mejorarse con enseñanza focalizada con docencia experiencial. En contexto general, demostraciones de empatía involucran intentos de entender las experiencias de otros y sentimientos y la habilidad de reflejar ese entendimiento. (46)

A su vez, la Asociación Americana de Educación Dental (ADEA) enlista como segunda prioridad, proveer cuidado empático a todos los pacientes en las competencias para entrenamiento dental. (34)

d) Responsabilidad, cumplimiento de las obligaciones o el cuidado al tomar decisiones y realizar algo. (27)

Existen factores como el género del tratante, que también puede afectar la relación médico paciente, en estudios se ha observado que las mujeres, suelen tener mayor inseguridad y desconfianza en ellas y al comunicarse con los pacientes, pero suelen ser más empáticas, ambos factores pueden alterar la relación general. Se ha planteado que las mujeres son más receptivas que los hombres a las señales emocionales, esto puede ayudar a la comprensión.

2.2 La comunicación en la relación Odontólogo - Paciente

La comunicación se define como un proceso de carácter social e interpersonal mediante el cual se producen intercambios de mensajes, verbales y no verbales y ejerce una influencia recíproca entre los interlocutores y propicia diversas interacciones racionales y emocionales entre estos (20).

La comunicación implica aspectos lingüísticos psicológicos y sociológicos y se entiende como la capacidad de saber que decir, a quien, cuando, como decirlo y cuando callar, implica el uso de habilidades y estilos en relación a las características y exigencia de los participantes y contexto donde se dé y se considera un aspecto importante de la competencia profesional en el área de la salud (1).

Por otro lado, una de las causas de una débil competencia comunicativa está en el poco reconocimiento de la importancia de esta dimensión en el ejercicio de la Odontología, existe la creencia de que la comunicación con el paciente es una habilidad innata, influenciada únicamente por los valores desarrollados en el hogar e inclusive, factores externos políticos, culturales, legales y tecnológicos (15).

Moore (2012), define una serie de características de la comunicación en la relación clínica que debe desarrollarse en el estudiante: (32)

- La comunicación es una competencia clínica básica
- El aprendizaje de esta característica no comienza de cero, sino de diferentes niveles en diferentes estudiantes
- Las habilidades comunicacionales aprendidas en su vida antes de entrar a la carrera, requieren adaptación para la relación médico-paciente
- El nivel alcanzable es infinito: no se llega a ser «experto» en comunicación, nadie podrá decir lo sé todo

- La comunicación en medicina es una serie de habilidades aprendidas
- No es un rasgo de personalidad
- Todos pueden aprender
- Requiere una enseñanza formal, no solamente aprendizaje por experiencia.
- Requiere enseñanza teórico-práctica, didáctico-experiencial
- El reflexionar mediante una retroalimentación específica sobre su conducta observable permite al estudiante darse cuenta, reconocer y mejorar su competencia relacional

La comunicación *efectiva* es uno de los pilares para tener una buena relación con el paciente; es un acto central en la práctica clínica, las habilidades comunicacionales son específicas, observables y pueden evaluarse, lo que hace que sea una responsabilidad, dentro de la formación de un estudiante, otorgarle las herramientas necesarias para su mejora (13).

Para lograr una comunicación efectiva se necesita de una enseñanza formal y no solo aprender por experiencia. Enseñar estas habilidades de comunicación debería realizarse a lo largo de toda la carrera, lo que se dificulta por la poca disponibilidad para esto en la malla y en el tiempo de la facultad. Permitir que los estudiantes comiencen a entablar esta relación sin supervisión previa o guía, puede arriesgar a pasar por alto patologías psicológicas de los pacientes, no lograr disminuir el stress al que se ven enfrentados los estudiantes al comenzar su atención a pacientes, o que esta habilidad innata para comunicarse que algunos pueden tener, se pierda si no es reforzada. (31, 50)

Además de una comunicación verbal efectiva, el comportamiento y la comunicación no verbal del odontólogo son de suma importancia para lograr la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento y decisiones médicas compartidas. (41)

Del mismo modo como la comunicación verbal consiste en escuchar y hablar, la comunicación no verbal, consiste en percibir y expresar. Molinero (2017), define la comunicación no verbal como el proceso de comunicación en el que existe un envío y recepción de mensajes sin palabras, es decir, mediante indicios, gestos y signos. Estos mensajes pueden ser comunicados a través de la kinésica (gestos, lenguaje corporal, postura, expresión facial, contacto visual, etc.). En la enseñanza de las habilidades no verbales, los docentes deben ser conscientes no sólo de las señales de los pacientes, sino también de lo que se transmite por el clínico. La enseñanza de cómo transmitir la conducta no verbal es especialmente importante porque suelen ser tan sutiles que se perciben, sin ser conscientes. Cuando los clínicos tienen éxito en la comunicación no verbal, son llamados empáticos. La empatía es esencial para que los clínicos puedan comunicar el cuidado y crear una experiencia positiva en el paciente, esta es definida como la capacidad para ponerse en el lugar del otro y hacérselo saber, de sentir como el otro siente comprendiendo sus motivos aún sin aceptarlos o discrepando con ellos. Es así como la empatía forma parte de los pilares que permiten lograr una adecuada relación odontólogo-paciente. (36, 43, 45)

2.3 El currículo oculto.

El currículo en educación es todo aquello relacionado con qué, para qué, cómo, y cuándo enseñar (Coll, 1987). A su vez, Harden, define el currículo como “una mezcla sofisticada de estrategias educacionales, contenidos de la asignatura, resultados de aprendizaje, experiencias educacionales, métodos de evaluación, el ambiente educacional y el estudiante”. Este currículo, se encuentra declarado en los programas de las diferentes asignaturas a lo largo de la carrera.

Existen 3 diferentes tipos de currículo (39):

- **Currículo Formal:** definido como el que planifica el proceso de enseñanza aprendizaje, en cuanto a fines, recursos, técnicas y condiciones

académicas y administrativas. Es todo aquello que da forma y contenidos a un conjunto de conocimientos abstractos, habilidades y destrezas teórico-prácticas. Permite graficar el desarrollo del proceso de enseñanza aprendizaje al proponer un Plan de Estudios en un proceso pedagógico el cual debe tener todos sus lineamientos, componentes académicos y administrativos propuestos en una Planificación consistente. Este Currículo debe tener una fundamentación formal en su desarrollo, las operaciones que lo ponen en práctica en un proceso pedagógico deben estar firmemente sostenidas en una base académica administrativa pedagógica, legal y económica. Este Currículo debe tener Objetivos generales y Específicos, una secuencia de contenidos, con experiencias de aprendizaje, estrategias, modalidades, distribución de tiempo y con un fin claro, cada uno de los elementos necesarios de llevar a cabo por parte del docente y sus estudiantes para desarrollarlo.

- **Currículo Real:** es el currículo formal llevado a la práctica, contextualizado, se desarrolla en el trabajo diario, sin dejar de lado que se enfrentará en un ambiente académico bombardeado de diversas realidades y con un combinado cultural tanto de estudiantes como de docentes, así también con una diversidad de situaciones emergentes y eventualidades que pudiesen presentarse en el transcurso, factores culturales, diferencias económicas y políticas, entre otras, que van ir ocurriendo en el desarrollo del proceso educativo.
- **Currículo Oculto:** Es aquel que entrega enseñanzas encubiertas, no explícitas, otorgadas por la escuela. Ayuda a preparar al estudiante para la vida y no solo en lo académico por lo que su también es necesaria. Es una parte importante de lo que la institución enseña a sus estudiantes que no se encuentra explicitado.

El currículo oculto, ha sido ampliamente estudiado. Definido por Harden (2005), como la forma en la que los estudiantes aprenden de forma informal en la cual los estudiantes se ven comprometidos y que no se relaciona con lo que es enseñado. Turbes (2002), lo define como aquellos “mensajes comunicacionales que se establecen en las interacciones interpersonales entre docentes y alumnos, tanto en ambientes clínicos como en otros escenarios”. Jackson (2001) define que lo que el estudiante aprende en la escuela no es sólo lo que aparece en los documentos curriculares si no algo más complejo, como es el conjunto de reglas y normas que rigen la vida escolar, sentimientos, formas de expresarlos, valores, formas de comportamiento y adaptación a distintos ámbitos. Díaz (2006), menciona “el currículum oculto permite reconocer que en la práctica escolar se generan un conjunto de aprendizajes, varios de ellos de corte valórico, de los cuáles no hay necesariamente conciencia” (34).

Mientras el currículo formal es el núcleo del aprendizaje, el currículo oculto es fuente importante del aprendizaje fuera del aula mediante experiencias y otorga mucha educación del actuar del dentista en la vida real. (29)

El currículo oculto actúa de la repetición automática de comportamientos, del cumplimiento de ciertas normas, de las relaciones de poder, del uso de cierto lenguaje verbal y no verbal, de las creencias que sostienen las prácticas, de los supuestos que sostienen el diseño curricular, de las políticas institucionales, etc. Este conocimiento y aprendizaje, por lo general, no se encuentra identificado por parte del cuerpo docente ni de los estudiantes (47).

Este currículo oculto tiene una serie de características, definidas por Beatriz Carrillo (5) como: Omnipresente, porque actúa en todos los momentos, omnímodo, porque reviste diversas formas de influencia, reiterativo, ya que son actividades que se repiten casi mecánicamente en la práctica docente de carácter rutinario, no es evaluable, lo que produce que no se valore muchas veces las repercusiones que esto conlleva.

Ortega (2014), reflexionan sobre la importancia en el proceso de enseñanza del currículo oculto y que este debe ser identificado y evaluado por parte de las instancias educativas (34). Debemos reconocer que aspectos o contenidos abarca el currículo oculto y como se enseña, ya que los estudiantes aprenden más sobre lo que se les demuestra que, lo que se les enseña en una clase, sobre todo algo tan cotidiano como la relación que debe entablarse entre el tratante y su paciente. Analizar esto permite diagnosticar cómo el estudiante está relacionándose globalmente con lo que aprende. Esta enseñanza no regulada por la institución, puede determinar el comportamiento profesional de los estudiantes una vez egresados, ya que es muy probable que ellos se comporten como sus docentes se comportaron con ellos. “El profesorado que interactúa con sus estudiantes de manera más frecuente obtiene resultados más satisfactorios” (26). González (2008), sin embargo, adscribe dos dimensiones a lo que se denomina un profesional competente: la dimensión de contenido –cognitiva, psicomotora y afectiva– y añade a ésta la dimensión funcional, la cual describe como una “perspectiva adicional de reflexión crítica sobre el propio desempeño”. (16) El currículo oculto se trata de educar la forma de actuar profesional de los estudiantes (27).

2.4 Acercamiento temprano a la Clínica

La aproximación temprana a la clínica involucra una experiencia de aprendizaje activa desde los pacientes con los estudiantes, marca el inicio de una vida de aprendizaje enfocada en el paciente (46). El contacto temprano con pacientes, especialmente aquellos con necesidades especiales y problemas económicos, aumenta la actitud empática en los estudiantes y a ayuda a aumentar su confianza (26).

Hasta hace algún tiempo la norma para los estudiantes del área de la salud era aprender la teoría durante los primeros dos a tres años de la Carrera antes de aplicarlo en la práctica clínica (26).

Esto aún se puede observar en varias Universidades chilenas, en la malla curricular, donde los estudiantes en el caso de Odontología tienen su primer acercamiento con pacientes en el tercer o cuarto año de la carrera, pasando de actividades preclínicas a clínicas (35).

Sin embargo, diferentes estudios han demostrado que un acercamiento temprano a los pacientes influye de manera positiva en los estudiantes, lo cual se ve reflejado de varias maneras; mejora los procedimientos clínicos, las técnicas y habilidades de estudio, refuerza la vocación y el conocimiento de la realidad de la profesión, lo que podría traducirse en una menor tasa de deserción, aumenta la satisfacción en sus estudios al poder ver de manera directa los problemas sociales y psicológicos de “personas reales”, aumenta la empatía en los estudiantes hacia los pacientes, y otorga mayor confianza para conocer y entrevistar a los pacientes, desarrollando así una mejor habilidad en las competencias comunicativas y disminuye el stress al que se ven enfrentados los estudiantes al iniciar abruptamente la atención de pacientes (8, 24) .

Estudio realizado con estudiantes de primer año de la Escuela de Odontología de la Universidad de Case Western Reserve, Cleveland Estados Unidos, expusieron a los estudiantes de Odontología de primer año a una experiencia clínica temprana; estos participaron en una actividad de prevención y educación a un grupo de escolares de la ciudad de Cleveland, durante un periodo de cuatro semanas. Además, fueron espectadores de los procedimientos clínicos realizados por sus compañeros de cursos superiores en dichos escolares participantes (24). Como conclusión los estudiantes no solo aprendieron procedimientos clínicos, sino que lo más importante es que experimentaron y entendieron la necesidad de atención de salud de la población y la necesidad de cuidado dental.

Este antecedente permite comprender con mayor facilidad los beneficios que trae a los estudiantes el tener en sus primeros años de la carrera un acercamiento temprano a los pacientes y a las experiencias clínicas, ya que les va a permitir confirmar su elección de continuar con sus estudios, evitando así problemas vocacionales en semestres más avanzados de la carrera y podrán desarrollar habilidades que les permitirán enfrentar de mejor manera la práctica clínica en los años superiores, no solo teniendo mejor manejo de los procedimientos clínicos si no logrando también una mejor comunicación con los pacientes la que muchas veces produce ansiedad y estrés a los estudiantes viéndose dificultada por la falta de experiencias previas (14, 35, 37).

2.5 La atención de los primeros pacientes

Diversas investigaciones han descrito que la primera atención de pacientes produce un aumento en los niveles de estrés y ansiedad en los estudiantes de odontología, etapa coincidente con el ingreso al ciclo clínico de la carrera, correspondiente al cuarto año en la mayoría de las universidades chilenas. (14, 36)

Pérez (2015), relatan que la aparición de problemas referidos a la atención de los primeros pacientes, tales como “llegan tarde”, “no se presentan a las citas”, “la necesidad de encontrar los propios pacientes” y “dificultad para encontrar los pacientes adecuados”; son situaciones que pueden llevar al no cumplimiento de los requisitos de las asignaturas y por ende pueden llevar a la reprobación de estas, factores no controlables por los estudiantes y que agravan los niveles de estrés. Estos mismos autores exponen que las manifestaciones somáticas derivadas del estrés, como por ejemplo fatiga, tensión, irritabilidad, temor, entre otros, pueden repercutir directamente en la relación odontólogo-paciente al no poder comportarse con actitudes adecuadas para contribuir a disminuir la ansiedad del paciente: “ser amigable”, “atender de forma tranquila”, “sonriendo”

y “dar apoyo emocional o modificando la “orientación empática”, estos modos de comportamiento tienen mayor incidencia en las mujeres y se agrava en los cursos superiores de la carrera.(35)

Por todos los puntos anteriormente desarrollados, es de gran relevancia entender la importancia de la relación tratante paciente, ya que produce una serie de beneficios, pero se ve amenazada por diferentes factores que pueden afectar la práctica clínica. Es clave, entender que esta capacidad de comunicarse y lograr una relación adecuada no es innato si no que es algo que debe desarrollarse, motivarse y enseñarse (49), además de ser un factor de potencial stress para los estudiantes, factor, que puede ser controlado al introducirlos tempranamente al contacto con pacientes y entregarles a lo largo de la carrera herramientas para lograr desarrollar esta relación. Finalmente, dentro de los tópicos abordados no se puede excluir el rol del tutor la importancia de su actuar dentro del marco del currículo oculto.

2.6 Tutoría clínica.

La tutoría es una actividad pedagógica que tiene como propósito orientar y apoyar a los alumnos durante su proceso de formación. Esta actividad no sustituye las tareas del docente, es una acción complementaria, cuya importancia radica en orientar a los alumnos a partir del conocimiento de sus problemas y necesidades académicas, así como de sus inquietudes, y aspiraciones profesionales (20).

La Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) ha definido la tutoría como el "proceso de acompañamiento durante la formación, a través de la atención personalizada a un alumno desarrollada por académicos expertos, apoyados por teorías de aprendizaje, estrategia de seguimiento y un sistema de apoyo escolar orientado a una formación integral en un sistema educativo". El tutor que se desempeña en el nivel de educación superior, se concibe como alguien que tiene entre sus características

académicas: comprender su realidad con una postura de autonomía crítica; mantenerse actualizado, ser capaz de aceptar sus limitaciones, garantizar un contexto pedagógico de carácter democrático y humanista; promover el uso productivo de las tecnologías; prevenir y apoyar a los estudiantes y proveerlos de soporte moral y desarrollar en ellos competencias además de estimular el esfuerzo colectivo. (20)

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Diseño de la Investigación

El diseño de este estudio es de carácter descriptivo, transversal, no experimental, cualitativo y cuantitativo.

3.2 Instrumentos

Para la recopilación de datos se utilizaron dos encuestas, una aplicada a los pacientes y otra a los estudiantes. Las encuestas fueron confeccionadas a partir de la encuesta PREMEPA (Percepción de la Relación Médico Paciente) (40) y adaptada a Odontología en Chile.

Estos instrumentos fueron sometidos a un proceso de validación el cual se realizó mediante la revisión de 5 expertos:

- Mg. Dr. Mario Zúñiga, Cirujano Dentista, Especialista en Endodoncia Universidad San Sebastián, Magister en Educación en Ciencias de la Salud Universidad San Sebastián, Magister en Alta Dirección y Gestión de Instituciones Educativas (c). Coordinador de Clínica IV y V año Universidad San Sebastián, carrera de Odontología.
- Mg. Dra. Giorgina Ferri, Cirujano Dentista, Especialista en Rehabilitación Oral Integral Universidad Mayor, Magister en Pedagogía Universitaria Universidad Mayor, Coordinadora CICB y Simulación Clínica Carrera Odontología, Universidad San Sebastián.
- Mg. Jhoanna Fontalba, Psicóloga, Magister en Educación Superior Universidad San Sebastián.
- Mg. Dra. Gabriela Herrera, Cirujano Dentista Universidad San Sebastián, Magister en Educación Universitaria para Ciencias de la

Salud Universidad San Sebastián. Directora Técnica Centro de Salud Universidad San Sebastián.

- Mg. Dra. Priscilla Ledezma, Cirujano Dentista, Especialista en Endodoncia Universidad Mayor, Magister en Pedagogía Universitaria Universidad Mayor, Magister en Alta Dirección y Gestión de Instituciones Educativas (c)

Recibidas las modificaciones por partes de los expertos, se realizó un pilotaje de esta encuesta, a un grupo de 10 estudiantes de IV año y 10 estudiantes de V año de la Carrera de Odontología de la Universidad San Sebastián que cursaran la asignatura de Clínica Integrada y a sus respectivos pacientes (uno por estudiante), de la Carrera de Odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad San Sebastián, Sede Santiago, Campus Bellavista. Este pilotaje se realizó en el mes de mayo del 2018, estas encuestas no fueron consideradas para el análisis estadístico.

Una vez analizado el pilotaje, realizados los cambios pertinentes y evaluadas nuevamente por parte del comité de expertos, se comenzó a aplicar la encuesta a los 80 estudiantes y 80 pacientes entre los meses de junio y agosto del año 2018. La técnica de recolección de la información fue mediante una encuesta presencial a los pacientes y online a los estudiantes.

Posteriormente, las preguntas fueron analizadas por las investigadoras, realizando algunos cambios finales y revisadas nuevamente por parte del grupo de expertos. Resultando la siguiente estructura:

a) ***Cuestionario de la Percepción Estudiante-Paciente para el Estudiante***, un total de 21 preguntas dividido en 3 bloques: (Anexo n°1)

I Percepción de la relación estudiante paciente

II Identificación del paciente

III Identificación del estudiante

IV Percepción del estudiante acerca de la enseñanza recibida sobre como relacionarse con sus pacientes

b) ***Cuestionario de la Percepción Estudiante-Paciente para el Paciente***, total de 18 preguntas dividido en 3 bloques: (Anexo n°2)

I Percepción de la relación estudiante paciente

II Identificación del estudiante

III Identificación del paciente

3.3 Consentimiento Informado

A cada participante que colaboró con este estudio, se le entregó un consentimiento informado que debía ser completado y firmado previo a la encuesta. En este, se encontraba una breve explicación sobre la naturaleza de la investigación, quienes lo realizan, el objetivo de este y como será utilizada dicha información. (Anexo 3)

3.4 Población y Muestra

La población encuestada, fueron los estudiantes de IV y V año, que se encontraban cursando la asignatura de Clínica Integrada I y II y los pacientes atendidos en estas asignaturas. La muestra total, fue seleccionada al azar y constó de 160 individuos, de las cuales 40 fueron estudiantes de la asignatura Clínicas Integradas I y sus respectivos pacientes y 40 estudiantes de la asignatura Clínicas Integradas II y sus respectivos pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad San Sebastián, Sede Santiago, Campus Bellavista.

3.4.1 Criterios de inclusión de la muestra de estudio

- Estudiantes que cursan asignatura Clínica Integrada I o II de la Carrera de Odontología, de la Facultad de Odontología de la Universidad San Sebastián, Sede Santiago, Campus Bellavista, año 2018.
- Pacientes que asistan actualmente a Clínicas Integrada I o II, de la Carrera de Odontología, de la Facultad de Odontología de la Universidad San Sebastián, Sede Santiago, Campus Bellavista, año 2018.

3.4.2 Criterios de exclusión de la muestra de estudio

- Pacientes que aún no han iniciado su tratamiento con el estudiante.

3.4.3 Recolección de la información

La encuesta vía mail a los estudiantes. La encuesta a los pacientes fue realizada de manera presencial posterior a la atención con el estudiante. A ambos se les solicitó firmar un consentimiento informado previamente.

Recolectados los datos, se confeccionó una tabla Excel con las respuestas de cada individuo se especificó: curso del estudiante, género estudiante y género paciente.

Las preguntas del Bloque I, fueron agrupadas en 4 categorías: Confianza, Comunicación, Empatía y Responsabilidad. Estas categorías fueron asignadas para esta investigación, debido a que aparecen como las más importantes dentro de la relación médico paciente en diversos estudios (4, 20, 34). En cada categoría se agruparon las siguientes preguntas, en el caso de los estudiantes: (Tabla n°1)

Confianza:

5. En el aspecto confianza en su capacidad profesional, ¿Qué tanta confianza cree Ud. que le tiene su paciente?

11. ¿Usted cree que su paciente le recomendaría a un familiar o amigo que se atienda con Ud?

12. Considerando lo consultado, por favor, indique del 1 al 10 (siendo 10 la mejor atención otorgada) cómo cree Ud. que su paciente calificaría la atención otorgada.

Comunicación:

6. Con respecto a la explicación de su problema de salud, ¿Cree usted que su paciente entendió la explicación que le entregó?

7. En el aspecto explicación del procedimiento a seguir con el paciente ¿Que cree Ud. que el paciente entendió?

Empatía:

1. En relación al respeto y la cortesía, ¿Cómo cree Ud. que fue el trato que tuvo con su paciente?

2. En el aspecto de escuchar, ¿Cree Ud. que le dejó explicar a su paciente el motivo de consulta?

3. En el aspecto de comprensión hacia el paciente ¿Que tan comprensivo siente Ud. que fue con su paciente?

4. En el aspecto de empatía hacia su problema, ¿Qué tan empático fue con su paciente?

Responsabilidad:

8. ¿Está conforme con los procedimientos que le realizó al paciente?

9. ¿El paciente le pidió otras opciones de tratamiento?

10. ¿Usted le dio otras opciones de tratamiento?

VARIABLES	DEFINICION	PREGUNTAS
Confianza	Sensación del estudiante de su competencia profesional.	5
		11
Comunicación	Es la capacidad de saber que decir, a quien, como	6
		7
Empatía	Es la capacidad para ponerse en el lugar del otro y hacérselo saber, de sentir como el otro siente comprendiendo sus motivos aún sin aceptarlos o discrepando con ellos.	1
		2
		3
		4
Responsabilidad	Responsabilidad es el cumplimiento de las obligaciones, o el cuidado al tomar decisiones o realizar algo.	8
		9
		10

Tabla n°1 Operacionalización de las variables para Estudiantes.

En el caso de los pacientes, las categorías fueron las mismas, pero la operacionalización de algunas preguntas varió: (Tabla n°2)

Confianza:

- 5. En el aspecto confianza en su capacidad profesional, ¿Qué tanta confianza le tiene al estudiante que lo atendió?
- 8. ¿Está conforme con los procedimientos del estudiante?
- 9. ¿Le pidió otras opciones de tratamiento?
- 11. ¿Recomendaría Ud. a un familiar o amigo que se atienda con el mismo estudiante que lo atiende?
- 12. Considerando lo consultado, por favor, califique como cree calificaría Ud su atención, del 1 al 10 su satisfacción en esta consulta

Comunicación:

- 6. Con respecto a la explicación de su problema de salud, ¿usted entendió la explicación que le dió el estudiante?

7. En el aspecto explicación del procedimiento a seguir con Ud., ¿entendió la explicación del estudiante?

Empatía:

1. En relación al respeto y la cortesía, ¿Cómo cree Ud. que fue el trato que tuvo el estudiante hacia usted?
2. En el aspecto de escuchar, ¿Cree Ud. que el estudiante le dejó explicar su motivo de consulta?
3. En el aspecto de comprensión hacia Ud., ¿Que tan comprendido se sintió cuando estaba con el estudiante?
4. En el aspecto de empatía hacia su problema, ¿Qué tan empático fue el estudiante?

Responsabilidad:

10. El estudiante, ¿le dio otras opciones de tratamiento?

VARIABLES	DEFINICION	PREGUNTAS
Confianza	Sensación del estudiante de su competencia profesional.	5
		8
		9
		11
		12
Comunicación	Es la capacidad de saber que decir, a quien, como	6
		7
Empatía	Es la capacidad para ponerse en el lugar del otro y hacérselo saber, de sentir como el otro siente comprendiendo sus motivos aún sin aceptarlos o discrepando con ellos.	1
		2
		3
		4
Responsabilidad	Responsabilidad es el cumplimiento de las obligaciones, o el cuidado al tomar decisiones o realizar algo.	10

Tabla n°2 Operacionalización de las variables para Pacientes.

Por otro lado, se analizaron por separado las preguntas cualitativas (preguntas 19, 20 y 21), definiendo para cada una un listado de conceptos para agruparlas según un código y así registrar el número de veces que se repetían dichas respuestas.

Pregunta 19: ¿Recuerda si le enseñaron sobre la relación médico paciente en alguna asignatura? Se le asignó un código numérico a cada asignatura para ser agrupadas y analizadas. (Tabla n°3)

Ninguna	1
Psicología Médica	2
Bioética	3
Semiología	4
CICB	5
Cirugía	6
Medicina Interna	7
Clínica Integrada	8
Periodoncia	9
Odontopediatría	10
Campos Clínicos	11
Introducción a la Odontología	12
Anestesiología	13
Preclínico	14
Todas	15

Tabla n°3: Asignaturas que enseñan relación médico paciente, según estudiantes.

Pregunta 20: Cuando comenzó a atender pacientes, ¿Se sintió inseguro o con dudas sobre cómo relacionarse y comunicarse con su paciente? (Tabla n°4)

Si la respuesta era afirmativa por parte del estudiante este podía expresar el motivo, los cuales se agruparon en categorías donde se le asignó un código numérico a cada una de estas para ser analizadas.

Sin respuesta	1
Experiencia nueva	2
Ansias, nervios	3
Falta de confianza y seguridad	4

Tabla n°4: Categorías según inseguridad en primera atención

Pregunta 21: ¿Le hubiera gustado recibir modelaje directo sobre cómo relacionarse con el paciente? (Se refiere a la demostración de un docente acerca de esta acción, es este caso, demostrar cómo entablar una conversación - relación profesional con el paciente). (Tabla n°5)

Si la respuesta era afirmativa por parte del estudiante este podía expresar la manera en la cual le gustaría recibir el modelaje, estos se agruparon en categorías donde se le asignó un código numérico a cada uno para ser analizadas.

Sin respuesta	1
Simulación clínica con paciente estandarizado	2
Demostración docente a través de paciente real	3
Acercamiento temprano a través de visitas a las clínica	4

Tabla n°5: Categorías de modelaje relación Tratante Paciente.

Posterior a esto, se realizó el análisis estadístico.

3.5 Análisis de datos:

En el Bloque I de ambas encuestas, las preguntas de la 1 a la 7 fueron de opción múltiple, de 4 opciones cada una y se evaluaron por medio de una escala Likert con valores del 1 al 4. Las preguntas 8 a la 11, eran dicotómicas (Si – No).

A estas preguntas (1-11), se les otorgó un puntaje según la respuesta entregada, de la 1 a la 7, puntaje del 1 al 4 y de la pregunta 8 a la 11 puntaje 1 (No) y 4 (Si) (Tabla n°6 y 7), los valores obtenidos en estas preguntas, fueron sumados para obtener un puntaje final que nos permitió obtener cuál era la percepción de la relación estudiante paciente, la cual fue clasificada en 3 categorías: Relación excelente, adecuada y deficiente. Esta se determinó mediante el siguiente parámetro:

Relación excelente: puntaje entre 30 a 44

Relación adecuada: puntaje entre 15 a 29

Relación deficiente: puntaje entre 1 a 14

Se calculó el puntaje total obtenido por cada estudiante y paciente. Para analizar cada categoría de la relación estudiante paciente, se calculó el porcentaje máximo obtenido por el grupo encuestado.

		Valor de la Respuesta			
VARIABLES	PREGUNTAS	1	2	3	4
Confianza	5				
	11				
Comunicación	6				
	7				
Empatía	1				
	2				
	3				
	4				
Responsabilidad	8				
	9				
	10				

Tabla n°6: Puntaje por respuesta. Encuesta estudiantes

		Valor de la Respuesta			
VARIABLES	PREGUNTAS	1	2	3	4
Confianza	5				
	11				
	8				
	9				
Comunicación	6				
	7				
Empatía	1				
	2				
	3				
	4				
Responsabilidad	10				

Tabla n°7: Puntaje por respuesta. Encuesta pacientes

4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Presentación de Resultados

La muestra total de esta investigación fue de 80 estudiantes, 40 de IV año de Clínica Integrada I y 40 de V año de Clínica Integrada II y 80 pacientes, 40 atendidos por los respectivos estudiantes encuestados de IV año y 40 atendidos por los respectivos estudiantes de V año. Del total de estudiantes, 49 fueron de género Femenino (61.25%) y 31 de género Masculino (38.75%). Del total de pacientes, 49 fueron de género Femenino (61.25%) y 31 de género Masculino (38.75%). (Tabla n°8)

	Género			
	Hombre		Mujer	
	N	%	N	%
Estudiantes	31	38.75	49	61.25
Pacientes	31	38.75	49	61.25
Total	62		98	

Tabla n°8: Distribución de la población de estudio

A continuación, se presentarán los resultados de cada objetivo, por pregunta y categoría obtenidos por los instrumentos validados.

I. Determinar la percepción de los estudiantes, sobre la relación estudiante paciente en Clínicas Integradas I y II de la Facultad de Odontología de la Universidad San Sebastián, Sede Santiago, Campus Bellavista, Año 2018:

Al analizar la relación estudiante paciente se halló que la percepción por parte de los estudiantes es de una **excelente relación** en el **87,8%** de las relaciones evaluadas, es decir que estos obtuvieron un puntaje entre 30 y 44.

Para realizar el análisis por cada categoría, se analizaron desde la pregunta 1 a la 11 de la encuesta aplicada a los estudiantes de Clínica Integrada I y II. (Gráfico n°1)

Al analizar cada categoría, en la categoría **Confianza**, un **86,25%** de los estudiantes, declararon tener una alta confianza con su paciente. Al analizar cada pregunta de esta categoría, un **73,75%** dice que su paciente **confía plenamente en su capacidad profesional** (pregunta 5) y un **98,75%** (pregunta 11) cree que su paciente **recomendaría a un amigo o pariente atenderse con ellos**.

En la categoría **Comunicación**, un **71,87%** dijo tener una excelente comunicación con su paciente. Un **71,25%** sintió que le **explicó su problema de salud y que su paciente entendió completamente la explicación** (pregunta 6). Y acerca del tratamiento de su problema de salud, un **72,50%** dijo que su paciente lo **entendió claramente** (pregunta 7).

Al analizar la **Empatía**, un **60,31%** del total de preguntas que se relacionan con la empatía que lograron con sus pacientes, dijo tener un alto grado de empatía. Al desglosar las preguntas, vemos que solo un **2,50%** declaró haber sido **muy respetuoso y cortés**, versus un **97,50%** siente ser **medianamente respetuoso y cortés**.

Sobre la **Responsabilidad**, un **67,91%** demostró tener una alta responsabilidad profesional para con su paciente. Es importante destacar que la mayoría de los pacientes (73,75%, según lo declarado por los estudiantes) no solicitaron otras opciones de tratamiento, pero a pesar de esto, un 82,50% entregó otras opciones.

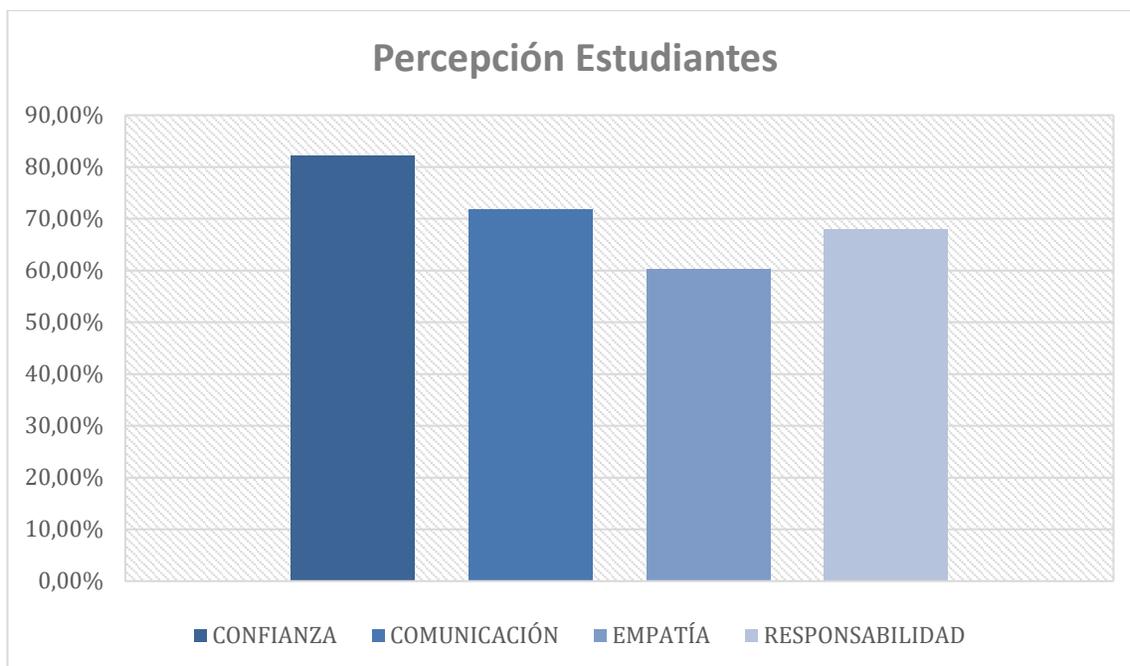


Gráfico n°1. Percepción estudiantes, sobre la relación estudiante paciente en Clínicas Integradas I y II

II. Determinar la percepción de la relación estudiante paciente, de los pacientes en la asignatura de Clínicas Integradas I y II de la Facultad de Odontología de la Universidad San Sebastián, Sede Santiago, Campus Bellavista, año 2018:

Al analizar la relación estudiante paciente se halló que la percepción por parte de los pacientes es de una **excelente relación** en el **92,5%** es decir, que estos obtuvieron un puntaje entre 30 y 44.

Para realizar el análisis por cada categoría, se analizaron desde la pregunta 1 a la 11 de la encuesta aplicada a los pacientes atendidos en la Clínica Integrada I y II. (Gráfico n°2)

En el análisis por categoría, la categoría **Confianza**, un **82,81%** de los pacientes, declararon sentir un excelente grado de confianza con el estudiante. Al analizar

las preguntas destaca que un **56,25%** de los pacientes, relató **no haber pedido otra opción de tratamiento**.

En la categoría **Comunicación**, un **92,50%** declaró tener una excelente comunicación con su estudiante. Relatando haber extendido completamente y haber recibido explicación sobre su problema de salud y el tratamiento de esta.

Al analizar la categoría **Empatía**, un **93,75%** de los pacientes perciben que el estudiante tiene un excelente grado de empatía con ellos. Al desglosar las preguntas, se observa que un **97,50%** siente que el estudiante fue muy respetuoso y cortés (pregunta 1) y haber sido escuchado todo el tiempo (pregunta 2). Un **90%** se sintió totalmente comprendido (pregunta 3) y que el estudiante fue absolutamente empático con ellos (pregunta 4).

Sobre la **Responsabilidad**, un **72,50%** dijo que el estudiante le entregó otras opciones de tratamiento, lo que demuestra una actitud de responsabilidad profesional por parte de los estudiantes.

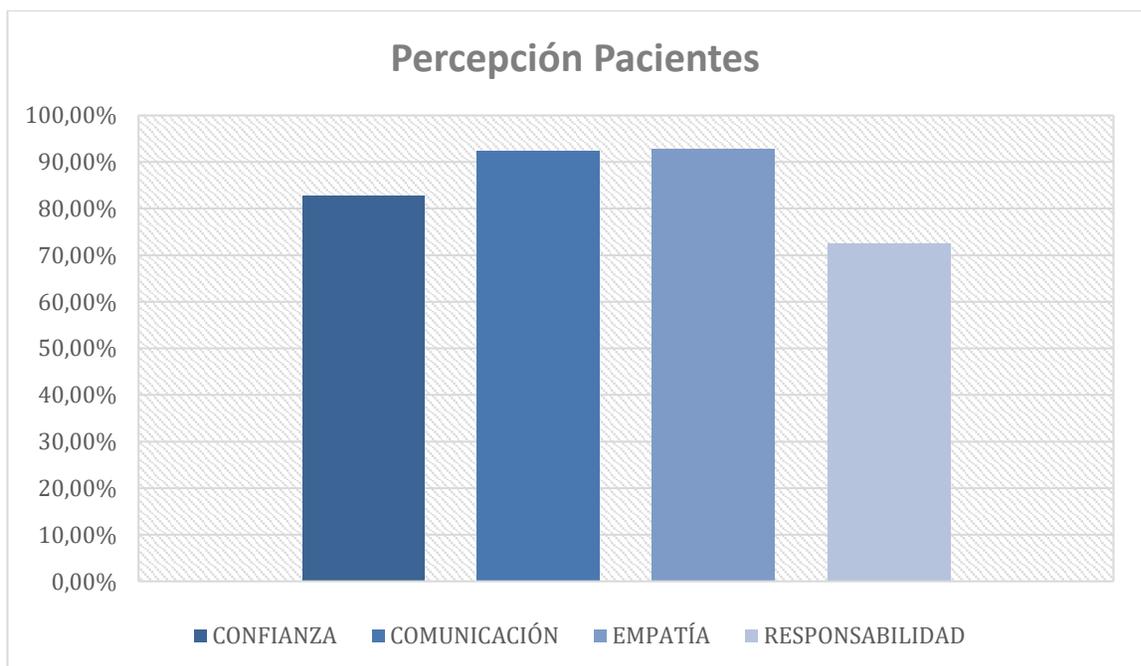


Gráfico n°2. Percepción Pacientes, de la relación estudiante paciente en Clínicas Integradas I y II.

Al analizar la pregunta 13, la cual consulta sobre qué aspectos de la atención otorgada hasta ahora, el paciente mejoraría, un **67,5%** dijo que **no tiene nada que mejorar**, un **5%** mejoraría aspectos relacionados con los docentes, donde se destaca que el paciente dice querer que el docente dedique más tiempo a ver cada paciente y atender más rápido las inquietudes de los estudiantes.

III. Comparar la percepción de los estudiantes hombres v/s mujeres en relación a su apreciación sobre la relación estudiante-paciente:

Del universo total de estudiantes encuestados (80), un 60% son mujeres y un 40% hombres. Se realizó test de Mann-Whitney dando como resultado un valor de $p=0.2839$. Por lo que no existen diferencias en la percepción de la relación estudiante paciente, entre los estudiantes de género Femenino versus Masculino.

IV. Comparar la percepción de los estudiantes de Clínicas Integradas I v/s los de Clínicas Integradas II en relación a su apreciación sobre la relación estudiante-paciente:

Se realizó test de Mann-Whitney, dando como resultado un valor de $p= 0.5222$. Por lo que no existen diferencias en la percepción de la relación estudiante paciente entre los estudiantes de Clínica Integrada I y II.

A su vez, se analizaron por separado, las preguntas 20 y 21, las cuales son cualitativas.

Pregunta 20: Cuando comenzó a atender pacientes, ¿Se sintió inseguro o con dudas sobre cómo relacionarse y comunicarse con su paciente?

Estas respuestas, fueron separadas en 4 categorías, mencionadas en la tabla nº4, las que corresponden a Nada, Experiencia nueva, Ansias y Nervio, Falta de confianza y Seguridad.

Según las categorías asignadas, un 55.42% indicó no tener inseguridades versus un 44,56% que declaró si a ver sentido inseguridades o dudas; de estas un 24.09% si debido a que era una experiencia nueva, 6.02% relató sentir miedo y ansiedad y un 14.45% relató haber sentido falta de seguridad y confianza. (Gráfico n°3)

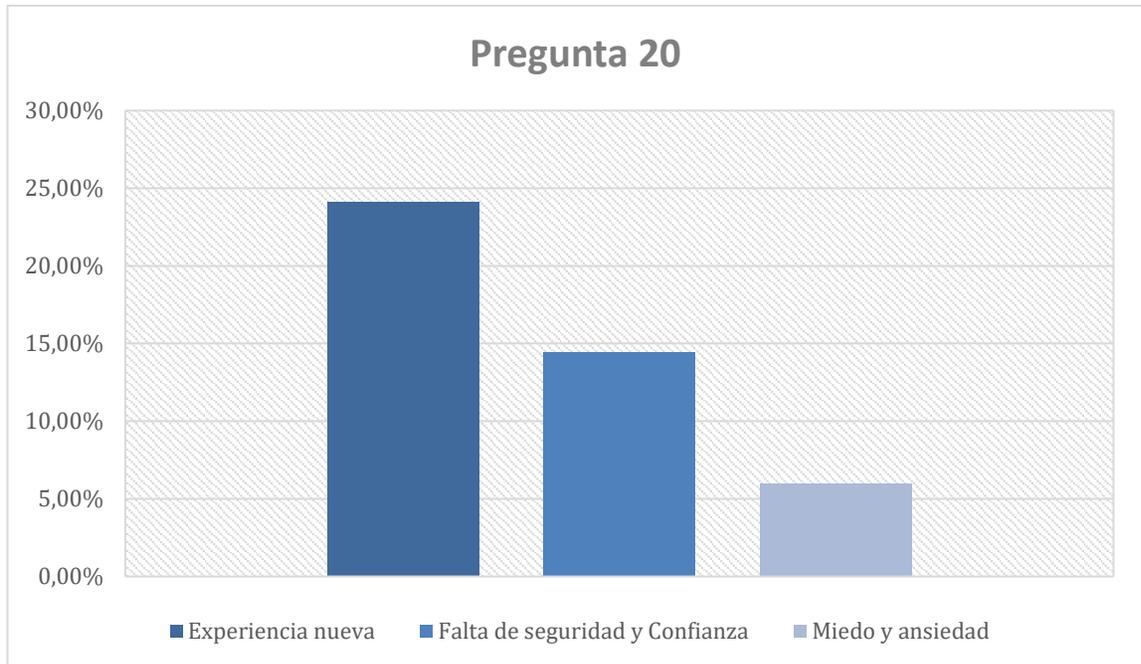


Gráfico n°3. Pregunta 20: Inseguridades del estudiante al relacionarse y comunicarse con paciente.

Las respuestas entregadas por los estudiantes que respondieron SI, se encuentran en la siguiente tabla (Tabla n°9)

Debido a que uno está tratando con un ser humano igual que uno, en mi caso no es falta de confianza en mí, fue falta de personalidad, que se recuperó.
Un poco pero más que nada por no ser invasiva en cavidad oral y no hacerle daño, pero en cuanto al trato generé afecto y cariño desde el principio.
El trato con personas, atender una necesidad y satisfacer ese requerimiento es un compromiso enorme y más aún cuando NUNCA antes atendiste a nadie
Es una instancia nueva, dónde hay que conjugar muchos aspectos para que el paciente logré confiar su salud bucal en uno, eso genera inseguridades

Al ser la primera vez que uno como alumno se enfrenta a la situación "médico- paciente" uno no sabe cómo en realidad debería comportarse.
Si, pero netamente por qué era el primer contacto con un paciente, para la segunda y tercera vez las inseguridades desaparecieron.
Sentía mucho miedo de que al expresarme el paciente no entendiera a lo que me refería y creyera que podía ser una mala estudiante
Cómo toda experiencia que se hace por primera vez, sentí inseguridad pero cuando ya empecé a relacionarme con pacientes se me pasó
Sí, porque hay pocas instancias educativas para poder practicar la entrevista clínica antes de hacerlo con un paciente
Si, porque al principio uno no tiene la confianza y la seguridad que luego ya se obtiene con la experiencia
Inseguridades propias de las primeras aproximaciones a gente real y llevar lo aprendido hacia el paciente
Si, porque era algo nuevo y la primera cercanía con una persona real. No me sentía totalmente preparada al inicio.
Si, porque era la primera vez que lo hacía, pero con el tiempo y práctica empezó a ser más fácil
Más bien me faltaba confianza en mis capacidades y conocimientos...pero con el tiempo eso se adquiere
Porque dudaba de mí, pensaba que tal vez no sería capaz de realizar el tratamiento o que podía errar
Si, ya que siempre las primeras experiencias tratando con personas son momentos de nervio y stress.
Este año fue más fácil ya que es la continuación del tratamiento con la paciente
Supongo que los nervios de atender un paciente por primera vez en mi vida
Si y demasiado, ya que al no haber estado en contacto nunca con un paciente me costó mucho.
Si, porque esta habilidad se desarrolla necesariamente durante el contacto con pacientes.
Sí, me ponía nervioso por ser primera vez que realizaba el tratamiento
Porque tenía miedo a equivocarme o realizar algún tratamiento no indicado
Si, pero fue solo adecuación las primeras veces, luego lo supe asimilar.
Siempre he sido demasiado callado e interactúo poco con las personas.

Porque uno quiere dejar satisfecho al paciente y no siempre se puede.
No hay preparación practica previa a la atención de un paciente real.
Si, no sabía que hacer, me sentía insegura de mis conocimientos
Porque no se sabe qué es lo que el paciente quiere exactamente.
Sí, por la disposición o actitud que presentaran mis pacientes
Si, ya que era algo nuevo y no tenía ninguna experiencia
Tenía el temor de que no tuvieran confianza debido a mi edad.
Era la primera vez que tenía contacto con un paciente real
Teniendo los conocimientos claros no existen las dudas
Si, ya que tenía a la vez muchas ansias y nervios
Si, un poco ya que era el primer acercamiento real.
No sabía cómo debía hablarles, ni qué decirles
Si, porque era una experiencia desconocida
Porque era algo nuevo
Si, porque no tenía la experiencia
Porque era muy tímida la paciente
Porque es algo nuevo
La comunicación
Si, de seguridad

Tabla n°9: Respuestas pregunta número 20. Encuesta Estudiantes.

De estas respuestas, destacan algunos comentarios de aquellos estudiantes que relataron sentir inseguridades o dudas durante la primera vez que atendieron pacientes:

“Si, porque hay pocas instancias educativas para poder practicar la entrevista clínica antes de hacerla con un paciente” (Clínica Integrada I)

“Si, no sabía qué hacer, me sentía insegura con mis conocimientos” (Clínica Integrada I)

“Si, porque era la primera vez que lo hacía, pero con el tiempo y práctica empezó a ser más fácil” (Clínica Integrada I y II)

“Si, ya que siempre las primeras experiencias tratando con personas son momentos de nervio y stress” (Clínica Integrada II)

“Sentía mucho miedo de que al expresarme el paciente no entendiera a lo que me refería y creyera que podía ser una mala estudiante” (Clínica Integrada II)

“Si, porque era una experiencia desconocida” (Clínica Integrada I y II)

“Si, porque esta habilidad se desarrolla necesariamente durante el contacto con pacientes” (Clínica Integrada II)

V. Conocer la perspectiva de los estudiantes acerca de si ha sido enseñada y como debería enseñarse la relación médico paciente a lo largo de la Carrera.

Se les consultó a los estudiantes en que asignaturas fue enseñada la relación médico paciente (Pregunta 19) y si les hubiese gustado haber recibido algún tipo de modelaje sobre cómo relacionarse con su paciente previo al inicio de los años clínicos (Pregunta 21).

Pregunta 19: ¿Recuerda si le enseñaron sobre la relación médico paciente en alguna asignatura? Se le asignó un código numérico a cada asignatura para ser agrupadas y analizadas. (Gráfico n°4)

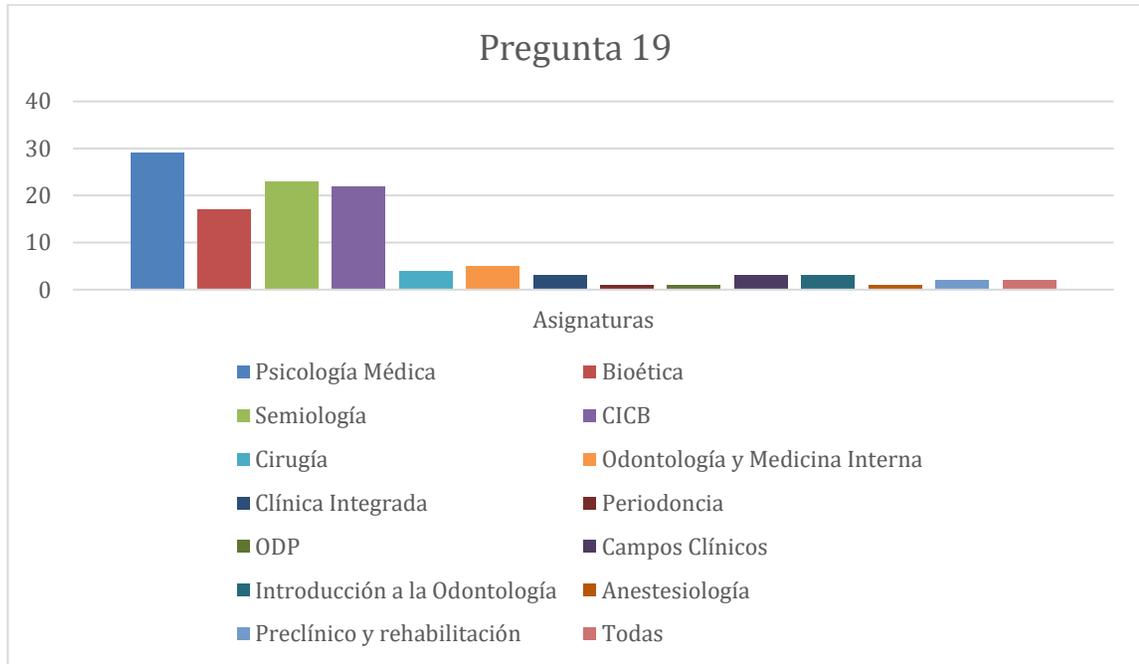


Gráfico n°4. Pregunta 19: Asignaturas referidas por estudiantes.

De las asignaturas señaladas por los estudiantes, las más nombradas fueron: Psicología Médica (29), Semiología (23), CICB (22) y Bioética (17).

Pregunta 21: ¿Le hubiera gustado recibir modelaje directo sobre cómo relacionarse con el paciente?

Esta pregunta se agrupo en 4 categorías, como aparece en la tabla n°5, donde se categorizó en Nada, simulación Clínica con pacientes estandarizado, Demostración docente a través de paciente real y Acercamiento temprano a través de visita clínica.

Del total de los estudiantes consultados un 41.25% dijo que no le habría gustado recibir modelaje y un 58.75% dijo que sí. Al responder positivamente se les consultaba de qué manera les gustaría recibir dicha experiencia y según las

categorías asignadas, un 21.27% indicó que, a través de Simulación clínica con paciente estandarizado, un 53.19% a través de Demostración docente a través de paciente real y un 25.53% a través de Acercamiento temprano a través de visitas a las clínicas. (Gráfico n°5)

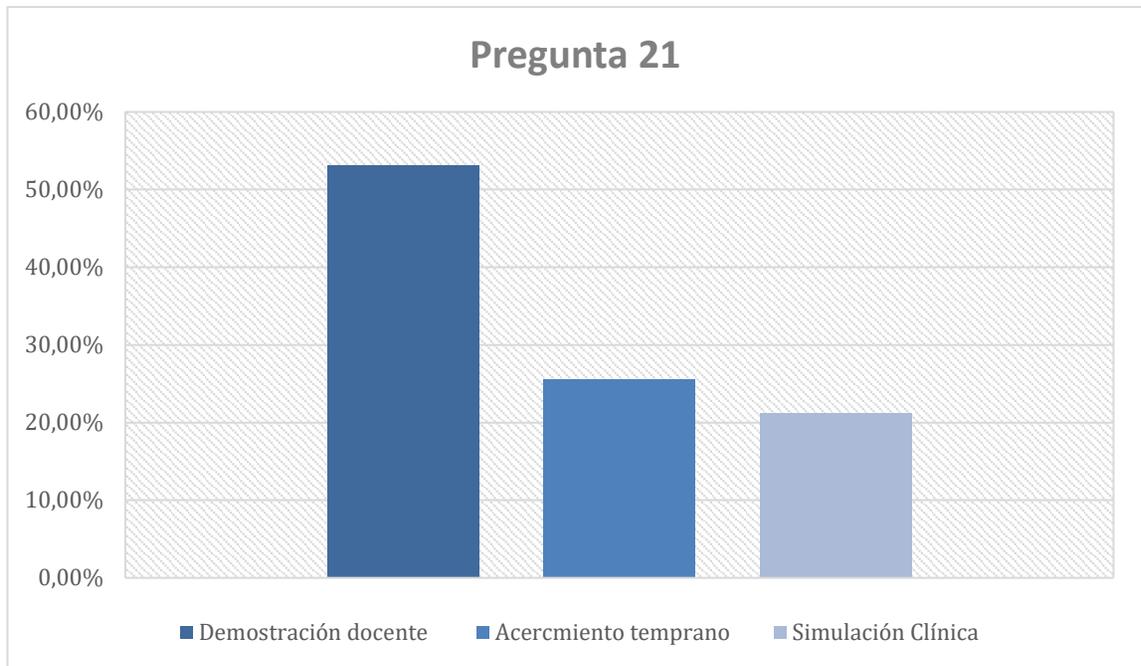


Gráfico n°5. Pregunta 21: Tipo de Modelaje que le hubiera gustado recibir al estudiante

A continuación, en la tabla n°10 se encuentra la respuesta de los estudiantes que respondieron SI.

Sí, tuve la oportunidad de ir a una simulación, pero solo con un tipo de paciente. Enseñar el manejo en más de un paciente, hay muchas personalidades.
Role play y videos no sirven, solo ocupan tiempo extraprogramático o de descanso del estudiante, deberían enfocar el ramo de CICB con pacientes reales
Yo creo que todas las opciones serían de gran ayuda demostrar como entablar una conversación-relación profesional con el paciente, mediante videos, role play, etc.
Si, la verdad que los role play y las actuaciones demasiado incomodas, siempre me ha servido mirar cómo hacen las cosas y desde allí tener una base

Si, aunque nos enseñaron cómo llevarnos bien con ellos, faltó haber tenido un contacto directo con pacientes y no solo campo clínico con compañeros.
Más instancias educativas con compañeros realizando entrevistas entre nosotros, ver en clínica como compañeros de años superiores lo realizan
Porque muchas veces uno trata de ser lo más explicativo, pero muchos pacientes están cerrados en lo que quieren siendo que no es lo más apropiado
Si, me hubiese gustado que los doctores nos hubiesen enseñado que hacer en las primeras citas demostrándonos cómo se hace como hacerlo con un paciente
En algún módulo de campo clínico realizar una simulación completa, desde la entrada del paciente hasta su salida después del tratamiento.
Si con demostraciones entre compañeros y docentes (que ellos nos coloquen frente a situaciones que ocurren en la clínica)
Haciendo 4 manos de los compañeros que ya están en clínica, para poder entender el sistema y como debe ser el trato con los pacientes.
A lo mejor, tener un ramo en el cual nos asignen algún estudiante mayor a nosotros y ver cómo funcionan las cosas en la clínica
Si, tuvimos role play pero el año anterior, debiese existir una instancia al principio de modelaje Dr. vs paciente
Si, como por ejemplo como tratar con un paciente conflictivo, y se podría lograr con simulación con actores
Si, mediante simulación con actores ya que creo que es algo similar a lo que uno puede enfrentar en clínica.
A través de tutorías de alumnos ya cursantes y de algún ramo que acerque a la clínica en cursos inferiores.
Siempre es bueno nuevas formas de aprender, habría sido genial recibir ese tipo de enseñanza
Si, sería una buena opción podría haber un CFIN de odontología y la mejor forma es actuar.
Si, con simulación con actores, y comenzando desde primer año a tener un acercamiento con los pacientes
Aproximación temprana a clínicas, RPG, asignación como ayudante a compañeros de cursos superiores
Por supuesto, sería una guía a seguir al momento de comenzar atención con pacientes
Demostrar como entablar una conversación - relación profesional con el paciente
Si, en CICB nos hacían eso pero fue una vez y creo que faltaron más instancias como esa.

Si, haciendo exactamente eso modelaje directo, porque no lo tuve en ningún año cursado
Sería una gran ayuda para, sobre todo, el primer año de atención de pacientes
Si, encuentro que puede servir mucho en lo que es hacer una buena anamnesis
Si, porque en la práctica es totalmente distinto a lo visto en clases teóricas
Creo que lo mejor sería que viéramos a un docente atender a un paciente real
Realizando una demostración del docente con un paciente real.
Con simulaciones, y vinculación a clínica antes de 4to año
Teniendo más participación en las clínicas desde cursos menores
Si, una enseñanza previa de cómo tratar a un paciente nuevo
Simulación, salidas a terreno, campañas obligatorias
Asistiendo como asistente en las jornadas clínicas
Si, lo realizamos varias veces en varios ramos
Sí, mediante simulación con actores o mediante videos
Mediante videos y demostraciones del docente
Asistiendo a clínica desde primer año
En clases teóricas, y con demostración práctica.
Si la recibimos, en la simulación de los leones
Con vídeos y pacientes reales
Con una demostración del docente.
Aprendiendo una comunicación óptima

Tabla n°10: Respuestas pregunta número 21. Encuesta Estudiantes.

De estas respuestas, destacan algunos comentarios de aquellos estudiantes que manifestaron haber querido recibir modelaje directo sobre la relación médico paciente:

“Si, me hubiese gustado que los docentes nos hubiesen enseñado qué hacer en las primeras citas demostrándonos como se hace con un paciente” (Clínica Integrada I)

“Creo que lo mejor sería ver a un docente atender a un paciente real” (Clínica Integrada I y II)

“Role play y videos no sirven, solo ocupan tiempo extraprogramático o de descanso del estudiante, deberían enfocarlo en el ramo de CICB con pacientes reales” (Clínica Integrada I)

“Si, con simulación con actores y comenzando desde primer año a tener un acercamiento con los pacientes” (Clínica Integrada II)

“A lo mejor tener un ramo en el cual nos asignen un estudiante mayor a nosotros y ver cómo funcionan las cosas en clínica” (Clínica Integrada I y II)

“Aproximación temprana a clínica” (Clínica Integrada I y II)

4.2 Discusión

Actualmente la formación de los profesionales de salud, exige una docencia centrada en el estudiante en la cual, además de altos estándares científicos y tecnológicos, se incluyan otros dominios tales como comunicación, profesionalismo, trabajo en equipo, entre otros.

Como diversos estudios lo han demostrado, la relación entre el tratante y su paciente, juegan un rol muy importante en el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y en la satisfacción tanto del paciente como del tratante. La atención centrada en el paciente que actualmente se está otorgando en el área de la salud, debe ser trasladada a la enseñanza en el ambiente universitario y a su vez evaluada.

Mediante este estudio logramos determinar que ambos participantes, declaran tener una excelente percepción de la relación estudiante paciente, sin embargo,

los pacientes tienen una mejor percepción de esta relación que los estudiantes, al comparar estadísticamente, se observan diferencias significativas entre ambos participantes.

No se encontraron estudios que comparen la percepción de ambos participantes a nivel universitario.

Al analizar cada categoría, la con mayor porcentaje de satisfacción entre los estudiantes es la **Confianza (86,25%)**, siendo la **Empatía** la categoría con menor porcentaje de satisfacción **(60,31%)**, versus, los pacientes, en quienes se observó la categoría **Empatía** con mayor satisfacción **(93,75%)** y la de menor satisfacción fue **Responsabilidad (72,5%)**.

Esta diferencia en la percepción de la Empatía, puede deberse a la experiencia previa en la atención dental, ya que muchos de estos pacientes habían sido atendidos previo al actual tratamiento, en centros de atención primaria, la cual muchas veces debido a la cantidad de pacientes que se atienden y el cumplimiento de metas, no permite entablar una adecuada relación, versus la atención otorgada por los estudiantes que es más cercana.

En un estudio realizado por la Superintendencia de Salud del Gobierno de Chile, el año 2009, se les consultó a los pacientes qué se habían atendido en consultorios públicos acerca de algunos atributos relacionados con la satisfacción del usuario y se observó que los tres elementos que indican que lo percibido está por debajo de las expectativas fueron: Los tiempos de espera, las personas que atienden transmiten cercanía en su trato y contar equipos clínicos suficientes y modernos en tecnología.

En este estudio, no se observa una diferencia significativa en la percepción de la relación estudiante paciente, entre los estudiantes de Clínica Integrada I y II. Estos resultados son contrarios a otros, como los de Hojat (2004), Sherman (2005) y otros autores (12), quienes observan una disminución en la empatía y por ende de la relación estudiante paciente, a medida que el estudiante lleva más

años en la carrera, sobre todo cuando comienzan los años de atención de pacientes donde cada vez disminuyen más (21). En el caso de Odontología en Chile, un estudio de Silva (2013), observó una disminución en la empatía a medida que comienzan la práctica clínica (48).

Autores han lamentado una disminución de la empatía en reportes donde se describe la presencia de cinismo y falta de compasión en los estudiantes de medicina y residente, estudios empíricos, sugieren que la empatía disminuye durante el entrenamiento de estudiantes de Medicina (47), lo mismo se ha visto en la Carrera de Odontología (49). Estos niveles bajan cuando ellos comienzan a atender pacientes y se mantienen así hasta que los estudiantes egresan de la Carrera. Esta disminución de la Empatía genera una alteración en la relación médico paciente, esto puede deberse a diversas causas, entre ellas:

- Aumento en la demanda técnica durante la práctica clínica, ante lo cual los estudiantes muchas veces optan por sacrificar las destrezas de comunicación y a su vez como podemos observar en esta investigación, como lo declaran los Docentes de la Carrera también se enfocan más en el aspecto técnico que el afectivo. Además, como no existen instrumentos para poder evaluar y realizar una objetiva retroalimentación sobre esta relación, lo que dificulta que tanto el estudiante y el docente dejen en segundo plano un aspecto tan importante sobre la actitud profesional.
- También puede ocurrir a medida que los estudiantes se acercan a su graduación y toma mayor importancia sus necesidades y completar la cantidad de acciones que las necesidades del paciente. Esto se observa en la respuesta que los pacientes entregan, donde declaran que les gustaría que los estudiantes respetaran los horarios de atención. El ambiente enfocado a las metas de muchas escuelas dentales, de enfocarse en lo procedimental, el largo tiempo de atención que utilizan en cada paciente, no solo de atención directa, si no que muchas veces por falta de organización, perdiendo tiempo en buscar materiales, insumos.

Sesiones con un mismo paciente por más de 4 horas para realizar más acciones o citar reiteradas veces a sus pacientes para realizar pequeñas acciones, esto se observa a inicio de año, durante la toma de fotos, modelos y ficha, como a fin de año para lograr las acciones necesarias.

- Otros han sugerido que el desarrollo de una sensación de pertenecer a un grupo de elite y privilegiado, como ser Médico o Dentista contribuye a una disminución en la empatía. (50)
- También puede ser un mecanismo de defensa debido a la inseguridad y miedo que sienten los estudiantes al verse enfrentados por primera vez a un paciente.

Tampoco se observan diferencias significativas en la percepción estudiantes hombres versus mujeres, resultados que contrastan con los de Beca (2007), quien declara en sus resultados que los estudiantes hombres expresaron menor inseguridad que las mujeres al enfrentarse e interrogar a sus pacientes, lo que afectaría la relación estudiante paciente ya que forma parte los factores que afectan a esta relación. También observamos diferencias con el estudio de Silva (2013) en el que las mujeres presentan mayores niveles de empatía en relación con los hombres (48). Estos resultados coinciden con otros estudios realizados, no solamente en la carrera de Odontología, sino en otras carreras afines al área de la Salud, pero estos estudios se encuentran enfocados hacia la empatía y no a la relación tratante paciente como en este estudio, pero considerando que la empatía es un factor importante en esta relación, se debe tomar en cuenta.

Al analizar la pregunta 13, donde se les pregunta a los pacientes, sobre qué aspectos cambiaría de la atención otorgada hasta ahora un **7,5%** dijo que mejoraría los **horarios de atención**, esto implica; las horas en las que se ofrece atención en la Universidad y también que los estudiantes respetaran las horas de citación y atención, y, un **12,5%** relató que mejoraría la **rapidez en la atención**.

Ambos aspectos, son complejos de modificar, debido a que, los horarios de atención en el ambiente Universitario, responden a una cantidad de horas que el estudiante debe realizar actividades prácticas y que a su vez no sea perjudicial para el desarrollo de otras instancias de aprendizaje, como salir tarde de clínica y acerca de la rapidez en la atención, el paciente debe entender que es parte de la formación como estudiante no entregar atención de manera rápida, tanto por su inexperiencia como por los pasos que se deben cumplir administrativamente como parte de su formación (solicitud de materiales, evaluación por parte del docente de cada paso, etc).

En el aspecto de la enseñanza de la relación tratante paciente, un 53% de los estudiantes encuestados que manifestaron que les gustaría que les enseñasen sobre la relación médico paciente, la mayoría indicó que la mejor forma, sería que esta fuera mediante enseñanza directa de su tutor con un paciente real. Esto va de la mano con diversos estudios sobre enseñanza en clínica, como el realizado por Contreras y Sepúlveda en el 2015 que indican que al observar la actuación de los demás, los observadores pueden adquirir habilidades cognitivas y nuevos patrones de conducta (6), además mencionan que el aprendizaje durante la carrera, se produce por distintas vías y una de las más importantes es el modelaje y mencionan que este cumple la función de fortalecer o disminuir las inhibiciones sobre la conducta que ha sido aprendida previamente. El modelaje tiene efectos sobre la auto limitación de la conducta, los que dependen de la información que aporte el modelo sobre la factibilidad y las eventuales consecuencias de los cursos de acción modelados (6). “Mediante la observación de la actuación de los demás, los observadores pueden adquirir habilidades cognitivas y nuevos patrones de conducta. El aprendizaje puede consistir en patrones de conducta nuevos, criterios de evaluación, competencias cognitivas y reglas generativas de nuevas conductas”.

Muchas competencias en el área de la salud se aprenden mejor por modelaje. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que, sin intervención explícita las habilidades comunicacionales de los estudiantes de medicina empeoran y estas

deben ser enseñadas y reforzadas durante toda la Carrera (32, 49). El modelaje en comunicación tiene algunas dificultades en la medicina de hoy. Los docentes clínicos generalmente no distinguen entre la atención al paciente y la enseñanza de cómo resolver los problemas médicos. Aunque quienes están aprendiendo creen que están observando el modelo de atención al paciente de sus docentes en el mundo «real», en realidad, lo que a menudo están observando en la sala corresponde al proceso de diagnosticar y al ejercicio de su competencia de resolución de problemas.

Por otro lado Moore en un estudio realizado en el año 2012, indica que muchas competencias en el área de la salud se aprenden mejor por modelaje y han demostrado que sin intervención explícita, las habilidades comunicacionales de los estudiantes empeoran a lo largo de la carrera (32), lo cual contrasta con los resultados obtenidos en este estudio ya que no se observó una disminución en las habilidades comunicacionales de los estudiantes, por lo contrario se mantuvieron o mejoraron a pesar de que los docentes realizaron el modelaje de manera no explícita.

Estudios recomiendan enfocar la educación a mejorar y promover la empatía y destrezas de comunicación (10, 12, 15, 17, 51, 53) Se ha demostrado que esto mejora en grupo entrenados directamente. Clases que enfatizan el uso de comportamiento no verbal (consentir con la cabeza, contacto ojo con ojo, postura corporal) y comportamiento verbal, acompañamiento, respeto y comunicación empática. En segundo y tercer año este énfasis disminuye por el predominio de las asignaturas enfocadas en destrezas motora.

Además, el cambio de una atención centrada en el dentista a una atención centrada en el paciente, es necesaria y requiere un cambio en la forma en la que el estudiante recoge información de su paciente, antes los estudiantes se enfocaban en el proceso de la enfermedad, excluyendo factores psicológicos. Una visión relacionada es que la destreza de comunicación es solo de sentido común o se adquiere instintivamente. En consultas profesionales, la expectativa

de reciprocidad y compartir de igual a igual la conversación no es lo mismo que ocurre en una conversación ordinaria.

Los profesionales del área de la salud, requieren interactuar con sus pacientes en un nivel íntimo a minutos de conocerse. Es esencial por esto, que a los estudiantes se les provea entrenamiento en destrezas de comunicación. Así preparamos mejor a los estudiantes para la práctica clínica. Para enfrentar la ansiedad de los pacientes, identificar problemas éticos y reconocer factores psicológicos significativos que llevan a un mejor diagnóstico y tratamiento, con esto aumentando la satisfacción y seguridad del paciente.

Una pobre comunicación es la principal razón de poca satisfacción con el tratamiento y puede resultar en el fin de la relación con el tratante. Estudios han demostrado que un aumento en la destreza de comunicación, satisfacción del paciente, manejo del tiempo y apoyo al paciente resulta de un entrenamiento en comunicación. (23)

Dos recientes revisiones, una en las escuelas dentales de Norteamérica y otra de las del reino unido, identificaron una serie de problemas con el entrenamiento de las destrezas de comunicación a la fecha. La necesidad de enseñar de manera sistemática estas habilidades es ampliamente reconocida, pero hay limitada investigación que delinea los alcances docentes y que comparen la efectividad de las diferentes estrategias. Muchas Universidades que imparten la Carrera de Odontología en Estados Unidos, reconocen la importancia de desarrollar las destrezas interpersonales e incluyen algún entrenamiento en empatía, escucha activa y comunicación verbal y no verbal, pero la evaluación del logro de estas habilidades, sigue siendo un desafío. (19)

Al revisar la malla curricular y los programas de la Carrera de Odontología en la Universidad San Sebastián declaradas por los estudiantes en la pregunta 19, se observa que la única asignatura en la que se enseña es en Psicología Médica, que se imparte en el 4° Semestre. Como lo declara también Rodríguez (2008), “las asignaturas de psicología médica se imparten en 2° y 3° año en medicina y

solo en 2° en otras carreras de la salud, las que no sistematizan los contenidos, incorporando los conocimientos psicológicos en la atención integral de los pacientes con la profundidad necesaria”. De la encuesta de los estudiantes y análisis de los programas de la Carrera de Odontología en la Universidad San Sebastián, podemos concluir que gran parte de la manera en la que el estudiante aprende como debe relacionarse con su paciente de manera profesional al egresar, es más bien enseñada en la forma de Currículo Oculto. Como lo declaran diversos estudios (29, 32, 39), sería beneficioso declarar esta enseñanza en los programas de las asignaturas clínicas y a su vez implementar pautas estandarizadas a docentes y estudiantes sobre cómo desarrollar esta relación, evaluarla y realizar la retroalimentación. La visión del docente es altamente importante, ya que muchas veces el paciente por el tiempo que demora su tratamiento se siente con un compromiso emocional y personal con su tratante lo que podría alterar su evaluación.

En un estudio de Richards (2006), se recomienda para mejorar el Currículo Oculto (29):

1. Desarrollar las habilidades de comunicación oral y escrita, enfatizarlas durante todas las experiencias de aprendizaje.
2. Se recomienda afirmar y promover continuamente la responsabilidad profesional del servicio a otros. Esto puede lograrse mediante actividades de Vinculación con el Medio.

Los estudiantes suelen percibir únicamente parcialidades de la relación médico-paciente, logrando rara vez observar y mucho menos discutir, el espectro completo de las habilidades de comunicación que están implícitas al establecer un vínculo con el paciente o al mantener la relación a lo largo del tiempo. Desafortunadamente, los estudiantes comienzan percibiendo que la comunicación efectiva es simplemente “resolver el problema”. Como consecuencia, los estudiantes no son capaces de reconocer ni de identificar las

habilidades de comunicación que el docente utiliza. Requiere de enseñanza formal, didáctico-experiencial.

La definición y delineamiento sistemático de las habilidades que serán aprendidas es una parte muy importante para fijar límites a los estudiantes. Existen variadas guías que presentan las habilidades efectivas ordenadas y que han sido validados en estudios psicométricos. Si realmente se quiere mejorar la comunicación odontólogo-paciente, tenemos que asegurar no solamente que los estudiantes y médicos conozcan las habilidades que permiten que la comunicación sea efectiva (el saber), sino que además practiquen dichas habilidades (el saber hacer); y, por último, que utilicen en su quehacer diario una comunicación efectiva (el saber ser).

Sentarse en clínica a observar un estudiante cómo se relaciona con su paciente, además de requerir mucho tiempo, es intimidante para el estudiante y también para el paciente. Los nuevos métodos de observación de la entrevista -ya sea directamente, usando salas con espejos unidireccionales; o indirectamente, observando una filmación de la entrevista- permiten que la observación se desarrolle no solo de manera más discreta, sino también menos invasiva o intrusiva. Además, el uso de pacientes simulados permite moldear la relación médico-paciente con fines docentes, por ejemplo, interrumpiendo, repitiendo la entrevista o representando situaciones difíciles. Estructurando la observación utilizando una guía permite reconocer, nombrar y describir las habilidades comunicacionales utilizadas por el entrevistador. El reflexionar mediante una retroalimentación entregada en forma específica sobre sus conductas observables permite al estudiante darse cuenta, reconocer y mejorar su competencia relacional. Por otro lado, si la entrevista ha sido grabada, el entrevistador puede observarse a sí mismo, lo que constituye una potente herramienta para el autoaprendizaje y la autoevaluación. (31)

La enseñanza de la relación con pacientes simulados, ha sido demostrado ser la más efectiva, ya que por un lado nos permite enfrentar a los estudiantes a distintos tipos de pacientes, y permite recibir el feedback desde la mirada del

paciente, sin embargo, esta modalidad es poco utilizada en las escuelas de medicina del país y la mayoría se enfoca en enseñarlo solo mediante clases magistrales o lecturas. (9, 17, 28, 49)

El contacto con pacientes siempre ha sido una parte fundamental de la formación de estos profesionales; se entiende que la interacción precoz con pacientes aumenta la motivación de los estudiantes, permite una transición gradual entre los años preclínicos y clínicos, y favorece que el estudiante aprenda sobre temas que son difíciles de abordar desde los libros o un plano teórico, tales como empatía, responsabilidad por el paciente, profesionalismo, entre otros. Actualmente la simulación con pacientes estandarizados está siendo utilizada en la mayoría de las escuelas de medicina en Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y Europa, y también en la formación de otros profesionales de la salud como Odontología, Fonoaudiología, Nutrición, Kinesiología y Enfermería (30).

5. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Este estudio inicia el estudio de la relación médico paciente de los estudiantes de la Carrera de Odontología de la Universidad San Sebastián, Sede Santiago, lo que permite poder continuar evaluando los distintos factores que juegan un rol importante en esta, y a futuro, poder proponer mejoras o cambios, tanto en su enseñanza como evaluación.

Se determinó una excelente percepción de la relación estudiante paciente por parte de ambos actores, sin embargo, los pacientes demuestran una mejor percepción.

Se observó que no existen diferencia en la percepción de la relación estudiante paciente entre estudiantes hombres versus mujer ni entre los estudiantes de Clínica Integrada I y II.

De los estudiantes que sintieron inseguridad al enfrentarse por primera vez a un paciente real, se pudo observar que esto se debía a que era una experiencia nueva.

Además, se observó que la mayoría de los estudiantes manifiesta interés en haber recibido modelaje acerca de la relación médico paciente, dentro de las opciones de modelaje, la que generó mayor interés fue la demostración docente directa con pacientes reales.

Los estudiantes, declararon que en muchas de sus asignaturas (desde primer al décimo semestre), les enseñaron sobre la relación médico paciente, 13 asignaturas, al revisar la malla de la carrera, se observa declarado solo en la asignatura de Psicología Médica. Lo que saca a la luz, lo que muchas veces los estudiantes aprenden por parte del currículo oculto.

El cambio al enfoque actual de una atención centrada en el paciente y la evaluación a la que como Cirujanos Dentistas se ven constantemente expuestos

por los pacientes, hace inminente generar este cambio a nivel de la malla curricular de las distintas universidades que imparten la Carrera de Odontología. Dejando no solo al Currículo Oculto como formador de estas habilidades, ya que como bien demuestran diversos estudios, esto debe enseñarse, mejorarse y potenciarse continuamente, ojalá desde los primeros años y mientras más evidente se realice esta enseñanza, mejor se logra. Es así, como el trato a los pacientes, es un elemento más que él vincula a la imagen y a la calidad percibida en la atención de salud lo que es evaluado desde que la persona entra al consultorio hasta que se va (37). Esta mejor relación del paciente con su tratante, como muchos estudios lo declaran, mejoraría una serie de aspectos para ambos participantes. (1, 7, 10, 24, 32, 47, 46)

Es importante, evidenciar esto al equipo docente, y que entienda que el estudiante aprende principalmente del modelaje, donde aprenden al ver hacer o ser a sus docentes, por lo tanto, somos los primeros en deber fomentar y potenciar estas habilidades en pos de lograr una adecuada y profesional relación médico-paciente y no solo enfocarnos en los aspectos técnicos o prácticos en los que usualmente nos preocupamos durante la tutoría clínica.

Esto a su vez, lograría mejorar distintos aspectos de la formación de nuestros estudiantes: Una actitud más responsable y profesional frente al paciente, un aumento en la empatía y disminuir o eliminar un factor de stress e inseguridades de todos a los que se ven expuestos desde que comienzan con la atención directa de pacientes, que muchos estudiantes en este estudio declararon sentir al comenzar la experiencia Clínica.

Para esto, debemos mejorar la manera en la que enseñamos en clínica y la manera de evaluar esta relación, la cual es dinámica y evoluciona constantemente. El aprendizaje de una comunicación efectiva requiere de una enseñanza formal, no solamente aprendizaje por experiencia y a lo largo de toda la Carrera, para enseñar primero la atención centrada en el paciente y diversas maneras de enseñar y que entiendan el ser empático y cuál debiera ser el comportamiento profesional esperado al egresar, lo cual ayuda a su vez generar

un sello de la Universidad en el desempeño del estudiante una vez egresado, no solo en el aspecto técnico, si no, también en el valórico. Se considera que 5 elementos serán necesarios para lograrlo (32):

- Definición y delimitación sistemática de las habilidades
- Observación de los estudiantes ejecutando sus habilidades
- Feedback o retroalimentación
- Práctica o ensayo de las habilidades
- Evaluación.

La enseñanza de esta relación médico paciente y sus distintos componentes, es algo que en los momentos de acreditación de la Carrera de Odontología debiera evaluarse, al igual como se realiza en Estados Unidos y Europa, esto permitiría que las Universidades que imparten esta Carrera, le tomen la importancia a este tema que aún en Chile se encuentra poco estudiado.

Sería importante que los Docentes, coloquen mayor énfasis, sobre todo al inicio de la Clínica, donde contamos con más tiempo para realizar docencia directa con el paciente en el box de atención para poder demostrarles directamente cómo y qué debe explicarse al paciente.

Sugerimos aplicar la encuesta en tres periodos a lo largo del año, al inicio, al final del primer semestre y al final del segundo semestre para determinar si existen cambios en la percepción de la relación estudiante-paciente por parte de sus actores. Lograr una evaluación en 360° de esta relación donde tanto el estudiante, paciente y docente puedan evaluar el progreso y permitir un feedback más completo y objetivo.

Sería beneficioso, aplicar este estudio a las distintas sedes de la Universidad San Sebastián y evaluar si hay diferencias en la manera de enseñar estas habilidades

para el desarrollo de la relación médico paciente y poder fijar un standard tanto en metodología de enseñanza como en evaluación para la Carrera.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre Raya D. (2005), Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional, Educación Médica Superior, 19. Versión online: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412005000300004&script=sci_abstract
2. American Dental Association® (ADA). Dentists: Doctors of Oral Health. Sitio web: <https://www.ada.org/en/about-the-ada/dentists-doctors-of-oral-health>
3. Anderson. (1998). Report I: Learning objectives for medical student education: guidelines for medical schools. 13 de Mayo 2018. Association of American Medical Colleges. Sitio web: <https://services.aamc.org/publications>
4. Arrubarrena. (2011). La relación médico-paciente. Cirujano General, 33, 122-125.
5. Carrillo B. (2009). Importancia del currículo oculto en el proceso de enseñanza aprendizaje. Sitio web: https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_14/BEATRIZ_CARRILLO_2.pdf
6. Contreras, J. & Sepúlveda, C. (2015). El modelaje como fuente de aprendizaje. Ficha VALORAS actualizada de la 1ª Edición “El modelaje según Bandura”.

7. Corah, O'Shea, Bissell (1988). The dentist-patient relationship: perceived dentist behaviors that reduce patient anxiety and increase satisfaction. J Am Dent Assoc 116, 73–6.
8. Cowpe, Plasschaert (2010) Profile and competences for the graduating European dentist-update2009. European Journal of Dental Education 14, 193-202.
9. Donate-Bartfield E et al. (2013). Teaching Culturally Sensitive Care to Dental Students: A Multidisciplinary Approach. Journal of Dental Education, 78, 454-464.
10. Drossman Douglas. Guidelines for Improving Communication Skills and the Patient-Doctor Relationship. UNC School of Medicine. Department of Medicine, Division of Gastroenterology and Hepatology. Sitio Web: <https://www.med.unc.edu/gi/faculty-staff-website/teaching/conferences/archives/fgid-conference-archives/guidelines-for-improving-communication-skills-and-the-patient-doctor-relationship>
11. Emanuel EJ, Emanuel LL. (1999) Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En Couceiro A, editora. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 109-126.
12. Esquerda (2016) La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. Atención Primaria. 48, 8-14
13. Fernández-Quiroga M.R, (2017). Uso de la simulación clínica como estrategia de aprendizaje para el desarrollo de habilidades comunicacionales en estudiantes de medicina. FEM, 20, 301-304.

14. Flores Tapia M. (2016). Situaciones que generan ansiedad en estudiantes de Odontología. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 8, 35-41.
15. González, Hilda,(2015). Las competencias comunicativas orales en la relación médico paciente en un programa de medicina de una Universidad de Colombia: una mirada desde el currículo, los profesores, y estudiantes. *Educación Médica* 16, 227-233.
16. González, Viviana (2008). Competencias genéricas y formación profesional: un análisis desde la docencia universitaria. *Revista Iberoamericana de Educación*. OEI 47(7): 185-209
17. Haak (2008). The effect of undergraduate education in communication skills: a randomised controlled clinical trial. *Eur J Dent Educ.* 4, 213-218.
18. Haidet (2002). Medical student attitudes toward the doctor–patient relationship. 36. 568-574.
19. Hannah (2004). A Communication Skills Course for Undergraduate Dental Students. *Journal of Dental Education.* 9, 970-977.
20. Hidalgo-Rivera J.L, et al. (2013). El tutor clínico. Una mirada de los estudiantes de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia. *Enfermería Universitaria*, 10, 92-97.
21. Hojat (2004). An Empirical Study of decline in empathy in medical school. *Med Educ.* 38,934-941

22. Imbernón. Concepto y marco de la relación médico paciente. Revista punto de vista. 61-65. Sitio web: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1225961.pdf>
23. Lanning (2008). Communication Skills Instruction Utilizing Interdisciplinary Peer Teachers: Program Development and Student Perceptions. 2, 172-182.
24. Lalumandier J et al. (2004). Early Clinical Experience for First-Year Dental Students. Journal of Dental Education, 68, 1090-1095.
25. Laskin (1972), Influence of the doctor-patient relationship on placebo therapy for patients with myofascial pain-dysfunction syndrome, J Am Dent Assoc 85, 892-4.
26. Littlewood S et al. (2005). Early practical experience and the social responsiveness of clinical education: systematic review. BMJ, 331, 387-391.
27. López W. (2015). Profesionalismo: ¿huellas de un currículo oculto? Revista Ibero-americana de Educación, 69, 147-166.
28. Marega G. (2017). Impacto del vínculo estudiante-paciente en la práctica clínica de grado. Universidad Nacional de Córdoba Sitio web: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/4936/Marega%2C%20Gabriela%20H.%20-%20%28Doctor%20en%20Odontolog%C3%ADa%29%20Facultad%20de%20Odontolog%C3%ADa.%20Universidad%20Nacional%20de%20C%C3%B3rdoba%2C%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

29. Masella R. (2006). The Hidden Curriculum: Value Added in Dental Education. *Journal of Dental Education*, 70, 279-283.
30. Matiz H. (2011). La práctica de la simulación clínica en las ciencias de la salud. *Revista colombiana de cardiología*, 18, 297-304.
31. Moore P et al. (2016). Pacientes simulados en la formación de los profesionales de salud: el lado humano de la simulación. *Rev Med Chile* , 144, 617-625.
32. Moore P. (2012). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferentes. *Atención Primaria*, 44, 358-365.
33. Murphy J. (2009). A Comparative Study of Professional Student Stress. *Journal of Dental Education*, 73, 328-337.
34. Ortega J (2014). Evaluación de componentes del currículum oculto en estudiantes de medicina. *Revista médica de Chile*, 142, 1452-1457.
35. Pérez Díaz F (2015). Estrés y burnout en estudiantes de Odontología: una situación preocupante en la formación profesional. *Edumecentro*, 7, 179-190.
36. Pezoa (2011). Propuesta Metodológica para medir satisfacción en usuarios de consultorios públicos. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Departamento de Estudio y Desarrollo
37. Polychronopoulou Argy (2005). Perceived Sources of Stress Among Greek Dental Students. *Journal of dental education*. 69, 687-692.

38. Portela F. (2013). Caracterización de los aspectos bioéticos en los reclamos realizados ante la superintendencia de salud de Chile en el área de la Odontología. Acta Bioética, 19, 143-152.
39. Ramirez. El currículum formal real y oculto. [https://www.academia.edu/4334156/El curriculum formal REAL Y OCULTO](https://www.academia.edu/4334156/El_curriculum_formal_REAL_Y_OCULTO)
40. Ramos (2008). Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. An Fac med. 69,12-6
41. Ranjan P. (2015). How can Doctors Improve their Communication Skills? Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR, 3, JE01–JE04. <http://doi.org/10.7860/JCDR/2015/12072.5712>
42. Ridd. (2009). The patient-doctor relationship: A synthesis of the qualitative literature on patient's perspectives. British journal of general practice, 59, 116-133
43. Riess H (2014). E.M.P.A.T.H.Y.: A Tool to Enhance Nonverbal Communication Between Clinicians and Their Patients. Academic Medicine, 89, 1108-1112.
44. Rodríguez A. (2015). Características de los casos juzgados en el Tribunal de Ética Médica de Santander, Colombia, desde la promulgación de la Ley 100 de 1993. Medicina UNAB, 15, 137-143.
45. Rodríguez, María Antonieta (2008). Relación Médico-Paciente. La Habana, Cuba. Editorial Ciencias Médicas.

46. Sathishkumar S et al. (2007). Attitude of medical students towards Early Clinical Exposure in learning endocrine physiology. *BMC Medical Education*, 7, 30.
47. Sherman (2005). Measurement of Changes in Empathy During Dental School. *Journal of Dental Education*, 69, 338-345.
48. Silva (2013). Evaluación de los niveles de orientación empática en estudiantes de odontología de la Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabili. Oral*. 6,130-133.
49. Sinha, Nanda, McNeil (1996). Perceived orthodontist behaviors that predict patient satisfaction, orthodontist-patient relationship, and patient adherence in orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofac Orthoped* 110, 370–6.
50. Vallaey F. (2006). El Ethos oculto de la Universidad. *Red Universitaria de Ética y Desarrollo Social*, 1, 1-5.
51. Woelber J.P. (2012). The importance of teaching communication in dental education. A survey amongst dentists, students and patients. *European of Journal Dental Education*, 16, 200-204.
52. Yamalik. (2005) Dentist-patient relationship and quality care 1. Introduction. *International Dental Journal*, 55, 110-112.
53. Yoshida T. (2002) How do U.S. and Canadian dental schools teach interpersonal communication skills? *J Dent Educ*, 11, 1281–1288.

7. ANEXOS.

ANEXO 1.

Encuesta acerca de la Percepción de la Relación Estudiante Paciente para Estudiante

Estimado estudiante, el presente estudio es realizado para optar al grado de Magister en Educación en Ciencias de la Salud de la Universidad San

Sebastián. En este estudio, buscamos poder conocer la percepción de Ud. sobre la relación odontólogo paciente. Para esto necesitamos que

conteste el cuestionario que le será entregado a continuación.

El cuestionario, consta de 20 preguntas, que nos permitirá evaluar la percepción que Ud. tiene sobre la relación con su paciente, acerca de su

capacidad de escuchar, respeto, cortesía hacia su paciente.

Conteste de manera tranquila y honesta. Por favor indique su respuesta según la opción con la que se identifique.

SELECCIONE SOLO UNA RESPUESTA POR PREGUNTA.

Bloque I: Percepción de la Relación estudiante-paciente:

1. En relación al respeto y la cortesía, ¿Cómo cree Ud. que fue el trato que tuvo con su paciente?

- No fui cortés ni respetuoso
- Fui poco cortés y respetuoso
- Medianamente respetuoso y cortés
- Fui muy respetuoso y cortés

2. En el aspecto de escuchar, ¿Cree Ud. que le dejó explicar a su paciente el motivo de consulta?

- No lo deje hablar
- Si lo escuché, pero poco
- Lo dejé hablar, escuché lo que quería decir, pero no presté atención todo el tiempo.
- Escuché todo lo que quería decir y presté atención en todo momento.

3. En el aspecto de comprensión hacia el paciente ¿Que tan comprensivo siente Ud. que fue con su paciente?

- No lo comprendí
- Lo comprendí, pero poco
- Si lo comprendí, pero no totalmente
- Lo comprendí totalmente

4. En el aspecto de empatía hacia su problema, ¿Qué tan empático fue con su paciente? Empatía es la capacidad para ponerse en el lugar del otro y hacérselo saber, de sentir como el otro siente comprendiendo sus motivos aún sin aceptarlos o discrepando con ellos.

- No fui empático
- Fui poco empático
- Medianamente empático
- Totalmente empático

5. En el aspecto confianza en su capacidad profesional, ¿Qué tanta confianza cree Ud. que le tiene su paciente?

- No me tiene confianza
- Me tiene poca confianza
- Me tiene regular confianza
- Confía plenamente

6. Con respecto a la explicación de su problema de salud, ¿Cree usted que su paciente entendió la explicación que le entregó?

- No le expliqué
- Le explique, pero creo que no entendió nada
- Le expliqué, pero creo que entendió parcialmente
- Le explique y entendió claramente

7. En el aspecto explicación del procedimiento a seguir con el paciente ¿Que cree Ud. que el paciente entendió?

- No le expliqué
- Creo que no entendió nada
- Entendió medianamente
- Entendió claramente

8. ¿Está conforme con los procedimientos que le realizó al paciente?

- Si
- No

Si la respuesta es No, Porqué? _____

9. ¿El paciente le pidió otras opciones de tratamiento?

- Si
- No

10. ¿Usted le dio otras opciones de tratamiento?

- Si
- No

11. ¿Usted cree que su paciente le recomendaría a un familiar o amigo que se atienda con Ud?

- Si
- No

Si la respuesta es No, ¿por qué?

12. Considerando lo consultado, por favor, indique del 1 al 10 (siendo 10 la mejor atención otorgada) como cree Ud. que su paciente calificaría la atención otorgada.

Instrucciones de pregunta: 1 estrella, es la peor atención otorgada. 10 estrellas la mejor atención otorgada.

13. ¿Qué mejoraría de la atención odontológica otorgada hasta ahora?

Instrucciones de pregunta: *Esto se refiere a la relación/atención de su paciente. (autocrítica) No acerca de los procedimientos administrativos propios de la clínica, por ejemplo, NO acerca del tiempo de entrega de insumos, costo de los tratamientos, etc.

Bloque II: Identificación del estudiante

Las siguientes preguntas son necesarias para comprender sus características y solo serán utilizadas con el fin de esta investigación.

Favor marcar solo una respuesta por cada pregunta.

14. Genero

- Femenino
- Masculino

15. Nivel en que cursa la asignatura Clínica Integrada del Adulto

- I
- II

16. ¿Es Usted recursante de Clínica Integrada del Adulto?

- Si
- No

Bloque III: Identificación del paciente

Las siguientes preguntas son necesarias para comprender las características de su paciente, solo serán utilizadas con el fin de esta investigación.

Favor marcar una sola alternativa.

17. Genero del paciente

- Femenino
- Masculino

18. Año de nacimiento

Instrucciones de pregunta: Indicar SOLO año de nacimiento

19. ¿Recuerda si le enseñaron sobre la relación médico paciente en alguna asignatura?

- Si
- No

Si su respuesta es Si, en que asignatura?

20. Cuando comenzó a atender pacientes, ¿Se sintió inseguro o con dudas sobre como relacionarse y comunicarse con su paciente?

- Si
- No

Si la respuesta es Si, ¿Por qué?

21. ¿Le hubiera gustado recibir modelaje directo sobre como relacionarse con el paciente? Instrucciones de pregunta: Modelaje, se refiere a demostración de un docente sobre una acción, en este caso, demostrar como entablar una conversación-relación profesional con el paciente, mediante videos, role play entre estudiantes, simulación con actores, con un paciente real, etc

- Si
- No

Si la respuesta es SI, ¿Como cree Ud. que sería mejor aprender esto? (ver opciones de enunciado)

ANEXO 2

Encuesta sobre la Percepción de la Relación Estudiante Paciente Para Paciente

Estimado paciente, el presente estudio es realizado para optar al grado de Magister en Educación en Ciencias de la Salud de la Universidad San

Sebastián. En este estudio, buscamos poder conocer la percepción que usted tiene sobre la relación con el estudiante que lo atiende. Para esto

necesitamos que conteste el cuestionario que le será entregado a continuación.

El cuestionario consta de 17 preguntas, que nos permitirá evaluar la percepción que Ud tiene sobre la relación con su tratante (estudiante).

Conteste de manera tranquila y honesta. Por favor marque su respuesta según la opción con la que se identifique.

SOLO DEBE MARCAR UNA RESPUESTA POR PREGUNTA.

Bloque I: Percepción de la Relación estudiante-paciente:

1. En relación al respeto y la cortesía, ¿Cómo fue el trato que tuvo el estudiante hacia usted?

- No fue cortés ni respetuoso
- Fue poco cortés y respetuoso
- Medianamente respetuoso y cortés
- Fue muy respetuoso y cortés

2. En el aspecto de escuchar, ¿Cree Ud que el estudiante le dejo explicar su motivo de consulta?

- No me dejo hablar
- Si me escuchó, pero poco
- Me dejo hablar, me escuchó. Pero siento que no me prestó atención todo el tiempo.
- Escuchó todo lo que quería decirle y me prestó atención en todo momento.

3. En el aspecto de comprensión hacia Ud., ¿Que tan comprendido se sintió cuando estaba con el estudiante?

- No me comprendió

- Me comprendió, pero poco
- Me comprendió casi totalmente
- Me sentí totalmente comprendido

4. En el aspecto de empatía hacia su problema, ¿Qué tan empático fue el estudiante?

Instrucciones de pregunta: Empatía es la capacidad para ponerse en el lugar del otro y hacérselo saber, de sentir como el otro siente comprendiendo sus motivos aún sin aceptarlos o discrepando con ellos.

- No fue empático
- Fue poco empático
- Medianamente empático
- Totalmente empático

5. En el aspecto confianza en su capacidad profesional, ¿Qué tanta confianza le tiene al estudiante que lo atendió?

- No le tengo confianza
- Le tengo poca confianza
- Le tengo regular confianza
- Confío plenamente

6. Con respecto a la explicación de su problema de salud, ¿usted entendió la explicación que le dio el estudiante?

- No me explicó
- No entendí
- Entendí medianamente
- Entendí claramente

7. En el aspecto explicación del procedimiento a seguir con Ud., ¿entendió la explicación del estudiante?

- No me explicó
- No entendí nada
- Entendí medianamente
- Entendí claramente

8. ¿Está conforme con los procedimientos del estudiante?

- Si
- No

Si responde No, Por qué?

9. ¿Le pidió otras opciones de tratamiento?

- Si
- No

10. El estudiante, ¿le dio otras opciones de tratamiento?

- Si
- No

11. ¿Recomendaría Ud. a un familiar o amigo que se atienda con el mismo estudiante que lo atiende?

- Si
- No

Si la respuesta es No, Por qué?

12. Considerando lo consultado, por favor, califique como cree calificaría Ud su atención, del 1 al 10 su satisfacción en esta consulta

Instrucciones de pregunta: 1 estrella, es la peor atención otorgada. 10 estrellas la mejor atención otorgada.

13. ¿Qué mejoraría de la atención odontológica recibida hasta ahora?

Bloque II: Identificación del estudiante

Las siguientes preguntas son necesarias para comprender las características del estudiante que lo atendió y solo serán utilizadas con el fin de esta investigación.

14. Genero del estudiante

- Femenino
- Masculino

15. Curso del estudiante

Instrucciones de pregunta: Favor preguntar al estudiante que año cursa de Clínica Integrada del Adulto

- I
- II

Bloque III: Identificación del paciente

Las siguientes preguntas son necesarias para comprender sus características solo serán utilizadas con el fin de esta investigación.

Favor marcar una sola alternativa.

16. Genero del paciente

- Femenino
- Masculino

17. Grado estudios que alcanzó

Instrucciones de pregunta: Seleccione una respuesta

- Ninguno
- Básica
- Media
- Universitario
- Técnico

18. Año de nacimiento

Instrucciones de pregunta: Indicar SOLO año de nacimiento

ANEXO 3.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Paulina Pacheco y Valentina Parra, estudiantes del Magister en Educación en Ciencias de la Salud de la Universidad San Sebastián. La meta de este estudio es evaluar la percepción de la relación del estudiante con su paciente.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta.

Su participación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Paulina Pacheco y Valentina Parra, estudiantes del Magister en Educación en Ciencias de la Salud de la Universidad San Sebastián. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es evaluar la percepción de la relación estudiante-paciente.

Me han indicado también que tendré que completar un cuestionario.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada.

Firma del Participante

Fecha