

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Grado en Odontología

Humanizar la consulta dental.

La clave del éxito

Madrid, curso 2020/2021

Número identificativo

3

Resumen:

A través de los años las clínicas dentales se han visto afectadas por el gran aumento en la competitividad, esto debido al incremento de graduados en Odontología y el alargamiento del ejercicio profesional de los odontólogos. Tanta demanda ha hecho que aparezcan las innumerables franquicias. Si bien es cierto que actualmente contamos con más recursos para un mejor trato al paciente (tanto a nivel de indumentaria como a nivel de educación) la competitividad a traído consigo una desventaja importante, la cual es la necesidad de realizar tratamientos en el menor tiempo posible logrando así facturar lo necesario para poder cumplir con los objetivos de la empresa, haciendo que la clínica dental sea un ambiente hostil y desagradable para los pacientes. La finalidad de este trabajo de investigación fue realizar una revisión bibliográfica donde se conocieran las mejores estrategias para lograr un ambiente agradable y placentero para todos los perfiles de pacientes.

Abstract:

Over the years, dental clinics have been affected by the great increase in competitiveness, this due to the increase in graduates in Dentistry and the lengthening of the professional practice of dentists. So much demand has made countless franchises appear. Although it is true that we currently have more resources to better treat the patient (both at the level of clothing and at the level of education), competitiveness has brought with it an important disadvantage which is the need to perform treatments in the shortest possible time, achieving thus billing what is necessary to meet the objectives of the company, making the dental clinic a hostile and unpleasant environment for patients. The purpose of this research work was to

carry out a bibliographic review where the best strategies to achieve a pleasant and pleasant environment for all patient profiles were known.

Índice:

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. La empatía en el área de la salud.....	1
1.2. Bioética en odontología.....	2
1.3. La deshumanización en el área de la salud.....	4
1.4. Formación ética en la odontología actual.....	4
1.5. Humanización en odontología.....	7
1.6. Humanización en pacientes con necesidades especiales.....	9
1.7. Humanizar la consulta dental en época de COVID-19.....	15
2. OBJETIVOS	18
2.1. Objetivo general.....	18
2.2. Objetivos específicos.....	18
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	19
4. DISCUSIÓN.....	20
4.1. Resultados obtenidos.....	20
4.2. discusión entre los autores consultados.....	25
5. CONCLUSIONES.....	30
6. RESPONSABILIDAD.....	32
7. BIBLIOGRAFÍA.....	33

1. Introducción:

1.1. La empatía en el área de la salud:

Según la RAE (Real Academia Española) Cuando hablamos de empatía nos referimos a la “capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos”. Es la sensación de realidad ante una situación que está afectando a otra persona. Empatía significa saber apreciar los sentimientos del otro. ⁽¹⁾

El término “empatía” fue descrito en 1909 por el psicólogo inglés Edward Bradner Titchener, pero no fue hasta 1918 que se incorporó en la medicina, mejorando la relación médico-paciente y proporcionando un diagnóstico y tratamiento más acertado. Lograr este objetivo implica la colaboración del sanitario, que se ponga en el lugar del paciente, que lo comprenda tanto a nivel físico como a nivel psicológico (sentimientos, alma, espíritu, emociones, miedos, preocupaciones.) y así, tratarlo como un todo. ⁽¹⁾

Un buen sanitario tiene la responsabilidad y el deber de ofrecerle al paciente una atención basada en la empatía; comprendiéndolo y escuchándolo es como se logra que el paciente se sienta cómodo y seguro. Además, ya no solo está la tarea de ser empáticos, sino que esta cualidad perdure en el tiempo y suceda a las futuras generaciones de odontólogos. ⁽¹⁾

Comenzar con una correcta y amena conversación médico/paciente es la clave para un verdadero sentido de bienestar, tanto físico como mental, en donde el paciente se sienta a gusto sabiendo que ambos son personas con vivencias, emociones y dolencias. De lo contrario se encaminará hacia una entrevista meramente técnica, haciendo que el paciente sea más la enfermedad que presenta que un individuo. ⁽²⁾

1.2. Bioética en odontología:

La bioética nace de la necesidad de que las ciencias biológicas se cuestionen aspectos relacionados con la moral en su intervención. A mediados del siglo XX apareció la medicina oral, esto incentivó a la creación de especialistas en el área de la odontología, lo cual trajo consigo un aumento en el desarrollo ético. ⁽³⁾

La bioética ayuda a tomar las mejores decisiones tanto en cuestiones de salud, como en el ámbito social y legal, haciendo que tanto el odontólogo como el paciente se beneficien de su aplicación en la práctica diaria. ⁽⁴⁾

Es por esto por lo que ADA (Asociación Dental Americana) formuló una lista de principios éticos para tener en cuenta en la consulta dental.

“Principios de Ética y Código de Conducta Profesional de ADA en 1992”:

1. “El personal de salud bucal debe reconocerse a sí mismo como ser humano, para posteriormente reconocer en el paciente al otro, a la persona que tiene una dignidad inalienable, poseedora de valores, que está inmersa en su medio ambiente, y no sólo como un individuo que busca y tiene necesidad de salud.” ⁽⁵⁾
2. “El personal de salud bucal debe cuidar y tratar con la misma conciencia y solicitud a todas las personas sin distinción de raza, religión, ideas políticas, condición social, nacionalidad, género, preferencia sexual o cualquier otra circunstancia personal o social”. ⁽⁵⁾
3. “El personal de salud bucal debe evitar cualquier acto que pueda denigrar el honor o la dignidad del ejercicio de la profesión, ya sea mentira, engaño, abuso, puesto que la

práctica odontológica debe ser orientada bajo principios éticos, científicos y legales”.

(5)

4. “La calidad de la atención en los servicios de salud bucal que se otorgan a la población abierta ya sea del sector público, privado o en instituciones educativas, debe ser la misma. No debe haber diferenciación de la atención entre una práctica institucional y la práctica en consultorio privado. Asimismo, se debe evitar el aprovecharse de la práctica institucional para llevar pacientes a la propia práctica privada.” (5)
5. “El personal de salud bucal debe contar con las respectivas acreditaciones para llevar a cabo el ejercicio de su profesión, ya sea de práctica general o como especialista, y no ostentar un grado académico con el que no se cuenta.” (5)
6. “El personal de la salud bucal está obligado a guardar el secreto profesional tanto del contenido de la historia clínica, así como también de todo lo que, por razón de su profesión, haya visto, escuchado y/o comprendido en relación con todos los pacientes. El secreto profesional debe reservarse aun cuando la relación profesional haya finalizado; ya sea de manera temporal o definitiva, éste se podrá revelar sólo si requiere alguna autoridad competente.” (5)
7. “El personal de salud bucal debe asumir el compromiso para la educación continua y permanente en las áreas ética, científica y técnica, con el fin de brindar a sus pacientes el máximo de posibilidades de atención.” (5)

1.3. La deshumanización en el área de la salud:

En el período hipocrático se estableció que la deshumanización era una consecuencia de una sociedad más racional y científica, haciendo que la sensibilidad se alejara de nuestra práctica diaria. ⁽⁵⁾

Esto se pudo confirmar en la época de los grandes descubrimientos científicos (diagnósticos, enfermedades, curas, tratamientos). Fueron años donde un incontable número de personas requirió asistencia sanitaria no dejando espacio para el individualismo, esto trajo como consecuencia la desaparición del valor humano. ⁽⁵⁾

Se entiende por deshumanización en la salud, a la poca cercanía médico/paciente, la cual se genera entre otras cosas por la falta del calor humano, trato diferente entre los pacientes, por dejar a un lado la opinión del paciente con relación a su tratamiento, por el sentido de superioridad de algunos profesionales, por no dar explicaciones claras al paciente. En conclusión, corresponde con el término deshumano, aquel profesional que en su práctica diaria les dé más importancia a los resultados que al paciente como la suma de sus partes. ⁽⁵⁾

1.4. Formación ética en la odontología actual:

Siempre se ha concedido gran valor a las enseñanzas específicas de cada profesión, sin embargo, se tiende a dejar a un lado las enseñanzas relacionadas con los valores éticos. Hoy en día se puede decir que universidades del mundo están incorporando los saberes éticos al resto de las asignaturas impartidas, haciendo que los alumnos estén más preparados para sus futuros labores en la sociedad. ⁽⁶⁾

Cada vez se vuelve más indispensable que los centros de enseñanza contengan en sus programas aspectos relacionados con la profesionalidad y la ética, sobre todo en las carreras asociadas al área de la salud, siendo actualmente un requerimiento en el ámbito laboral. Por ejemplo, en el área de la odontología asociaciones como la ADEE (Asociación para la Educación Dental en Europa) considera que para que un odontólogo sea un buen profesional debe poseer entre otras cosas: “conducta ética y habilidades sociales.”⁽⁶⁾

Según la organización General Dental Council de Inglaterra, el profesionalismo debe ser lo principal en las enseñanzas de las escuelas dentales, así como tener en sus programas un recopilatorio de conocimientos técnicos y conocimientos éticos. Incluso la ADEA (Asociación Americana de Educación Dental) y la ADA han descrito capítulos relacionados con las conductas éticas y profesionales, sugiriendo que en todas las escuelas de odontología se ponga en práctica dichos aspectos.⁽⁶⁾

“Lista de valores afines con el profesionalismo contemplados por ADEA en el 2009”:⁽⁶⁾

1. “La adquisición y el mantenimiento de un alto nivel de conocimiento especial, así como de la capacidad técnica y el comportamiento profesional necesarios para prestar la atención clínica a los pacientes y para actuar de manera eficaz en el entorno de la educación dental.”⁽⁶⁾
2. “La justicia, definida como la demostración de consistencia e imparcialidad en el trato con los demás.”⁽⁶⁾
3. “La integridad, que consiste en ser honesto y demostrar congruencia entre los valores, las palabras y las acciones.”⁽⁶⁾

4. “La responsabilidad, siendo responsable de las propias acciones, y reconocer y actuar sobre las obligaciones especiales con los demás que uno asume al unirse a una profesión.”⁽⁶⁾
5. “El respeto, honrando el valor de los demás”.⁽⁶⁾
6. “El servicio, como el actuar en beneficio de los pacientes y el público que se atiende, y acercándose a los beneficiados con compasión.”⁽⁶⁾

La ADEA tiene un evidente interés por los conceptos relacionados con el trato humano hacia los pacientes, enfatizando el respeto, la honestidad y la compasión, sin discriminar a nadie por su género, raza o cultura.⁽⁶⁾

Para obtener un correcto ambiente laboral es preciso cambiar la educación, incentivando el aprendizaje de técnicas que mejoren el trato odontólogo/paciente, con el objetivo de aumentar la confianza y disminuir así la ansiedad y el miedo que suele generar una consulta odontológica.⁽⁷⁾

No se debe escatimar en cuanto a aprendizaje bioético se refiere, conviene introducir técnicas variables, enseñanzas interdisciplinarias, y diferentes recursos a emplear, tomando en cuenta que implicará el tiempo necesario para su perfecto entendimiento y realización.⁽⁸⁾

Como ejemplos de técnicas para el estudio de la ética y la profesionalidad están: los grupos de debates, la resolución de problemas, las experiencias de los profesionales egresados, las simulaciones o casos hipotéticos. Todo esto sumado a las enseñanzas teóricas con los que tanto nos topamos en las universidades del mundo. Cabe destacar que la enseñanza de la bioética no recae únicamente en el profesor que imparte la asignatura, sino que también es

responsabilidad del personal administrativo, el gremio de profesores en su totalidad y el personal directivo, ya que la manera como se relacionan estos con los pacientes será el ejemplo que tomarán los futuros odontólogos. ⁽⁹⁾

Volviendo a lo comentado con anterioridad, el profesionalismo en las carreras universitarias del área de la salud se encuentra frágil, debido a que su enseñanza no está bien descrita en el plan de estudios de las universidades, agravando el hecho de que la poca información que se obtiene es teórica careciendo de contextos reales que ayuden a los alumnos a ponerse en situación. Es sabido, que la simulación de escenarios incentiva a las personas a desarrollar capacidades de raciocinio y lógica, las cuales brindarán un correcto desarrollo profesional, y la obtención de experiencias idóneas para la comparación de prácticas futuras. ⁽⁶⁾

1.5. Humanización en odontología:

Hace 22 años se realizó una encuesta a los pacientes donde se le preguntaba que esperaban de un odontólogo, la mayoría de los encuestados respondieron que buscaban calidad humana (empatía, acercamiento, seguridad). Sorprendentemente 22 años más tarde no se ha podido solventar esta carencia, aunque cada vez se ponga más empeño y dedicación a esto. ⁽¹⁰⁾

En definitiva, coexisten dos corrientes odontológicas, una basada en la perfección clínica, hallazgos científicos y resultados impecables; y otra donde se le da valor al entendimiento del individuo (su cultura, sus antecedentes, sus traumas, su poder adquisitivo) incluso si eso significa dejar a un lado la perfección de los tratamientos. Es deber del profesional acoplar ambas corrientes y brindar el mejor trato personal y clínico al paciente. ⁽¹¹⁾

Sin duda alguna, la aparición de profesiones como la psicología y las ciencias sociales, hicieron que carreras como la medicina o la odontología que eran más hostiles, se cuestionaran su labor diaria y le dieran paso a la biomedicina. George Engel un psiquiatra y médico internista americano describió el modelo biopsicosocial, donde decía que "los tres niveles biológicos, psicológicos y sociales, deben ser tomados en cuenta en toda tarea asistencial". Con los años se vio que el modelo de Engel no era del todo acertado, sin embargo, ayudó a la creación de otros como el de el psicoanalista y bioquímico Balint "Medicina centrada en el paciente" descrito en 1969, o el de Doherty y Baird donde enfatizaban la implicación de la familia en el cuidado de los pacientes. ⁽¹²⁾

En la actualidad, es bien sabido que la atención integral es la clave del éxito. Se trata de un trabajo que requiere parsimonia y paciencia, ya que es con el tiempo que se logra observar los frutos. Ganar confianza es un trabajo que se consigue de a poco, y resulta más sencillo cuando la familiaridad es recíproca. Para conseguir familiaridad y calidad en las consultas hay que tener en cuenta ciertos parámetros como lo son: ⁽¹³⁻¹⁴⁾

- Repetir la información las veces que sean necesarias para conseguir un correcto entendimiento, siempre de forma clara y precisa. ⁽¹³⁻¹⁴⁾
- Al escuchar, mirar a los ojos mejora la comunicación, al igual que el leve contacto físico en ocasiones mejora la relación (estrechar las manos). ⁽¹³⁻¹⁴⁾
- Comprender sus miedos. ⁽¹³⁻¹⁴⁾
- Interés por su vida. ⁽¹³⁻¹⁴⁾
- Mostrar seguridad y control ante situaciones complejas. ⁽¹³⁻¹⁴⁾
- Una bienvenida al consultorio amigable. Cortesía y sonrisa. ⁽¹³⁻¹⁴⁾

- Individualismo con cada paciente (dirigirse por nombre y apellido), sentimiento de cercanía. (13-14)
- Sustituir la lástima y la caridad por reforzamiento positivo y actitud esperanzadora. (13-14)
- Ambiente acogedor. Música relajante, colores cálidos, mobiliario confortable, aspecto de pulcritud, reducción del ruido y las luces excesivas. (13-14)

Un parámetro a tener en cuenta es la relación con el resto del equipo de trabajo. Desde la época de estudiante se debe inculcar la relación de “colegas” y no “competencia” ni “rivales”, ya que, al fin y al cabo, los compañeros de carrera son futuros profesionales con los que se podrá contar cuando sea necesario. Trabajar con amigos crea un ambiente familiar, y eso es no solo percibido sino contagiado a los pacientes. (15)

1.6. Humanización en pacientes con necesidades especiales:

Al hablar de humanización es necesaria su aplicación en la población en general, pero es aún más importante acondicionar la consulta a las personas que más lo necesitan, como lo son los pacientes con discapacidad, los niños y los adultos mayores. Para ello debemos adaptar nuestros protocolos, no solo a nivel clínico sino a nivel social. Es necesario desarrollar tácticas especiales para aquellas personas con alguna diversidad funcional que no puedan ser atendidas de la manera convencional. (16)

Pacientes con TEA (Trastorno del Espectro Autista) en la consulta dental:

Debido a que estas personas poseen limitaciones en el desarrollo del lenguaje, carecen de expresiones, y no transmiten las sensaciones y emociones, se dificulta un diálogo fluido y por ende se complica su manejo. (17)

El pictograma es una técnica que ayuda al entendimiento de palabras y acciones mediante las figuras. Cada vez es más común su uso en las consultas odontológicas a la hora de atender a pacientes con TEA, ya que se ha demostrado que facilita la comunicación con el paciente logrando así, que la realización de tratamientos sea más sencilla y eficaz. Si a esto le agregamos música clásica incrementará la cooperación, ya que también actuaría como un método de relajación para estas personas. ⁽¹⁸⁾

Aunque en otro sentido, sucesos propios de una consulta dental, como los olores intensos, los sonidos repetitivos y con excesivo volumen, las largas esperas, pueden generar un comportamiento negativo en los pacientes con TEA, pudiendo incluso llegar a agredir al personal; para evitar estos episodios existen otras técnicas más convencionales pero que de igual forma ayudan al manejo de la conducta, como la técnica decir-mostrar-hacer. ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

Es transcendental el contacto visual al referirse a ellos, explicación secuencial, clara y real del tratamiento a realizar, incluso si hablamos de un paciente infantil, ya que son personas con una perspectiva muy literal del mundo. Se aconseja la inclusión de familiares, y estar preparado ante cualquier acontecimiento que se pueda presentar en la cita. ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

Pacientes sordomudo en la consulta dental:

En universidades donde se imparte el lenguaje de signos en carreras de la salud, se tiene un desarrollo más inclusivo, empático y ético por parte del personal sanitario, debido a que eliminan la dificultad de comunicación que se podía presentar con ciertos pacientes. ⁽¹⁹⁾

El conocimiento de lengua de signos es la principal herramienta para lograr una correcta comunicación entre odontólogo y paciente, sin embargo, para casos donde no se posean esos conocimientos se han descrito otras alternativas: ⁽¹⁶⁾

- Uso de mascarillas transparentes para facilitar la lectura de labios. ⁽¹⁶⁾
- Exagerar las expresiones y el habla. ⁽¹⁶⁾
- Confirmar que los audífonos funcionen perfectamente, ya que interfieren con equipos dentales (hipoacusia). ⁽¹⁶⁾
- Colaboración de un intérprete de lengua de señas en caso necesario. ⁽¹⁶⁾

Cabe destacar que los pacientes sordomudos agradecen el diálogo y el interés por comunicarse de forma fluida, es por eso por lo que cualquier intento será bien recibido, no hay que temer a improvisar y experimentar cosas nuevas con el fin de mejorar la relación en la consulta. ⁽²⁰⁾

Pacientes invidentes en la consulta dental:

En primer lugar, es preciso conocer el estado anímico del paciente, realizar interconsulta con su médico de cabecera (preferiblemente psicólogo). Las personas invidentes afinan más los otros sentidos, sobre todo el sentido del tacto y el del oído, ayudando así, a alcanzar una buena comunicación verbal y táctil. ⁽²¹⁾

La clave para un adecuado manejo es, primero crear un ambiente de confianza y familiaridad en el consultorio; luego la explicación detallada de los procedimientos a realizar, desde la inclinación del sillón hasta el manejo de la turbina; y por último, proporcionar todos los equipos, materiales e instrumentos que se vayan a utilizar, para que el paciente pueda

tocarlo, evitando así una reacción negativa debido al desconocimiento de los mismos; al igual que poseer tipodontos, para que sea más sencilla la explicación de los posibles diagnósticos y las técnicas de higiene oral. ⁽²¹⁾

Al mismo tiempo es importante el trato suave, evitar las brusquedades y los sonidos innecesarios. Agudizan además el sentido del gusto, rechazando sabores fuertes como las pastas profilácticas, el flúor, medicamentos, para estos casos se diluye con un poco de agua y se advierte antes de su uso. ⁽²¹⁾

Una buena manera de humanizar la consulta para estos pacientes es la autorización de permanencia de sus perros guías, al igual que tener la señalizaciones e instrucciones en braille. Evitar suelos resbalosos, alfombras despegadas, cambios abruptos de texturas. ⁽²²⁾

Es necesario contar con una cita únicamente para rellenar el cuestionario de salud, debido a que son pacientes invidentes la mejor manera de rellenarlo es mediante una entrevista (el odontólogo pregunta, el paciente responde y el odontólogo anota); adicionalmente creará un ambiente de confianza. ⁽²²⁾

Igualmente será importante que el paciente se tome su tiempo para familiarizarse con el entorno y con el personal. Se recomienda que mantenga una conversación con cada miembro del equipo que trabaja en el consultorio para poder reconocerlos a futuro. Procurar citarlo siempre en el mismo cubículo, y no hablar más de una persona a la vez ya que generaría confusión debido a la imposibilidad de reconocer las voces. ⁽²²⁾

En ocasiones los pacientes presentan fotosensibilidad (depende de la lesión que padezcan), para evitar incomodidades se les proporcionará unas gafas oscuras para minimizar las molestias. ⁽¹⁶⁾

Pacientes geriátricos en la consulta dental:

El correcto manejo de estos pacientes se basa en un arduo estudio de su psicología, haciendo énfasis en comprender sus largas vivencias. Asimismo, trato servicial y respetuoso, tolerante y compasivo ante las personas de mayor edad adaptándose a ellos. ⁽²³⁾

Resulta preciso acondicionar las clínicas odontológicas para el acceso cómodo y seguro de personas con dificultad motriz. Contar con rampas para sillas de rueda, ascensores si se tratase de más de un piso, sillas de correcta altura y poza brazos en la sala de espera, iluminación agradable para no incomodar a la vista, sillones odontológicos cómodos y de fácil abordamiento. ⁽²³⁾

Adicional, existen equipos odontológicos con la capacidad de adaptarse a sillas de rueda y andaderas; esto a la hora de realizar tratamientos, genera mayor comodidad para la persona y mayor empatía por parte del profesional. También existen equipos odontológicos portátiles, se utilizan a domicilio para aquellas personas con dificultad motriz o mental donde se les imposibilite ir a la consulta. ⁽²³⁾

Pacientes pediátricos en la consulta dental:

El objetivo en el manejo de los pacientes pediátricos es evitar situaciones incómodas y traumáticas para el niño, a la vez que el odontólogo pueda realizar sus tareas con la menor

interrupción posible. Se ha demostrado que técnicas como imitación y desensibilización tiene gran éxito a la hora de generar un ambiente amigable. ⁽²⁴⁾

Las figuras de autoridad como lo son los padres, representantes, tutores y el odontólogo, son claves en la adaptación del niño en la consulta, ya que influyen directamente en él y en sus acciones, es por eso por lo que se debe dar un correcto ejemplo del comportamiento. ⁽²⁵⁾

Las edades comprendidas entre 3 y 6 años son fundamentales para el desarrollo social, emocional y personal de los niños. Entre los 5 y los 6 años el manejo se basará en la comunicación y el entendimiento de las emociones, a esta edad ya tiene noción de lo que siente y lo que le pasa, además el miedo está muy presente, es por eso por lo que el trabajo del odontólogo será tranquilizarlo y escucharlo. ⁽²⁵⁾

A lo largo de los años se han descrito diversas técnicas para el manejo en la consulta del paciente pediátrico, sin embargo, algunas se consideraban aversivas generando así un ambiente “deshumano” en la consulta, un ejemplo de esto es la técnica mano sobre boca y estabilización protectora, las cuales eran poco aceptadas por los padres, es por eso por lo que la AAPD (Academia Americana de Odontopediatría) la ha eliminado de sus recomendaciones. ⁽²⁶⁾

Hoy en día contamos con técnicas que mejoran la humanización en la consulta como:

- Las técnicas de comunicación: en este grupo encontramos “decir-mostrar-hacer”, “observación directa”, “preguntar- decir preguntar”, “control de voz”, “comunicación no verbal”, “refuerzo positivo” y “distracción”. Este grupo es el más aceptado tanto por la AAPD como por los padres y representantes. ⁽²⁶⁾

- Técnicas relacionadas con la presencia o ausencia de los representantes. ⁽²⁶⁾
- Reestructuración de la memoria, la cual consiste en sustituir un recuerdo negativo por uno positivo. ⁽²⁶⁾
- Inhalación de óxido nitroso, sedación o anestesia general en casos severos. ⁽²⁶⁾

Asimismo, se ha confirmado que la unión de varias técnicas es el mejor recurso para un correcto manejo, por ejemplo, técnicas como decir-mostrar-hacer + distracción dan grandes resultados. ⁽²⁶⁾

1.7. Humanizar la consulta dental en época de COVID-19:

El deber de la ADA siempre ha sido mantener el orden y la humanización en las prácticas odontológicas, rigiéndose por sus “Principios de Ética y el Código de Profesionales”, esto se debe mantener incluso en épocas de pandemia. ⁽²⁷⁾

Para mantener el orden y la confianza en las consultas dentales, es necesario contar con información veraz y novedosa acerca de las normas, las leyes, signos y síntomas y recomendaciones que hacen entes gubernamentales. ⁽²⁷⁾

Una pandemia trae consigo estrés, preocupación, miedos e incertidumbre, es por eso por lo que incluso en una emergencia sanitaria se debe mantener un ambiente respetuoso y empático, tanto con los compañeros de trabajo como con los pacientes. Disminuir las exigencias y las responsabilidades será clave para aquellos profesionales que se hayan visto afectados directa o indirectamente por la enfermedad. ⁽²⁷⁾

En otro orden de ideas, plantear ayudas de pagos, o pago mediante cuotas sin interés ayudaría a muchas personas que se han visto afectadas económicamente debido al confinamiento, se conseguirá conservar el cuidado oral incluso en épocas de crisis. ⁽²⁷⁾

Se ha demostrado que, a pesar de brindar gran información, las personas acatan las normas basándose en la empatía y en la emocionalidad, más en esta época donde la población se encuentra vulnerable. Establecer las normas en la consulta será un trabajo llevado a cabo a través de la empatía y la comprensión, donde se informará de la nueva normalidad de la manera más amistosa posible para obtener resultados satisfactorios. ⁽²⁸⁾

Pero ¿Cómo se consigue la empatía en una crisis mundial? El miedo a los sanitarios incrementa al posicionarse entre las profesiones con mayor riesgo de infectarse. Sumado a esto, el medio de transmisión es por vía aérea, lo que obliga a las personas a llevar permanentemente una mascarilla, la cual imposibilita ver las expresiones faciales, dificultando la relación médico/paciente. Adicionalmente se debe respetar una distancia social de 1 o 2 metros que evita el contacto directo y el calor humano entre personas. ⁽²⁹⁾

De igual forma no todo son malas noticias, siempre surgen cosas buenas en momentos de crisis. El no poder ver a los pacientes ha hecho que los profesionales de la salud despierten su lado creativo y reinventen su práctica diaria. Se consigue apreciar médicos hablando por teléfono o incluso por videollamadas con sus pacientes o con los familiares para mantener la cercanía y el seguimiento; también se han visto doctores con una foto de ellos mismos sonriendo debajo del EPI (Equipo de Protección Individual) para que nunca falte una cara sonriente, incluso un grupo de enfermeras creó una “mano” a base de guantes llenos de agua tibia para que los pacientes sintieran algo parecido al contacto y la cercanía. Y si la

creatividad no llega, siempre hay espacio para la escucha, al fin y al cabo, ser escuchado en momentos de desolación es lo que más necesita el ser humano. ⁽²⁷⁾

2. Objetivos:

2.1. Objetivo general:

1. Realizar una revisión bibliográfica actualizada sobre todos aquellos factores que pueden influir en la humanización y trato del paciente odontológico.

2.2. Objetivo específico:

2. Realizar una búsqueda bibliográfica relativa a todas aquellas herramientas que puedan servir para disminuir el temor de los pacientes infantiles ante una consulta dental.
3. Realizar una búsqueda bibliográfica relativa a todos aquellos protocolos que puedan mejorar la atención de pacientes especiales durante el tratamiento dental.
4. Realizar una búsqueda bibliográfica relativa a todas aquellas metodologías que puedan llevar a cabo las universidades para contribuir con la humanización en las consultas dentales.

3. Materiales y Métodos:

El proceso para la realización de este trabajo fue una búsqueda de artículos publicados a través de las bases de datos de Medline, PubMed, Google Academic, The Journal of the American Dental Association, Elsevier, Biblioteca CRAI, JCDA, desde el año 1994 hasta la actualidad.

Palabras claves: humanización, empatía, bioética, deshumanización, profesionalismo.

Key words: humanize, ethic, empathy, education, pschology, Disabilities.

Factores incluyentes: artículos del año 1994 a la actualidad, revistas de alto impacto, artículos que contuvieran las palabras claves, relevante en la investigación.

Factores excluyentes: artículos no pertenecientes a revistas de alto impacto, previos a 1994, irrelevantes en el estudio.

Se seleccionaron textos en inglés, español y portugués, de alto impacto científico, entre los años antes mencionados y que contuvieran las palabras claves. De 53 artículos evaluados se descartaron 15 por no cumplir con los requisitos necesarios, quedándonos con un total de 38 artículos.

4. Discusión:

4.1. Resultados obtenidos:

Estudio	Objetivo	Caract. de la intervención	Características de la muestra	Criterios de elegibilidad	Resultados	Conclusiones
Ungureanu, M y cols. 2015. ⁽³⁰⁾	Determinar los factores que los pacientes consideran importantes a la hora de elegir un dentista y aportar evidencias sobre la importancia de implementar un sistema de gestión de la calidad en la atención odontológica.	Muestra representativa a nacional. Mediante una encuesta que exploró la satisfacción de los pacientes en sus visitas odontológicas. Se recopilaron datos entre octubre y noviembre de 2012 con la ayuda de entrevistas telefónicas asistidas por ordenador.	1.650 personas en Rumania aceptaron participar en el estudio, 724 encuestados (43,8%) representaron la muestra que visitó al dentista al menos una vez en el último año y cuyas respuestas fueron analizadas en este artículo.	Criterio de inclusión: 18 años o más.	Los factores más comentados por los encuestados a la hora de elegir un dentista fueron: 1. Competencia del dentista. 2. Recomendación de alguien conocido. 3. Calidad general del servicio prestado. Entre los otros factores mencionados se encuentran la paciencia y el respeto.	Los factores que los pacientes consideran importantes a la hora de elegir un dentista son la competencia del dentista, la recomendación de alguien conocido y la calidad general del servicio brindado, pero también se valoran factores interpersonales como la paciencia y el respeto.
Loignon, C y cols. 2010. ⁽³¹⁾	Identificar enfoques y habilidades específicas desarrolladas por los dentistas para tratar de manera más efectiva a las personas que viven en la pobreza y abordar sus necesidades.	Diseño de investigación cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas. Dentistas con personas que viven en la pobreza; realizado en Montreal, 2004-2008. entrevistas individuales semiestructuradas, que duraron de 90-120min y fueron grabadas.	Entrevistamos a ocho dentistas que trabajaban en seis distritos desfavorecidos de Montreal, con tasas de pobreza entre el 38% y el 53%, significativamente por encima de la tasa general de la ciudad del 29%.	Criterios de inclusión: profesionales que ejercen en diferentes tipos de barrios desfavorecidos.	Considerar las necesidades y expectativas sin juzgarlas. Tomarse el tiempo y mostrar empatía, no juzgar su bajo nivel de alfabetización. Evitar actitudes moralistas y aceptar compromisos. Motivar a los pacientes y negociar la mejor opción de tratamiento. Superar las distancias sociales brindando una cálida bienvenida y tener contacto	Nuestra investigación muestra que, para un mejor tratamiento de las personas que viven en la pobreza, algunos dentistas desarrollan, a lo largo de años de práctica, un enfoque original basado principalmente en la empatía y la comunicación.

					directo. Importante el contacto cercano y cálido con las personas. interactuar directamente con los pacientes en cada etapa.	
Benecke M y cols. 2020. ⁽³²⁾	Identificar la variación intra e interindividual de la preferencia de autonomía según el tipo de decisión y el entorno.	Escala de Preferencia de Control. Encuestas transversales para estudiar las preferencias de autonomía, reclutadas de prácticas generales, una clínica de esclerosis múltiple y una clínica de prostodoncia universitaria. En las cohortes adicionales se utilizó un cuestionario con elementos combinados del Índice de Preferencia de Autonomía (API) para evaluar general y el CPS para evaluar preferencias específicas.	Se reclutó consecutivamente una muestra de 100 pacientes dentales que asistían a 16 dentistas en una clínica de prostodoncia universitaria.	No presenta criterios de inclusión o exclusión.	Los dentistas estaban menos dispuestos a otorgar control a los pacientes que los pacientes a promulgar autonomía. Las decisiones sobre extracciones fueron tomadas por ambas partes, el PA más alto fue expresado por personas con esclerosis múltiple y el más bajo por pacientes en odontología. Se desea más autonomía para las decisiones de tratamiento en comparación con las decisiones de diagnóstico, para las condiciones triviales en comparación con las graves y para el cuidado dental en comparación con la práctica general.	Existe un papel importante de la participación del paciente en la toma de decisiones en odontología. Además, la AF debe considerarse con respecto a decisiones médicas específicas en lugar de evaluar las preferencias de autonomía en general, lo que implica una necesidad de capacitación en habilidades comunicativas de los profesionales de la salud.
Rojas G y cols. 2011. ⁽³³⁾	determinar la eficacia de los métodos de percepción de control y de relajación en la reducción de la ansiedad	ensayo clínico no aleatorizado, con dos grupos sometidos a intervención psicológica y un grupo	60 pacientes adultos de ambos sexos que presentaban ansiedad dental moderada, severa o fobia dental.	Criterio de inclusión: Usuarios de la Clínica Odontológica de la Univ. de Chile, sección de Operatoria Dental para	En el grupo PC hubo una disminución significativa del porcentaje de sujetos con ansiedad dental moderada o severa.	Además de las técnicas psicológicas aplicadas, el interés del dentista por disminuir la ansiedad genera

	dental, medida a través de la escala de CORAH.	control. Un grupo fue intervenido de acuerdo con el modelo de "percepción de control" (PC), el segundo en base a un modelo de relajación (R) y un tercero recibió la atención odontológica convencional (C).		tratamiento restaurativo en base a obturaciones clase I y II de Black; estar en una buena condición de salud general y no estar consumiendo fármacos psicotrópicos o relajantes musculares.	Se observa que es suficiente para obtener una única sesión para disminuir la ansiedad dental y que el efecto se mantiene en las siguientes sesiones.	seguridad y control al paciente. El uso del panel de control resultó ser la técnica más eficaz y sencilla para complementar una estrategia destinada a la reducción de la ansiedad dental.
Thoma. MV y cols. 2014. (34)	Examinar el efecto de la música sobre la ansiedad previa al tratamiento en una muestra de pacientes sanos que esperaban un tratamiento dental.	Grupo 1: tenían auriculares con música en la sala de espera previo a ser atendidos. Grupo 2: no tenían auriculares con música antes de ser atendidos. Completo silencio. Se midió la ansiedad (STAI), el estrés (EVA) y el estado anímico (MDBF) antes y después del tratamiento dental en ambos grupos.	92 pacientes voluntarios aleatorios. (edad media, 57 años).	Criterios de inclusión: tener una cita programada regularmente en la ZZM, conocimientos de alemán adecuados para seguir las instrucciones y las preguntas de la encuesta, y una edad mínima de 18 años.	Ansiedad: Los niveles de ansiedad en el grupo 1 eran menores en comparación al grupo 2. Estrés: La música condujo a una disminución en los niveles de estrés. Estado anímico: No se encontró ningún efecto de la música en el estado de ánimo.	Los participantes que escuchaban música durante 10min antes del tratamiento informaron menos ansiedad que los que esperaban en silencio durante 10min. No se encontraron efectos de la música sobre el estrés o las variables del estado de ánimo. Se recomienda que los pacientes dispongan de auriculares para escuchar música mientras esperan, para disminuir la ansiedad.

<p>Jayakaran TG y cols. 2017. ⁽³⁵⁾</p>	<p>Determinar las preferencias de los niños en una clínica dental para reducir la ansiedad durante los procedimientos dentales. determinar las preferencias de los niños en una clínica dental para reducir la ansiedad durante los procedimientos dentales.</p>	<p>Estudio descriptivo transversal, se utilizó la metodología de encuestas. El análisis se llevó a cabo en tablas cruzadas utilizando la prueba de Chi-cuadrado (tablas 2x2) para evaluar las respuestas. El valor de $P < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.</p>	<p>50 niños. Seleccionados al azar en base a su primera visita al dentista en una facultad de odontología privada.</p>	<p>Criterio de inclusión: edades entre 6 a 10 años.</p>	<p>Las preferencias de los participantes fueron: los dibujos animados en las paredes del consultorio, los juguetes, un quirófano perfumado, escuchar música y las rimas. Casi el 88% querían que el médico les explicara el procedimiento antes de comenzar. 76% quería ver una película durante el procedimiento y el 68% quería la presencia de sus padres.</p>	<p>Una gran cantidad de niños prefirió escuchar rimas y ver dibujos animados mientras se sometían a un tratamiento dental. También prefirieron las paredes pintadas con dibujos animados, el sillón dental lleno de juguetes, un ambiente perfumado y la presencia de sus padres durante el tratamiento.</p>
<p>Bartolomé B y cols. 2020. ⁽²⁶⁾</p>	<p>Evaluar las técnicas convencionales más utilizadas por el odontólogo para el manejo de la conducta del paciente infantil en la consulta dental.</p>	<p>Cuestionario en la plataforma de Google, remitido vía email obteniendo un total de 115 respuestas adecuadas para el análisis de 8 técnicas convencionales de manejo de la conducta. El estudio estadístico se realizó en el programa SPSS aplicando el test de ANOVA.</p>	<p>190 odonto/estomatólogos.</p>	<p>Criterio de inclusión: odonto/estomatólogos que tratasen pacientes infantiles.</p>	<p>Técnicas más utilizadas: 1. decir/mostrar/hacer. Refuerzo positivo. Control de voz. 2. Técnicas de modificación de la conducta. Técnica menos usada: anestesia general. No hay diferencias significativas en relación con el sexo, excepto la premedicación siendo los varones los que más la utilizaban.</p>	<p>Las técnicas comunicativas fueron las preferidas por los odonto/estomatólogos siendo las técnicas avanzadas las menos utilizadas.</p>
<p>Santos M y cols. 2011. ⁽³⁶⁾</p>	<p>Informar sobre el uso del arte y sus segmentos artísticos, como recurso para la</p>	<p>Sesiones de socialización, talleres de arte y actividades culturales-pedagógicas</p>	<p>92 pacientes con necesidades especiales, de ambos sexos, de 8 a 18 años, y 221 adultos acompañantes,</p>	<p>Criterios de inclusión: Se seleccionaron pacientes con retraso mental de leve a moderado.</p>	<p>Una mayoría significativa prefería la música que la total amusia, la cual resultó ser un valioso</p>	<p>El uso del arte y sus segmentos artísticos ha facilitado la integración entre los participantes,</p>

	inclusión de "niños" con necesidades especiales en odontología.	(complementarias).	también de ambos sexos.		recurso para trabajar para problemas psíquicos. La preferencia de actividad artísticas fue: 1. el dibujo 2. El canto 3. El baile Preferencia por espacios grandes.	promoviendo el bienestar y haciéndolos sentir felices. Así, la inclusión social facilitó la adaptación al entorno odontológico.
Garbin, CA y cols. 2008. ⁽²⁰⁾	Analizar la percepción del deficiente auditivo cuanto al tratamiento personal recibido en consultorio odontológico.	estudio transversal, de enfoque cuantitativo, se realizaron entrevistas.	27 personas sordas, hombres y mujeres.	Criterio de inclusión: que fueran sordas, que participaban del 6º Congreso Internacional de Sordos "Keirai Heiguiai", en la ciudad de Curitiba - Estado de Paraná, Brasil.	El 46,15% afirmaron haber sufrido discriminación, el 66,68% señaló como causa, la dificultad en la comunicación, la exclusión y el dentista conversando con la boca tapada por la mascarilla. El método más utilizado para comunicarse fue la ayuda de un intérprete (46,15%) y el segundo la escritura (23.08%)	Existe discriminación e incompreensión por parte de los cirujanos orales. El gran número de pacientes con deficiencia auditiva nos lleva a la necesidad de promover capacitaciones al profesional, de manera que esto sea eliminado y, lograr que el paciente sordo pueda recibir tratamiento como cualquiera.
Schwell er M y cols. 2014. ⁽³⁷⁾	Examinar el impacto de las consultas médicas simuladas con pacientes estandarizados (SP) en los niveles de empatía de los estudiantes de cuarto y sexto año de la facultad de medicina de la Unicamp en Brasil.	Escala de Empatía Médica de Jefferson antes y después de las consultas médicas simuladas con los SP. Y una sesión informativa con el alumno y el actor donde se conversaba. Fueron 4 reuniones semanales durante un período de 30 días.	123 estudiantes de 6to año y 124 estudiantes de 4to año de la facultad de medicina en las clases de 2011-2012 de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estatal de Campinas (Unicamp) en Campinas, Brasil.	Criterio de inclusión: haber finalizado un curso de introducción a la medicina y la relación médico-paciente, tres cursos de ética clínica y un curso de semiótica dados por la misma universidad en los primeros años.	Los estudiantes que participaron en la actividad mostraron un aumento significativo en la empatía luego de la prueba según lo medido por la JSPE, con ES de 0.61 para estudiantes de 4to año y 0.64 para los de 6to año.	La simulación con SP puede mejorar los niveles de empatía de los estudiantes. Este tipo de actividad en sí mismo puede influir en los médicos jóvenes para que se vuelvan más empáticos y compasivos con sus pacientes y fomenten una forma más significativa de practicar la medicina.

<p>San-Martín M y cols. 2017. (38)</p>	<p>Determinar si en las facultades de medicina donde se ofrece un currículo de base semiótica, la orientación empática de los estudiantes de medicina mejora como consecuencia de la adquisición y desarrollo de las habilidades comunicativas de los estudiantes que se requieren en los encuentros clínico/paciente.</p>	<p>Facultades con currículos diferentes: A. un curso de bioética, 2 cursos teóricos de semiótica médica y quirúrgica y 2 lab prácticos de semiótica médica y quirúrgica. B. un curso de semiótica médica, un curso de psicología médica y un curso de medicina preventiva y atención primaria. C. un curso de semiótica médica solo en la fase "clínica" de su programa académico. Se uso la escala de empatía de Jefferson y los datos se sometieron a análisis estadístico comparativo y análisis de regresión logística.</p>	<p>165 estudiantes (55 hombres y 110 mujeres). Los participantes fueron estudiantes matriculados en el último cuatrimestre académico de la fase "preclínica" entre 2014 y 2015 en facultades de Medicina de la República Dominicana.</p>	<p>Criterios de exclusión: Estudiantes que se inscribieron en actividades extraacadémicas que podrían influir en la mejora de su orientación empática durante el mismo período (es decir, programas de trabajo social, servicios de voluntariado).</p>	<p>El análisis de la empatía muestra que los estudiantes de los tres grupos comenzaron con una empatía similar. Sin embargo, escuela "A" y escuela "B" mostraron una mejora de la empatía con el tiempo. Contrario a ellos, los estudiantes de la escuela "C" mostraron una clara declinación en algunos componentes necesarios de este atributo a lo largo del tiempo.</p>	<p>Se confirma la importancia del desarrollo de habilidades interpersonales como un prerrequisito esencial para desarrollar un comportamiento empático. Además, sugiere que los métodos didácticos de enseñanza son efectivos para mejorar las habilidades de comunicación de los participantes, las técnicas avanzadas, como el juego de roles, la simulación y los métodos audiovisuales, son más útiles para la formación en empatía.</p>
--	--	---	--	---	---	--

4.2. Discusión entre los autores consultados:

Diversos autores concuerdan en que una forma eficaz de humanizar la consulta dental es mejorando la relación médico/paciente, esto se conseguirá según ellos mediante una correcta comunicación, demostrándoles interés y empatía, y valores como la paciencia y el respeto.⁽³⁰⁻³¹⁻³²⁾

Según los estudios realizados por Ungureanu y Mocean, se puede observar que, si bien es cierto que en términos generales los pacientes prefieren odontólogos con conocimientos, con recomendaciones y buenos resultados clínicos; también les dan importancia a que cuenten con valores como la paciencia y el respeto. ⁽³⁰⁾

Igualmente se aprecia en el estudio de Loignon y cols; en donde, a pesar de tratarse de un estudio destinado a personas desfavorecidas, encontramos similitudes a la hora de elegir un trato odontológico, ya que en este caso resaltan la cualidad de comunicación y empatía; sumándole que estos pacientes prefieren a odontólogos que eviten las actitudes moralistas y ególatras, así como también prefieren profesionales que entiendan su analfabetismo, por tanto el odontólogo que trabaje con estas personas debe de tener la capacidad de explicar su trabajo lo mejor posible. ⁽³¹⁾

Se observa que el estudio realizado por Benecke y cols. Arrojó como resultado que al profesional le cuesta más darle participación al paciente que el paciente tomar una decisión respecto a su tratamiento, para corregir esto, es necesario mejorar las habilidades comunicativas en los profesionales de la salud. ⁽³²⁾

Rojas G, y cols y Thoma MV, y cols, concuerdan en que al disminuir la ansiedad estamos generando un ambiente más ameno para todos aquellos pacientes que sufran de este trastorno. ⁽³³⁻³⁴⁾

Rojas G y cols, usan las técnicas psicológicas como el panel de control ya que son sencillas y eficaces para la disminución de la ansiedad, dando resultados favorables en una única sesión y manteniéndose en citas futuras. ⁽³³⁾

La musicoterapia es otra técnica para el control de la ansiedad, descrita por Thoma MV y cols. Ya que se pudo observar que a pesar de que no hay relación con los niveles de estrés ni con el estado de ánimo, si se evidencia la efectiva relación que tiene la música con la disminución de los niveles de ansiedad previo a un tratamiento dental. ⁽³⁴⁾

En relación con el condicionamiento de la consulta para los pacientes pediátricos, Jayakaran y cols; realizaron un estudio donde se evidenció las preferencias de los niños a la hora de ir a una consulta dental. Los niños se sentían más entusiastas al escuchar música o rimas, al ver dibujos animados mientras los atendían o una película, preferían consultorios donde las paredes tuvieran dibujos, contar con juguetes para su entretenimiento, con olores agradables y la presencia de sus padres durante el tratamiento. Asimismo, los niños al igual que los adultos se sienten más cómodos y seguros cuando el profesional les explica lo que van a hacer antes de comenzar con el tratamiento. ⁽³⁵⁾

Otro aspecto a tener en cuenta para mejorar el trato en pacientes infantiles son las técnicas del manejo de conducta. Bartolomé y cols. realizaron un estudio donde corroboraron que las técnicas preferidas por los odontólogos actualmente en el manejo de los pacientes infantiles eran las técnicas comunicativas; decir/mostrar/hacer, refuerzo positivo y el control de voz ocupaban el primer lugar y técnicas de modificación de la conducta el segundo. Siendo las avanzadas (como los procedimientos farmacológicos y la estabilización protectora) las menos utilizadas. Las técnicas más utilizadas en la actualidad incrementan la colaboración del niño, ya que se sienten seguros y en confianza. ⁽²⁶⁾

Respecto a los pacientes con déficit neurológico, Santos y Aguial concluyeron que el uso de las artes en todas sus expresiones, promueven el bienestar en estos pacientes ya que se

establecen mayores interacciones entre ellos y para con el personal del consultorio. Los favoritos son el dibujo, el canto y el baile, además estos pacientes se encuentran más a gusto en espacios grandes. ⁽³⁶⁾

Y, en relación con los pacientes sordos, se corrobora que es necesario mejorar la comunicación y el entendimiento con estos pacientes, debido a que casi la mitad del grupo de estudio siente discriminación, y más de la mitad considera que el motivo es la falta de comunicación con sus odontólogos, tal y como lo demuestran Saliba Garbi y cols. ⁽²⁰⁾

Es necesario, realizar más estudios acerca de las preferencias en la consulta para las personas invidentes y de mayor edad ya que no se encuentra tanta bibliografía al respecto, y es fundamental, ya que con esta información se podrá acondicionar la consulta a sus necesidades y así no hacer tan dificultosa su ida al odontólogo.

Si bien es importante corregir la deshumanización en las consultas dentales, es más importante atacar el problema de raíz. Se debe tener en cuenta que el origen del problema está en la educación, donde no se le da a la humanidad la importancia que se merece.

Existen numerosos estudios realizados en universidades del mundo donde se puede apreciar claramente el déficit de formación empática, sobre todo en las carreras del área de la salud. Estos hallazgos sirven para ratificar que existe un problema global al cual se debe prestar atención. Pero más allá de saber que este inconveniente está, diversos autores han intentado buscar la manera de solucionarlo y encontrar el método de enseñanza que mejores resultados brinde a los estudiantes. ⁽³⁷⁻³⁸⁾

Los resultados arrojados en los estudios confirman que en aquellas universidades en las que el profesorado se involucra para crear actividades donde el alumno pueda desarrollar su lado empático y reflexivo; y por consecuencia, se imparten los conocimientos de manera didáctica y creativa, se incrementan los niveles de empatía en los estudiantes. Sin embargo, existe una limitación en este estudio, y es que al tratarse de una autoevaluación pierde un poco de credibilidad las respuestas de los encuestados; aun así, los resultados han sido los esperados por los autores. ⁽³⁷⁻³⁸⁾

Para confirmar esta hipótesis, Marcelo Schweller y cols. sometieron a varios alumnos de los últimos años de Medicina a una serie de simulacros relacionados con consultas médicas, luego de estos simulacros se reunían para debatir la actividad y posteriormente comentarla con el resto de los compañeros. Se observó que aquellos alumnos que participaron en el ensayo aumentaron los niveles de empatía. ⁽³⁷⁾

De otra forma, pero con los mismos resultados lo hicieron Montserrat San-Martín y cols. Ellos compararon los niveles de empatía de los estudiantes de tres universidades con planes de estudios diferentes. Se demostró que aquellos alumnos que estudiaron en universidades donde se ofrecían más talleres y cursos relacionados con el trato paciente, poseían niveles más altos de empatía, a diferencia de alumnos de aquellas universidades donde se impartían pocos conocimientos al respecto. ⁽³⁸⁾

5. Conclusiones:

1. Aspectos como las competencias, la empatía, la correcta comunicación, la honestidad, el respeto y la paciencia, son las características más buscadas por los pacientes. Entender sus miedos, demostrar interés por la otra persona, darle a cada paciente un trato individual, tratarlos con cercanía y familiaridad son factores que repercuten en los pacientes. Técnicas como la musicoterapia o el panel de control para la ansiedad, ayudan al paciente a sentirse más cómodo en la consulta dental.

2. En el área de la odontología pediátrica es distinto, ya que los niños buscan diversión y entretenimiento, por ende, tener juegos, dibujos, música o algún tipo de material audiovisual ayudará al niño a sentirse más tranquilo.

A pesar de eso, hay algo en lo que si concuerdan niños y adultos, y es que, los niños también buscan un trato amable y dulce por parte del profesional, es por eso por lo que las técnicas comunicativas son las más recomendadas y utilizadas en la odontología actual.

3. Un factor que se debe tener en cuenta en una consulta dental es, la inclusión de personas con alguna dificultad o impedimento físico o mental. Es necesario acondicionar la clínica para estas personas contando con el equipamiento y los conocimientos necesarios para hacer más amena su ida al odontólogo.

Actualmente, aún se observa discriminación hacia estos pacientes en las consultas dentales y es esto se puede corregir aprendiendo lenguaje de señas, colocando

rampas para sillas de ruedas, utilizando pictogramas para pacientes con TEA, enseñándoles y explicándoles todo con lujo de detalles a los pacientes invidentes, tomando el tiempo que haga falta para que el paciente se familiarice y haga suyo el consultorio. Estas personas sabrán agradecer el esfuerzo por ser incluidos.

4. Según los resultados obtenidos, se cree que la mejor forma de lograr que los alumnos desarrollen el valor de la humanidad es mediante actividades didácticas y prácticas, como lo son las sesiones grupales, los debates, talleres, los simulacros, los métodos audiovisuales. Aquellas metodologías donde se le exija al estudiante razonar, reflexionar y empatizar con el prójimo.

6. Responsabilidad:

El presente trabajo crea conciencia sobre el trato que tienen los profesionales del área de la salud, (principalmente el Odontólogo) con los pacientes.

Lograr dar visibilidad a problemas como la discriminación y la deshumanización es una gran responsabilidad de carácter social. Se espera con este trabajo lograr que al menos un odontólogo mejore la manera de atender a sus pacientes.

Igualmente, educar más sobre el trato hacia los pacientes con alguna discapacidad, ya que aún a los sanitarios les falta mucho para saber atenderlos como se merecen.

Este proyecto resuelve muchas interrogantes acerca de la visión de los pacientes, la cual no siempre es investigada. Además, va más allá de eso, ya que no solo estamos oyendo problemas de una consulta cotidiana, sino afectaciones de pacientes a los cuales pocas clínicas se encuentra realmente preparadas para su correcta atención. Se ha podido conocer otro punto de vista, pero más importante aún, se han reflejado diversos métodos para perfeccionar la consulta dental en distintos tipos de pacientes. Si se ponen en práctica estos consejos, se logrará forjar una sociedad más dispuesta, menos temerosa, más confiada y con mayor empatía y humanidad.

7. Bibliografía:

1. García Solís, E. La empatía en la medicina. Rev Latinoam Patol Clin Med Lab [Internet]. 2015 [citado 6 de noviembre de 2020]; 62 (4): 204-205. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2015/pt154a.pdf>
2. Donoso-Sabando CA. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. pers.bioét [Internet]. 2014 [citado 6 de noviembre de 2020]; 18(2). 184-193. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/pebi.2014.18.2.8>
3. Abou RI, Spina M, Tosta E. Dimensión ética en la práctica odontológica. Visión personalista. Acta Bioethica [Internet]. 2010 [citado 6 de noviembre de 2020]; 16 (2): 207-210. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2010000200014>
4. Orellana Centeno JE, Guerrero Soteldo RN. La bioética desde la perspectiva odontológica. Revista ADM [Internet]. 2019 [citado 6 de noviembre de 2020]; 76 (5): 282-286. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2019/od195h.pdf>
5. Ávila-Morales, JC. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. Iatreia [Internet]. 2017 [citado 10 de noviembre de 2020]; 30 (2). 216-229. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n2a11>.
6. Alcota M, Ruiz-de-Gauna P, González FE. El profesionalismo en la formación odontológica. Rev Fac Odontol Univ Antioq [Internet]. 2016 [citado 10 de noviembre de 2020]; 28(1): 158-178. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfo.v28n1a9>

7. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* [Internet]. 2010 [citado 6 de noviembre de 2020]; 376:1923-1958. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
8. Doukas DJ, McCullough LB, Wear S. Perspective: Medical Education in Medical Ethics and Humanities as the Foundation for Developing Medical Professionalism. *Academic Medicine* [Internet]. 2012 [citado 6 de noviembre de 2020]; 87 (3). 334-341. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22373629/>
9. Rangel-Galvis MC. Perspectiva bioética y modelo biopsicosocial en la relación odontólogo-paciente durante la formación del estudiante en la universidad el bosque. *Revista Salud Bosque* [Internet]. 2011 [citado 10 de noviembre de 2020]; 1 (2): 87-98. Disponible en: <https://doi.org/10.18270/rsb.v1i2.99>
10. Karydis A, Komboli-Kodovazeniti M, Hatzigeorgiou D, Panis V. Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care. *International Journal for Quality in Health Care* [Internet]. 2001 [citado 10 de noviembre de 2020]; 13 (5): 409-416. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Vasileios_Panis/publication/11682148_Expectation_and_perception_of_Greek_patients_regarding_the_quality_of_dental_health_care/links/56215a7208ae70315b58cd44/Expectation-and-perception-of-Greek-patients-regarding-the-quality-of-dental-health-care.pdf
11. Correa Zambrano ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Rev Cuid* [Internet]. 2016 [citado 10 de noviembre de 2020]; 7(1): 1227-1231. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>

12. Apelian N, Vergnes J-N, Bedos C. Humanizing clinical dentistry through a person-centred model. IJWPC [Internet]. 2014 [citado 13 de diciembre de 2020];1(2). Disponible en: <https://doi.org/10.26443/ijwpc.v1i2.2>
13. Calero JA, Rodríguez L, Barreto JF. La calidad y el mejoramiento continuo: claves en el éxito del ejercicio profesional en odontología. Corporación Editora Médica del Valle [Internet]. 2008 [citado 13 de diciembre de 2020]; 39 (1): 11-27. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v39n1s1/v39n1s1a3.pdf>
14. Olarte CA. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. ENEO-UNAM [Internet]. 2012 [citado 13 de diciembre de 2020]; 9 (1): 45-51. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v9n1/v9n1a6.pdf>
15. Lafaurie MM, Perdomo A, Tocora JC, González MC, Amaya M, Barbosa R, Castelblanco M, Garzón J, Hincapié S, Huertas L, Ochoa MJ, Restrepo LF, Triana LM. La humanización en salud: reflexiones de docentes, estudiantes y personal administrativo de una facultad de odontología. Rev. salud. bosque [Internet]. 2018 [citado 13 de diciembre de 2020]; 8 (2): 97-105. Disponible en: <https://doi.org/10.18270/rsb.v8i1.2498>
16. Antonio F, Mill E, Páez M, Sayago G, Valero D. Manejo de pacientes con diversidad funcional en el ámbito odontológico. Rev Venez Invest Odont IADR [Internet]. 2013 [citado 13 de diciembre de 2020]; 1 (2): 121-135. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio>
17. Giraldo-Zuluaga MC, Martínez-Delgado CM, Cardona-Gómez N, Gutiérrez-Pineda JL, Giraldo-Moncada KA, Jiménez-Ruíz PM. Manejo de la salud bucal en discapacitados.

- Artículo de revisión. Rev. CES Odont [Internet]. 2017 [citado 13 de diciembre de 2020]; 30(2): 23-36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21615/cesodon.30.2.3>
18. Acuña J, Invernizzi Mendoza C. Uso de Pictograma en paciente con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en odontología. Relato de caso. Rev. Cient. Odont. UAA [Internet]. 2020 [citado 13 de diciembre de 2020]; 2(1):23-27. Disponible en: <http://revistacientifica.uaa.edu.py/index.php/ReCOUAA/article/download/917/833>
19. Jones T, Cumberbatch K. Sign language in dental education-A new Nexus. Eur J Dent Educ [Internet]. 2018 [citado 13 de diciembre de 2020]; 22(3):143-150. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/eje.12285>
20. Saliba Garbin CA, Ísper Garbin AJ, Hissako Sumida D, Leal do Prado R, Do Amaral Gonzaga LC. Evaluación del tratamiento personal recibido por pacientes sordos en consultorio odontológico. Fundación Acta Odontológica Venezolana [Internet]. 2008 [citado 13 de diciembre de 2020]; 46 (4). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/4/art-4/>
21. Boj JR, Jiménez A, Giol M. Las personas ciegas y la odontoestomatología. Anales de odontoestomatología [Internet]. 1994 [citado 13 de diciembre de 2020]; 1(94): 22-25. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/25946/1/120421.pdf>
22. Mohan R, Raju R, Gubbihal R, Kousalya PS. Comprehensive Dental Care for the Visually Impaired: A Review. Int J Oral Health Med Res [Internet]. 2016 [citado 17 de febrero de 2021];3(4):97-101. Disponible en: [http://www.ijohmr.com/upload/Comprehensive%20Dental%20Care%20for%20the%20Visually%20Impaired-%20A%20Review\(1\).pdf](http://www.ijohmr.com/upload/Comprehensive%20Dental%20Care%20for%20the%20Visually%20Impaired-%20A%20Review(1).pdf)

23. Issrani R, Ammanagi R, Keluskar V. Geriatric dentistry – meet the need. *Gerodontology* [Internet]. 2012; 29 (2): 1-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2010.00423.x>
24. Teixeira Antunes VB, Guinot Jimeno F, Bellet Dalmau LJ. Técnicas de modificación de la conducta en Odontopediatría. Revisión bibliográfica. *ODONTOL PEDIÁTR* [Internet]. 2008; 16 (2): 108-120. Disponible en: https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/05/84_teixeira.pdf
25. Calero I, Aristizabal L, Villavicencio J. Manejo y comportamiento de la niñez temprana en la práctica odontológica. *Rev. Estomat* [Internet]. 2012 [citado 13 de diciembre de 2020]; 20(1):45-49. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875636/8-calero-manejo-ninez-temprana.pdf>
26. Bartolomé Villar, B. Vilar Rodríguez, C. Cañizares, V. Torres Moreta, L. Técnicas en el manejo de la conducta del paciente odontopediátrico. *Cient. Dent* [Internet]. 2020 [citado 13 de febrero de 2021]; 17 (1): 27-34. Disponible en: https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol17num1/conducta_odontopediatrico.pdf
27. American Dental Association. Guidance on Continuing to Practice Ethically during COVID-19. ADA [Internet]. 2020 [citado 13 de febrero de 2021]; 1-4.
28. Pfattheicher S, Nockur L, Böhm R, Sassenrath C, Bang Petersen M. The Emotional Path to Action: Empathy Promotes Physical Distancing and Wearing of Face Masks During the COVID-19 Pandemic. *Psychological Science* [Internet]. 2020 [citado 13 de

- diciembre de 2020]; 31(11) 1363–1373. Disponible en:
<https://doi.org/10.1177/0956797620964422>
29. Craice De Benedetto MA, Moreto G, Boso Vachi VH. Narrativas médicas: empatia e habilidades de comunicação em tempos de Covid-19. *Archivos en Medicina Familiar* [Internet]. 2020 [citado 13 de febrero de 2021]; 22 (3) 109-118. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2020/amf203c.pdf>
30. Ungureanu MI, Mocean F. What do patients take into account when they choose their dentist? Implications for quality improvement. *DovePress* [Internet]. 2015 [citado 13 de febrero de 2021]; 9 (3) 1715–1720. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S94310>.
31. Loignon C, Allison P, Landry A, Richard L, Brodeur J-M, Bedos C. Providing Humanistic Care: Dentists' Experiences in Deprived Areas. *Journal of Dental Research* [Internet]. 2010 [citado 13 de febrero de 2021]; 89(9):991-995. Disponible en:
<https://doi.org/10.1177/0022034510370822>
32. Benecke M, Kasper J, Heesen, C. et al. Patient autonomy in dentistry: demonstrating the role for shared decision making. *BMC Med Inform Decis Mak.* [Internet]. 2020 [citado 13 de febrero de 2021]; 20: 318. Disponible en:
<https://doi.org/10.1186/s12911-020-01317-5>.
33. Rojas G, Harwardt P, Sassenfeld A, Molina Y, Herrera A, Ríos M, Misrachi C. Eficacia de las técnicas de percepción de control y relajación en la reducción de ansiedad dental. *Acta Odontológica Venezolana* [Internet]. 2011 [citado 13 de febrero de 2021];49(4). Disponible en:
<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art-6/>

34. Thoma M.V, Zemp M, Kreienbühl L. et al. Effects of Music Listening on Pre-treatment Anxiety and Stress Levels in a Dental Hygiene Recall Population. *Int.J. Behav. Med* [Internet]. 2015 [citado 13 de febrero de 2021]; 22: 498–505. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12529-014-9439-x>
35. Jayakaran TG, Rekha CV, Annamalai S, Baghkomeh PN, Sharmin DD. Preferences and choices of a child concerning the environment in a pediatric dental operator. *Dent Res J* [Internet]. 2017 [citado 13 de febrero de 2021];14(3):183-187. Disponible en: <https://doi.org/10.4103/1735-3327.208767>.
36. Santos M, Aguilar S. Art in the inclusion of children with special needs in dentistry. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [citado 13 de febrero de 2021]; 16(1) 747–753. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000700005>.
37. Schweller M, Costa FO, Antônio MÂ, Amaral EM, de Carvalho-Filho MA. The impact of simulated medical consultations on the empathy levels of students at one medical school. *Acad Med* [Internet]. 2014 [citado 13 de abril de 2021];89(4):632-637. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ACM.000000000000175>.
38. San-Martín M, Delgado-Bolton R, Vivanco L. Role of a Semiotics-Based Curriculum in Empathy Enhancement: A Longitudinal Study in Three Dominican Medical Schools. *Front. Psychol* [Internet]. 2017 [citado 13 de abril de 2021];8(2018): 1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02018>.



Editorial

La empatía en la medicina

Eduardo García Solís*

Empatía proviene del término griego *ἐμπάθεια* *empátheia* (emocionado) y se refiere a la capacidad cognitiva de percibir, en un contexto común, lo que otro individuo puede sentir. También se describe como un sentimiento de participación afectiva de una persona en la realidad que afecta a otra.¹

Empatía significa saber apreciar los sentimientos del otro. El término *empathy* fue introducido en 1909 por el psicólogo inglés Edward Bradner Titchener como traducción de la palabra alemana *einfühlung*. Southard fue el primero en incorporar la empatía en 1918 a la relación médico-paciente como un recurso para facilitar el diagnóstico y la terapéutica.²

Respecto al concepto de empatía, ésta se define como los actos mediante los cuales se aprehende la vivencia ajena; como expresa Stein «es la experiencia de la conciencia ajena en general. Es la experiencia que un yo tiene de otro yo, experiencia en la que aprehende la vida anímica de su prójimo».³

El paciente acude con el médico, no por simpatía, sino porque necesita ayuda. No le importa saber si el médico es apuesto y tiene buen humor, lo que demanda es que se le devuelva la salud. Recordemos que «el médico de cabecera» es un ancla, un puente entre paciente, enfermedad y familia. En ocasiones, como refiere Antonio Corral Castaneda,⁴ el enfermo se encuentra en una isla con mínimo contacto con su familia debido a la burocracia que impera en algunos sistemas de salud. Y es que cuando el enfermo entra al hospital es sometido a máquinas y aparatos sin darle ninguna explicación, entre análisis, radiografías y exploraciones que no sabe para qué son y lo que buscan, que lo atarden, que nadie le aclara nada y en medio de los cuales escucha poco aliento. En otras palabras, se encuentra perdido.

Ya lo señalaba en el siglo pasado el Doctor Ignacio Chávez⁵ cuando alertaba sobre la técnica por encima de la clínica, la deshumanización, los intereses comerciales en busca del becerro de oro.

La enfermedad constituye un giro biológico-existencial para el individuo; tiene sentido entonces que la atención que se brinda se vuelque en estos dos ámbitos para lograr un conocimiento integral de la acción de enfermarse para así dispensar un auténtico cuidado. Sin embargo, el poderío de la técnica sobre la vida desdibujó esta realidad e instauró una falacia que ha permanecido durante largo tiempo arraigada en la conciencia sanitaria de que la salud y la enfermedad son hechos biológicos sin carga emocional. Como era de esperarse, esta visión fracasó irremediablemente y se plasmó de manera pragmática en la crisis de confianza que sufre la profesión actualmente.⁵

La «cosificación» del paciente mediante la cual éste se convierte en un número, una estadística, deja de ser una persona para volverse tan sólo una «cosa». Ya no se le llama por su nombre, es ahora el 534. ¿Se debe esto a la deshumanización?, ¿a la falta de valores?, ¿al poco respeto hacia el ser humano?, ¿nos hemos olvidado de la ética?, ¿nos hemos vuelto insensibles hacia las personas? Las respuestas serán diversas, lo que es una verdad es que en la práctica médica, principalmente en los hospitales, existe una deshumanización hacia el paciente, hacia nuestros semejantes, por ello una propuesta de Claudia Donoso⁶ es la empatía como estrategia para la humanización del acto médico en la que se establece que el otro generalizado constituye también el otro concreto. Un ser particular y único, narrador y protagonista de su existencia que busca en la relación clínica al otro para que lo

* Área de Bioética y Normativa

Correspondencia:
E-mail: egarciasolis@hormail.com

LA EMPATÍA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE COMO MANIFESTACIÓN DEL RESPETO POR LA DIGNIDAD DE LA PERSONA. UNA APORTACIÓN DE EDITH STEIN

EMPATHY IN THE PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP AS A DEMONSTRATION OF RESPECT FOR THE DIGNITY OF THE INDIVIDUAL. A CONTRIBUTION BY EDITH STEIN

A EMPATIA NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE COMO MANIFESTAÇÃO DO RESPEITO PELA DIGNIDADE DA PESSOA. UMA CONTRIBUIÇÃO DE EDITH STEIN

Claudia Andrea Donoso-Sabando¹

RESUMEN

Una medicina altamente tecnificada, con una certeza diagnóstica sin precedentes y con resultados bastante eficientes pero, a su vez, con una elevada tasa de desconfianza por parte de los usuarios, lo que da como resultado una medicina defensiva, es una realidad que se repite habitualmente en el ámbito sanitario. Al parecer, el poderío de la técnica sobre la vida ha dejado de lado lo eminentemente humano en el acto de curar, ocasionando una inevitable fractura en la esencia misma de la profesión. Frente a ello se plantea rehumanizar la relación clínica a través del uso de la empatía, para contribuir de este modo a la superación del excesivo positivismo en el que ha caído la medicina.

PALABRAS CLAVE: empatía, relaciones médico-paciente, relaciones profesional-paciente, atención al paciente, ética médica. (Fuente DeCS, Bireme).

DOI: 10.5294/PEBI.2014.18.2.8

PARÁ CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARÁ CITAR ESTE ARTIGO

Donoso-Sabando CA. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *pers.bioét* 2014; 18(2): 184-193. DOI: 10.5294/pebi.2014.18.2.8

¹ Cirujano-Dentista. Magíster en Bioética. Docente, Departamento Estomatología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Talca (Chile). cldonoso@utalca.cl

FECHA DE RECEPCIÓN:	2014-05-23
FECHA DE ENVÍO A PARES:	2014-05-28
FECHA DE APROBACIÓN POR PARES:	2014-07-23
FECHA DE ACEPTACIÓN:	2014-08-01

DIMENSIÓN ÉTICA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA. VISIÓN PERSONALISTA

Roba Izzeddin Abou*, María Spina**, Egilda Tosta***

Resumen: En la práctica odontológica, los profesionales enfrentan permanentemente diversos dilemas éticos. Cada odontólogo debe tomar determinaciones sobre si tiene o no competencia para realizar un diagnóstico particular o para llevar a cabo tratamientos específicos en determinadas circunstancias clínicas. Asuntos como éstos han dado lugar a un número cada vez mayor de discusiones y debates respecto de la ética en cuidados de la salud. Las preocupaciones de carácter ético resultan especialmente relevantes en el campo de la odontología, en virtud de que, a medida que crece el número de estudios en este campo, se estrecha la línea que separa la práctica de la obtención de información con fines de investigación.

Palabras clave: ética, salud, práctica odontológica

ETHICAL DIMENSION IN DENTISTRY PRACTICE. PERSONALIST VIEWPOINT

Abstract: In the practice of dentistry, professionals face diverse ethical dilemmas permanently. Every dentist must make determinations whether he/she has competence for a particular diagnosis or to carry out specific treatments in specific clinical circumstances. Issues such as these have given place to increasing discussions and debates with respect to health care ethics. Ethical worries are specially relevant in dentistry field, since while number of studies increase in this field, the limit separating practice from obtaining information for research purposes is narrowed.

Key words: ethics, health, dentistry practice

DIMENSÃO ÉTICA NA PRÁTICA ODONTOLÓGICA. VISÃO PERSONALISTA

Resumo: Na prática odontológica, os profissionais enfrentam permanentemente diversos dilemas éticos. Cada odontólogo deve tomar decisões acerca de sua competência ou não para realizar um diagnóstico particular ou levar a cabo tratamentos específicos em determinadas circunstâncias clínicas. Assuntos como estes têm dado lugar a um número cada vez maior de discussões e debates a respeito da ética em cuidados da saúde. As preocupações de caráter ético resultam especialmente relevantes no campo da odontologia, em virtude de que, à medida que cresce o número de estudos neste campo, se estreita a linha que separa a prática da obtenção de informação com finalidades de investigação.

Palavras-chave: ética, saúde, prática odontológica

* Docente instructor, Departamento de Protondencia y Oclusión, Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela

Correspondencia: robaiz@carabobo.edu.ve

** Docente instructor, Facultad de Odontología, Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela

*** Docente agregado, Facultad de Odontología, Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela

La bioética desde la perspectiva odontológica.

Bioethics from a dental perspective.

José Eduardo Orellana Centeno,^{*} Roxana Nayeli Guerrero Sotelo[†]

RESUMEN

La odontología, como una de las ciencias de la salud, incorpora los avances de la bioética en sus conocimientos y técnicas. Sin embargo, esta incorporación en el ejercicio profesional de los odontólogos se ha dado a partir de su propio campo de acción a diferencia de otros profesionales de la salud. La consecuencia de ello es que la visión y aplicación de los estomatólogos suele ser poco receptiva a las críticas y generada en ambientes muy controlados. La bioética implica el estudio sistemático y profundo de la conducta humana en el campo de las ciencias de la salud, misma que se basa en los valores y principios morales, es una disciplina importante para la formación del personal de salud para crear conciencia en la aplicación de los conocimientos. Nuestras profesiones tienen como finalidad comprender que cada individuo es único y no solamente nos dedicamos al desempeño clínico y del cuidado de la boca, sino a lograr una mejor calidad de vida en los pacientes.

Palabras clave: Odontología, bioética, marco legal.

ABSTRACT

Odontology, as one of the health sciences, incorporates the advances of bioethics in its knowledge and techniques. However, this incorporation in the professional practice of dentists has been based on their own field of action, unlike other health professionals. The consequence of this is that the vision and application of stomatologists is usually not very receptive to criticism and generated in very controlled environments. Bioethics involves the systematic and profound study of human behavior in the field of health sciences which is based on moral values and principles is an important discipline for the training of health personnel to create awareness in the application of knowledge, our professions have the purpose of understanding that each individual is unique and not only dedicated to the clinical performance and care of the mouth but to achieve a better quality of life in patients.

Keywords: Odontology, bioethics, legal framework.

INTRODUCCIÓN

La odontología, como una de las ciencias de la salud, incorpora los avances de la bioética en sus conocimientos y técnicas. Sin embargo, esta incorporación en el ejercicio profesional de los odontólogos se ha dado a partir de su propio campo de acción a diferencia de otros profesionales de la salud, como los médicos o las enfermeras, que lo hacen de forma interdisciplinaria y en ambientes hospitalarios.¹ La consecuencia de ello es que la visión y aplicación de los estomatólogos suele ser poco receptiva a las críticas y generada en ambientes muy controlados.

La bioética grosso modo implica el estudio sistemático y profundo de la conducta humana en el campo de las ciencias de la salud, misma que se basa en los valores y principios morales, es una disciplina importante para la formación del personal de salud para crear conciencia en la aplicación de los conocimientos. Nuestras profesiones tienen como finalidad comprender que cada individuo es único y no solamente nos dedicamos al desempeño clínico y del cuidado de la boca, sino a lograr una mejor calidad de vida en los pacientes. Tener conciencia de nuestra praxis puede repercutir de manera positiva o negativa en el paciente.²

Desde el surgimiento y desarrollo de la humanidad, el personal de salud se ha preocupado por los aspectos éticos y morales de su práctica en la atención al paciente. Desde la antigüedad aparecieron los primeros documentos que cuidaban de la buena praxis de las profesiones médicas, destacando el Código de Hammurabi y el Juramento Hipocrático, la intención de estos documentos era cumplir con el principio mínimo de ayudar y de no causar daño.³

^{*} Licenciatura de Odontología.

[†] Licenciatura de Enfermería.

Instituto de Investigación Sobre Salud Pública, Universidad de la Sierra San Mateo de Puebla Díaz, Oaxaca, México.

Recibido: 18 julio 2019. Aceptado para publicación: 21 agosto 2019.

La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional

Juan Carlos Ávila-Morales¹

RESUMEN

Se hace referencia a la deshumanización como la pérdida de la capacidad axiológica propiamente humana, al estar rodeados del poderío científico y tecnológico, que ha formado parte del desarrollo de la enseñanza y la práctica de la medicina; esta última ha visto el surgimiento de modelos como el paternalismo, el autonomismo y aquel en el que a diario se usan términos como economía, eficiencia, administración y aseguramiento, entre otros. Este artículo analiza la deshumanización en el contexto del ejercicio profesional desde la formación del estudiante hasta la implementación del acto médico y el establecimiento de la relación médico-paciente. Se analizan el concepto y sus implicaciones en la medicina y la enfermería en tres categorías dadas por otros tantos niveles: de formación, asistencial y administrativo. El presente escrito es fruto de la revisión documental sobre el acto médico maleficente, en una investigación doctoral. Se concluye que la complejidad de la práctica médica actual, la especialización y la compartimentación del conocimiento han alterado la razón de ser de la medicina llevando a la deshumanización del acto médico, y que un nuevo enfoque en las facultades de medicina podría humanizar los procesos de docencia médica.

PALABRAS CLAVE

Deshumanización; Educación Médica; Enseñanza; Mala Praxis; Medicina General

¹ Docente Asistente, Área de Medicina Social, Facultad de Medicina, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.
Correspondencia: Juan Carlos Ávila-Morales; juan.avila@unimilitar.edu.co

Recibido: marzo 2 de 2016
Aceptado: julio 17 de 2016

Cómo citar: Ávila-Morales JC. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*. 2017 Abr-Jun;30(2):216-229. DOI 10.17533/udea.iatreia.v30n2a11.

EL PROFESIONALISMO EN LA FORMACIÓN ODONTOLÓGICA
PROFESSIONALISM IN DENTAL EDUCATION

MARCELA ALCOTA¹, PILAR RUIZ DE GAUNA², FERMÍN E. GONZÁLEZ³

RESUMEN. *Diversos autores e instituciones profesionales y educativas han desarrollado el tema del profesionalismo en el ámbito odontológico y han coincidido en señalar que, aunque se reconoce que el profesionalismo juega un rol central en la formación de los odontólogos, su incorporación en los planes de estudio de las facultades y escuelas de odontología a nivel mundial es limitada. Esto hace que los estudiantes egresen con un nivel mínimo de formación en profesionalismo odontológico. Esta revisión profundizará en los conceptos de competencias transversales, como los valores profesionales y la formación del profesionalismo desde diferentes ámbitos durante la carrera de odontología, con el propósito de destacar, por una parte, la importancia que tienen estos aspectos en la formación del estudiante de odontología y, por otra, la responsabilidad que tienen las instituciones educativas de lograr que éste adquiera tal formación.*

Palabras clave: *profesionalismo, educación odontológica, competencias transversales.*

Alcota M, Ruiz-de-Gauna P, González FE. El profesionalismo en la formación odontológica. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2016; 28(1): 158-178. DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfo.v28n1a9>

ABSTRACT. *Several authors as well as professional and educational institutions have advanced the issue of professionalism in the field of dentistry, agreeing that, even though professionalism plays a central role in the training of dentists, its incorporation in the curriculums of dental schools worldwide is limited. Therefore, graduates have poor training in dental professionalism. This review article will analyze the concepts of cross-disciplinary skills, such as professional values and the formation of professionalism in different areas during the dental career, with the purpose of highlighting the importance of these aspects in the training of dentistry students and, on the other hand, the responsibility of educational institutions in providing students with such training.*

Key words: *professionalism, dental education, cross-disciplinary competences.*

Alcota M, Ruiz-de-Gauna P, González FE. Professionalism in dental education. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2016; 28(1): 158-178. DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfo.v28n1a9>

1 Magíster en Educación en Ciencias de la Salud, Profesora Asistente del Departamento de Odontología Conservadora, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Chile.
2 Doctora en Educación, Profesora Titular del Departamento de Teoría e Historia de la Educación, Universidad del País Vasco, España.
3 Doctor en Ciencias Biomédicas, Profesor Asociado del Departamento de Odontología Conservadora, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Chile

RECIBIDO: SEPTIEMBRE 15/2015 - ACEPTADO: ABRIL 26/2016

1 M.Ed. in Health Sciences Education, Assistant Professor in the Department of Conservative Dentistry, School of Dentistry, Universidad de Chile, Chile.
2 PhD in Education, Associate Professor in the Department of Theory and History of Education, Universidad del País Vasco, Spain.
3 PhD in Biomedical Sciences, Associate Professor in the Department of Conservative Dentistry, School of Dentistry, Universidad de Chile, Chile.

SUBMITTED: SEPTEMBER 15/2015 - ACCEPTED: APRIL 26/2016



THE LANCET

Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world



Julia Freck*, Lincoln Chen*, Zulfqar A Bhatta, Jordan Cohen, Nigel Crisp, Timothy Evans, Harvey Fineberg, Patricia Garcia, Yang Ke, Patrick Kelley, Rory O'Connell, Afzal Malik, David Nayak, Ariel Pablos-Mendez, Srinath Reddy, Susan Scrimshaw, Jaime Sepúlveda, David Smeeth, Huda Zureik

Executive summary

Problem statement

100 years ago, a series of studies about the education of health professionals, led by the 1910 Flexner report, sparked groundbreaking reforms. Through integration of modern science into the curricula at university-based schools, the reforms equipped health professionals with the knowledge that contributed to the doubling of life spans during the 20th century.

By the beginning of the 21st century, however, all is not well. Glaring gaps and inequities in health persist both within and between countries, underscoring our collective failure to share the dramatic health advances equitably. At the same time, fresh health challenges loom. New infectious, environmental, and behavioural risks, at a time of rapid demographic and epidemiological transitions, threaten health security of all. Health systems worldwide are struggling to keep up, as they become more complex and costly, placing additional demands on health workers.

Professional education has not kept pace with these challenges, largely because of fragmented, outdated, and static curricula that produce ill-equipped graduates. The problems are systemic: mismatch of competencies to patient and population needs; poor teamwork; persistent gender stratification of professional status; narrow technical focus without broader contextual understanding; episodic encounters rather than continuous care; predominant hospital orientation at the expense of primary care; quantitative and qualitative imbalances in the professional labour market; and weak leadership to improve health-system performance. Laudable efforts to address these deficiencies have mostly floundered, partly because of the so-called tribalism of the professions—ie, the tendency of the various professions to act in isolation from or even in competition with each other.

Redesign of professional health education is necessary and timely, in view of the opportunities for mutual learning and joint solutions offered by global interdependence due to acceleration of flows of knowledge, technologies, and financing across borders, and the migration of both professionals and patients. What is clearly needed is a thorough and authoritative re-examination of health professional education, matching the ambitious work of a century ago.

That is why this Commission, consisting of 20 professional and academic leaders from diverse countries, came together to develop a shared vision and a common strategy for postsecondary education in medicine, nursing, and public health that reaches beyond the confines of national borders and the silos of individual professions. The Commission adopted a global outlook, a multiprofessional perspective, and a systems approach. This comprehensive framework considers the connections between education and health systems. It is centred on people as co-producers and as drivers of needs and demands in both systems. By interaction through the labour market, the provision of educational services generates the supply of an educated workforce to meet the demand for professionals to work in the health system. To have a positive effect on health outcomes, the professional education subsystem must design new instructional and institutional strategies.

Major findings

Worldwide, 2420 medical schools, 467 schools or departments of public health, and an indeterminate number of postsecondary nursing educational institutions train about 1 million new doctors, nurses, midwives, and public health professionals every year. Severe institutional shortages are exacerbated by maldistribution, both between and within countries.

January 2010; 376: 1923–58

Published Online

November 25, 2010

DOI: 10.1016/S0140-

6736(10)61954-5

See Comment page 1975 and 1977

Topic first authors

Harvard School of Public

Health, Boston, MA, USA

(Prof J Freck MD), China Medical

Board, Cambridge, MA, USA

(S Chen MD), Aga Khan

University, Karachi, Pakistan

(Prof Z A Bhatta PhD), George

Washington University Medical

Center, Washington, DC, USA

(Prof J Kelley MD), Independent

member of House of Lords,

London, UK (N Crisp MD)

James P Grant School of Public

Health, Dhaka, Bangladesh

(Prof T Evans MD), US Institute

of Medicine, Washington, DC,

USA (H Fineberg MD),

PGC (MD), School of Public

Health, Universidade Federal

de Minas Gerais, Belo Horizonte,

Minas Gerais, Brazil (Prof Y Ke MD), Peking

University Health Science

Center, Beijing, China

(Prof Y O MD), National Health

Laboratory Service,

Johannesburg, South Africa

(R O'Connell MD), School of

Nursing, University of

Pennsylvania, Philadelphia, PA,

USA (Prof A Malik PhD),

University of Toronto, Toronto,

ON, Canada (Prof D Nayak MD),

The Rockefeller Foundation,

New York, NY, USA

(A Pablos-Mendez MD), Public

Perspective: Medical Education in Medical Ethics and Humanities as the Foundation for Developing Medical Professionalism

David J. Doukas, MD, Laurence B. McCullough, PhD, and Stephen Wear, PhD,
for the Project to Rebalance and Integrate Medical Education (PRIME) Investigators

Abstract

Medical education accreditation organizations require medical ethics and humanities education to develop professionalism in medical learners, yet there has never been a comprehensive critical appraisal of medical education in ethics and humanities. The Project to Rebalance and Integrate Medical Education (PRIME) I Workshop, convened in May 2010, undertook the first critical appraisal of the definitions, goals, and objectives of medical ethics and humanities teaching. The authors describe assembling a national expert panel of educators representing the disciplines of ethics, history, literature,

and the visual arts. This panel was tasked with describing the major pedagogical goals of art, ethics, history, and literature in medical education, how these disciplines should be integrated with one another in medical education, and how they could be best integrated into undergraduate and graduate medical education. The authors present the recommendations resulting from the PRIME I discussion, centered on three main themes. The major goal of medical education in ethics and humanities is to promote humanistic skills and professional conduct in physicians. Patient-centered skills enable learners to

become medical professionals, whereas critical thinking skills assist learners to critically appraise the concept and implementation of medical professionalism. Implementation of a comprehensive medical ethics and humanities curriculum in medical school and residency requires clear direction and academic support and should be based on clear goals and objectives that can be reliably assessed. The PRIME expert panel concurred that medical ethics and humanities education is essential for professional development in medicine.

Medical ethics and humanities teaching have become essential to teaching professionalism in medicine because the concept of professionalism is intrinsically scientific, clinical, ethical, and social. The Association of American Medical Colleges (AAMC) recognized the crucial role of such teaching as early as 1998 in a *Medical School Objectives*

Dr. Doukas is William Ray Moore Endowed Chair of Family Medicine and Medical Humanities and director, Division of Medical Humanities and Ethics, Department of Family and Geriatric Medicine, University of Louisville, Louisville, Kentucky.

Dr. McCullough is Dalton Tomlin Chair in Medical Ethics and Health Policy, Center for Medical Ethics and Health Policy, Baylor College of Medicine, Houston, Texas.

Dr. Wear is codirector, Center for Clinical Ethics and Humanities in Healthcare, and associate professor, Departments of Medicine, Gynecology–Obstetrics, and Philosophy, University at Buffalo, Buffalo, New York.

The PRIME Investigators are listed at the end of this article.

Correspondence should be addressed to Dr. Doukas, Department of Family and Geriatric Medicine, University of Louisville, 501 East Broadway, Suite 270, Louisville, KY 40202; telephone: (502) 852-8401; e-mail: david.doukas@louisville.edu.

Acad Med. 2012;87:000–000.
First published online
doi:10.1097/ACM.0b013e318244720c

Project (MSOP) report, *Learning Objectives for Medical Student Education: Guidelines for Medical Schools*, which included a series of “must” statements about medical student education regarding character and ethical behavior (Box 1).¹ Subsequent statements on ethics and professionalism and their role in the humanistic behavior of physicians from the Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), the Liaison Committee on Medical Education (LCME), the Joint Commission, and the United States Medical Licensing Examination (USMLE) and National Board of Medical Examiners (NBME) reinforce standards in these domains (Appendix 1).^{2–6}

More than 40 years after programs at such medical schools as Pennsylvania State University in Hershey and the University of Texas Medical Branch at Galveston began including medical ethics and humanities teaching in the undergraduate medical curriculum, it is time to critically appraise ethics and humanities medical educational methods and thereby make their role more explicit, robust, and accountable in the professional formation of medical students. The Project to Rebalance and

Integrate Medical Education (PRIME) aims to enhance education in medical ethics and humanities by establishing benchmark standards for medical schools and residency training programs.

As a first step toward achieving the PRIME objective, we convened an expert panel of investigators to examine the role of medical ethics and humanities teaching in medical professionalism education. In this article we describe the selection of the panel members and the presentations and discussions that ensued. On behalf of the PRIME investigators, we present the recommendations that resulted from the first stage of this timely critical appraisal.

Professionalism, Post-Flexner

Abraham Flexner’s 1910 report to the Carnegie Foundation, with its central emphasis on the development of the physician–scientist, serves as a primary touchstone for PRIME. In addition to advocating improved teaching of basic and clinical sciences, Flexner argued for humanities education and the acquisition of humanistic skills.^{7–10} Over the past four decades, ethics and humanities educational programs have been

PERSPECTIVA BIOÉTICA Y MODELO BIOPSIICOSOCIAL EN LA RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE DURANTE LA FORMACIÓN DEL ESTUDIANTE EN LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE

BIOETHICS PERSPECTIVE AND BIOPSYCHOSOCIAL MODEL ON THE RELATIONSHIP DENTIST-PATIENT DURING STUDENT TRAINING AT THE UNIVERSIDAD EL BOSQUE

² María Clara Rangel-Galvis.

Resumen

En este artículo presentamos una revisión en torno a la importancia de la enseñanza de la relación odontólogo-paciente, describimos los dilemas que se evidencian en la literatura sobre el desarrollo de éstas prácticas, realizamos un ejercicio reflexivo a partir de los lineamientos que rigen el currículo en la Facultad de Odontología de la Universidad el Bosque bajo el enfoque del modelo biopsicosocial; complementado con un programa transcurricular en bioética, formación que a pesar de tener esta orientación holística, parecen existir tensiones entre el modelo de formación y las prácticas formativas en los últimos semestres en la asistencia o en la relación estudiante-paciente-docente, repercutiendo en serias implicaciones bioéticas.

A partir de esta discusión se plantean algunas de las dificultades en la apropiación del modelo y se proponen acciones para mejorar la implementación exitosa de este en la formación docente-asistencial.

Palabras clave: modelo bio-psico-social, currículo en odontología, bioética, relación odontólogo-paciente.

Abstract

In this article we present an overview about the importance of dentist-patient relationship education, we describe the dilemmas that are evident in the literature on the development of these practices, and perform a reflective exercise based on the principles governing the curriculum at the El Bosque University Dental School under the approach of the biopsychosocial model and complimented with cross-curricular program in bioethics, an education that despite having this holistic orientation, there appear to be tensions between the education model and training practices in the advance semesters in attendance or on the student-patient-professor relation marking serious bioethical implications

From this discussion some difficulties are exposed in appropriating the model and actions are proposed to improve the successful implementation of this in the internship program.

Keywords: bio-psycho-social model, dental curriculum, bioethics, dentist-patient relationship.

Recibido el 05/06/2011

Aprobado 22/11/2011

1. Artículo de reflexión.

2. Odontóloga, Universidad Javeriana. Especialista en Ortodoncia, Universidad Javeriana. MSc Dirección Universitaria, Universidad de los Andes. PhD en Bioética, Universidad El Bosque. rangelmaria@unbosque.edu.co.

Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care

ANASTASIOS KARYDIS, MANDO KOMBOLI-KODOVAZENITI, DEMETRA HATZIGEORGIOU AND VASSILIS PANIS

Department of Periodontology, School of Dentistry, University of Athens, Athens, Greece

Abstract

Objective. The aim of this study was to investigate the perceptions and expectations of patients regarding the quality of dental health care they received and the criteria they used to select a dentist.

Design. Descriptive study.

Methods. Two questionnaires referring to the expectations and the perceptions of dental health care were handed to patients. Likert-type scales were used to evaluate the characteristics examined. These characteristics have been classified in four quality dimensions: 'assurance', 'empathy', 'reliability' and 'responsiveness'.

Study participants and setting. Two hundred consecutive patients who visited the Dental Clinic of the School of Dentistry, University of Athens, Greece, in 1998-1999.

Results. The patients' top priority was adherence to the rules of antiseptis and sterilization. Women of the middle and lower socio-economic groups were more demanding than men of the same groups, while men of the upper socio-economic group appeared to be more demanding than women ($P = 0.02$). Their perceptions of the dental service provided reflected their satisfaction regarding the adherence to the rules of antiseptis and sterilization, but also showed their moderate satisfaction regarding most of the other characteristics and their dissatisfaction regarding information on oral health and hygiene.

Conclusion. Expectations and demands regarding empathy (approach to the patient) and assurance were placed at the top of the patients' priorities. A highly significant quality gap was observed between the desires of the patients and their perceptions ($P < 0.01$) and the largest gap was noted concerning information they received about oral health diseases. The largest quality gap was also observed in characteristics regarding responsiveness.

Keywords: dental, expectations, health care, patients, perceptions, quality

The quality of service is an undeniably crucial factor today, regardless of the type of service rendered. The world's economy has largely become an economy of services, and service quality is a central issue for any kind of business. In the 1980s the *Wall Street Journal* was already reporting on health care services on the first page [1]. In that article the author wondered about hospital services, bad diagnoses, unnecessary treatment, overprescription of drugs and lab-test errors. Today all these issues still sound disappointingly familiar.

Superior quality is the desirable target in the sensitive field of health care. It is essential that health care services are of

a high quality, and that the patients are aware of this achievement. Word of mouth is the ultimate goal for a doctor as it is the most obvious proof of quality in health care.

How do patients evaluate the quality of the services provided? Do they realize the necessity of emphasis on communication, information and co-operation with their dentist? Do they directly make a general evaluation or do they take into consideration the procedures by which dental care is provided? Do they assess specific aspects of dental service before arriving at an overall evaluation and, if so, which facets or dimensions do they evaluate? Which facets do patients consider the most important when choosing a

Address reprint requests to A. Karydis, School of Dentistry, University of California San Francisco, 513 Parnassus Avenue, S619A, Box 0430, San Francisco, CA 94143-0430, USA. E-mail: a_karydis@yahoo.com

LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD: UN ASUNTO DE CUIDADO

A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA QUESTÃO DE CUIDADO

HUMANIZATION OF ATTENTION IN HEALTH SERVICES: A MATTER OF CARE

Martha Liliana Correa Zambrano¹

Histórico

Recibido:
30 de Mayo de 2015
Aceptado:
28 de Octubre de 2015

¹ Enfermera. Especialista en Epidemiología. Universidad Autónoma de Bucaramanga - UNAB, Bucaramanga, Colombia. Autor para Correspondencia. E-mail: marthalicorrea@gmail.com

Introducción: La tecnificación de los servicios de salud, la prioridad por la eficiencia y el control del costo, han hecho que el personal de salud anteponga aspectos administrativos, financieros y procedimentales a la prestación de un servicio de salud orientado al ser humano. **Materiales y Métodos:** Artículo de reflexión sobre temas relacionados con la humanización de los servicios de salud, hace una exhortación sobre la responsabilidad que todos los actores del sistema de salud tienen frente al paciente y su familia, así como su participación en la práctica de salud por medio del cuidado. **Resultados:** Se señalan algunos aspectos desde la ética y la integridad que contribuyen a humanizar los servicios de salud involucrando a los profesionales, gestores de salud y usuarios. **Discusión y Conclusiones:** Desde la perspectiva de los usuarios existen dificultades en la atención brindada por los profesionales de salud, especialmente en su integridad, esta situación puede presentarse como consecuencia del sistema de salud, donde la persona como sujeto de derecho es cada vez más invisible.

Palabras clave: Prestación de Atención de Salud, Servicios de Salud, Humanización de la Atención. (Fuente: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15648/cuidarte.v7i1.300>

RESUMEN

Introdução: A modernização dos serviços de saúde, a prioridade para a eficiência e controle de custos, têm permitido que o pessoal de saúde antecede assuntos financeiros e processuais a uma prestação de um serviço de saúde orientada ao ser humano. **Materiais e Métodos:** Artigo de reflexão que examina questões relacionadas com a humanização dos serviços de saúde, faz uma exortação sobre a responsabilidade de todos os atores do sistema de saúde têm com o paciente e a família, e sua participação na prática da saúde através de cuidados. **Resultados:** Assinalassem alguns aspectos de ética e integridade que ajudam a humanizar os serviços de saúde que envolvem os profissionais, gestores de saúde e usuários. **Discussão e Conclusões:** A partir da perspectiva do usuário, existem dificuldades na atenção prestada por profissionais de saúde, especialmente em sua integridade, isso pode ocorrer como resultado do sistema de saúde, onde a pessoa como sujeito de direito é cada vez mais invisível.

Palavras chave: Assistência à Saúde, Serviços de Saúde, Humanização da Assistência. (Fonte: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15648/cuidarte.v7i1.300>

RESUMO

Introducción: The modernization of health services, the priority for efficiency and cost control, have made the financial health personnel and procedural precede the provision of a health service human-oriented administrative aspects. **Materials and Methods:** This article examines issues related to the humanization of health services, makes an exhortation on the responsibility of all stakeholders in the health system are facing the patient and family, and their participation in health practice through care. **Results:** Some aspects are highlighted from the ethics and integrity that help to humanize health services involving professionals, health managers and users. **Discussion and Conclusions:** From the user perspective there are difficulties in the care provided by health professionals, especially in its integrity, this may occur as a result of the health system, where the person as a subject of law is increasingly invisible.

Key words: Delivery of Health Care, Health Services, Humanization of Assistance. (Source: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15648/cuidarte.v7i1.300>

ABSTRACT

Cómo citar este artículo: Correa ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Rev Cuid. 2016; 7(1): 1227-31. <http://dx.doi.org/10.15648/cuidarte.v7i1.300>
© 2016 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

HUMANIZING CLINICAL DENTISTRY THROUGH A PERSON-CENTRED MODEL

Nareg Apelian^{1*}, Jean-Noel Vergnes², Christophe Bedos³

^{1*} Corresponding author: Division of Oral Health and Society, Faculty of Dentistry, McGill University, 2001 McGill College Avenue, Montreal, QC, H3A 1G1 Canada
nareg.apelian@mcgill.ca

² CHU de Toulouse, Service d'Odontologie / UFR d'Odontologie de Toulouse Toulouse, France & Division of Oral Health and Society, Faculty of Dentistry, McGill University, Montreal, Canada

³ Division of Oral Health and Society, Faculty of Dentistry, McGill University & École de Santé Publique, Université de Montréal, Montreal, Canada

ABSTRACT

The clinical approach in dentistry stems from a biomedical model of health that is anchored in positivism. This biomedical model was never explicitly developed or reflected on, but rather implicitly acquired as a product of historical circumstance. A reductionist understanding of health served dentistry well in the past, when health afflictions were mostly acute. Today, however, in the age of chronic illnesses, the current clinical approach is no longer adequate: patients and dentists are both dissatisfied, and there are problems with dental education and dental public health.

After a thorough review of the literature, highlighting the current state of the profession, we propose an alternative clinical model upon which updated approaches can be based. We call this model "Person-Centred Dentistry". Our proposed model is rooted on the notion of sharing of power between the dentist and the patient: a sharing of power in the relationship and epistemology. This leads to an expanded understanding of the person and the illness; a co-authoring of treatment plans; and interventions that focus not only on eliminating disease but also on patient needs.

La calidad y el mejoramiento continuo: claves en el éxito del ejercicio profesional en odontología

JESÚS ALBERTO CALERO, OD, MBA¹, LEONARDO RODRÍGUEZ, ING MEC²,
JOSÉ FERNANDO BARRETO, DO, MPH³

RESUMEN

Los vertiginosos cambios que suceden en el mundo han transformando las organizaciones influencia de la que no son ajenas las empresas de salud. Las empresas del futuro deberán ser funcionales a todo nivel; para ello es indispensable que posean un rumbo estratégico expresado claramente y procesos operativos definidos que faciliten la gestión y garanticen su supervivencia. Como factores claves para asegurar el éxito en las organizaciones modernas se presume tener una filosofía empresarial congruente con su cultura; dominar a profundidad el ámbito de su negocio, contar con políticas consecuentes y constructivistas dirigidas tanto a clientes internos como externos, fomentar una cultura empresarial de prestación del servicio con base en la calidad de los procesos, implementar apropiadas políticas de selección y motivación del talento humano a su interior, poseer adecuados sistemas de comunicación, realizar monitoreo y evaluación permanente del entorno para aprovechar oportunidades y anticipar impedimentos.

Palabras clave: Calidad; Gestión; Procesos; Mejoramiento continuo.

Continuous improvement of dental quality: a key to dental practice success

SUMMARY

Vertiginous world wide changes also trigger transformation along the organizations, including health enterprises. The future enterprises must be multilevel functional and have defined their strategic goals including definition of processes facilitating their operation. Actually at all level health teaching enterprises should have a thought strategic direction and defined operative rules in order to have a functional structure that facilitates taking decisions and consequently have defined processes that allow them to respond appropriately to the influence of the environment and other social actors. The success key for modern organizations is to have an appropriate philosophy and managerial culture, to possess deep knowledge of the area of business, to have political managed and constructive rules for both: the internal and external clients in order to offer quality services, to rule appropriate communication models and to make a permanent evaluation of the environment. All that must allow them to respond appropriately to threats and opportunities.

Keywords: Quality; Administration; Processes; Continuous improvement.

PLANTEAMIENTOS FUNDAMENTALES

Cada día más y más, los países del mundo se integran en la vertiginosa dinámica de la globalización, tendencia que exhorta a que los líderes de las organizaciones se vean abocados a la disyuntiva de continuar su gestión con base

en modelos tradicionales de administración o modernizar sus empresas, su tarea y sus estrategias gerenciales para ser competitivos¹. En la medida en que las empresas se estructuran para responder a las demandas de su entorno inmediato o mediano, fortalecen y robustecen las capacidades de oferta a la comunidad y, al mismo tiempo pueden alcanzar fácilmente las metas que se han propuesto¹.

1. Profesor Asistente, Director de Programas de Auxiliares de Odontología, Escuela de Odontología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia. e-mail: mescal@emcali.net.co

2. Consultor Independiente, Ingeniero Mecánico, Especialista en Calidad. e-mail: leonaro11@emcali.net.co

3. Profesor Asistente (J), Escuela de Odontología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia. e-mail: jobarret@gmail.com

Recibido para publicación febrero 14, 2007 Aceptado para publicación enero 31, 2008

Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria

Humanization Solutions health in daily practice

Dra. Claudia Ariza Otero

Resumen

El presente artículo encierra una reflexión con relación a la importancia, que desde el punto de vista del autor, tiene para todos los profesionales de la salud, proporcionar una atención y/o cuidado, que se caracterice por ser humano. El objetivo fue plantear los procesos que contribuyen a la humanización de los servicios de salud, la ciencia y la tecnología y los atributos que deben caracterizar la atención que se brinda en ellos para que ésta sea humana, teniendo en cuenta los diferentes agentes que participan en el desarrollo de asistencia en salud: profesionales, pacientes y familias.

Para darle alcance a este objetivo se realizó una revisión de la literatura del sector de la salud relacionada con el tema, incluyendo disciplinas como Medicina y Enfermería dentro de la que se tuvo en cuenta la Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la Enfermería en Colombia, se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.

Las acciones de profesionales e instituciones asistenciales y formadoras, deberían tender a favorecer que la atención humana se caracterice por estar matizada de valores éticos y morales dentro de los cuales el respeto ocupa un lugar privilegiado. Esto implica además dar una dirección al desarrollo tecnológico, una dirección que habrá de conducirlo de vuelta a las necesidades reales del hombre.

Palabras Clave:

humanización, salud, profesionales de la salud

Enfermera Cardióloga, Doctora en Enfermería, Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

FECHA DE RECEPCIÓN: 3 DE NOVIEMBRE 2011
FECHA DE ENVÍO: 15 DE OCTUBRE 2011
FECHA DE ACEPTACIÓN: 4 DE DICIEMBRE 2011



Artículo de reflexión

La humanización en salud: reflexiones de docentes, estudiantes y personal administrativo de una facultad de odontología

The humanization in health: reflections of teachers, students and administrative personnel in a faculty of dentistry

A humanização em saúde: reflexões de docentes, estudantes e pessoal administrativo em uma faculdade de odontologia

Recibido: 23 | 05 | 2018

Aprobado: 08 | 10 | 2018

DOI: <http://dx.doi.org/10.18270/rsb.v8i1.2498>

Maria Mercedes Lafaurie

mercedes.lafaurie@unbosque.edu.co

Alejandro Pardo

alejandro.pardo@unbosque.edu.co

Juan Camilo Torres

juan.camilo.torres@unbosque.edu.co

Maria Clara González

maria.clara.gonzalez@unbosque.edu.co

Marcela Amaya

marcela.amaya@unbosque.edu.co

Rafael Barbosa

rafael.barbosa@unbosque.edu.co

Martha Castellano

martha.castellano@unbosque.edu.co

Jacqueline Garzón

jacqueline.garzon@unbosque.edu.co

Sandra Mirapalé

sandra.mirapale@unbosque.edu.co

Liliana Martínez

liliana.martinez@unbosque.edu.co

Maria Juliana Geha

maria.juliana.geha@unbosque.edu.co

Luis Fernando Restrepo

luis.fernando.restrepo@unbosque.edu.co

Lina María Triana

lina.maria.triana@unbosque.edu.co

Facultad de Odontología, Universidad El Bosque,

Bogotá, Colombia

Correspondencia: lafauriemaria@unbosque.edu.co

Resumen

En este artículo se presenta la sistematización de una experiencia de reflexión sobre la humanización en salud, en un taller en el que participaron miembros de la comunidad académica de una facultad de odontología de Bogotá. Se utilizó un cuestionario de pregunta abierta autoadministrado y los aportes fueron sometidos a un análisis hermenéutico. Emergen categorías relacionadas con la aplicación del modelo biopsicosocial, superando la centralidad en lo biológico; la calidad de la atención concebida como oportunidad y capacidad resolutoria; la garantía de derechos entendida como equidad y respeto a la diferencia; y la aplicación de principios éticos y bioéticos centrados en el beneficio del paciente por sobre toda consideración y la empatía, como sensibilidad frente al padecimiento humano. A partir de estos aportes emanados del taller, la humanización en salud puede ser concebida como una perspectiva ético-política que considera al paciente como el centro del proceso de atención y que propende por dar respuesta a sus necesidades, teniendo en cuenta sus particularidades y su contexto. Se sugiere hacer de la humanización un tópico de reflexión transversal en el proceso formativo e implementar el diálogo narrativo como herramienta.

Palabras clave: humanización de la atención, personal de odontología, personal de salud

Abstract

The present article compiles reflection experiences about health care humanization which took place during an academic workshop at a Dental undergraduate program in Bogotá, Colombia. The participants of this study were faculty, students and administrative staff of the said program

Artículo de Revisión

MANEJO DE PACIENTES CON DIVERSIDAD FUNCIONAL EN EL ÁMBITO ODONTOLÓGICO

Fátima Antonio, Elide Mill, Mariel Páez, Gabriela Sayago, Daniurka Valero

Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela

Autora de correspondencia: marielpaezvizcaya@hotmail.com

Recibido: 15-05-2013

Aceptado: 27-09-2013

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La diversidad funcional incluye a aquellas personas que presenta una condición que lo aleja de la normalidad, sea de orden físico, mental o sensorial, así como de comportamientos que requieren atención especial. Se realizó una revisión sistemática acerca del manejo de pacientes con diversidad funcional en el ámbito odontológico con el objetivo de sintetizar, con base en la literatura, las estrategias convencionales y alternativas que son utilizadas al atender a este tipo de pacientes. **DESARROLLO.** Los métodos convencionales del tratamiento odontológico no se modifican al atender pacientes con diversidad funcional, sólo se emplea un manejo diferente para establecer una relación odontólogo-paciente más efectiva. Las diversidades funcionales intelectuales (autismo, síndrome de Down y diversidad funcional intelectual) pueden ser manejadas en el consultorio odontológico mediante musicoterapia, técnicas restrictivas y anestesia general, siendo ésta última empleada sólo en pacientes con autismo y diversidad funcional intelectual. Las diversidades funcionales sensoriales (sordera y ceguera) requieren el empleo de estrategias para mejorar la comunicación, utilizando lengua de señas, escritura, uso del braille, lectura de labios y estimulando la senso-percepción de la vista, tacto y oído del paciente. **CONCLUSIÓN.** Para realizar los tratamientos odontológicos de forma efectiva a pacientes con diversidad funcional, se debe emplear la estrategia adecuada a la condición que éste presente. Se recomienda realizar más estudios acerca de cada estrategia utilizada en pacientes con diversidad funcional para determinar su efectividad.

PALABRAS CLAVE (DeCS): Atención odontológica, diversidad funcional, autismo, síndrome de Down, sordera, hipoacusia, ceguera.

MANAGEMENT OF DENTAL PATIENTS WITH FUNCTIONAL DIVERSITY

ABSTRACT

INTRODUCTION. A person with functional diversity is the one presenting signs and symptoms that are far from normal, those may be physical, mental or sensory, and behavioral, requiring special attention. We conducted a systematic review on the management of patients with functional diversity in the dental office in order to synthesize, based on the literature, the conventional and alternative strategies that are used to treat patients with some form of functional diversity. **DEVELOPMENT.** Conventional methods of dental treatment are not modified to treat patients with functional diversity; just a different management approach is used to establish the dentist-patient relationship. Intellectual functional diversity patients (autism, Down syndrome and intellectual functional diversity) can be handled in the dental office through music therapy, restrictive techniques and general anesthesia, the latter being used only in patients with autism and intellectual functional diversity in dental treatments demanding it. Sensorial functional diversity patients (deafness and blindness) require the use of strategies to improve communication by using sign language, written language, braille, speech reading and stimulating sensory perception of touch and patient's ear. **CONCLUSION.** In order to perform effective dental treatments to patients with functional diversity the dentist must employ the appropriate strategy for the specific condition.

KEY WORDS (MeSH): Dental care, autism, functional diversity, Down syndrome, deafness, hearing impair, blindness.

121

Manejo de pacientes con diversidad funcional en el ámbito odontológico. Antonio *et al.*

Artículo de revisión

Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión

Oral health management in people with disabilities

María Cristina Giraldo-Zuluaga¹ ^{ORCID} ^{MAC}, Cecilia María Martínez-Delgado² ^{ORCID} ^{MAC}, Natalia Cardona-Gómez³ ^{ORCID},
José Luis Gutiérrez-Pineda³ ^{ORCID}, Karen Andrea Giraldo-Moncada³ ^{ORCID}, Paula Marcela Jiménez-Ruiz³ ^{ORCID}

1. Odontóloga, Especialista en Promoción y Comunicación en Salud, Magíster en TIC Salud, Docente área comunitaria Facultad Odontología, Universidad CES.

2. Odontóloga Especialista en Epidemiología, Magíster en Dirección Universitaria, Docente Facultad Odontología Universidad CES.

3. Odontólogos Universidad CES.

Fecha correspondencia:

Recibido: enero de 2016.

Aceptado: noviembre de 2017.

Forma de citar:

Giraldo-Zuluaga MC, Martínez-Delgado CM, Cardona-Gómez N, Gutiérrez-Pineda JL, Giraldo-Moncada KA, Jiménez-Ruiz PM. Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión. Rev. CES Odont 2017; 30(2): 23-36.

Open access

© Derecho de autor

Licencia creative commons

Ética de publicaciones

Revisión por pares

Gestión por Open Journal System

DOI: <http://dx.doi.org/10.21615/cesodon.30.2.3>

ISSN 0120-971X

e-ISSN 2215-9185

Resumen

En el mundo existen más de 1000 millones de personas con alguna discapacidad y aunque estas condiciones no son sinónimos de alteraciones bucales severas, si se ha logrado detectar en los pacientes que las padecen, señales de mala higiene bucal y enfermedades bucales producto de la poca o nula atención odontológica, relacionadas en gran medida al temor que los profesionales del área enfrentan al momento de la atención. La comunicación con pacientes en condición de discapacidad como autismo, síndrome de Down, parálisis cerebral, deficiencia auditiva, presenta un componente adicional de dificultad, por lo cual es necesario apoyarse en un sistema de estrategias comunicativas, protocolos de atención y otros medios que pueden variar entre las distintas discapacidades. Estos permiten que personas con dificultades de comunicación puedan relacionarse e interactuar con su entorno. La capacitación para el odontólogo en este campo no es fácil, dado que no se cuenta con suficientes programas que cubran de manera completa la formación del profesional en este ámbito. El propósito de este artículo fue realizar una revisión de tema sobre algunos tipos de discapacidades, las manifestaciones bucales más comunes, el manejo odontológico y estrategias de comunicación alternativa apropiada, para brindar una atención de calidad.

Palabras clave: Discapacidad, manejo de la conducta en odontología, enfermedades bucales, tratamiento, comunicación aumentativa y alternativa.

Abstract

In the world there are more than one billion people with disabilities and although these terms are not synonymous with severe oral changes, it has been detected that people with disabilities have more risk to suffer oral pathologies due to poor dental service related to the reluctance dentist have to take care of these patients. Communication with patients with conditions such as autism, Down syndrome, cerebral palsy, hearing impairment; presents an additional component of difficulty, so it is necessary to rely on a system of communicative strategies, care protocols and means of support that may vary among different disabilities. These enable people with communi-

Reporte de Casos/ Case Report

Uso de Pictograma en paciente con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en odontología. Relato de caso.

Jorge Acuña¹, Carlos Invernizzi Mendoza²

- 1- Estudiante de la Carrera de Odontología, Universidad Autónoma de Asunción.
- 2- Docente Investigador de Odontología, Universidad Autónoma de Asunción.

Resumen: El autismo es una condición que hace parte de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). Se caracteriza por el deterioro de la capacidad de comunicación e interacción social, dificultades motrices, comportamientos repetitivos y déficit cognitivo. El objetivo de este trabajo fue generar métodos de sensibilización en un paciente con autismo utilizando pictogramas para lograr la adaptación a la atención odontológica. Paciente de sexo femenino de 15 años de edad, diagnosticada con Trastorno del Espectro Autista, acudió a la clínica odontológica de la Universidad Autónoma de Asunción en la cátedra de Odontopediatría II. En la primera consulta, se realizó la historia clínica médica-odontológica, la observación de la conducta y evaluación oral para realizar un plan de tratamiento, de acuerdo al cual se elaboró un esquema de lo que sería la primera cita odontológica. Se confeccionó un pictograma para realizar una sensibilización progresiva y anticipada de su atención odontológica. En la segunda sesión, el odontólogo mostró a la paciente el pictograma y explicó cada procedimiento que se realizará. La paciente miró atentamente las imágenes y el odontólogo realizó la explicación breve de la secuencia del pictograma. En la tercera sesión, se repitió nuevamente la demostración del pictograma, pero de la técnica de cepillado, de esta manera se motivó a la paciente a realizar el cepillado y así obtener una disminución del nivel de placa. La utilización del pictograma fue satisfactoria para el abordaje odontológico de la paciente, ya que estaba motivada y alegre a la hora de observar las imágenes.

Palabras Clave: Autismo, Atención odontológica, imágenes.

Use of a Pictogram in a patient with Autism Spectrum Disorder (ASD) in dentistry. Case report.

Abstract: Autism is a condition that is part of the Generalized Developmental Disorders (GDD). It is characterized by the deterioration of the communication and social interaction capacity, motor difficulties, repetitive behaviors and cognitive deficits. The objective of this work was to generate sensitization methods in a patient with autism using pictograms to achieve adaptation to dental care. A 15-year-old female patient, diagnosed with Autism Spectrum Disorder, went to the dental clinic of the Autonomous University of Asunción in the chair of Pediatric Dentistry II. In the first consultation, the medical-dental clinical history, the observation of the behavior and oral evaluation were carried out to carry out a treatment plan, according to which a scheme of what would be the first dental appointment was elaborated. A pictogram was made to make a progressive and anticipated sensitization of her dental care. In the second session, the dentist showed the patient the pictogram and explained each procedure that will be performed. The patient looked closely at the images and the dentist made a brief explanation of the pictogram sequence. In the third session, the demonstration of the pictogram was repeated again, but of the brushing technique, in this way the patient was motivated to perform the brushing and thus obtain a decrease in the level of plaque. The use of the pictogram was satisfactory for the dental approach of the patient, since she was motivated and cheerful when looking at the images.

Key Words: Autism, Dental care, images.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:
Acuña J, Invernizzi Mendoza C. Uso de Pictograma en paciente con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en odontología. Relato de caso. Rev. Cienc. Odont. UAA 2020; 2(1): 23-27

Autor Correspondiente: Jorge Acuña
Email: jorge_0994@hotmail.es
Recibido en: 25/07/2019
Aceptado en: 11/10/2019
Documento sin conflicto de intereses



ORIGINAL ARTICLE

Sign language in dental education—A new nexus

T. Jones ✉, K. Cumberbatch

First published: 14 August 2017 | <https://doi.org/10.1111/eje.12285> | Citations: 2

[Read the full text >](#)

PDF TOOLS SHARE

Abstract

Focus

The introduction of the landmark mandatory teaching of sign language to undergraduate dental students at the University of the West Indies (UWI), Mona Campus in Kingston, Jamaica, to bridge the communication gap between dentists and their patients is reviewed.

Literature review

A review of over 90 Doctor of Dental Surgery and Doctor of Dental Medicine curricula in North America, the United Kingdom, parts of Europe and Australia showed no inclusion of sign language in those curricula as a mandatory component.



Volume 22, Issue 3
August 2018
Pages 143-150

Related

Information

Metrics

Citations: 2

score 2

Details

© 2017 John Wiley & Sons A/S. Published by John Wiley & Sons Ltd

Keywords

competency curriculum
dental education
dentistry in jamaica sign language

Trabajos Originales:

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO PERSONAL RECIBIDO POR PACIENTES SORDOS EN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO

Recibido para arbitraje: 06/06/2007

Aceptado para publicación: 29/06/2007

- **Cléa Adas Saliba GARBIN** Profesora Adjunta del Programa de Posgrado en Odontología Preventiva y Social de la Facultad de Odontología de Araçatuba/ Unesp.
- **Artêmio José Íaper GARBIN** Profesor Adjunto del Programa de Posgrado en Odontología Preventiva y Social de la Facultad de Odontología de Araçatuba/ Unesp.
- **Doris Hisako SUMIDA** Profesora Adjunta de la asignatura de Fisiología de la Facultad de Odontología de Araçatuba/ Unesp.
- **Rosana Leal do PRADO** Alumna del Máster en Odontología Preventiva y Social de la Facultad de Odontología de Araçatuba - Unesp.
- **Leticia Cunha do Amaral GONZAGA** Alumna del Máster en Odontología - Área de Dentística de la Facultad de Odontología de Araçatuba - Unesp.

Correspondencia para:

Profª. Adjunta Drª. Cléa Adas Saliba Garbin

Programa de Posgrado em Odontologia Preventiva y Social Núcleo de Investigación en Salud Colectiva - NEPESCO

Calle José Bonifácio, 1193. Vila Mendonça, Araçatuba - SP. CP: 16015-050 Teléfono: (18) 3636 - 3250

E-mail: cgarbin@foa.unesp.br

Resumen

Estimativas de la Organización Mundial de Salud apuntan que el 10% de la población mundial de países desarrollados poseen algún tipo de deficiencia. En Brasil, ese porcentaje aumenta para el 14,5% de la población, y la sordera ocupa la tercera posición en prevalencia. Este estudio tiene el objetivo de analizar la percepción del deficiente auditivo cuanto al tratamiento personal recibido en consultorio odontológico. Fueron entrevistadas 27 personas sordas, que participaban del 6º Congreso Internacional de Sordos "Keirai Heigui", en la ciudad de Curitiba, Brasil. A éstos, se les entregó un formulario conteniendo cuestiones que trataban sobre el perfil del paciente, formas (métodos) de comunicación durante el atendimento odontológico, percepción del tratamiento clínico y personal ofrecido por el cirujano oral. Cuanto a la escolaridad, 37,05% de los entrevistados posee el nivel de enseñanza media incompleta. El 46,15% de los 26 pacientes afirmaron haber sufrido discriminación. 92,31% relató haber sido bien atendida por el equipo de profesionales, sin embargo sólo el 30,77% afirmaron haber sido comprendidos por el dentista. A pesar de pequeña, hubo una diferencia en relación al porcentaje de los pacientes que no comprendió al dentista (30,77%) en relación a los que no fueron por él comprendidos (34,62%). El método más utilizado para la comunicación fue la ayuda de un intérprete (46,15%). Podemos concluir que el atendimento odontológico y la relación profesional-paciente deben perfeccionarse para garantizar la satisfacción del paciente sordo y mejorar su salud y higiene bucal.

Palabras Clave: Salud Bucal; Sordera; Discriminación

Personal Treatment Evaluation Received by Deaf Patients in the Dentist Office

Abstract

World Health Organization estimates that 10% of the world population in less developed countries has some physical deficiency. In Brazil, this percentage increases up to 14,5% in the total of population, and deafness occupies the third position in prevalence of deficiencies. This study aimed to analyze the perception of deaf in relation to the personal treatment received in dentist offices. An interview was carried out to 26 deaf persons that were participating in the 6th Deaf International Congress "Keirai Heigui" in the city of Curitiba, Brazil. A form containing questions on the profile of the patient, communication methods used during dental attendance and perception of the clinical and personal treatment given by the dentist was applied to 26 deaf. In relation to educational level, 37,05% of the

FUENTE: www.actaodontologica.com/ediciones/2008/4/evaluacion_tratamiento_pacientes_sordos.asp

Fundación Acta Odontológica Venezolana

RIP: 1-30675328-1 - ISSN: 0001-6365 - Caracas - Venezuela

Las personas ciegas y la odontoestomatología

Dres.: J. R. Boj, A. Jiménez y M. Gíol

Facultad de Odontología
Universidad de Barcelona

RESUMEN

En este artículo se revisan las características personales y psicológicas de los pacientes ciegos, así como los problemas buco-dentales y el enfoque de los tratamientos odontoestomatológicos.

Palabras clave: Paciente ciego, tratamiento dental, características psicológicas.

ABSTRACT

The personal and psychological characteristics, as well as dental implications and treatment considerations for the blind patients are reviewed in this paper.

Key words: Blind patient, dental care, psychological characteristics.

Introducción

Los que hemos tenido la suerte suficiente de poder haber experimentado con normalidad todos los sentidos sólo podemos comprender de forma parcial y relativa lo que la pérdida de alguno de ellos significa. La perspectiva del mundo alrededor de estas personas cambia. La percepción exterior va-

ría como asimismo varía la relación de las personas «normales» con ellas. Todos los conceptos van a cambiar.

Padecer una discapacidad es un concepto no obstante relativo (ej. una madre tratando de explicar a su hija ciega lo que era una discapacidad le decía: «alguna gente realiza buen trabajo pero algo más lentamente»; la respuesta de la niña fue: «ya entiendo, es como si yo tuviese que leer Braille con los dedos de los pies»). Vamos a tener que conocer mejor los problemas de los ciegos para ofrecerles mejor ayuda de acuerdo con sus necesidades (1, 2).

En muchas ocasiones que un vidente observa a un ciego se plantea lo siguiente:

— Lo que la vida debe ser sin poder ver.

— Cómo ayudar a personas no videntes sin ser excesivamente intrusivos.

— Está impresionado al observar lo que puede realizar un ciego en muchos aspectos.

— Muchos se dan cuenta de que la ceguera no es una situación de «todo o nada», sino que está representada por grados de severidad (ej. cuándo se volvió ciego, tipo de habilidades adquiridas, calidad de la educación especial).

Definición

Se define en términos de agudeza visual. Se considera legalmente ciega a aquella persona cuya activi-

dad central no sobrepasa un 10% en el mejor ojo utilizando la mejor corrección mediante lentes, o aquella persona cuya agudeza visual es superior al 10% pero se acompaña de una limitación en la visión de campo de tal manera que el diámetro más ancho del campo visual no excede un ángulo de 20 grados (ej. en la retinosis pigmentaria ven un 100% pero nada por los lados; es la visión por un tubo).

Los ojos de un recién nacido obtienen el máximo crecimiento postnatal en el primer año. Continúan creciendo rápidamente pero a un ritmo decreciente hasta el tercer año. Al nacimiento la visión es limitada. A las dos semanas los objetos grandes pueden ser vistos pero no seguidos. A las 4-5 semanas, objetos relativamente pequeños pueden ser vistos. Objetos en movimiento pueden ser seguidos a las 8-10 semanas. La habilidad para girarse cuando existe exceso de luz también aparece a la misma edad (3, 4).

Etiología de la ceguera

(3, 4, 5)

Como causas prenatales citaremos: atrofia óptica, microftalmia, cataratas, coloboma, tumor dermoide y otros tumores, toxoplasmosis, enfermedad de inclusiones citomegálicas, sífilis, rubéola, meningitis tuberculosa y anomalías en el desarrollo de la órbita.

La atrofia óptica y la microftalmia están asociadas más frecuentemen-

Comprehensive Dental Care for the Visually Impaired: A Review

Reshma Mohan¹, Rekha Raja², Radha Gubbihal³, Pallavi Swami Kousalya⁴

1-Post-graduate student, Department of Public Health Dentistry, Vokkaligara Sangha Dental College and Hospital, Bangalore. 2-Professor and Head of the department, Department of Public Health Dentistry, Vokkaligara Sangha Dental College and Hospital, Bangalore. 3,4-Reader, Department of Public Health Dentistry, Vokkaligara Sangha Dental College and Hospital, Bangalore.

Correspondence to:
Dr. Reshma Mohan, Post-graduate student,
Department of Public Health Dentistry, Vokkaligara
Sangha Dental College and Hospital, Bangalore.
Contact Us: www.ijohmr.com

ABSTRACT

In the present century, impaired, disabled and handicapped individuals are no longer sidelined due to their disability. They are encouraged to be side by side with the normal people and lead a normal life. So for the general well being of the individual, maintenance of the oral and overall health is very essential. This narrative literature review helps to enumerate the various management treatment and preventive modalities to promote the oral health of visually impaired individuals and also highlights the perceived barriers to oral care in reference to the visually impaired population.

KEYWORDS: Visually impaired, Oral Health, Health education, Barrier, Attitude, Dental professionals

INTRODUCTION

Human happiness and well-being had always been centered in and around health. As healthy populations live longer, are more productive, and save more, it also makes an important contribution to economic progress and financial stability of a country.¹

Since health itself is a dynamic process, achieving an average healthy state and maintaining it is a continuous ongoing process, which is determined by the health care knowledge and practices as well as personal strategies and organized interventions to improve health. Personal health depends partially on the active, passive, and assisted cues people observe and adopt to maintain their health. Individuals can also incorporate customized personal activities to improve their health or to minimize the effects of diseases or chronic conditions. These comprehensive health care activities should include day to day practices for improving personal hygiene such as brushing of teeth and maintenance of proper oral hygiene, bathing regularly, washing hands with soap, hygienic sanitation facilities, provision for safe food etc. The social life of a person also affects the personal health of an individual. Positive mental health can also be attributed to strong social relationships, volunteering, and other social activities.²

The oral cavity is a 'window or mirror' to the overall health of the body, and often successfully reveals the early signs and symptoms of systemic diseases. Indeed, this phrase has been used to illustrate the wealth of information that can be derived from examining oral tissues. Proper oral care and maintenance require some amount of quality time and a certain level of skill-set by the individual. Variable access to dental care, inadequate oral hygiene, and disability-related factors may account for the differences in the skill set and this quality time

which can affect the quality of oral health maintenance and finally the oral health status.

The specially abled population had always been an underprivileged and sidelined population. Roth have explained that the difference in the social construct between the disabled and the able-bodied individuals have a more significant role than the biological difference between the disabled and the able-bodied population. Though the words impairment, disability, and handicap have been used interchangeably all the three terms vary in their meaning and definition.

According to WHO, In the context of health experience, an impairment is any loss / abnormality of psychological, physiological or anatomical structure or function. For example - Loss of teeth due to diseases. Impairment is concerned with individual functions of the parts of the body; as such it tends to be a somewhat idealistic notion, reflecting potential in absolute terms.³ Disability, according to WHO, in the context of health experience, is any restriction or lack (resulting from an impairment) of ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human being. For example, Inability to talk or pronounce certain words clearly. It may be due to the loss of teeth. Disability represents a departure from the norm in terms of performance of the individual, as opposed to that of the organ or mechanism. Handicap, as defined by WHO, is a disadvantage for a given individual, resulting from an impairment or disability that limits or prevents the fulfillment of a role that is normal (depending on age, sex, social and cultural factors) for that individual. For example, Teacher loose job and becomes unemployed. It may be due to the inability to talk or pronounce certain words clearly.⁴ Handicap is characterized by a discordance between the individual's performance or status and the expectations of the particular group of which he is a member.

How to cite this article:
Mohan R, Raja R, Gubbihal R, Kousalya PS. Comprehensive Dental Care for the Visually Impaired: A Review. *Int J Oral Health Med Res* 2016;3(4):97-101.

Geriatric dentistry – meet the need

Rakhi Issrani, Renuka Ammanagi and Vaishali Keluskar

Department of Oral Medicine and Radiology, K.J.Somaiya Institute of Dental Sciences, Belgaum-590010, Karnataka, India

doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00423.x

Geriatric dentistry – meet the need

Geriatric dentistry or gerodontology is the delivery of dental care to older adults involving the diagnosis, prevention, and treatment of problems associated with normal ageing and age-related diseases as part of an inter-disciplinary team with other health care professionals. Geriatric health is an ignored and under-explored area worldwide. Oral health reflects overall well being for the elderly population. Conversely, elderly patients are more predisposed to oral conditions due to age-related systemic diseases and functional changes. The major barriers to practising geriatric dentistry are the lack of trained faculty members, a crowded curriculum and monetary concerns. For successful treatment, the practitioner must adopt a humanitarian approach and develop a better understanding of the feelings and attitudes of the elderly. Prevention and early intervention strategies must be formulated to reduce the risk of oral diseases in this population. In future, dental professionals must have a proper understanding of the magnitude of the services to be provided to the elderly. This could only be realised through an education programme in geriatric dentistry, which should be started without further delay. This article hence sets out the objectives, needs, present scenario, strategies and types of dental treatment required by the elderly population.

Keywords: geriatrics, geriatric dentistry, general health, oral health, primary health care.

Accepted 16 May 2010

Introduction

With improved life expectation brought about in part by improved health conditions and more accessible health programmes, the population of the older cohort is increasing¹, thus, the pyramid-shaped population is being transformed into a column². Oral health status in the elderly reflects the cumulative outcomes of oral health behaviour, diseases and their treatments during a lifespan. Nowadays, it is increasingly common for the elderly to retain most of their teeth, presenting a challenge for oral self- and professional care to maintain the dentition for a whole lifetime.

Today, it is a well-acknowledged fact that the dentate elderly can need extensive and complicated treatment³ to maintain the dentition. As a consequence, there will also be an increased demand for dental treatment, with the growing need for programmes covering not only the population in general but also the older group, as suggested by epidemiological data⁴. Over the next few decades, the rapid growth of this segment of the population

will affect dental practice⁵ and because of the variety of age-related and age-associated psychological, social, biological and pathological changes that occur, clinical decision-making will vary from one individual to another. Maintenance of the dentition in this population is important, not only for their quality of life, but also for the maintenance of general health.

The dental needs of the elderly are also changing and growing. The management of older patients requires not only an understanding of the medical and dental aspects of ageing, but also many other factors such as ambulation, independent living, socialisation, and sensory function. Many barriers may interfere with providing older patients with dental care, including heightened dental complexity, multiple medical conditions, diminished functional status, loss of independence, uninformed attitudes about dental care in old age, and limited finances. These problems can be overcome in dental profession by education, clinical programmes, research agendas, and legislative advocacy.

Técnicas de modificación de la conducta en Odontopediatría. Revisión bibliográfica

V. B. TEIXEIRA ANTUNES, F. GUINOT JIMENO, L. J. BELLET DALMAU

Máster de Odontopediatría Integral. Facultad de Ciencias de la Salud. Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona

RESUMEN

En la atención odontológica de un niño, muchas veces nos encontramos con pacientes que podríamos llamar *difíciles*, no por el tratamiento que requieren, sino por la disposición de estos ante la situación odontológica.

Las técnicas de modificación de conducta, basadas en los principios de refuerzo, desensibilización e imitación, ayudan a orientar o canalizar los comportamientos no deseados que puede presentar el paciente infantil durante el tratamiento odontológico.

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura para proporcionar los distintos puntos de vista en la utilización de las diferentes técnicas de manejo de conducta enfocadas en la modificación del comportamiento infantil, con miras hacia un mayor desarrollo y mejor utilización de estas técnicas.

PALABRAS CLAVE: Comportamiento. Manejo de conducta. Técnicas de modificación de la conducta.

ABSTRACT

In the dental practice for a child, we encounter many times with patients that we could call *difficult*, not because of the treatment they require, but for the child's position under this dental situation.

Behavior modification techniques, based on the principles of reinforcement, insensitivity and imitation, help orienting or canalizing the unwanted behavior that the infantile patient can have during dental treatment.

A review of the literature has been made in order to provide different points of view on using the different behavior management techniques focused on the infantile behavior's modification, this in order to create a new perspective for a larger development and use of these techniques.

KEY WORDS: Behavior. Behavior management. Behavior modification techniques.

INTRODUCCIÓN

La Odontopediatría es la especialidad odontológica que más comprensión y habilidad exige por parte del profesional para manejar la conducta del paciente infantil (1). Los miedos y temores en el ámbito de la Odontología tienen mayor incidencia en la población infantil, limitando en ocasiones, si no en su totalidad, la aplicación de los tratamientos dentales (2).

Klingberg y Broberg (3) consideran que el origen del miedo y de la ansiedad del niño frente al tratamiento odontológico se explica según diferentes factores; tales como el estado emocional general del niño, miedos adquiridos (transmitidos por los padres o algunos familiares) y experiencias previas negativas y/o dolorosas (3).

Además, la personalidad se relaciona con la presencia de miedos infantiles en Odontopediatría. Adicionalmente, participan como agentes que pueden influir en la ansiedad ante el odontólogo: el sexo, la edad del paciente y otros elementos, entre los que se incluye la frecuencia y el número de visitas dentales (4).

La conducta poco colaboradora del niño suele dificultar el tratamiento dental. La mala actitud del paciente disminuye su cooperación, provocando la aparición de un comportamiento negativo, lo que constituye uno de los problemas de mayor preocupación por parte del especialista (4-6).

La causa que produce más frecuentemente el comportamiento inadecuado de los niños en el consultorio dental es el temor a lo desconocido, al daño y/o dolor, lo que conlleva a la aparición de ansiedad dental (1). Johnson considera que la ansiedad en un niño afecta su comportamiento y en gran medida condiciona el éxito de la visita dental (7).

Manejo y comportamiento de la niñez temprana en la práctica odontológica

Management and behaviour of patients at early childhood in dental practice

Isabel CALERO¹, Lina ARISTIZABAL², Judy VILLAVICENCIO²

1. Residente Odontología Pediátrica y Ortopedia Maxilar, Escuela de Odontología, Universidad del Valle (Cali, Colombia). 2. Profesora Escuela de Odontología, Universidad del Valle (Cali, Colombia).

RESUMEN

El manejo de la conducta y el comportamiento del paciente niño en la niñez temprana es un componente clave para el éxito en la consulta odontológica. En esta revisión de la literatura se encontró que la ansiedad dental se presenta en la mayoría de la población infantil, también evidencia que una de las técnicas más usadas es la técnica decir-mostrar-hacer. La comunicación con los padres y su participación son una herramienta vital en el comportamiento del niño. Esto nos lleva a que debemos hacer mayor énfasis en la explicación que se da a los padres acerca de los procedimientos a realizar en sus hijos y la importante labor y compromiso del odontopediatra en el manejo de la conducta del paciente pediátrico.

Palabras clave: Ansiedad dental, manejo, conducta, niñez temprana.

SUMMARY

Behavior management of patient child in early childhood is a key component for success in dentistry. In this review of the literature found that dental anxiety is present in most of the child population, also

evidence that one of the most common technique used is the tell-show-do. The Communication with parents and their participation is a vital tool in the child's behavior. This bring us to that we must place greater emphasis on the explanation given to parents about the procedures performed on children and the important work and commitment of the dentist in the behavior management of pediatric patients.

Key words: Dental anxiety, behavior management, early childhood.

INTRODUCCIÓN:

El manejo de la conducta del paciente pediátrico en la niñez temprana por parte del odontólogo, tiene una influencia en el comportamiento del niño, aunque los padres y el entorno juegan un papel importante en la adaptación del infante (1).

Debido a que existen diferentes personalidades, el odontólogo o especialista debe tener un comportamiento proactivo, utilizando diferentes técnicas para el manejo de la conducta. Es difícil determinar las reacciones emocionales del niño, y su desarrollo psicológico muchas veces son respuestas a factores genéticos del entorno y experiencias previas (1,2).

La niñez temprana corresponde a la etapa de tres a seis años de edad, esta época es esencial en el desarrollo psicosocial de los niños, el desarrollo emocional del niño y su sensación del yo tienen sus raíces en las experiencias vividas en estos años (2).

Aproximadamente a los cinco o seis años de edad, se dan los mapeos representacionales. El niño comienza a establecer relaciones lógicas entre un aspecto y otro de sí mismo, sin embargo sigue expresando su imagen en términos positivos absolutos, no puede ver cómo podría ser bueno en algunas cuestiones y no en otras (3-8).

El odontólogo debe proyectar una imagen de sensibilidad, debe basarse en la capacidad de apoyar al niño y ayudarlo a responder eficazmente a los desafíos de la situación odontológica, debe tener en cuenta los sentimientos del niño, reconocerlos y hablar de ellos, los temores deben tratarse abiertamente para ayudar al niño a identificar sus preocupaciones más comunes en la práctica odontológica y explicar los procedimientos para ayudara a aliviar los temores (1-3).

Existen unas escalas para medir el comportamiento de los niños, la más usada es la Frankl consiste en cuatro categorías:

- Negativo definitivamente
- Negativo
- Positivo
- Definitivamente positivo.

Las teorías para el manejo del comportamiento tienen su origen en las teorías de aprendizaje de la ciencia del comportamiento las cuales se agrupan en cinco perspectivas: la perspectiva psicoanalítica (Sigmund Freud y Erik Erikson), perspectiva del aprendizaje (Piaget y Vygotsky), perspectiva contextual (Bronfenbrenner)

Recibido para publicación: Diciembre 11 de 2011.
Aceptado para publicación: Marzo 5 de 2011.
Correspondencia:
J. Villavicencio, Universidad del Valle,
(judy.villavicencio@correounivalle.edu.co)



ARTÍCULO ORIGINAL

TÉCNICAS EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO

Bartolomé Villar, B. Villar Rodríguez, C. Cañizares, V. Torres Moreta, L. Torres en el manejo de la conducta del paciente odontopediátrico. *Cient. Dent.* 2020; 17: 1, 27-34



Bartolomé Villar, Begoña
Profesora titular del Departamento de Odontología de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Europea de Madrid (UE).

Villar Rodríguez, Cristina
Profesora adjunta del Departamento de Odontología de la Facultad de Ciencias Biomédicas (UE).

Cañizares, Victoria
Odontóloga. Práctica profesional privada.

Torres Moreta, Luz
Profesora adjunta del Departamento de Odontología de la Facultad de Ciencias Biomédicas (UE).

Indicada en / Indexed in:
- IJME
- ISGCS
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:

Bartolomé Villar
C/ Clara del Rey 75, 2ºB
28002 Madrid
Tfno.: 916222267
b.villar@uniesp.es

Fecha de recepción: 14 de noviembre de 2019
Fecha de aceptación para su publicación:
7 de abril de 2020

RESUMEN

Introducción: El objetivo del presente trabajo fue evaluar las técnicas convencionales más utilizadas por el odontólogo para el manejo de la conducta del paciente infantil en la consulta dental. Diversas técnicas pueden ser aplicadas dependiendo del desarrollo físico y emocional del paciente y de la capacidad del profesional. La Academia Americana de Odontopediatría, en su guía sobre técnicas del comportamiento, las divide en: técnicas de comunicación, otras técnicas básicas y técnicas avanzadas, recomendando las pertenecientes al primer grupo.

Material y método: Se realizó un cuestionario en la plataforma de Google, remitido vía email a 190 odontólogos/estomatólogos que tratasen pacientes infantiles, obteniendo un total de 115 respuestas adecuadas para el análisis de 8 técnicas: convencionales de manejo de la conducta. El estudio estadístico se realizó en el programa SPSS aplicando el test de ANOVA para una significación de $p = 0,05$.

Resultados: La técnica más utilizada por los diferentes profesionales fue la técnica decir-mostrar-hacer seguida de refuerzo positivo y control de voz. Técnicas de modificación de la conducta ocuparon un segundo término: desensibilización seguida muy de cerca por imitación. La técnica menos empleada fue la anestesia general. No encontramos diferencias significativas en relación al sexo en ninguna de las técnicas analizadas excepto en el uso de premedicación ($p: 0,027$), siendo los varones los que más frecuentemente la utilizaban. No se encontraron diferencias significativas en relación a la especialidad ni con la edad de los profesionales.

Conclusiones: Las técnicas comunicativas fueron las preferidas por los odonol

TECHNIQUES IN THE MANAGEMENT OF THE ODONTOPEDIATRIC PATIENT'S CONDUCT

ABSTRACT

Introduction: The objective of this work was to evaluate the conventional techniques most used by the dentist for the management of the behavior of the child patient in the dental office. Various techniques can be applied depending on the physical and emotional development of the patient and the professional's ability. The American Academy of Pediatric Dentistry, in its guide on behavioral techniques, divides them into: communication techniques, other basic techniques and advanced techniques, recommending those belonging to the first group.

Material and method: A questionnaire was carried out on the Google platform, sent via email to 190 dentists / stomatologists who treated child patients, obtaining a total of 115 appropriate responses for the analysis of 8 conventional behavior management techniques. The statistical study was carried out in the SPSS program by applying the ANOVA test for a significance of $p = 0.05$.

Results: The technique most used by different professionals was the say-show-do technique followed by positive reinforcement and voice control. Behaviour modification techniques occupied a second term: desensitization followed closely by imitation. The least used technique was general anesthesia. We found no significant differences in relation to sex in any of the techniques analyzed, except in the use of premedication ($p: 0.027$), with men being the most frequently used. No significant

Guidance on Continuing to Practice Ethically during COVID-19

As is always the case, continue to use the *ADA Principles of Ethics & Code of Professional Conduct* (the *Code of Ethics*) to guide you in assisting your patients, the public and staff during the COVID-19 pandemic or any other public health emergency. The ethical principles of autonomy, nonmaleficence, beneficence, justice and veracity should remain as your touchstones. Be aware that balancing the sometimes competing application of these principles during a public health emergency may lead to new or different conclusions. The overarching premises of the *Code of Ethics* – to “do no harm” and “put the welfare of the patient first” remain exactly the same. Examples of these are provided below.

You must also be sure to keep up to date with pronouncements that are being issued by federal, state and local governmental authorities. Often, governmental recommendations and announcements are consistent with the principles found in the *Code of Ethics*, but may require dentists to take steps in addition to those that are ordinarily undertaken. Sometimes, instructions or recommendations issued by national, state or local governmental entities in a public health emergency prohibit actions that, in normal times, would be considered contrary to the *Code of Ethics*. In such instances, you should follow all mandatory prohibitions. When examined critically, the conclusion is often that the governmental prohibition supports elements of the *Code of Ethics*.

To assist dentists in considering the ethical principles of autonomy, nonmaleficence, beneficence, justice and veracity within the unprecedented context of the COVID-19 pandemic or any other public health emergency, some discussion of each of the principles applied to the present circumstances are provided:

Code of Ethics Section 1 – Autonomy

Under Section 1 (patient autonomy), there exists a “duty to respect the patient’s rights to self-determination and confidentiality.” This ethical duty may be particularly challenging with the current pandemic, as you will need to “act within the bounds of acceptable treatment.” Here is an instance where your actions may be contrary to the ordinary course. In the present pandemic setting, public health circumstances may mandate that you deny certain treatment (especially elective treatment, as may at times be recommended by the American Dental Association and recommended or required in many jurisdictions) until the then-current situation improves.

- For a patient to provide informed consent under the ethical principle of autonomy, it is essential that dental professionals provide the patient with accurate and clear information about the risks of viral infection to the patient, their family and community. By giving that information, the patient can make educated choices and can accurately evaluate risks given the patient’s own circumstances.
- The ADA has issued guidance on what constitutes dental emergencies and non-emergent conditions. Dental emergencies are those that are potentially life threatening or require immediate treatment to stop tissue bleeding or alleviate severe pain or infection. Non-emergency treatment includes periodic oral examinations and radiographs, routine dental cleanings, orthodontic procedures (other than to address acute issues) and aesthetic dental procedures. More detailed guidance on emergency and non-emergency care can be found [here](#), while a patient-oriented flyer on emergency care is [here](#).

Under Section 1B of the *Code of Ethics*, dentists are “obliged to safeguard the confidentiality of patient records.” You may not be able to meet this obligation if, for example, contact tracing and/or reporting becomes necessary to reduce the spread of COVID-19 or another infectious disease. Patients and staff should be informed of the potential need to

The Emotional Path to Action: Empathy Promotes Physical Distancing and Wearing of Face Masks During the COVID-19 Pandemic



Psychological Science
2020, Vol. 31(11) 1363–1373
© The Author(s) 2020
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/0956797620964422
www.psychologicalscience.org/PS
SAGE

Stefan Pfattheicher¹, Laila Nockur², Robert Böhm^{3,4,5},
Claudia Sassenrath², and Michael Bang Petersen⁶

¹Department of Psychology and Behavioural Sciences, Aarhus University; ²Department of Social Psychology, Ulm University; ³Department of Psychology, University of Copenhagen; ⁴Department of Economics, University of Copenhagen; ⁵Copenhagen Center for Social Data Science (SODAS), University of Copenhagen; and ⁶Department of Political Science, Aarhus University

Abstract

The COVID-19 pandemic presents a major challenge to societies all over the globe. Two measures implemented in many countries to curb the spread of the disease are (a) minimizing close contact between people (“physical distancing”) and (b) wearing of face masks. In the present research, we tested the idea that physical distancing and wearing of face masks can be the result of a prosocial emotional process—empathy for people most vulnerable to the virus. In four preregistered studies ($N = 3,718$, Western population), we found that (a) empathy indeed relates to the motivation to adhere to physical distancing and to wearing face masks and (b) inducing empathy for people most vulnerable to the virus promotes the motivation to adhere to these measures (whereas merely providing information about the importance of the measures does not). In sum, the present research provides a better understanding of the factors underlying the willingness to follow two important measures during the COVID-19 pandemic.

Keywords

COVID-19, empathy, face masks, physical distancing, prosociality, open data, open materials, preregistered

Received 4/15/20; Revision accepted 9/16/20

The COVID-19 pandemic presents a unique challenge to societies all over the globe. In recent history, most major societal crises (e.g., the financial crisis of 2008) could be successfully addressed through political interventions. At these times, citizens were guided to essentially “keep calm and carry on.” An epidemic crisis, however, is different. Changes in the core social habits of citizens are necessary to hinder an accelerating growth in infections, and these behavioral changes need to happen exceptionally fast. In the present research, we examined the psychological motivation behind two behavioral measures implemented during the COVID-19 pandemic: physical distancing (i.e., the minimization of close contact with others) and the wearing of face masks.¹ Both physical distancing and wearing of face masks reduce the probability that an

infected person spreads the virus SARS-CoV-2 to those not infected (Dehning et al., 2020; Feng et al., 2020; Leung et al., 2020; Zhang, Jiang, Yuan, & Tao, 2020). Hence, both measures are intended to reduce the excessive demands on health systems and thus allow effective treatment of the most vulnerable (Emanuel et al., 2020).

Physical distancing is recommended and promoted by national and international institutions (Centers for Disease Control and Prevention, 2020; World Health Organization, 2020) as well as national governments

Corresponding Author:

Stefan Pfattheicher, Aarhus University, Department of Psychology and Behavioural Sciences
E-mail: sp@psy.au.dk

Narrativas médicas: empatia e habilidades de comunicação em tempos de Covid-19

Narrativas médicas: empatia y habilidades de comunicación en tiempos de Covid-19

Medical Narratives: Empathy and Communication Skills in Covid-19 Times

Maria Auxiliadora Crisco De Benedetto,^{1*} Graziela Mareto,^{2**} Vitor Hugo Bosa Vochi,^{3***}

¹Doutora em Medicina, Diretora de Publicações de SOBRAMF - Educação Médica e Humanista. ²Doutora em Medicina. ³Diretora de Programas Educacionais em SOBRAMF - Educação Médica e Humanista. ^{***}Médico Colaborador da SOBRAMF - Educação Médica e Humanista

Correspondência: Dra. Maria Auxiliadora Crisco De Benedetto **Correio eletrônico:** macbet@sobramf.com.br

Resumo

A atual pandemia de Covid-19 trouxe desafios incontáveis aos médicos que atuam nas linhas de frente do cuidado aos portadores da doença. Dentre eles ressaltamos a imprescindibilidade de se expressar compaixão e empatia a pacientes que, pela necessidade de isolamento, vivem um processo solitário de doença ou morte, o que fica dificultado pela necessidade do uso de equipamentos de proteção individual que escondem as expressões faciais dos profissionais de saúde. Neste artigo, apresentamos duas narrativas médicas, as quais ilustram o papel do exercício filosófico da medicina ao longo da vida profissional como um instrumento para a aquisição e o aprimoramento de um repertório de recursos humanísticos os quais são essenciais para o enfrentamento de crises e representam fonte de inspiração para a criação de novas formas de expressão de empatia.

Palavras-chave: Covid-19. Narrativas Médicas. Exercício Filosófico da Medicina. Empatia. Habilidades de Comunicação.

Resumen

La actual pandemia de Covid-19 ha planteado innumerables desafíos a los médicos que trabajan en la primera línea de atención para personas con la enfermedad. Entre ellos, enfatizamos la necesidad de expresar compasión y empatía a los pacientes que, debido a las recomendaciones de aislamiento, viven un proceso solitario de enfermedad o muerte. Esto se ve obstaculizado por la necesidad de usar equipos de protección personal que ocultan las expresiones faciales de los profesionales de la salud. En este artículo, presentamos dos narrativas médicas que ilustran el papel del ejercicio filosófico de la medicina a lo largo de la vida profesional como un instrumento para la adquisición y mejora de un repertorio de recursos humanísticos que son esenciales para hacer frente a las crisis y representan una fuente de inspiración para la creación de nuevas formas de expresión de empatía.

Palabras-clave: Covid-19. Narrativas Médicas. Ejercicio filosófico de la medicina. Empatia. Habilidades de Comunicación.

Abstract

The current Covid-19 pandemic has raised countless challenges to doctors working on the front lines of care for people with the disease. Among them, we emphasize the need to express compassion and empathy to patients who, due to the recommendations for isolation, live a lonely process of illness or death, which is --



What do patients take into account when they choose their dentist? Implications for quality improvement

This article was published in the following Dove Press journal:
Patient Preference and Adherence
27 November 2015
Number of times this article has been viewed

Marius-Ionuț Ungureanu^{1,2}
Floarea Mocean¹

¹Department of Public Health and Management, Iuliu Haiegeanu University of Medicine and Pharmacy, ²Center for Health Policy and Public Health, College of Political, Administrative and Communication Sciences, Babeș-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

Background: From dental care providers' perspective, it is vital to put efforts into improving the quality of services delivered. Therefore, the exploration of patients' satisfaction with dental services and their preferences with regard to the factors involved in their dental care choices should be one of the main areas of focus in a dental care office, by focusing on the quality management.

Aims: The aim of this research was to determine the factors that patients consider important when choosing a dentist, and bring evidence on the importance of implementing a quality management system for dental care.

Methods and participants: The data analysis was conducted on a national representative sample of patients who had visited a dentist at least once in the last 12 months, in Romania. Using a survey which explored patients' satisfaction with their dental care visits, data were collected between October and November 2012 with the help of computer-assisted telephone interviews. Information about socio-demographics, frequency of accessing dental care, factors associated with choosing a dentist, and the level of patients' satisfaction were collected.

Results: Out of the 1,650 people who agreed to participate in the study, 724 respondents (43.8%) represented the sample who visited a dentist at least once in the last 12 months and whose responses were analyzed in this article. The majority of the respondents were satisfied with the quality of dental services received, with 85.91% of them rating their satisfaction with 5, on a scale from 1 to 5. According to a high majority of the patients ($n=680$, 93.92%), the communication with their dentist was extremely easy. The most frequently mentioned factors that respondents took into account when choosing a dentist were the dentist's competence (22.22%), the recommendation from someone known (20.56%), and the overall quality of the service provided (19.72%). Among the other factors mentioned were patience and respect.

Conclusion: The factors patients consider important when choosing a dentist are the dentist's competence, the recommendation from someone known, and the overall quality of the service provided, but interpersonal factors such as patience and respect are also valued. Our results are relevant for dental education providers, who should consider shaping their curricula as to ensure they train future dentists in a manner that will meet patients' expectations and increase patient satisfaction levels.

Keywords: patient preference, dental care, quality improvement, patient satisfaction

Correspondence: Marius-Ionuț Ungureanu
Department of Public Health and Management, Iuliu Haiegeanu University of Medicine and Pharmacy, B Victor Babeș Street, Cluj-Napoca 400008, Romania
Tel +40 264 597 256
Email m.ungureanu@gmail.com

Introduction

The importance of characteristics influencing patients' choice of a dentist

Various research have shown that patients choose their dentist based on a variety of factors.^{1,2} These factors can be divided into factors related to dentists only (ability

submit your manuscript | www.dovepress.com

Submit your manuscript

here to quickly and easily receive your manuscript

Patient Preference and Adherence 2015:9 1715–1720

1715

© 2015 Ungureanu and Mocean. This work is published by Dove Medical Press Limited, and licensed under Creative Commons Attribution – Non Commercial (cc-by-nc) license. The full terms of the license are available at <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>. Reprints and permissions: www.dovepress.com/. For all other uses, permission should be sought from Dove Medical Press Limited. This article was submitted to Patient Preference and Adherence on 27 November 2015. Accepted for publication on 10 December 2015. Citation: Ungureanu M, Mocean F (2015) What do patients take into account when they choose their dentist? Implications for quality improvement. *Patient Preference and Adherence* 9:1715–1720. doi:10.2196/ppt.2015.1715

RESEARCH REPORTS

Clinical

C. Loignon^{1*}, P. Allison², A. Landry²,
L. Richard³, J.-M. Brodeur⁴,
and C. Bedos^{2,4}

¹Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Université de Sherbrooke, Complexe St-Charles, 1111, rue St-Charles Ouest, Tour Est, Suite 354, Longueuil, Québec, Canada, J4K 5G4; ²Faculty of Dentistry, McGill University, Montreal, Quebec, Canada; ³Faculty of Nursing, Université de Montreal, Montreal, Quebec, Canada; and ⁴Faculty of Medicine, Université de Montreal, Montreal, Quebec, Canada; *corresponding author, Christine.Loignon@USherbrooke.ca

J Dent Res 89(9):991-995, 2010

ABSTRACT

Communication barriers severely reduce the effectiveness of oral health care provision to people living in poverty. Our objective was to identify specific approaches and skills developed by dentists for more effective treatment of people living in poverty and addressing their needs. We conducted qualitative research based on in-depth interviews with eight dentists practicing in disadvantaged communities of Montreal, Canada. Analyses consisted of interview debriefing, transcript coding, and data interpretation. Results revealed that, over years of practice, these dentists had developed a five-faceted socio-humanistic approach that involved: (1) understanding patients' social context; (2) taking time and showing empathy; (3) avoiding moralistic attitudes; (4) overcoming social distances; and (5) favoring direct contact with patients. This approach is original, and, even though participants found it successful, it should be evaluated in terms of its impact for access to services and patients' experience of care.

KEY WORDS: dentist-patient relationship, social competency, poverty, qualitative research.

DOI: 10.1177/0022074510370822

Received July 21, 2009; Last revision March 26, 2010;
Accepted March 30, 2010

© International & American Associations for Dental Research

Providing Humanistic Care: Dentists' Experiences in Deprived Areas

INTRODUCTION

Oral diseases represent a tremendous burden for people living in poverty in industrialized countries. Yet they rarely consult dentists, despite their great need and the availability of public dental insurance programs, such as in Canada (RAMQ, 2005) and Medicaid in the United States (US General Accounting Office, 2000). Problematic relationships with oral health professionals are one cause of this situation. Studies reveal that people on social assistance often feel that they are not understood and are rejected by dentists (Bedos *et al.*, 2003, 2005).

Likewise, oral health professionals report difficulties in treating people on social assistance and complain about their low oral-health literacy and non-respect of appointments. This problem applies equally to physicians, who lament their lack of skills to address the needs of the poor. Consequently, they tend to spend less time with people living in poverty and to be more directive toward them (Hall *et al.*, 1988; Ventres and Gordon, 1990).

To improve relationships between people living in poverty and oral health professionals, it is crucial that we understand how some dentists overcome such difficulties in an inclusive way. Our objective was to identify specific approaches and skills developed by dentists for more effectively treating people living in poverty and addressing their needs.

METHODS

Design

We used a qualitative research design based on semi-structured interviews. Qualitative methods have attracted growing interest in our field and were recently used to describe the perception of dental care among people on social assistance (Bedos *et al.*, 2009). Indeed, because qualitative research is particularly useful for exploring complex phenomena about which little is known (Bedos *et al.*, 2008), we considered it most appropriate for gaining in-depth understanding of dentists' experiences with people living in poverty. Also, the flexibility of the design, consisting of simultaneous data collection and analysis, allowed us to sample on the basis of emerging concepts and gather information on topics that were not predetermined, but were derived from the first analyses.

Sampling

The data presented in this article are from a large study aimed at understanding dentists' experiences with people living in poverty; the study was conducted

991

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Patient autonomy in dentistry: demonstrating the role for shared decision making

Mareike Benecke^{1†}, Jürgen Kasper^{2†}, Christoph Heesen³, Nina Schäffler³ and Daniel R. Reissmann^{1*}

Abstract

Background: Evidence-based practice, decision aids, patient preferences and autonomy preferences (AP) play an important role in making decisions with the patient. They are crucial in the process of a shared decision making (SDM) and can be incorporated into quality criteria for patient involvement in health care. However, there are few studies on SDM and AP in the field of dentistry. This study explored patients' autonomy preferences in dentistry in comparison to other medical domains, comparing them with patient preferences in two other cohorts of patients with different conditions and in different health care settings.

Methods: A sample of 100 dental patients attending 16 dentists was consecutively recruited in a university-based prosthodontic clinic. Patients' and dentists' preferences regarding their roles in dental decision making for commonly performed diagnostic and treatment decisions were compared using the Control Preference Scale (CPS). This was followed by cross-sectional surveys to study autonomy preferences in three additional cohorts recruited from general practices ($n = 100$), a multiple sclerosis clinic ($n = 109$), and a university-based prosthodontic clinic ($n = 100$). A questionnaire with combined items from the Autonomy Preference Index (API) to assess general and the CPS to assess specific preferences was used in the additional cohorts.

Results: Dentists were less willing to give patients control than patients were willing to enact autonomy. However, decisions about management of tooth loss were considered relevant for a shared decision making by both parties. When comparing cohorts from different samples, the highest AP was expressed by people with multiple sclerosis and the lowest by patients in dentistry (means: dentistry 2.5, multiple sclerosis 2.1, general practice 2.4, $p = .035$). There were considerable intra-individual differences in autonomy preferences referring to different decision types ($p < .001$). In general, more autonomy was desired for treatment decisions in comparison to diagnostic decisions, for trivial compared to severe conditions, and for dental care compared to general practice (all $p < .001$).

Conclusion: There is an important role of patient participation in decision making in dentistry. Furthermore, PA should be considered with respect to specific medical decisions instead of assessing autonomy preferences in general implying a need for communication skills training of health care professionals.

Keywords: Patient preferences, Patient participation, Patient autonomy, Medical decision making, CPS, API

* Correspondence: d.reissmann@uke.de

[†]Mareike Benecke and Jürgen Kasper contributed equally to this work and should be considered as joint first authors

¹Department of Prosthodontic Dentistry, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

Full list of author information is available at the end of the article

Background

Personal autonomy is widely valued. In the health care context, patient autonomy (PA) is a key concept in bio-medical ethics. PA is usually associated with allowing or enabling patients to make their own decisions about which health care interventions they will or will



© The Author(s) 2020. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Trabajos Originales:

EFICACIA DE LAS TÉCNICAS DE PERCEPCIÓN DE CONTROL Y RELAJACIÓN EN LA REDUCCIÓN DE ANSIEDAD DENTAL

Recibido para publicación: 12/04/2010

Aceptado para publicación: 19/01/2011

- **Gonzalo Rojas Alcayaga.** Sergio Livingstone 943. Santiago, Chile. Profesor Asistente, Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Vicepresidente Sociedad Chilena de Psicología de la Salud y Medicina Conductual. Fono- Fax 9781727. e-mail; grojasalcayaga@yahoo.es
- **Paola Harwardt Montalva.** Sergio Livingstone 943. Santiago, Chile. Cirujano-Dentista. Facultad de Odontología. Universidad de Chile.
- **André Sassenfeld Jonquera.** Ignacio Carrera Pinto 1045. Santiago, Chile. Psicólogo. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.
- **Yerko Molina Muñoz.** Sergio Livingstone 943. Santiago, Chile. Psicólogo. Facultad de Odontología. Universidad de Chile.
- **Andrea Herrera Ronda.** Sergio Livingstone 943. Santiago, Chile. Ayudante. Facultad de Odontología. Universidad de Chile.
- **Matías Ríos Erazo.** Sergio Livingstone943. Santiago, Chile. Ayudante. Facultad de Odontología. Universidad de Chile.
- **Clara Misrachi Launert.** Sergio Livingstone. 943. Santiago, Chile. Profesor Titular. Facultad de Odontología. Universidad de Chile. Miembro fundador Sociedad Chilena de Psicología de la Salud y Medicina Conductual.

Control perception and relaxation techniques efficacy in dental anxiety reduction

Abstract

Introduction: Dental anxiety is a frequent problem in dentistry. It is one of the main barriers for therapeutic success. The aim of the study is to determinate the efficacy between two anxiety reduction psychological techniques.

Materials & Methods Three groups of 20 patients each received clinical dental sessions. The Control Perception (PC) technique was applied to the first group, the Relaxation (R) technique to the second and the third received the usual dental care (control group). Anxiety degree was assessed using the Corah Scale.

Results: Data showed a significant reduction in dental anxiety only in the PC group after the sessions. At the end of interventions, forty percent (40%) of the PC group and only a 15% of the R and control group ranged in low anxiety degree.

Conclusion: The PC technique is simply to apply and more effective to reduce levels of dental anxiety than the relaxation technique, when applied by the dentist.

Key words: Dental Anxiety, Dental Fear, Relaxation, Control Perception.

Resumen

Introducción: La ansiedad dental (AD) es un problema frecuente en la atención dental y constituye una

Effects of Music Listening on Pre-treatment Anxiety and Stress Levels in a Dental Hygiene Recall Population

Myriam V. Thoma · Martina Zemp · Lea Kreienbühl ·
Deborah Hofer · Patrick R. Schmidlin · Thomas Atrin ·
Ulrike Ehlert · Urs M. Nater

Published online: 9 September 2014
© International Society of Behavioral Medicine 2014

Abstract

Background Waiting for a medical procedure can exert significant feelings of state anxiety in patients. Music listening has been shown to be effective in decreasing anxiety levels. No study so far examined the potential anxiety and stress-reducing effect of a music intervention on pre-treatment anxiety and stress in patients waiting for dental hygiene treatment. Knowing whether the anxiety-reducing effect of music would also be detectible in the context of preventive routine medical procedures in healthy individuals would widen the area of application of music from the hospital or clinical environment to medical offices in general. **Purpose** Waiting for a medical treatment can induce anxiety and may lead to the experience of stress. We set out to examine the effect of music on pre-treatment anxiety in a healthy patient sample waiting for a dental treatment. **Methods** In a randomized controlled clinical trial, 92 consecutive volunteer patients (mean age, 57 years) waiting for their scheduled dental hygiene treatment were randomly allocated to either an experimental ($n=46$, listening to music for 10 min) or a control group ($n=46$, waiting in silence). State and habitual anxiety, subjective stress, and mood measures were assessed before and after music listening or silence, respectively.

Results State anxiety levels in the music group decreased significantly after intervention as compared to the control group ($F(1,90)=8.06$, $p=0.006$). Participants' trait anxiety and dental anxiety were not found to moderate this effect.

Conclusion Listening to music prior to dental hygiene treatment decreases anxiety levels to a greater extent than waiting in silence.

Keywords Pre-treatment anxiety · Music listening · Dental hygiene treatment

Introduction

State anxiety is an adaptive emotional response to an individual's perception of a (potential) danger in the presence of subjectively considered limited resources qualified to efficiently deal with the actual situation (=stress, 1). Waiting for a medical procedure can exert significant feelings of state anxiety in patients [2]. Even in the context of minor medical interventions or medical routine check-ups such as a dental hygiene treatment, levels of anxiety can be markedly elevated Hofer et al, under revision. (Pre-treatment) state anxiety involves a cognitive state of increased sensory awareness (=alertness), worries, tension, uncertainties about the outcome, lack of control, pain, and/or (anticipatory) perceived or actual threat to physical integrity due to the approaching intervention [3, 4]. State anxiety¹ has to be distinguished from trait anxiety, which describes the habitual way to respond to everyday situations (trait anxiety) [5], or particular situations (e.g., dental anxiety) [6]. Importantly, anxiety also leads to the activation of various stress systems, such as the hypothalamus-pituitary adrenal (HPA) axis or the sympathetic nervous system [SNS, 7, 8], which in turn control the immune system [9]. High levels of pre-treatment anxiety and the associated stress response may lead to increased pain sensation [10] or treatment complications and inhibit or delay an optimal recovery or increase post-treatment pain [e.g., 11–13]. Although pre-

¹ When not otherwise stated, anxiety refers to "state anxiety".

M. V. Thoma · M. Zemp · L. Kreienbühl
Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Zurich,
Binzmühlestrasse 14, Box 1, 8050 Zurich, Switzerland

M. V. Thoma
Health Psychology, Brandeis University, 415 South, Waltham,
MA 02453, USA

D. Hofer · P. R. Schmidlin · T. Atrin · U. Ehlert
Clinic of Preventive Dentistry, Periodontology and Cariology,
University of Zurich, Center of Dental Medicine, Plattenstrasse 11,
8032 Zurich, Switzerland

U. M. Nater (✉)
Department of Psychology, University of Marburg, Gutenbergstrasse
18, 35032 Marburg, Germany
e-mail: nater@uni-marburg.de

Original Article

Preferences and choices of a child concerning the environment in a pediatric dental operatory

Trophimus Gnanabagyan Jayakaran¹, C. Vishnu Rekha¹, Sankar Annamalai¹, Parisa Norouzi Baghkomeh¹, D. Ditto Sharmin¹

¹Department of Pediatric and Preventive Dentistry, Meenakshi Ammal Dental College, Chennai, Tamil Nadu, India

ABSTRACT

Background: The aim of this cross-sectional descriptive study was to determine children's preferences in a dental clinic so as to reduce anxiety during dental procedures. In this study survey methodology was used.

Materials and Methods: A questionnaire was designed to evaluate the child's preference in a dental hospital so as to remove anxiety during a dental procedure. This study was carried out on 50 children aged 6–10 years. The children were randomly selected based on their first dental visit in a private dental college.

Results: A large number of children preferred listening to rhymes and watching cartoons while undergoing dental treatment. They also preferred the walls painted with cartoons, the dental chair full of toys, a scented environment, and the presence of their parents during the treatment.

Conclusion: The results of this study will help the dental team decide on the appropriate design of the pediatric dental operatory room in order to provide a comfortable dental environment which will reduce anxiety in children and improve the quality of health care.

Key Words: Anxiety, children, dental clinic, music

Received: June 2016
Accepted: March 2017

Address for correspondence:
Dr. Trophimus Gnanabagyan
Jayakaran,
Department of Pediatric
and Preventive
Dentistry, Meenakshi
Ammal Dental College,
Chennai - 600 095,
Tamil Nadu, India.
E-mail: trophy_2000@gmail.com

INTRODUCTION

Children are the country's greatest natural resources. The experience of a child during the formative years can go a long way in formulating the individual personality as an adult. One of the multitudes of experiences is the visit to the dentist who, unfortunately, is often caricatured as a pain imparting tooth-puller in a child's mind.^[1] Most children do not cooperate during a dental procedure and are sometimes very difficult to manage in a dental clinic. These difficulties in managing are not only related to the mechanical procedure involved but also to emotional distress experienced by the child. Some

of the common emotional distress encountered by a child during a dental treatment are anxiety and fear which might have their roots in a previous traumatic experience in the dental office or in hospitalization for other reasons.^[2,3]

Dental anxiety and fear of dental treatment in children are recognized in many countries as a public health dilemma.^[4] The term dental fear and dental anxiety are often used synonymously^[5] and are considered to be the main reason for behavior management problems and avoidance of dental care.^[6]

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 License, which allows others to remix, tweak, and build upon the work non-commercially, as long as the author is credited and the new creations are licensed under the identical terms.

For reprints contact: reprints@medknow.com

How to cite this article: Jayakaran TG, Rekha CV, Annamalai S, Baghkomeh PN, Sharmin DD. Preferences and choices of a child concerning the environment in a pediatric dental operatory. *Dent Res J* 2017;14:183-7.

Access this article online	
	Website: www.drj.ir www.drjournal.net www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/1480

Art in the inclusion of children with special needs in dentistry

A arte na inclusão da criança especial na odontologia

Marcio José Pissari dos Santos¹

Sandra Maria Herondina Coelho Ávila de Aguiar¹

Abstract *The purpose of this study was to report the use of art and its segments as a source for inclusion of the children with special needs in dentistry. The application of the Art in social therapy activities and workshops was divided in modules: Session of Socialization, Complementary Workshops of Art and Activities, aiming at the cultural anamnesis and artistic preferences of the 313 participants, prior to their dental care treatment at CAOE (Center of Odontological Assistance to patients with special needs) - FOA - Unesp. According to preference of the participants that answered the questionnaires, the music and the painting are the artistic segments that proved to be most helpful in the activities of inclusion and adaptation. The authors concluded that the use of art in the adaptation and environmental inclusion of the patient, prior to dental procedures is favorable and efficient.*

Key words *Art, Adaptation, Behavioral sciences, Dentistry*

Resumo *A proposta deste estudo é relatar a utilização da arte e seus segmentos, como recurso para inclusão da criança portadora de necessidades especiais ao ambiente odontológico. Foi utilizado como método a aplicação da arte em atividades de socioterapia e oficinas, divididas em módulos: sessão de socialização, oficinas de arte e atividades complementares, visando à elaboração de uma anamnese cultural por meio de questionários e a obtenção das preferências artísticas dos 313 participantes, previamente às suas assistências odontológicas no CAOE (Centro de Assistência Odontológica a Portadores de Necessidades Especiais) - FOA/Unesp. De acordo com os questionários respondidos, a música e a pintura, segundo a preferência dos participantes, são os segmentos artísticos que mais auxiliam nas atividades de inclusão e adaptação. Concluímos que a utilização da arte na adaptação e inclusão ambiental do paciente, previamente à assistência odontológica, é favorável e eficaz.*

Palavras-chave *Arte, Adaptação, Ciências do comportamento, Odontologia*

¹Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Unesp, Rua José Bonifácio 1133, Vila Mendonça, 14815-100 Araçatuba SP. mpissari@fba.unesp.br

The Impact of Simulated Medical Consultations on the Empathy Levels of Students at One Medical School

Marcelo Schweller, MD, Felipe Osorio Costa, MD, Maria Ângela R.G.M. Antônio, PhD, Eliana M. Amaral, PhD, and Marco Antonio de Carvalho-Filho, PhD

Abstract

Purpose

To examine the impact of simulated medical consultations using standardized patients (SPs) on the empathy levels of fourth- and sixth-year students at the Unicamp medical school in Brazil.

Method

Throughout 2011 and 2012, the authors conducted this study with two classes of fourth-year ($n = 124$) and two classes of sixth-year ($n = 123$) medical students. Students completed the medical student version of the Jefferson Scale of Physician Empathy before and after simulated medical consultations with SPs, followed by an in-depth debriefing

dealing with the feelings of the patient about the disease, such as fear, guilt, anger, and abandonment; the feelings of the doctor towards the patient; and other topics as they arose.

Results

The simulation activity increased the empathy scores of the fourth-year students (from 115.8 to 121.1, $P < .001$, effect size = 0.61) and of the sixth-year students (from 117.1 to 123.5, $P < .001$, effect size = 0.64).

Conclusions

Although the study results were obtained via self-report—a limitation—they

suggest that the effective simulation of medical consultations with SPs may improve medical students' empathy levels. One unexpected result was that this activity, during the debriefing, became a forum for debating topics such as the doctor-patient relationship, the hidden curriculum, negative role models, and emotionally significant experiences of students in medical school. This kind of activity in itself may influence young doctors to become more empathetic and compassionate with their patients and foster a more meaningful way of practicing medicine.

A meaningful doctor-patient relationship is the foundation of the practice of medicine. Without it, the application of technical knowledge

Dr. Schweller is assistant professor, Department of Emergency Medicine, Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas (Unicamp), Campinas, Brazil.

Dr. Costa is assistant professor, Department of Oncology, Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas (Unicamp), Campinas, Brazil.

Dr. Antônio is professor of medicine, Department of Pediatrics, Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas (Unicamp), Campinas, Brazil.

Dr. Amaral is professor of medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas (Unicamp), Campinas, Brazil.

Dr. Carvalho-Filho is professor of medicine, Department of Emergency Medicine, Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas (Unicamp), Campinas, Brazil.

Correspondence should be addressed to Dr. Carvalho-Filho, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Rua Tessália de Vilela Camargo, 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz, Campinas-S/ CEP 13083-887, Brazil; telephone: (+5519) 9603-6684; e-mail: macarvalho@unicamp.br

Acad Med. 2014;89:632-637.
First published online February 19, 2014
doi: 10.1097/ACM.0000000000000175

acquired by the doctor during his or her training would often not be nearly as effective. Empathy stands out as one of the most important factors to ensure the success of this relationship.¹ It has been shown that an empathetic attitude from a doctor can promote greater treatment adherence in patients,^{2,3} better clinical outcomes,^{4,5} and greater patient satisfaction,^{2,6} in addition to bringing benefits to the doctors themselves.^{7,8}

In spite of its importance in patient care, the concept of empathy is marked by a history of ambiguity,^{9,10} and there is currently no consensus about its definition,¹⁰ there being many and diverse definitions available in the literature.¹ Empathy has been defined as a multidimensional construct¹¹ with an affective component—the capacity to sensitise oneself with the experiences of others—and a cognitive component—the capacity of understanding other people and communicating to them this understanding, with the intention of helping.^{1,12}

Recent studies¹³⁻²⁰ have assessed the empathy levels of students in medical school and have had divergent results.

Most of the studies revealed a tendency for empathy loss during medical school. However, in one longitudinal study,²¹ no significant change was observed, and in some cross-sectional studies,²²⁻²⁴ greater levels of empathy were observed in students in their final year of medical school.

Several strategies have been proposed to preserve or heighten empathy levels in medical students,^{25,26} but there has not been much objective study of the impact of these strategies. In spite of the fact that there are reports of increased empathy after training involving communication techniques,²⁷⁻³² literature courses,^{33,34} theatrical performances,³⁵ reflective writing,³⁶ experiential learning,^{37,38} and self-care activities,³⁹ most studies did not use instruments that measure empathy specifically in the context of clinical care.²⁶

With this in mind, and given the importance of empathy to the practice of medicine, we created a simulation activity with standardized patients (SPs). We presented students with four different clinical situations that challenged them with issues related to the doctor-patient relationship. We performed a debriefing



Role of a Semiotics-Based Curriculum in Empathy Enhancement: A Longitudinal Study in Three Dominican Medical Schools

Montserrat San-Martin¹, Roberto Delgado-Bolton^{2,3} and Luis Vivanco^{1,4*}

¹ Faculty of Social Sciences of Melilla, University of Granada, Melilla, Spain, ² Education Committee Board, University Hospital San Pedro, Logroño, Spain, ³ Platform of Bioethics and Medical Education, Center for Biomedical Research of La Rioja, Logroño, Spain, ⁴ National Centre of Documentation on Bioethics, Logroño, Spain

OPEN ACCESS

Edited by:

Elisa Pedrolli,
Istituto Auxologico Italiano (IROCCS),
Italy

Reviewed by:

Chris Myburgh,
University of Johannesburg,
South Africa
Paolo Leoncini,
Università degli Studi di Torino, Italy

*Correspondence:

Luis Vivanco
lvivanco@iroccs.it

Specialty section:

This article was submitted to
Quantitative Psychology
and Measurement,
a section of the journal
Frontiers in Psychology

Received: 13 March 2017

Accepted: 03 November 2017

Published: 21 November 2017

Citation:

San-Martin M, Delgado-Bolton R
and Vivanco L (2017) Role of a
Semiotics-Based Curriculum
in Empathy Enhancement:
A Longitudinal Study in Three
Dominican Medical Schools.
Front. Psychol. 8:2018.
doi: 10.3389/fpsyg.2017.02018

Background: Empathy in the context of patient care is defined as a predominantly cognitive attribute that involves an understanding of the patient's experiences, concerns, and perspectives, combined with a capacity to communicate this understanding and an intention to help. In medical education, it is recognized that empathy can be improved by interventional approaches. In this sense, a semiotic-based curriculum could be an important didactic tool for improving medical empathy. The main purpose of this study was to determine if in medical schools where a semiotic-based curriculum is offered, the empathetic orientation of medical students improves as a consequence of the acquisition and development of students' communication skills that are required in clinician-patient encounters.

Design: This quasi-experimental study was conducted in three medical schools of the Dominican Republic that offer three different medical curricula: (i) a theoretical and practical semiotic-based curriculum; (ii) a theoretical semiotic-based curriculum; and (iii) a curriculum without semiotic courses. The Jefferson scale of empathy was administered in two different moments to students enrolled in pre-clinical cycles of those institutions. Data was subjected to comparative statistical analysis and logistic regression analysis.

Results: The study included 165 students (55 male and 110 female). Comparison analysis showed statistically significant differences in the development of empathy among groups ($p < 0.001$). Logistic regression confirmed that gender, age, and a semiotic-based curriculum contributed toward the enhancement of empathy.

Conclusion: These findings demonstrate the importance of medical semiotics as a didactic teaching method for improving beginners' empathetic orientation in patients' care.

Keywords: communication, curriculum, medical empathy, Dominican Republic, medical semiotics