



ESPE
UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y VINCULACIÓN
CON LA COLECTIVIDAD**

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

TESIS DE GRADO MAESTRIA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

XIII PROMOCIÓN

**TEMA: LAS COMPETENCIAS INTERPERSONALES DE LOS
ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR Y SU INCIDENCIA EN
LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ATENDIDO DURANTE LA
PRÁCTICA CLÍNICA DEL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO LECTIVO
2012-2013.**

AUTORAS:

NIETO SALVADOR CRISTINA

SERRANO FLORES ALEXANDRA

DIRECTORA: MSC. VERÓNICA TEJADA

SANGOLQUÍ, DICIEMBRE DEL 2013

Certificado Directora

En mi calidad de Tutora del trabajo de investigación, nombrada por el Consejo de Departamento de Ciencias Humanas y Sociales.

CERTIFICO:

Que el Informe de Investigación: “Las competencias interpersonales de los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Internacional del Ecuador y su incidencia en la satisfacción del paciente atendido durante la práctica clínica del segundo semestre del año lectivo 2012-2013”, presentada por las maestrantes Cristina Nieto S. y Alexandra Serrano F, estudiantes del programa de Maestría en Docencia Universitaria, XIII promoción, reúne los requisitos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador que el Consejo de Departamento designe.

Quito, 9 de diciembre de 2013.

TUTORA

MSc. Verónica Beatriz Tejada

CC: 1713109955

Autoría de Responsabilidad

Las suscritas, en calidad de estudiantes de la Maestría en Docencia Universitaria, XIII promoción, declaran que los contenidos del presente Informe de Investigación Científica, requisito previo a la obtención del Grado de Magíster en Docencia Universitaria, son absolutamente originales, auténticos, personales y de exclusiva responsabilidad legal y académica de las autoras.

Quito, 9 de diciembre de 2013

Alexandra Serrano Flores

CI: 171675698-4

Cristina Nieto Salvador

CI: 171050620-3

Autorización Publicación Biblioteca Virtual

Las suscritas, en calidad de estudiantes de la Maestría en Docencia Universitaria, XIII promoción, autorizan la publicación de esta tesis en el repositorio digital de la institución, según Art. 146 de la Ley de Educación Superior.

Quito, 9 de diciembre de 2013

Alexandra Serrano Flores

CI: 171675698-4

Cristina Nieto Salvador

CI: 171050620-3

Dedicatoria

A Joaquín,

Todo esfuerzo es para tí

Te amo hijo,

Cristina

A mi querida familia,

“La educación no cambia el mundo, cambia a las personas que van a
cambiar el mundo” Paulo Freire

Alexandra

Agradecimiento

Queremos agradecer a la Dra. Cecilia Salvador Dávila Directora de la Escuela de Odontología de la Universidad Internacional del Ecuador por su apoyo en la realización de esta investigación. A la Dra. Marie France Merlyn y a la Dra. Ana Armas quienes generosamente nos prestaron su tiempo y experiencia para realizar la validación de las herramientas. A los pacientes de la Clínica de Especialidades Odontológicas de la UIDE por brindarnos su colaboración con la aplicación de las encuestas. A los estudiantes de 6º, 8º y 10º semestre de Odontología de la UIDE por compartir su tiempo para este trabajo. A los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Central que colaboraron con la aplicación piloto de las herramientas de evaluación. Al Ing. José Ramírez por el tiempo, la paciencia y el apoyo prestados en la fase de análisis de datos y en la realización de toda la investigación. A nuestros compañeros de clase y amigos Diego Egas y Luis Carlos Córdoba por el tiempo compartido durante los módulos de la maestría. A nuestras familias por su apoyo moral y por ceder una gran parte de su tiempo para el logro de esta meta.

Índice

CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA.....	3
1.1 Justificación e importancia	3
1.2 Planteamiento del problema.....	13
1.3 Formulación del problema.....	16
1.4 Interrogantes de la Investigación	16
1.5 Hipótesis	16
1.6 Objetivo General	17
1.7 Objetivos Específicos.....	17
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	18
2.1 Análisis contextual	18
2.1.1 La Universidad Internacional del Ecuador.....	18
2.1.2 La Carrera de Odontología	18
2.1.3 Las prácticas clínicas pre profesionales en la Carrera de Odontología.....	21
2.2 Competencias interpersonales de los estudiantes de Odontología.....	28
2.2.1 Formación profesional basada en competencias	28
2.2.2 Formación basada en competencias: Enfoque socioformativo	38
2.2.3 La rúbrica como instrumento de evaluación de competencias.....	45
2.2.4 Clasificación de las competencias	48
2.2.5 Competencias interpersonales específicas en los profesionales de la salud.....	55

2.2.6	Competencia 1: Comprende las experiencias, sentimientos y temores del paciente de manera empática	59
2.2.7	Competencia 2: Transmite la información relativa al diagnóstico, pronóstico y tratamiento con certeza y claridad hacia el paciente	61
2.2.8	Competencia 3: Resuelve situaciones éticamente complejas con responsabilidad	70
2.2.9	Competencia 4: Reconoce las limitaciones de sus capacidades técnicas con profesionalismo	73
2.3	Nivel de satisfacción del paciente	75
2.3.1	Definición del concepto	75
2.3.2	Comunicación	81
2.3.3	Competencia técnica.....	81
2.3.4	Actitud profesional.....	81
2.3.5	Clima de Confianza.....	82
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA		83
3.1	Tipo de Investigación	83
3.2	Métodos de Investigación.....	83
3.2.1	Recopilación Bibliográfica	83
3.2.2	Investigación de campo	83
3.3	Técnicas.....	84
3.4	Instrumentos de Recolección de Datos.....	84
3.4.1	Rúbrica de Evaluación de Competencias Interpersonales del Estudiante de la carrera de Odontología.....	84
3.4.2	Encuesta de Satisfacción del Paciente	85
3.5	Población y Muestra.....	87

3.6	Procedimientos de Investigación.....	90
3.7	Formulación de la Hipótesis	92
3.7.1	Hipótesis principal	92
3.7.2	Hipótesis nula.....	92
3.8	Variables de investigación.....	92
3.9	Procesamiento y análisis de datos	92
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....		93
4.1	Introducción.....	93
4.2	Caracterización de las competencias interpersonales de los estudiantes de la carrera de Odontología	93
4.3	Caracterización del nivel de Satisfacción de los pacientes atendidos en la Clínica de Especialidades Odontológicas de la UIDE.....	98
4.4	Procedimiento de la prueba de Hipótesis.....	102
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		106
5.1	Conclusiones.....	106
5.2	Recomendaciones	111
Referencias Bibliográficas		112
ANEXOS		¡Error! Marcador no definido.

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Composición de la Muestra 1: Sexo	87
Gráfico 2. Composición de la muestra 1: Nivel Académico.....	88
Gráfico 3. Composición de la Muestra 2: Sexo	89
Gráfico 4. Composición de la Muestra 2: Nivel Socioeconómico	89
Gráfico 5. Composición de la muestra 2: Nivel de Instrucción	89
Gráfico 6. Índices globales de competencia interpersonal	94
Gráfico 7. Empatía frente a Índice compuesto	95
Gráfico 8. Comunicación frente a Índice compuesto.....	95
Gráfico 9. Ética frente a Índice compuesto	96
Gráfico 10. Profesionalismo frente a Índice compuesto	96
Gráfico 11. Índices globales de Satisfacción del paciente	98
Gráfico 12. Comunicación frente a Índice compuesto.....	100
Gráfico 13. Actitud Profesional frente a Índice compuesto.....	100
Gráfico 14. Clima de confianza frente a Índice compuesto	100
Gráfico 15. Competencia Técnica frente a Índice compuesto.....	101

Índice de Tablas

Tabla 1. Resultados de Estudiantes agrupados por factor.....	95
Tabla 2. Resultados de pacientes agrupados por factor	99
Tabla 3. Regresión lineal 1	103
Tabla 4. Regresión lineal 2	105

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar la posible relación entre las competencias interpersonales de estudiantes de Odontología y la satisfacción de los pacientes atendidos por ellos en una clínica universitaria. Se buscó evidenciar que las competencias interpersonales son competencias laborales específicas, a pesar de que no se consideran explícitamente en las mallas curriculares. Se trabajó con una muestra de 69 estudiantes de 6º, 8º y 10º nivel de la Universidad Internacional del Ecuador y 207 pacientes atendidos por estos estudiantes en su práctica clínica. El nivel académico fue un factor que incidió en la importancia que los estudiantes le atribuyeron a las competencias interpersonales en el trato al paciente. Los pacientes puntuaron altos niveles de satisfacción, siendo los pacientes de nivel socioeconómico alto y medio los que mostraron mayor exigencia hacia los estudiantes. En términos generales, la correlación encontrada no fue significativa, pero la información obtenida constituye un aporte para la realización de futuras investigaciones en este campo.

Palabras clave:

- Competencias interpersonales
- Estudiantes de Odontología
- Satisfacción del paciente
- Evaluación de competencias
- Relación Odontólogo Paciente

Abstract

The aim of this study was to analyze the possible relationship between student's interpersonal skills and satisfaction of patients seen by them in a University clinic. We sought evidence that interpersonal skills are specific skills of this professional field, although they are not explicitly considered in the curriculum. We worked with a sample of 69 students in 6th, 8th and 10th level of International University of Ecuador and 207 patients seen by these students in their clinical practice. The academic level was a factor that influenced the importance students attributed to interpersonal skills in treating the patient. Patients rated high levels of satisfaction, with patients of high and middle socioeconomic status who showed greater demand towards students. Overall, the correlation found was not significant, but the information obtained is a contribution to the realization of future research in this field.

Key Words:

- Interpersonal skills
- Dentistry Students
- Satisfaction of patient
- Skills evaluation
- Dentist-patient relation

LAS COMPETENCIAS INTERPERSONALES DE LOS ESTUDIANTES DE
LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD
INTERNACIONAL DEL ECUADOR Y SU INCIDENCIA EN LA
SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ATENDIDO DURANTE LA PRÁCTICA
CLÍNICA DEL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO LECTIVO 2012-2013.

El presente trabajo de investigación tuvo como finalidad demostrar la influencia de las competencias interpersonales (ética, comunicación, profesionalismo y empatía) en la satisfacción de los pacientes atendidos durante su práctica pre profesional y de este modo determinar la importancia en la formación de estas competencias en los profesionales odontólogos.

Esta investigación se realizó con los estudiantes de 6^o, 8^o y 10^o nivel de Odontología de la UIDE matriculados para el segundo semestre del año lectivo 2012 -2013 y con los pacientes atendidos en la Clínica de Especialidades Odontológicas de la UIDE en el segundo semestre del año lectivo 2012 -2013.

El presente documento se encuentra organizado de la siguiente manera:

En el Capítulo 1 se expone el problema de investigación. Para esto en un primer momento se analiza la importancia y relevancia de realizar esta investigación en el contexto nacional, regional y mundial. También se plantea el problema de investigación y las preguntas directrices, así como la hipótesis, objetivo general y objetivos específicos.

En el Capítulo 2 se desarrolló el marco teórico, basado en la investigación documental. Este marco teórico consta de tres partes, la primera parte es el análisis contextual de la Universidad Internacional del Ecuador, donde se realiza el estudio y específicamente de la carrera de Odontología y lo referente a las prácticas pre profesionales. La segunda parte desarrolla los conceptos referentes a las competencias en educación superior y específicamente las competencias interpersonales de los estudiantes de la carrera de Odontología desde el enfoque socio formativo de las competencias propuesto por Tobón y el pensamiento complejo de Morín. La tercera parte contiene los conceptos referentes a la satisfacción del paciente, basados en investigaciones previas sobre el tema.

En el Capítulo 3 se expone la metodología aplicada en esta investigación.

En el Capítulo 4 se expone el análisis que se realizó de los datos obtenidos, presentado mediante gráficos y tablas que complementan la explicación cuantitativa y cualitativa.

Finalmente el Capítulo 5 de este documento se refiere a las conclusiones y las recomendaciones resultantes de esta investigación.

El documento finaliza con las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA

1.1 Justificación e importancia

La incorporación del término competencia en educación es relativamente reciente y el enfoque educativo por competencias en la educación superior ha cobrado principalmente el sentido de formar profesionales capacitados para insertarse efectivamente en el entramado social en toda su extensión.

Así lo sostiene Tobón, para quien el modelo de formación basado en competencias surge como una nueva perspectiva frente a las falencias de los modelos pedagógicos tradicionales centrados en el contenido, como el conductismo, el cognitivismo y el constructivismo en base a las necesidades de la educación actual. El modelo de competencias aporta un cambio en la lógica que va de la lógica de contenidos a la lógica de la acción:

El modelo de competencias apoya el acercamiento y entrelazamiento de las instituciones educativas con la sociedad y sus dinámicas de cambio, con el fin de que estén en condiciones de contribuir tanto al desarrollo social y económico como al equilibrio ambiental y ecológico. (Tobón, 2010, pág. 5)

Perrenoud, por su parte se ha enfocado en demostrar que las reformas curriculares hacia el modelo de competencias tienen su origen en las preocupaciones del mundo laboral para contar con personal calificado y cualificado que satisfaga su demanda:

De manera natural, el mundo laboral se interesa más en el trabajo que en otras prácticas sociales y requiere entonces el desarrollo de competencias profesionales adaptadas a las transformaciones de la

producción en una sociedad cada vez más terciaria y en una economía globalizada. (Perrenoud, 2012, pág. 46)

Por su parte, la UNESCO también ha enfatizado esta tendencia, que queda explícita en el Artículo 7 de la Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI: Visión y Acción, aprobada en la Conferencia Mundial sobre la Educación Superior de UNESCO “La educación superior en el siglo XXI”, realizada el 9 de octubre de 1998:

Misiones y funciones de la Educación Superior:

Artículo 7. Reforzar la cooperación con el mundo del trabajo y el análisis y la previsión de las necesidades de la sociedad

a) En un contexto económico caracterizado por los cambios y la aparición de nuevos modelos de producción basados en el saber y sus aplicaciones, así como en el tratamiento de la información, deberían reforzarse y renovarse los vínculos entre la enseñanza superior, el mundo del trabajo y otros sectores de la sociedad.

b) Los vínculos con el mundo del trabajo pueden reforzarse mediante la participación de sus representantes en los órganos rectores de las instituciones, la intensificación de la utilización, por los docentes y los estudiantes, en los planos nacional e internacional, de las posibilidades de aprendizaje profesional y de combinación de estudios y trabajo, el intercambio de personal entre el mundo del trabajo y las instituciones de educación superior y la revisión de los planes de estudio para que se adapten mejor a las prácticas profesionales.

c) En su calidad de fuente permanente de formación, perfeccionamiento y reciclaje profesionales, las instituciones de educación superior deberían tomar en consideración sistemáticamente las tendencias que se dan en el mundo laboral y en los sectores científicos, tecnológicos y económicos. A fin de satisfacer las demandas planteadas en el ámbito del trabajo los sistemas de educación superior y el mundo del trabajo deben crear y evaluar conjuntamente modalidades de aprendizaje, programas de transición y programas de evaluación y reconocimiento previos de los conocimientos adquiridos, que integren la teoría y la formación en el empleo. En el marco de su función prospectiva, las instituciones de educación superior podrían contribuir a fomentar la creación de empleos, sin que éste sea el único fin en sí.

d) Aprender a emprender y fomentar el espíritu de iniciativa deben convertirse en importantes preocupaciones de la educación superior, a fin de facilitar las posibilidades de empleo de los diplomados, que cada vez estarán más llamados a crear puestos de trabajo y no a limitarse a buscarlos. Las instituciones de educación superior deberían brindar a los estudiantes la posibilidad de desarrollar plenamente sus propias capacidades con sentido de la responsabilidad social, educándolos para que tengan una participación activa en la sociedad democrática y promuevan los cambios que propiciarán la igualdad y la justicia. (UNESCO, 1998, pág. 25)

En este contexto, aparece el concepto de aprendizaje a lo largo de la vida, como una respuesta ante el desarrollo vertiginoso de la ciencia y la tecnología en el mundo actual, ante el cual la Universidad ya no puede ofrecer profesionales permanentemente actualizados. (Perrenoud, 2012)

El concepto de *aprendizaje a lo largo de la vida* fue introducido por la UNESCO por primera vez en 1972 en el Informe Faure y posteriormente, en el informe Delors:

La educación durante toda la vida se presenta como una de las llaves de acceso al siglo XXI. Esta noción va más allá de la distinción tradicional entre educación básica y educación permanente, y responde al reto de un mundo que cambia rápidamente. Pero esta afirmación no es nueva, puesto que en anteriores informes sobre educación ya se destacaba la necesidad de volver a la escuela para poder afrontar las novedades que surgen en la vida privada y en la vida profesional. Esta necesidad persiste, incluso se ha acentuado, y la única forma de satisfacerla es que todos aprendamos a aprender. (Delors, 1996, pág. 16)

Ya en el campo de la formación de pregrado en profesiones de la salud, específicamente la Odontología encontramos que las competencias interpersonales son competencias profesionales fundamentales.

Existe un consenso general que sostiene que los buenos resultados en un tratamiento dental dependen en gran medida de la calidad de atención que se le brinde a un paciente y la confianza que le inspire el odontólogo; “Los pacientes en general consideran la calidad de la atención con respecto a sus problemas de salud específicos. Es probable que un paciente satisfecho coopere efectivamente con el profesional y acepte y cumpla sus recomendaciones” (Barrancos, 2006, pág. 45)

En este mismo ámbito, Arenas 2011, señala que;

Las habilidades de comunicación, relaciones humanas que se logran y la capacidad de enfrentar, solucionar oportuna y eficientemente conflictos, influyen en mejores resultados en la salud física, mental, funcional y subjetiva, en el nivel de satisfacción de pacientes y familiares, en el cumplimiento de los tratamientos y en la eficiencia de clínicas, hospitales, laboratorios y centros de atención médico/dental. (Arenas, 2009)

Así mismo, Jinich realiza una precisa descripción del valor de las competencias interpersonales en el ejercicio sanitario:

“(…) el interrogatorio y la exploración física no son sólo procedimientos encaminados al diagnóstico, sino que tienen virtudes terapéuticas en la medida que, mediante ellos, se establece una relación interpersonal médico – paciente. El diálogo, la comunicación verbal y la no verbal, el clima de confianza, respeto mutuo y fe que se desenvuelven, tienen implicaciones terapéuticas que, cuando se trata de trastornos funcionales (tan frecuentes en la práctica de la medicina), suelen constituir el elemento primordial del tratamiento, aunque no se limitan o restringen a dicho tipo de trastornos, sino que, también, son de indudable efecto benéfico en los pacientes que sufren lesiones orgánicas. Nada puede sustituir a la entrevista clínica, al diálogo entre el médico y el paciente, para conocer a éste como persona, como unidad biopsicosocial. (Jinich, 2002, pág. 6)

Por esta razón, los centros de formación y acreditación de profesionales sanitarios han vuelto su mirada hacia el estudio y desarrollo de las competencias interpersonales en los estudiantes de estas carreras.

Es así que en las últimas décadas se han emprendido numerosas investigaciones sobre la presencia y desarrollo de las competencias interpersonales en los estudiantes de carreras de la salud, centrándose en aspectos como la empatía; como las investigaciones (Hojat, Mangione, Gonella, Nasca, & al, 2001), (Rivera, Arratia, Zamorano, & Díaz, 2011), (Sanchez Delgado, 2010) y (Sandoval Miranda, 2011), comunicación con el paciente en los trabajos de (Hottel & Hardigan, 2005), (Freeman, 1999), (Lanning, Ranson, & Willet, 2008) y asertividad, autoestima en (León, Rodríguez, Ferrel, & Ceballos, 2009) por citar algunos ejemplos.

En esta misma línea, diversas asociaciones internacionales en Medicina y Odontología, en sus iniciativas de estandarización de competencias para la educación y práctica sanitaria, consideran el desarrollo de competencias interpersonales como un aspecto nuclear en la formación del futuro profesional.

Así por ejemplo en el Proyecto Profesionalismo de la American Board of Internal Medicine, se destacan el altruismo, la responsabilidad, la lealtad, el honor y la integridad, el respeto por los demás, la excelencia y el compromiso personal con el aprendizaje para toda la vida, como valores que rigen el profesionalismo médico. (Merchán, 2012)

Por otra parte, la Federación Mundial para la Educación Médica (WFME por sus siglas en inglés), en su trabajo sobre estándares internacionales en Educación Médica Básica, considera nueve áreas para la clasificación de los estándares educativos de pregrado: Misión y objetivos, Programa Educativo, Evaluación de los Estudiantes, Estudiantes, Plantilla Académica, Recursos Educativos, Programa Evaluativo, Gobernabilidad y gestión y Renovación continuada. Cada una de estas áreas está dividida en subáreas con dos niveles de estandarización: básico y para el desarrollo de la calidad. Los estándares básicos son los que han de cumplir todas las facultades y tienen un carácter obligatorio. (WFME, 2004)

Dentro del área Programa Educativo, se considera específicamente el desarrollo de competencias interpersonales en dos subáreas: Ciencias Sociales, del Comportamiento y Ética médica y, Ciencias y Habilidades clínicas.

Al respecto del subárea Ciencias Sociales, del Comportamiento y Ética médica, el informe señala como un estándar básico "(...) identificar e incorporar en su currículum las contribuciones de las ciencias del comportamiento, ciencias sociales, ética y jurisprudencia médica para permitir una comunicación efectiva, toma de decisiones clínicas y una práctica ética." (WFME, 2004, pág. 11)

Y añade que estas ciencias "...deberían proporcionar los conocimientos, conceptos, métodos, habilidades y actitudes necesarias para entender los

determinantes socioeconómicos, demográficos y culturales de las causas, distribución y consecuencias de los problemas sanitarios.” (WFME, 2004, pág. 12). Además, define que estas ciencias incluirán las asignaturas de: psicología médica, sociología médica, bioestadística, epidemiología, higiene y salud pública, medicina comunitaria, entre otras. (WFME, 2004)

También, en lo que se refiere a Ciencias y Habilidades clínicas, el informe establece que se debe garantizar que “... al licenciarse, los estudiantes hayan tenido contacto con los pacientes y adquirir el conocimiento clínico suficiente y las habilidades para asumir la responsabilidad clínica apropiada.” (WFME, 2004, pág. 12). Y señala que las habilidades clínicas incluirán también las habilidades para la comunicación y para el liderazgo, la responsabilidad clínica incluirá la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el cuidado del paciente y la participación en la atención del paciente incluirá la experiencia comunitaria relevante y el trabajo en equipo. (WFME, 2004)

Así mismo, en el año 2008, la Asociación de Colegios Médicos de Estados Unidos AAMC (por sus siglas en inglés) también estableció un equipo de trabajo para definir un currículo estándar de competencias clínicas para la educación médica de pregrado. Este equipo estuvo conformado por expertos en educación pre-clínica con especialidades referentes a: medicina interna, medicina familiar y pediatría. La intención de este trabajo fue proporcionar un marco coherente y amplio de competencias en educación

médica de pregrado UME (por sus siglas en inglés) que las escuelas médicas debían adoptar en la formación de los futuros médicos.

Las competencias definidas en este documento describen habilidades de orden superior que combinan los aspectos cognitivo, afectivo y psicomotor para el desempeño eficaz de tareas complejas para realizar el acto clínico de la atención al paciente. (Association of American Medical Colleges, 2008)

El equipo de la AAMC recomienda un listado de doce competencias médicas a desarrollar en el pregrado (Anexo 4). De este grupo, las competencias 1, 2 y 12 se refieren a competencias interpersonales:

Competencia 1: La habilidad de comprender la naturaleza de, y demostrar comportamiento ético y profesional en el acto del cuidado médico. Esto incluye: respeto, responsabilidad y rendición de cuentas, excelencia académica, honor e integridad, altruismo, liderazgo, competencia cultura, cuidado y compasión y confidencialidad. (Association of American Medical Colleges, 2008, pág. 10)

Competencia 2: La habilidad de comprometerse y comunicarse con el paciente, desarrollar una relación estudiante-paciente y comunicarse con otros en el medio profesional, utilizando habilidades interpersonales para construir relaciones con el propósito de recolectar información, guía, educación, soporte y colaboración. (Association of American Medical Colleges, 2008, pág. 10)

Competencia 3: La habilidad de proveer cuidado clínico dentro del contexto del paciente en relación a su edad, género, preferencias personales, entorno familiar, conocimiento de salud, cultura, perspectiva religiosa y circunstancias económicas. Esta competencia también comprende la consideración de perspectivas éticas, morales y legales relevantes, tomando en cuenta la defensa del paciente y las prioridades de salud pública así como los recursos y limitaciones del sistema de salud. (Association of American Medical Colleges, 2008, pág. 11)

Ya en el campo específico de la formación odontológica, la Asociación Americana de Educación Dental ADEA, en su documento Competencias para Nuevos Dentistas Generales señala que el odontólogo;

(...) debe tener una amplia educación clínica y biomédica y ser capaz de demostrar un comportamiento profesional y ético así como comunicación efectiva y habilidades interpersonales. Además debe ser capaz de evaluar y utilizar tecnologías emergentes, mantener un desarrollo profesional continuo y utilizar habilidades de pensamiento crítico y solución de problemas para atender efectivamente las necesidades presentes y futuras en el cuidado de la salud. (ADEA, 2011, pág. 392)

Para la ADEA, estas características conforman la base de las competencias que deben desarrollarse en la educación en Odontología de pregrado. Añaden además que este modelo asume que todas estas competencias se desempeñarán en un grado de calidad consistente con el bienestar del paciente y que deben estar basadas en el conocimiento y habilidades psicomotrices que son esenciales para el desempeño de la profesión de forma independiente. (ADEA, 2011)

Siguiendo esta línea, la ADEA ha establecido seis Dominios o Campos de acción dentro de los cuales se inscriben las distintas competencias. Estos dominios son: Pensamiento Crítico, Profesionalismo, Habilidades Interpersonales y de Comunicación, Promoción de Salud, Gestión de la práctica e Informática y Cuidado del Paciente.

De este grupo, los dominios 2 y 3 son específicos en cuanto a competencias interpersonales.

El dominio 2, referente a Profesionalismo señala que el graduado en odontología debe ser competente para:

Aplicar los estándares éticos y legales en la provisión de cuidado dental. Trabajar dentro del ámbito de su competencia, y consultar o derivar a los colegas profesionales cuando sea necesario. (ADEA, 2011, pág. 933)

Por otra parte, el dominio 3; Habilidades Interpersonales y de Comunicación comprende tres competencias:

Aplicar apropiadamente sus habilidades interpersonales y de comunicación.
Aplicar principios psicosociales y de comportamiento en un cuidado centrado en el paciente.
Comunicarse efectivamente con personas de poblaciones diversas. (ADEA, 2011, pág. 933)

Si bien en estos círculos académicos se reconoce la importancia de desarrollar estas competencias, dentro de la formación universitaria ecuatoriana no se ha considerado que éste sea un aspecto que requiere un tratamiento propio. Es así que tampoco existe formación en este campo en otros niveles como el Posgrado, ni se considera una exigencia para la acreditación de profesionales (García, 2013). En América Latina se trata de un campo de estudio relativamente nuevo (León F. , 2004).

Es así que esta investigación surgió en un contexto donde el tema de las competencias interpersonales en la formación de pregrado de profesiones de la salud, si bien ha cobrado algún interés teórico, en el ámbito investigativo hay pocos avances.

En ese aspecto, la investigación se realizó para aportar información confiable sobre el estado actual de la formación humana de los estudiantes de la carrera de Odontología y su incidencia en la calidad de los servicios que se ofertan en este campo. Se espera que esta información constituya una base para otras investigaciones similares y que se utilice como recurso para la toma de decisiones respecto a la inclusión de las competencias interpersonales en el perfil profesional de esta carrera. Como lo señala Sandoval;

Las investigaciones sobre el tema indican que las organizaciones educativas y profesionales recomiendan que los atributos humanísticos, incluida la empatía, se establezcan y evalúen entre los residentes en adiestramiento clínico. Lo anterior no solamente para mejorar la relación médico-paciente sino también para aumentar la calidad de la atención a los pacientes. (Sandoval Miranda, 2011, pág. 222)

1.2 Planteamiento del problema

Merchán define el fin de la medicina como “(...) buscar siempre y en todo lugar y circunstancia preservar la vida del enfermo.” (Merchán, 2012) Con este horizonte, la humanidad ha mantenido durante siglos una permanente búsqueda de mejoras de las técnicas y herramientas para mejorar la calidad de la atención sanitaria.

Desde mediados del siglo XX, esta búsqueda ha dado lugar a extensos y acelerados desarrollos tecnológicos que han provocado un giro definitivo en la relación médico-paciente. Por una parte, si bien se cuenta con mejores

técnicas para la prevención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes, la práctica sanitaria ha perdido énfasis en las competencias del médico para diagnosticar y prescribir exitosamente tratamientos en base a sus habilidades para generar una comunicación asertiva y empática con el paciente (Moreto, González Blasco, Janaudis, & Benedetto, 2011).

Los extensos desarrollos tecnológicos alcanzados en el campo de la salud en las últimas décadas han provocado un giro en la concepción de la relación médico-paciente, en la cual se privilegia la competencia técnica por encima de la interpersonal. La formación de profesionales de la salud en Ecuador ha seguido esta misma tendencia, lo que ha resultado en la formación de generaciones de profesionales de la salud; médicos, odontólogos, psicólogos, etc., con sólidos conocimientos en el área de su especialidad pero con pobres habilidades de comunicación y trato al paciente. (García, 2013)

Como lo ilustra Bonilla;

La atención evidenciada en su mayoría es eminentemente biológica y de tecnificación y no ve la integralidad de ese ser humano ni a la enfermedad como un hecho tan dramático de la vida humana, que pone a prueba tanto la autonomía del enfermo como la no maleficencia del sanitario, la beneficencia de la familia y la justicia de la sociedad. (Bonilla, 2011)

Ya en la práctica, esta deficiencia en la formación de los profesionales de la salud en Ecuador se evidencia en las abundantes reseñas de prensa sobre maltrato y trato inadecuado al paciente tanto de los servicios públicos

como privados de salud y el alto nivel de insatisfacción del mismo con los profesionales que lo atienden. Como lo señala García;

La intervención por especialidades ha producido una ruptura en la relación médico-paciente de tal manera que cada médico examina y analiza una parte del organismo, pero el ser humano integral es dejado de lado. La pérdida de valores como la equidad, la solidaridad, la transformación de la cobertura y la calidad en temas de mercado son algunos de los principios que orientan la organización actual. (García, 2013)

Sin embargo y a pesar de esta progresiva tecnificación de los servicios de salud, resulta imposible ignorar el papel protagónico que tienen las competencias interpersonales en este quehacer profesional. Al respecto, Barrancos nos señala que el paciente valora tanto el aspecto técnico como el interpersonal. Estos dos aspectos están íntimamente relacionados y en conjunto con las “amenidades” (comodidad, cortesía, privacidad, aceptabilidad) forman una atención exitosa. Para poder llegar a tener una relación odontólogo-paciente altamente satisfactoria se debe llegar a un equilibrio entre ambas partes. Trabajar en la parte técnica es mucho más fácil que en la interpersonal, ya que esta última se relaciona con valores, normas sociales, ética profesional y aspiraciones que tiene el paciente de forma individual con respecto al odontólogo. (Barrancos, 2006)

1.3 Formulación del problema

Con estos antecedentes, se planteó la pregunta que dirige el problema de esta investigación:

¿Cómo inciden las competencias interpersonales de los estudiantes de la carrera de Odontología en la satisfacción del paciente atendido durante la práctica clínica?

1.4 Interrogantes de la Investigación

De la misma forma, se plantearon las preguntas directrices para esta investigación;

¿Cuáles son los principios teóricos que fundamentan las competencias interpersonales de los estudiantes de la carrera de Odontología?

¿Cuál es el nivel de competencias interpersonales que tienen los estudiantes al momento de realizar sus prácticas clínicas pre profesionales?

¿Cuál es el nivel de satisfacción de los pacientes atendidos por parte de los estudiantes?

1.5 Hipótesis

Las competencias interpersonales de los estudiantes de la carrera de Odontología sí inciden en la satisfacción del paciente atendido durante la práctica clínica.

1.6 Objetivo General

Determinar la incidencia de las competencias interpersonales de los estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Internacional del Ecuador en la satisfacción del paciente atendido durante la práctica clínica.

1.7 Objetivos Específicos

Identificar los principios teóricos que fundamentan las competencias interpersonales de los estudiantes de la carrera de Odontología.

Evaluar el nivel de competencias interpersonales que tienen los estudiantes al momento de realizar sus prácticas clínicas.

Medir el nivel de satisfacción de los pacientes después de haber recibido atención por parte de los estudiantes.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Análisis contextual

2.1.1 *La Universidad Internacional del Ecuador*

La Universidad Internacional del Ecuador UIDE es una universidad privada fundada en 1992. Su campus principal se encuentra en la ciudad de Quito, con extensiones en Loja, Guayaquil y Galápagos. Ofrece dos modalidades educativas: presencial y a distancia.

En Quito, la UIDE cuenta con 11 Facultades y Escuelas, las mismas que se encuentran organizadas en: Ciencias Administrativas, Arquitectura y Diseño, Ciencias Médicas, de la Salud y de la Vida, Ciencias Sociales y Comunicación, Jurisprudencia, Ingeniería Automotriz, Gastronomía, Gestión Turística y Medio Ambiente, Hotelería, Ciencias Exactas y Tecnologías Aplicadas y Ciencias Básicas, con una oferta total de 21 carreras. (Universidad Internacional de Ecuador, 2013)

2.1.2 *La Carrera de Odontología*

La carrera de Odontología de la UIDE forma parte de la facultad de Ciencias Médicas, de la Salud y de la Vida.

2.1.2.1 *Perfil profesional del egresado de la carrera de Odontología*

Una sólida formación científica en las áreas básicas y clínicas de la Odontología, orientados hacia la atención integral del paciente, con enfoque biopsicosocial en el abordaje de los problemas de la salud bucal.

Capacidad para reconocer los métodos clínicos, epidemiológicos, científicos, experimentales y sociales para la comprensión e intervención del proceso de salud enfermedad.

Responsabilidad, ética, liderazgo e innovación, con amplio dominio del saber, habilidades, destrezas, aptitudes y actitudes que promueven el mejoramiento de la salud oral.

Compromiso con el campo de la investigación científica, experimental, clínica y epidemiológica.

Generación de soluciones en el ámbito de su competencia, en permanente actualización científica, tecnológica y crecimiento profesional. (Universidad Internacional de Ecuador, 2013)

2.1.2.2 *Campo Ocupacional*

Ejercer la Odontología, tanto en la práctica privada, como prestando servicios en entidades de salud pública o privada.

Generar la aplicación de nuevas técnicas odontológicas, acordes al avance de la ciencia y de la tecnología.

Fomentar la atención integral del paciente, considerando sus condiciones psico-sociales y culturales.

Diseñar y ejecutar programas de prevención y promoción, tendientes a mejorar la salud bucal de la población y a disminuir patologías odontológicas prevalentes.

Ejercer actividades profesionales y gremiales con capacidad y pensamiento crítico.

Promover la investigación, incursionar en el campo de la docencia y gestionar la administración de servicios de salud odontológicos. (Universidad Internacional de Ecuador, 2013)

2.1.2.3 *El plan de estudios*

La carrera tiene una duración de 5 años divididos en 10 semestres, con un total de 339 créditos. El detalle de la distribución de materias y créditos está disponible en el (Anexo 2)

2.1.3 *Las prácticas clínicas pre profesionales en la Carrera de Odontología*

Las prácticas pre profesionales en la Escuela de Odontología de la UIDE consisten en tres modalidades:

2.1.3.1 *Prácticas en la Clínica de Especialidades Odontológicas de la UIDE*

La formación académica y los conocimientos científicos se ponen en práctica cuando el estudiante cursa el sexto semestre de su carrera universitaria.

Las Clínicas Odontológicas de la Universidad Internacional son instituciones educativas sin fines de lucro que brindan servicio de salud bucal a la comunidad.

Están conformadas por estudiantes practicantes dentro de 4 áreas clínicas: Clínica Preventiva y Restauradora, Clínica Integral I, II, III, IV, Clínica de Odontopediatría I y II y Clínica de Cirugía I, II, III, IV, V, VI

El estudiante que inicia en Clínica en séptimo semestre tiene que aprobar tanto la Clínica Preventiva y Restauradora como la Clínica de Cirugía I.

Estas clínicas incluyen procedimientos básicos de operatoria dental, odontología preventiva y comunitaria y cirugía oral. Una vez que el

estudiante aprueba tanto la Clínica Preventiva y Restauradora como la Cirugía Oral I pasa a cursar Clínica Integral y la Clínica de Cirugía II.

La clínica integral comprende las áreas de Endodoncia, Periodoncia, y Rehabilitación Oral. Ésta se divide en Clínica Integral I (séptimo semestre), Clínica Integral II (octavo semestre), Clínica Integral III (noveno semestre) y Clínica Integral IV (décimo semestre).

La clínica de Odontopediatría la cursa aquel estudiante en sus dos últimos semestres de formación (noveno y décimo semestre)

Además de los estudiantes practicantes, las clínicas se encuentran conformadas por docentes, tutores, especialistas; los cuales son los encargados de supervisar el trabajo realizado con el paciente dentro de la clínica.

Cada clínica tiene un docente coordinador de área, el cual es el encargado de supervisar el trabajo realizado dentro de su campo profesional.

Finalmente las clínicas cuentan con un Coordinador general, el cual es el encargado de supervisar el funcionamiento de ambas clínicas en el área administrativa, docente, práctica y didáctica.

Según el Reglamento interno de la Clínica, que regula las prácticas:

Todos los estudiantes de clínica están en capacidad de realizar prácticas una vez que se hayan matriculado en el respectivo semestre, al que corresponde la práctica, y que conste en grupo por el Coordinador de Clínicas.

Los estudiantes deben haber aprobado todas las materias del semestre al que corresponde la práctica de acuerdo a la malla curricular.

Los estudiantes disponen de un equipo odontológico para desarrollar sus actividades de prácticas, en forma individual en noveno y décimo semestre y en parejas en sexto, séptimo y octavo semestre. Se les proporciona los materiales necesarios para cumplir con los procedimientos de tratamiento.

Los estudiantes rotan dentro de la clínica de acuerdo a un horario establecido por el coordinador de clínicas.

La evaluación de las prácticas de la Clínica comprende dos aspectos:

Nota de Cartilla de Procedimientos: El estudiante tiene un registro de actividades, al que se denomina Cartilla de Procedimientos. Esta cartilla es una libreta en la cual los estudiantes registran el número de procedimientos efectuados a lo largo de su práctica en la clínica. Esta cartilla es validada con la firma del tutor en cada procedimiento y establece el tiempo de práctica que tienen los estudiantes. La nota de la cartilla equivale al 30% de la nota final de clínica, aquí se evalúa si el estudiante cumplió con los procedimientos establecidos al principio del semestre.

Nota de tutores y de coordinación: La nota de tutores y de coordinación es una nota asignada al estudiante al finalizar su turno de trabajo y corresponde al 70% de la nota final de clínica. La evaluación se realiza acorde un formato específico (Anexo 3) y contempla los siguientes aspectos:

Evaluación de competencias de conocimiento: Ciencias Básicas: Conocimiento y capacidad de integración. Elaboración de historia clínica: Anamnesis, odontograma, diagnóstico, plan de tratamiento. Técnicas clínicas – Quirúrgicas: Conocimiento, habilidades y destrezas.

Evaluación de competencias actitudinales: Puntualidad, relación con el paciente, relación con el tutor, relación con el equipo de trabajo, relación con el personal.

Evaluación de competencias de bioseguridad: Aplicación de normas, uso de prendas de protección, uso de instrumental completo, acondicionamiento de instrumental.

2.1.3.2 Rotación Pre Rural Nacional

La rotación pre rural es una práctica pre profesional que hacen los estudiantes de noveno semestre.

Ésta contempla la rotación de los estudiantes por 10 Subcentros de salud del área No. 10 pertenecientes a Quito, en el área de Guamaní.

Los estudiantes son presentados al Coordinador de salud del área No. 10 y son distribuidos aleatoriamente por los diferentes subcentros.

Los estudiantes durante un semestre atienden a la comunidad realizando procedimientos de operatoria dental y cirugía bucal.

La nota obtenida en esta rotación es proporcionada por el coordinador del área y es considerada como una calificación dentro del semestre equivalente al 70%

2.1.3.3 Pasantías en Universidades del exterior

La Escuela de Odontología de la Universidad Internacional mantiene convenios con Universidades del exterior: Universidad de Sao Paulo, Universidad de Sao Paulo Campus Bauru, Universidad Cayetano Heredia.

Cada Universidad extranjera designa dos cupos para que durante un periodo que varía entre uno y dos meses (dependiendo de la Universidad) alumnos de la UIDE realicen pasantías en la clínica universitaria de dichas instituciones.

En octavo semestre se hace una rigurosa selección de los estudiantes que obtendrán el cupo de pasantía.

Aquel estudiante que durante su trayectoria estudiantil haya obtenido un record académico de excelencia y que su conducta haya sido renombrada será seleccionado para realizar la pasantía.

Se realiza un promedio del área académica junto con la nota obtenida por conducta y se obtiene una nota final. El estudiante que obtenga la nota máxima tendrá prioridad para escoger la Institución en la que realizará su pasantía. Bajo ese parámetro son seleccionados los estudiantes candidatos para ocupar los cupos de los diferentes convenios.

Los alumnos que realizan pasantías en el extranjero, dependiendo de la Institución, son considerados estudiantes regulares; esto incluye tanto la asistencia a clases del semestre equivalente al que cursan en la Universidad Internacional y la práctica dentro de la clínica universitaria.

El estudiante, a su regreso, tiene que presentar a la Dirección de la Escuela un informe sobre su experiencia durante su tiempo de pasantía, un informe del coordinador encargado de su pasantía y las notas obtenidas durante este ciclo.

2.1.3.4 Rol de los docentes tutores de prácticas clínicas pre profesionales

Según el Reglamento Interno de Clínicas de la Universidad Internacional del Ecuador, son funciones de los Tutores;

Respetar y promocionar el buen nombre de la clínica y de la Universidad.

Controlar la correcta presentación de los estudiantes.

Revisar que el alumno disponga de instrumental, material y equipo para sus actividades de clínica.

Supervisar y ordenar los trabajos clínicos de los estudiantes.

Presentar al coordinador respectivo los casos clínicos que sirvan para el establecimiento de foros mesas redondas, entre otras y mejorar el proceso de la enseñanza – aprendizaje.

Colaborar junto con el coordinador para controlar la asistencia y disciplina de los estudiantes en sus respectivos turnos.

Legalizar las actividades clínicas en sus diferentes fases, en la cartilla de los estudiantes e historias clínicas.

Calificar las actividades diarias de la especialidad de los estudiantes que han realizado procedimientos, en el formato establecido para el efecto.

Distribuir pacientes de primera vez a cada estudiante, de acuerdo a orden de lista, necesidades de la clínica y del estudiante.

Los Tutores de clínica deben concurrir a los actos académicos y reuniones citadas por las autoridades. (UIDE, 2011)

2.2 Competencias interpersonales de los estudiantes de Odontología

2.2.1 Formación profesional basada en competencias

2.2.1.1 Ámbito lingüístico del término

La palabra competencia es un término polisémico cuyo uso se ha extendido a varios ámbitos de la actividad humana.

En su origen etimológico, el término competencia proviene del verbo latino *competere* que (Corominas, 1989) lo define como: “ir al encuentro una cosa de otra”, “responder, estar de acuerdo con” y “corresponder, ser adecuado, pertenecer”. A su vez el término *competere* se deriva del latín *petere* que significa “aspirar, pedir o tender hacia algo”.

De este verbo latino se derivan dos verbos castellanos: competir y *competere*.

Competir: definido por el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE, 2001) como “Dicho de dos o más personas: Contender entre sí, aspirando unas y otras con empeño a una misma cosa.”

Competere: según el Diccionario (RAE, 2001) definido como “Pertenecer, tocar o incumbir a alguien.”

Es así que el término competencia en castellano tiene dos acepciones dependientes del verbo del cual se deriva; como capacidad y pericia o como incumbencia. El uso de ambos términos en el ámbito coloquial es un claro

ejemplo de este doble carácter: decimos que un profesional es competente cuando tiene el conocimiento y/o habilidad para actuar en un determinado campo pero también cuando le concierne la materia o problemática que se trata.

El término competencia, por otra parte se relaciona íntimamente con otros conceptos como aptitud, capacidad, habilidad, destreza, idoneidad, pericia (RAE, 2001), contienda, lucha rivalidad, disposición, incumbencia, jurisdicción, obligación y potestad (De La Canal, 1972). Es decir que implícitamente supone un desarrollo específico y particular que diferencia el quehacer de varias personas en un mismo ámbito.

Castillo y Cabrerizo realizan una breve recopilación de las acepciones más frecuentes sobre este término: Competencia como autoridad, como atribución o incumbencia, como capacitación (grado de preparación, saber hacer, conocimientos y pericia), como cualificación (certificación) y como suficiencia. (Castillo & Cabrerizo, 2009)

2.2.1.2 *Evolución del uso del término competencia en el ámbito de la formación profesional*

Según una reseña preparada por Mulder, el término competencia se utilizó por primera vez en el ámbito laboral a mediados del siglo XX. El uso del término competencia se remonta a la década de 1970 cuando McClelland (1973) afirmaba que los métodos clásicos de evaluación de

inteligencia eran insuficientes para predecir el éxito y propone en su lugar aplicar exámenes para medir competencias. En ese mismo año, el psicólogo norteamericano Thomas Gilbert publicó su obra *Human Competence. Engineering worthy performance* en la cual vinculaba por primera vez los conceptos de competencia y rendimiento. Gilbert definía la competencia como una función del rendimiento. Este autor definió el rendimiento (W) como la relación inversa entre la proporción de logros obtenidos (A) en relación a un costo (B), donde el valor del rendimiento aumenta cuando se obtienen mayores logros con un menor costo. En este marco de trabajo, Gilbert consideraba que la competencia se podía medir en función del potencial de mejora del rendimiento (PIP), que lo definía como la relación entre el rendimiento ejemplar, máximo logro con mínimo costo, y el rendimiento típico. En otras palabras, para Gilbert la competencia era el potencial que presenta un individuo de alcanzar un rendimiento por encima del rendimiento típico. Gilbert también elaboró una matriz de rendimiento que consta de tres elementos horizontales: modelos, medidas y métodos y seis elementos o niveles verticales: el nivel filosófico (valores y normas), el nivel cultural, el nivel de liderazgo, el nivel estratégico, el nivel táctico y el nivel logístico. (Mulder, 2007)

Posteriormente en la década de 1980 otros autores como Boyatzis (1982), Schroder (1989) y Spencer (1983) elaboraron las primeras listas de aptitudes y rasgos para distinguir a directivos de éxito. Estas listas se desarrollaron a partir de la recopilación de características consideradas de

excelencia en distintos puestos de gestión y servían de marco de referencia para seleccionar, formar y evaluar a los directivos. Este sistema se denominó Modelo de Competencias que más tarde derivaría en la elaboración de los denominados Perfiles de Competencias. (Mulder, 2007)

En las décadas de 1970 y 1980 la formación empresarial basada en competencias gozaba de gran interés. Autores como Turner (1973) y Joyce y Weil (1980) desarrollaron perfiles de competencias para la formación de docentes. Así mismo se realizaron numerosas investigaciones sobre desarrollo del liderazgo (Argyris, 1976), sobre el profesional reflexivo (Schön, 1983) y formación profesional permanente, (Zemke, 1982), (Burke, 1989), (Fletcher, 1991) entre otros. Dubois en 1993 elaboró un modelo de sistemas estratégicos basados en competencias para mejorar el rendimiento de las organizaciones y proporcionó orientaciones para desarrollar programas de formación profesional basados en competencias. (Mulder, 2007)

Según este mismo autor, durante la década de 1990 y la primera década del siglo XXI, diversas asociaciones profesionales en los Estados Unidos se basaron en perfiles profesionales y modelos de competencias para otorgar permisos y licencias, establecer estándares de los niveles de profesionalización, evaluar y promover el desarrollo profesional de sus miembros. (Mulder, 2007)

Así mismo, Prahalad y Hamel (1990) introdujeron por primera vez el concepto de competencia básica en la estrategia corporativa, concibiendo

las competencias como medios para alcanzar el crecimiento organizacional. Para estos autores, las competencias están relacionadas con la forma de integrar diferentes técnicas de producción y coordinar múltiples fuentes de tecnología para el desarrollo y producción de bienes y servicios innovadores. Esta visión constituyó la base de políticas empresariales basadas en el rendimiento y la competencia y del surgimiento de los Modelos de Gestión Basada en Competencias. (Mulder, 2007)

Esta concepción del término competencia, cuyo origen se dio en el ámbito empresarial en los finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI, se extendió al ámbito de la formación profesional universitaria. Siguiendo esta línea, las competencias enlazan los conocimientos necesarios para la profesión con la aplicación práctica. Esto permite establecer estándares mínimos de desempeño para la cualificación de profesionales en distintas áreas. En varios países, estos estándares incluso se han oficializado (Mulder, 2007).

Como lo señalan Castillo y Cabrerizo:

Cuando alcanza el nivel mínimo requerido en dichas escalas o baremos, se dice que el profesional es *competente* o que está *cualificado para* desempeñar determinada actividad profesional. (...) De este modo se llegan a constituir *perfiles profesionales* cada uno de los cuales, tiene establecidas las competencias que lo constituyen (los conocimientos y la práctica necesarios para su consecución). (Castillo & Cabrerizo, 2009, pág. 100)

2.2.1.3 *Las competencias en el ámbito educativo*

Para Castillo y Cabrerizo la incorporación del concepto competencia al sistema educativo supone una revolución de la cultura educativa tradicional, pues implica un cambio significativo del diseño curricular que ha pasado de un diseño académico concentrado en la adquisición de contenidos, a un diseño práctico enfocado en el desarrollo de competencias. Para estos autores, el cambio es tan profundo que incluso se ha cambiado la denominación del proceso enseñanza-aprendizaje por el de aprendizaje-enseñanza, con el fin de reflejar el nuevo enfoque del sistema educativo, donde el estudiante es el protagonista y el docente pasa a ocupar un lugar auxiliar como orientador, facilitador, guía y asesor (Castillo & Cabrerizo, 2009).

Complementando esta visión, Pimienta y Enríquez, citados en (Tobón, 2010) señalan que el paradigma de la educación centrada en las competencias pone su énfasis en el enfrentamiento a una tarea que generará aprendizaje por la puesta en marcha de todo el ser implicado en su resolución.

De modo general, estos autores concuerdan en los siguientes principios del modelo de competencias:

Pertinencia de la educación con los retos del contexto.

Calidad del aprendizaje en correspondencia con el perfil de formación.

Formación de competencias frente a la transmisión de contenidos.

Cambios en el papel del docente, de transmisor de contenidos a guía, dinamizador y mediador del aprendizaje.

Generación del cambio a partir de la reflexión.

Perrenoud realiza una aproximación crítica al uso del concepto de competencia en el ámbito educativo. Para este autor, el uso del término competencia en educación solamente es útil si y solo si “nos permite identificar de forma más precisa unas finalidades educativas basadas en una formación integral para la vida, y, al mismo tiempo, como instrumento conceptual para la mejora en la comprensión de los procesos de enseñanza y aprendizaje” (Perrenoud, 2012, pág. 15) y añade “A fin de cuentas, el término *competencias* es sólo un recipiente; el problema esencial no radica en competencias sí o competencias no, sino en cuáles son los aprendizajes que situamos en este recipiente.” (Perrenoud, 2012, pág. 15)

2.2.1.4 *Definiciones del término competencia en educación*

El término competencia en educación es un término polisémico que no responde a una única definición. Como lo señala Román, “El concepto de competencia es confuso, equívoco, multifacético y de ‘alto riesgo’ en educación.” (Castillo & Cabrerizo, 2009, pág. 60).

Sin embargo, a pesar de esta cualidad polisémica del término, todas las definiciones mantienen un acuerdo común sobre la importancia de la experiencia, la habilidad, los conocimientos y la práctica para la adquisición de competencias.

Para ilustrar este punto se hará referencia a diversas definiciones de este concepto en el ámbito educativo recopiladas por Castillo y Cabrerizo y Perrenoud:

Para la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OCDE (2005), una competencia “es más que conocimiento y habilidades. Implica la capacidad de responder a demandas complejas, utilizando y movilizandorecursos psicosociales (incluyendo habilidades y actitudes) en un contexto particular.” (Castillo & Cabrerizo, 2009, pág. 60)

Román define las competencias como “Las capacidades-destrezas y valores-actitudes, contenidos sintéticos y sistémicos y métodos o habilidades, donde el contenido y el método son medios para desarrollar capacidades y valores, tanto profesionales como educativos”. (Castillo & Cabrerizo, 2009, pág. 60)

Forgas (2003) señala que:

La competencia es el resultado de la integración, esencial y generalizada de un complejo conjunto de conocimientos, habilidades y valores que se manifiestan a través de un desempeño eficiente en la solución de problemas pudiendo incluso resolver aquellos no predeterminados. (Castillo & Cabrerizo, 2009, pág. 60)

Perrenoud (2004) señala que las competencias son “síntesis combinatorias de procesos cognitivos, saberes, habilidades, conductas en la acción y actitudes, mediante las cuales se logra la solución innovadora a los diversos problemas que plantea la vida humana y las organizaciones productivas.” (Castillo & Cabrerizo, 2009, pág. 60).

Una competencia es la capacidad de aplicar los conocimientos, lo que se sabe, junto con las destrezas y habilidades, lo que se sabe hacer, para desempeñar una actividad profesional, de manera satisfactoria y en un contexto determinado, de manera satisfactoria, sabiendo ser uno mismo y sabiendo estar con los demás. (Castillo & Cabrerizo, 2009, pág. 64)

Para Gillet, “Una competencia es un sistema de conocimientos conceptuales o procedimentales, organizados en esquemas operativos y que permiten, dentro de una familia de situaciones identificar una tarea-problema y resolverla mediante una acción eficaz.” (Perrenoud, 2012, pág. 58)

Tardif, señala;

La competencia es un sistema de conocimientos declarativos (el qué), así como condicionales (el cuándo y el por qué) y procedimentales (el cómo) organizados en esquemas operativos y que permiten, dentro de una familia de situaciones no solo la identificación de problemas, sino también su resolución mediante una acción eficaz. (Perrenoud, 2012, pág. 58)

Para Le Boterf;

La competencia no es un estado. Es un proceso. Si la competencia es un saber-actuar ¿cómo funciona? El operador competente es el que sea capaz de movilizar, implementar de manera eficaz las distintas funciones de un sistema en el que intervienen recursos tan variados como operaciones de razonamiento, conocimientos, activaciones de la memoria, evaluaciones, capacidades relacionales o esquemas

conductuales. Esta alquimia sigue siendo en gran medida terra incognita. (Perrenoud, 2012, pág. 58)

2.2.1.5 *Cuatro enfoques de la formación basada en competencias*

El CIFE (Centro de Investigación en Formación y Evaluación) ha identificado cuatro enfoques con distintas bases epistemológicas para el modelo de formación en competencias con mayor impacto en la educación actual (Tobón, 2010):

Enfoque funcionalista: este enfoque busca que los procesos de aprendizaje y evaluación respondan a objetivos planteados por el contexto externo. Hace énfasis en las actividades y tareas y en la descripción formal de las competencias. Trabaja por módulos.

Enfoque conductual: se desarrolló a partir de 1970 y se basó en algunos postulados del modelo pedagógico conductual. El desarrollo de competencias depende de la demanda organizacional, es decir que las competencias se diseñan para responder a las necesidades externas. La formación se realiza por asignaturas o módulos que se articulan con los requerimientos externos.

Enfoque constructivista: desarrollado a finales de la década de 1980 con el fin de superar el énfasis en actividades y tareas que propone el enfoque funcionalista y busca intervenir en el abordaje de los procesos laborales y

su evolución. Se busca afrontar los retos y disfuncionalidades del entorno. El aprendizaje se organiza en base a situaciones significativas.

Enfoque socioformativo: este enfoque concibe la formación humana integral, el proyecto ético personal a partir del cual el sujeto puede intervenir frente a los retos que le plantea el contexto. El currículo se organiza por proyectos formativos.

2.2.2 Formación basada en competencias: Enfoque socioformativo

Como se indicó en el apartado anterior, existen varios enfoques sobre la formación basada en competencias. Para esta investigación se trabajó en base al enfoque socioformativo.

2.2.2.1 Definición y características

El enfoque socioformativo, enfoque sistémico – complejo o también enfoque complejo, comenzó a estructurarse a finales de la década de 1990 y comienzos de 2000. Para Tobón se caracteriza porque:

Concibe la formación de las competencias como parte de la formación humana integral, a partir del proyecto ético de vida de cada persona, dentro de escenarios educativos colaborativos y articulados con lo social, lo económico, lo político, lo cultural, el arte, la ciencia y la tecnología. (Tobón, 2010, pág. 8)

Entonces, se trata de un enfoque eminentemente práctico que enfatiza en el desarrollo del compromiso ético ante uno mismo y ante el entorno como competencia esencial de la cual se desprenden las demás.

Por otra parte, este enfoque sigue los principios del pensamiento sistémico- complejo. En esta medida, para Tobón el enfoque socioformativo “(...) se encuentra mejor establecido para afrontar los retos actuales y futuros, caracterizados por la inter y la transdisciplinariedad, la multiplicidad de relaciones en contexto, los cambios constantes en todas las áreas y los procesos de caos e incertidumbre.” (Tobón, 2010, pág. 10)

2.2.2.2 *El Pensamiento sistémico – complejo*

El pensamiento complejo es el concepto central del enfoque socioformativo de formación basada en competencias.

El pensamiento complejo se refiere principalmente al entendimiento de la realidad como un sistema cambiante, donde existen múltiples interacciones que provocan una mutua interdependencia de los elementos. En otras palabras, un cambio mínimo puede trastocar toda la organización del sistema y este cambio puede estar sujeto al azar y se caracteriza por la incertidumbre.

Para Tobón, el pensamiento complejo constituye;

(...) un método de construcción del saber humano desde un punto de vista hermenéutico, o sea, interpretativo y comprensivo, retomando la explicación, la cuantificación y la objetivación. Es un método que, en cuanto camino, no está hecho ni trazado sino que se hace caminando. (Tobón, 2005, pág. 3)

Para Morin el pensamiento complejo es aquel que “sustituye al paradigma disyunción/reducción/unidimensionalización por un paradigma de

distinción/conjunción que permite distinguir sin desarticular, asociar sin identificar o reducir.” (Morin, 2007, pág. 34)

Para Lipman, citado por Bujan, el pensamiento complejo es;

(...) el pensamiento que es consciente de sus propios supuestos e implicaciones, así como de las razones y evidencias en las que se apoyan sus conclusiones... Conlleva pensar sobre los *propios procedimientos* de la misma forma que implica *pensar sobre la materia objeto de examen*. (Bujan, 2011, pág. 19)

Siguiendo esta línea de pensamiento, para Díaz y De la Cruz, las competencias que se requieren formar en educación superior, concebidas desde este enfoque, apuntan justamente a la capacidad para responder ante esta realidad compleja, cambiante e interdependiente, trastocando los procesos lineales y la racionalidad técnica basada en el conocimiento teórico para el dominio de la práctica profesional. Como señalan estas autoras, el aprendizaje deberá poner su acento en el desarrollo de competencias en los estudiantes “que les permitan dar respuesta a los problemas reales en todos los ámbitos (sociales, afectivos, profesionales) que dada su naturaleza jamás serán simples.” (Bujan, 2011, pág. 19). Esto implicaría una concepción integral de la realidad y de los problemas profesionales que entra en contradicción con la tradicional organización de materias divididas y aisladas en temas y sectores. Como lo señala Rozo (2003) citado por Tobón; “la construcción de conocimiento debe tener en cuenta las relaciones entre el hombre, la sociedad, la vida y el mundo.” (Tobón, 2005, pág. 4)

2.2.2.3 *Descripción y formulación de las competencias*

Desde el enfoque socioformativo, las competencias se definen como “actuaciones integrales ante actividades y problemas del contexto, con idoneidad y compromiso ético, integrando el saber ser, el saber hacer y el saber conocer en una perspectiva de mejora continua.” (Tobón, 2010, pág. 11).

En esta definición, la competencia se caracteriza porque moviliza los diversos saberes: saber ser (actitudes y valores que integran el saber convivir), saber conocer (conceptos y teorías) y saber hacer (habilidades procedimentales y técnicas) hacia el logro de una meta (identificar, analizar y resolver problemas) en un contexto específico. A diferencia del enfoque tradicional centrado en los contenidos, en el enfoque socioformativo, los contenidos cobran sentido en la resolución de problemas, es decir están implícitos en el ejercicio de la competencia. (Tobón, 2010)

Para describir una competencia desde el enfoque socioformativo se debe tomar en cuenta tres componentes (Tobón, 2010):

Formulación de la competencia: Se realiza a partir del análisis de problemas del contexto, de tal forma que la competencia contribuya a la resolución o atención de éstos, considerando las situaciones presentes y las tendencias futuras. Se estructura en base a un verbo de desempeño (lo que

se hace), un objeto conceptual (lo que se sabe), una finalidad (el valor) y una condición de referencia (dada por el contexto).

Construcción de criterios: Los criterios son las pautas a partir de las cuales se valora la competencia, esto es lo que se evalúa y en referencia a qué. Los criterios descomponen los resultados esperados en función de los diferentes saberes (ser, conocer y hacer) de la competencia. Los criterios también pueden denominarse resultados de aprendizaje, aprendizajes esperados o indicadores.

Planeación de evidencias: Las evidencias son pruebas concretas mediante las cuales se evalúan los criterios.

2.2.2.4 *Secuencias didácticas*

Las secuencias didácticas son una metodología para mediar procesos de aprendizaje de competencias y están compuestos de: problema significativo del contexto, competencias a formar, situaciones didácticas o actividades de aprendizaje, actividades de evaluación y recursos.

En el enfoque socioformativo, las secuencias didácticas se caracterizan por el énfasis en la formación integral y el proyecto ético, todo esto enmarcado en un proceso metacognitivo. El proceso metacognitivo es el que faculta al estudiante no solamente para desarrollar una competencia específica, sino principalmente para la autorregulación del propio

aprendizaje, esto es para desarrollar la competencia de aprender a aprender. (Tobón, 2010)

2.2.2.5 *La evaluación de competencias*

La evaluación de competencias es un proceso fundamental en este modelo. La función de la evaluación es coordinar, regular y orientar los procesos de enseñanza y aprendizaje y debe ser vista desde un punto de vista sistémico donde no se evalúa solamente al estudiante sino a todos los componentes inmersos en el proceso; estudiantes, docentes, recursos, metodología, contexto, etc. En este sentido la evaluación tiene una orientación eminentemente formativa, es decir que apunta al mejoramiento constante del proceso para garantizar el desarrollo de las competencias. (Castillo & Cabrerizo, 2009)

Para estos autores, una buena práctica evaluadora en el ámbito universitario debe suponer la existencia de: unos criterios claros conocidos previamente por todos los implicados, la recogida de información suficiente y relevante del proceso de enseñanza a aprendizaje a partir de los objetivos curriculares, la interpretación valorativa de la información obtenida, la emisión de un juicio valorativo sobre la base de la información obtenida y finalmente, la toma de las decisiones correspondientes. (Castillo & Cabrerizo, 2009)

Además, estos autores enfatizan que la práctica evaluadora;

(...) no acaba después de poner la *calificación*, o de señalar lo que está bien o está mal en las tareas de los estudiantes. Aún falta una actuación fundamental: la *información* a los estudiantes de sus logros o errores; y posteriormente, el diálogo didáctico y la *retroacción* consecuente con la vista de los resultados académicos. (Castillo & Cabrerizo, 2009, pág. 257)

Lo cual implica, consecuentemente que el profesor desarrolle también una competencia docente que abarca la corrección y evaluación de las evidencias, pero también capacidad para el diálogo con los estudiantes en función de ajustar la formación a estos resultados.

Para la evaluación se pueden implementar diversas técnicas e instrumentos, que se escogen en función de sus características, destinatarios, objetivos y el momento de la evaluación. En términos generales, para la evaluación de competencias en el ámbito educativo, Castillo y Cabrerizo clasifican tres técnicas de evaluación con sus respectivos instrumentos:

Técnicas de observación: carpetas, cuadernos, diarios, escalas de observación, informes, registros.

Técnicas de interrogación: cuestionarios, exámenes, pruebas objetivas.

Otras técnicas: tests estandarizados, autoinforme, rúbricas, portafolio, e-portafolio.

Para esta investigación se ha seleccionado la rúbrica como instrumento para la evaluación de competencias.

2.2.3 La rúbrica como instrumento de evaluación de competencias

Una rúbrica es un instrumento de evaluación en forma de guía o matriz que relaciona criterios graduados que permiten valorar la adquisición y desarrollo de competencias en una escala descriptiva que establece niveles progresivos de dominio o pericia en el desempeño que se evalúa. Cebrián, Raposo y Accino, citados por Castillo y Cabrerizo, la definen como:

Es una herramienta que ayuda a definir y explicar a los estudiantes lo que espera el profesor que aprendan, y dispone de criterios sobre cómo va a ser valorado su trabajo con ejemplos claros y concretos. Durante las prácticas el alumno puede observar sus avances en términos de competencias, saber en cualquier momento qué le queda por superar y qué ha superado y cómo” (Castillo & Cabrerizo, 2009, pág. 405)

Tobón señala que la rúbrica es una matriz de valoración cualitativa de las competencias interpersonales de los estudiantes. Díaz y Hernández, citadas por Tobón, señalan “Son instrumentos que posibilitan realizar estimaciones cualitativas dentro de un continuo teniendo en cuenta los procesos y los productos asociados a los criterios de valoración y las evidencias de aprendizaje” (Tobón, 2005, pág. 253)

La Rúbrica o matriz de evaluación tiene tres componentes: (Tobón, 2010)

Competencias, criterios, evidencias y ponderación: Es una descripción de las competencias a evaluar, los criterios de referencia y las evidencias para su evaluación con la ponderación asignada a cada una.

Niveles de dominio: son indicadores que permiten medir los niveles de logro de los estudiantes en el proceso de aprendizaje. Se miden cuatro niveles: inicial-receptivo, básico, autónomo, estratégico.

Recomendaciones para la evaluación: son recomendaciones sobre cómo realizar la evaluación, tiempos de evaluación, procedimientos y la intencionalidad de la evaluación.

Castillo y Cabrerizo señalan que la rúbrica presenta ventajas en el proceso de evaluación tanto para el docente como para el alumno porque; facilita el proceso evaluador, permite determinar y conocer los criterios de evaluación, permite comprobar la idoneidad del trabajo del estudiante y reflexionar sobre la misma, se ajusta a lo establecido en la secuencia didáctica o plan de formación. (Castillo & Cabrerizo, 2009)

Para Stevens y Levi, citados en Bujan;

(...) dado que las rúbricas proveen estándares de ejecución que guían el desempeño y especifican continuos de acción, resultan muy útiles para ubicar el nivel de pericia que se posee y tender de manera consciente, planificada y orientada a dirigir los esfuerzos hacia mejores niveles de ejecución. (Bujan, 2011, pág. 14)

Para Díaz Barriga, citada por Bujan; “Las rúbricas son instrumentos de evaluación auténtica sobre todo porque sirven para valorar el trabajo de los alumnos de acuerdo con “criterios de la vida real”. Implican una evaluación progresiva, así como el ejercicio de la reflexión y autoevaluación”. (Bujan, 2011, pág. 15)

Todos estos autores coinciden además que la construcción de las rúbricas debe estar enlazada a un marco teórico de base, que sustente los criterios de la evaluación y que debe ser el mismo en el cual ha sido construida la secuencia didáctica y las competencias a evaluar. Es decir que en este sentido, no se trata de una herramienta simple, sino que es parte de una cadena sostenida en una base epistemológica coherente en función de un contexto educativo y social particular. Es así que la rúbrica no puede generalizarse a todas las situaciones en todos los ámbitos sino que está ajustada para el grupo, el nivel de la formación y las expectativas trazadas en torno al desarrollo de competencias específicas.

Por esta razón, para Tobón, la validación de la rúbrica se realiza mediante la aplicación del instrumento:

(...) se aplica el instrumento a un grupo de estudiantes con el fin de valorar sus propiedades. Al mismo tiempo se busca que el instrumento en cuestión sea evaluado por personas expertas teniendo en cuenta los criterios y evidencias acordados en la normalización de las competencias. En este proceso se recogen también sugerencias para mejorar la calidad del instrumento. (Tobón, 2010, pág. 244)

Otro detalle que es importante señalar es que las rúbricas son útiles para evaluar tareas donde lo importante es determinar el grado o nivel en que ciertos atributos están presentes en el desempeño del estudiante y no sirven para la evaluación de contenidos aislados de estos atributos. El dominio sobre el contenido, que ha sido el objeto de evaluación de los sistemas pedagógicos tradicionales, viene a formar parte de las competencias que se evalúan, en toda su complejidad, por medio de la rúbrica.

Finalmente la rúbrica es un instrumento formativo, esto es, que la evaluación tiene una misión también de autorregulación del proceso de aprendizaje. El estudiante puede llevar un registro de su propio progreso y en función de éste, establecer, conjuntamente con el docente, medios y estrategias para el desarrollo de aquellos atributos que requieren mayor atención en su caso particular.

2.2.4 Clasificación de las competencias

2.2.4.1 Competencias genéricas

Son aquellas comunes a varias ocupaciones o profesiones. Tobón las caracteriza por aumentar las posibilidades de empleabilidad ya que permiten a las personas cambiar fácilmente de un trabajo a otro y no están ligadas a una ocupación en particular. (Tobón, 2005)

Morin destaca que las competencias esenciales a adquirir mediante la educación son:

Tener en cuenta las limitaciones del conocimiento humano (y sus posibilidades de ilusión, error).

Adquirir un conocimiento global y contextualizado de los temas (que la especialización de las asignaturas dificulta).

Conocer las características de la condición humana (extraídas como síntesis de las diversas disciplinas).

Saber vivir en un mundo globalizado, interrelacionado, cambiante.

Aprender a afrontar las incertidumbres (que se dan en todas las ciencias y que la solución de unos problemas genera otros.)

Ser comprensivo ante los demás seres humanos, en este mundo que conlleva muchas más contactos con personas de diversa condición (física, social, cultural)

Disponer de una formación ética, que deberá obtenerse (más allá de los contenidos de una asignatura) mediante un ejercicio constante de reflexión y práctica democrática. (Morin, 2011)

El Proyecto Tuning (2000) establece que las competencias genéricas en el ámbito universitario se dividen en tres categorías (Castillo & Cabrerizo, 2009):

Competencias genéricas instrumentales: aquellas que corresponden a una función instrumental.

Competencias genéricas interpersonales: aquellas que tienen a facilitar los procesos de interacción social.

Competencias genéricas sistémicas o integradoras: son aquellas que conciernen a los sistemas como totalidad y se desarrollan en la base de la adquisición previa de competencias instrumentales e interpersonales. Suponen una combinación de la comprensión, la sensibilidad y el

conocimiento que permiten al individuo ver cómo las parte de un todo se relacionan y se agrupan.

En la Primera Reunión General del Proyecto Tuning para América Latina llevada a cabo en Buenos Aires en marzo de 2005, se elaboró una lista de 27 competencias genéricas (Anexo 1) que se consultaron a académicos, estudiantes, graduados y empleadores de América Latina entre abril y julio de 2005, obteniendo como resultado un alto consenso sobre la importancia de apuntar su desarrollo en el marco de la formación superior en la región. (Benetoine, 2007)

2.2.4.2 *Competencias específicas*

Son aquellas propias de una determinada ocupación o profesión. Tienen un alto grado de especialización, así como procesos educativos específicos, llevados en programas técnicos.

2.2.4.1 *Competencias laborales*

Tobón las clasifica en: básicas, obligatorias, optativas y adicionales. (Tobón, 2005)

Las competencias básicas son comunes a todo el campo ocupacional y se requieren como apoyo a las demás competencias.

Las obligatorias son aquellas competencias comunes a los puestos de trabajo de una determinada ocupación y son las indispensables para obtener el título de profesional.

Las optativas y adicionales son competencias agregadas que pueden complementar o enriquecer el ejercicio de una profesión.

2.2.4.2 *Competencias técnicas*

Lanuque nombra a las competencias técnicas como aquellas que están referidas a las habilidades específicas implicadas con el correcto desempeño de puestos de un área técnica o de una función específica y que describen, por lo general las habilidades de puesta en práctica de conocimientos técnicos y específicos. (Lanuque, 2013)

2.2.4.3 *Competencias interpersonales*

Gardner fue el primer teórico en proponer formalmente una estructura multifactorial de la inteligencia. Hasta entonces, la medición de inteligencia se había limitado a la evaluación de habilidades verbales, de memoria y lógico-matemáticas. La importancia de la tesis de Gardner para esta investigación fue la inclusión del concepto de inteligencia interpersonal, la misma que define como la capacidad de entender a otras personas;

La inteligencia interpersonal se construye a partir de una capacidad nuclear para sentir distinciones entre los demás: en particular, contrastes en sus estados de ánimo, temperamentos, motivaciones e intenciones. En formas más avanzadas, esta inteligencia permite a un adulto hábil

leer las intenciones y deseos de los demás, aunque se hayan ocultado. (Gardner, 1995, pág. 40)

Gardner añade que esta capacidad no depende del lenguaje y que su desarrollo se relaciona con dos factores propios de la especie humana;

Un factor es la prolongada infancia de los primates incluyendo la estrecha relación con la madre (...) El segundo factor es la importancia relativa que tiene para los humanos la interacción social. Distintas habilidades como cazar, rastrear y matar presas en sociedades prehistóricas requerían la participación y cooperación de una gran cantidad de gente. La necesidad de cohesión en el grupo, de liderazgo, de organización y de solidaridad surge de forma natural a partir de esto. (Gardner, 1995, pág. 41)

Gardner además afirma que si bien existe una predisposición genética para el desarrollo de inteligencias específicas, “Con la suficiente exposición a los materiales de una inteligencia, prácticamente cualquiera que no tenga lesiones cerebrales puede alcanzar resultados significativos en ese campo intelectual”. (Gardner, 1995, pág. 63), esto es, que las inteligencias se pueden entrenar y que el entorno cultural es decisivo en el desarrollo de los distintos potenciales.

Otros autores como Mayer se refieren a la inteligencia emocional como:

(...) la habilidad para percibir con precisión, valorar y expresar emoción; la habilidad de acceder y/o generar sentimientos cuando facilitan pensamientos; la habilidad de comprender la emoción y el conocimiento emocional; y la habilidad para regular las emociones para promover crecimiento emocional e intelectual. (Mayer & Salovey, 1997, pág. 10)

Ya en el campo educativo, Monjas se refiere a las competencias interpersonales como “las conductas necesarias para interactuar y

relacionarse con los iguales... de forma efectiva y mutuamente satisfactoria” (Monjas & Gonzalez, 2000, pág. 18)

Para esta autora, además las competencias interpersonales implican un conjunto de comportamientos adquiridos y aprendidos y no un rasgo de personalidad. (Monjas & Gonzalez, 2000)

Esta autora señala que el desarrollo de la competencia interpersonal inicia en los primeros años, con una participación relevante de la familia y primeras figuras de apego y que se va desarrollando con la exposición a situaciones sociales nuevas, dentro y fuera de la familia, a lo largo de la vida. (Monjas & Gonzalez, 2000)

De aquí que las competencias interpersonales puede aprenderse y modificarse mediante programas específicos como el Entrenamiento en Habilidades Sociales EHS, como lo señala Curran (1985) citado por Monjas, el EHS es “un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales” (Monjas & Gonzalez, 2000, pág. 32)

2.2.4.4 Rol del docente o tutor en la formación de competencias

Díaz señala que el instructor clínico se transformará principalmente en un facilitador del proceso, es decir, un orientador.

Señala que la principal característica que debe tener el educador es tener consciencia de que su actividad docente permitirá enriquecer el proceso educativo y como fin último lograr formar mejores y más eficientes profesionales. (Díaz, Ramos, & Romero, 2005)

Podemos señalar algunas características que harán de un tutor un excelente guía para el estudiante: poseer competencia profesional, ser accesible, receptivo y comprensivo, tener capacidad de establecer un buen entorno laboral (pacientes, profesionales y alumnos), ser capaz de orientar al alumno, priorizar necesidades de aprendizaje del estudiante, limitar los objetivos de enseñanza de cada sesión, enseñar en presencia del paciente, explicar conceptos y técnicas claramente según el nivel de conocimiento del estudiante, otorgar orientación en el momento preciso, estimular al estudiante a reflexionar sobre las experiencias de aprendizaje y su auto evaluación, ser respetuoso y ser capaz de entender los límites de conocimiento del estudiante. (Díaz, Ramos, & Romero, 2005)

Para poder llegar a un aprendizaje significativo existe otro elemento en el que el docente desarrolla un papel importante, que es el establecimiento de una correcta relación estudiante-docente-paciente.

González afirma que si el docente conduce bien la sesión, logrará inducir en el alumno la seguridad necesaria para enfrentar la confianza en el paciente para someterse al tratamiento que realizará el estudiante. (Gonzalez, 2003)

Por último, se debe recalcar que uno de los elementos que el profesor debe tener en cuenta para conducirse en este modelo, es que cada alumno tiene su propio estilo de aprendizaje, que debe ser respetado y valorado.

2.2.5 Competencias interpersonales específicas en los profesionales de la salud

2.2.5.1 La relación odontólogo-paciente y su influencia en la eficacia del tratamiento

Desde la antigüedad, el quehacer sanitario ha tenido como punto central la relación inmediata con el enfermo. Para Lain, la relación con el enfermo no tiene solamente una función práctica sino que ejerce en sí un efecto terapéutico, afirmación que ilustra con una cita del clínico Ersnt von Leyden: “El primer acto del tratamiento es el acto de dar la mano al enfermo” (Lain, 1964, pág. 21)

Jinich por su parte, propone una definición de la relación médico-paciente:

Entiendo la “relación médico-paciente”, en su acepción más amplia, como el variadísimo conjunto de interacciones que tienen efecto entre uno y otro. Se establece desde el momento (o aún antes) en que la persona que se siente o cree enferma acude en demanda de ayuda a la persona que, por su dominio de la técnica (o sea conocimientos, destrezas y habilidades) y por su vocación, ofrece su ayuda. Puede variar, sin duda, desde un trato impersonal y frío hasta alturas sublimes de empatía y amor médico. (Jinich, 2002, pág. 11)

Es así que la relación médico-paciente, en el caso de esta investigación, odontólogo-paciente, es de vital importancia para el curso del tratamiento,

pues en sí misma es terapéutica e influye tanto como la técnica aplicada.

Como lo señala Lain;

En su relación con el enfermo y hasta cuándo cree que su operación es sólo diagnóstica, el médico ejercita siempre, para bien o para mal, una actividad terapéutica. Ni siquiera es necesaria la presencia física del médico para que esto será cierto. Su prestigio social..., el recuerdo que su persona haya dejado, una vez concluida la visita; la confianza en la droga maravillosa que él conoce y todavía no ha llegado al comercio; todo es terapéuticamente importante, todo puede ser terapéuticamente decisivo. Presente o ausente, sin él saberlo, a veces, el médico nunca deja de actuar sobre el enfermo. (Lain, 1964, pág. 21)

Torío Durántez y García Tirado (1997), a propósito del interés que la relación médico- paciente ha tomado para la investigación en los últimos 25 años, señalan:

Por una parte se resalta su importancia, considerando que aspectos tan variados como la satisfacción, el cumplimiento, la percepción de la competencia profesional, la frecuencia de problemas legales en relación a la mala praxis e incluso el pronóstico de la enfermedad o el estado de salud general del paciente, están intensamente relacionados con las habilidades de comunicación del profesional sanitario... Se está pasando de aquella postura que consideraba al buen médico como el paternalista y autoritario que obraba según el principio de la beneficencia... a considerar que la libertad del médico y paciente para negociar es el centro de la práctica médica aceptable. (Torío Durántez & García Tirado, 1997, pág. 27)

Es así que la actitud del profesional sanitario tiene un efecto decisivo en la recuperación del paciente, no solo por el efecto terapéutico intrínseco que implica sino también por la actitud que genera en el mismo paciente frente a las responsabilidades por su propio tratamiento y cuidado.

Queda así demostrada la importancia de la relación odontólogo – paciente en la práctica sanitaria, su relación con el proceso y los resultados de la atención en la consulta dental.

En esta línea, dentro del campo de la odontología, el desarrollo tecnológico ha apuntado al mejoramiento de esta relación. Es así que actualmente se tiene una ventaja frente al concepto antiguo del odontólogo, en el cual el sinónimo de dentista era dolor o miedo. Los tiempos han cambiado, el enfoque de la odontología preventiva sobre la curativa es cada vez un protocolo de trabajo. Técnicas a-traumáticas, materiales menos corrosivos y tratamientos cada vez más estéticos ayudan a establecer las bases de una mejor relación paciente–dentista.

Siguiendo este orden de ideas, también se ha incrementado la investigación alrededor del tema. Respecto al campo odontológico, podemos citar dos trabajos específicos; Smith y Dundes (Smith & Dundes, 2008) en relación a los estereotipos de género en la relación odontólogo-paciente y Freeman (Freeman, 1999) que analiza la interacción odontólogo paciente desde la perspectiva psicodinámica.

2.2.5.2 Factores que determinan la relación odontólogo-paciente

Para esta investigación hemos considerado dos factores fundamentales en la relación odontólogo-paciente: Confianza y motivación.

Sondell dice que en la comunicación y relación con el paciente hay una serie de factores que influyen a la hora de iniciar, mantener y estimular su colaboración, como los modelos y comportamientos verbales y los modelos y comportamientos no verbales. (Sondell, Palmqvist, & Soderfeldt, 2004)

La comunicación dentista–paciente se debe establecer y mantener de manera continua durante todas las visitas y en todas las fases del tratamiento. De este modo, se puede llegar a una plena satisfacción por ambas partes.

Álvarez Quesada señala que la motivación es uno de los mayores retos, donde el odontólogo debe conseguir que lo que se les está enseñando a los pacientes sea aceptado e integrado en sus costumbres y conductas y, de este modo, se convierta en un hábito de salud. (Álvarez Quesada, 2012)

Por otra parte, Sandoval señala que;

La motivación es una respuesta interna del individuo al conocimiento previamente elaborado, que le anima y le empuja a actuar en función de satisfacer una necesidad. Es compleja y conlleva un conjunto de ideas, sentimientos, deseos y esperanzas que inician, mantienen y regulan el comportamiento hacia determinados objetivos. (Sandoval W. , 2003, pág. 17)

Consideramos que dentro de la formación integral de un odontólogo, la comunicación y la motivación deben ser un régimen a seguir para obtener una relación médico-paciente óptima.

Teniendo en cuenta que de la visita inicial al odontólogo se desencadenan lazos de confianza con el paciente creemos que estas aptitudes pueden ser desarrolladas en los estudiantes de odontología a lo largo de sus estudios de pregrado.

Considerando todos los antecedentes descritos, para esta investigación se han seleccionado cuatro campos de competencia a evaluar en los estudiantes de Odontología:

2.2.6 Competencia 1: Comprende las experiencias, sentimientos y temores del paciente de manera empática

Al formar odontólogos debemos tomar en cuenta que el trato con el paciente debe ser integral, es decir, inculcar que un dentista no trata una boca solamente, sino que son personas las que acuden a las consultas. El tratar con personas involucra estar en continuo diálogo con el paciente.

En este ejercicio la capacidad empática es fundamental para el ejercicio del odontólogo. Greenson define la capacidad empática como:

(...) compartir, sentir lo que siente el otro ser humano, es un fenómeno preconsciente que puede provocarse e interrumpirse conscientemente, y puede producirse en silencio y de un modo automático, esencialmente es un tipo de identificación parcial que se ejerce con el otro y se usa para fines de entendimiento y ayuda. (Greenson, 1983, pág. 372)

Dymond, citado por Balarezo define la empatía como “la transposición imaginaria del propio individuo al pensamiento, sentimiento y actuación de

otro y la subsiguiente estructuración del mundo tal como este último lo estructura” (Balarezo, 1998, pág. 66)

Esta capacidad empática es lo que permite al odontólogo la recopilación exhaustiva y confiable de los signos y síntomas por los que acude el paciente, pero también generar una relación positiva de confianza y motivación hacia el tratante y el tratamiento, cuyos efectos terapéuticos ya han sido descritos en los apartados anteriores.

Esta capacidad empática sin embargo, debe ser manejada apropiadamente por el profesional, con el fin de evitar una reacción ansiosa en el odontólogo como resultado de una excesiva implicación en la dolencia del paciente.

Bleger refiriéndose al entrevistador médico señala que su propia personalidad es el principal instrumento de trabajo, y que “(...) al examinar la vida de los demás se halla directamente implicada la revisión y examen de su propia vida, de su personalidad, conflictos y frustraciones.” (Bleger, 2006, pág. 28) por lo que propone que debe actuar en un cierto nivel de disociación: “(...) en parte actuando con una identificación proyectiva con el entrevistado y en parte permaneciendo fuera de esa identificación, observando y controlando lo que ocurre, de manera de graduar así el impacto emocional y la desorganización ansiosa. “ (Bleger, 2006, pág. 28)

Este autor añade que una inadecuada disociación puede resultar en una actitud insensible, como en el caso del “clásico apuro del médico” o un sobre involucramiento que afecte la objetividad del profesional. (Bleger, 2006)

Tratar con personas significa entender y escuchar las dolencias por la que acuden, orientar de la mejor manera posible al paciente y solucionar problemas enfocados de manera sistémica, tomando siempre en cuenta que lo que se le dice al paciente puede influenciar de manera positiva o negativa en la vida cotidiana del mismo.

2.2.7 Competencia 2: Transmite la información relativa al diagnóstico, pronóstico y tratamiento con certeza y claridad hacia el paciente

El término comunicación implica varias acepciones; transmisión, correspondencia, medio, nexo, comunión. Para Bateson “...la comunicación es la matriz en la que se encajan todas las actividades humanas”. (Bateson & Ruesch, 1965, pág. 13)

Esta competencia se refiere a la comunicación entre odontólogo y paciente. En esta relación el paciente se refiere al médico como un testigo o como un intérprete de lo que le pasa, pero también el médico es un emisor de mensajes a su vez. (Lain, 1964)

En el campo de la relación médico-paciente, uno de los enfoques teóricos que describe con mayor precisión las características de la

comunicación es el enfoque sistémico propuesto por Watzlawick y sus colaboradores. Este enfoque, considera que la comunicación es un “conjunto de elementos en interacción en donde toda la modificación de uno de ellos afecta las relaciones entre los otros elementos” (Marc & Picard, 1992). Siguiendo esta línea Madrid Soriano define a la comunicación como “el proceso interpersonal en el que los participantes expresan algo de sí mismos a través de signos verbales o no verbales, con la intención de influir de algún modo en la conducta del otro” (Madrid Soriano, 2005, pág. 98)

Esta aproximación de la comunicación se opone a los modelos tradicionales que establecían la tríada lineal Emisor-mensaje (canal)-receptor, y propone una visión circular de las interacciones, en donde todos los elementos se influyen mutuamente y cada comportamiento tiene un valor comunicativo. En este sentido, la comunicación es un acto humano omnipresente e irrenunciable. Como lo señala Ruesch (1984) citado por Madrid Soriano:

No podemos abstenernos de comunicarnos y en tanto seres humanos y miembros de una sociedad estamos biológicamente compelidos a hacerlo. Nuestros órganos sensoriales están constantemente alerta y registrando las señales recibidas, y dado que nuestros órganos efectores nunca están en reposo, estamos, al mismo tiempo, transmitiendo constantemente mensajes al mundo que nos rodea. Pero la comunicación no se refiere solamente a la transmisión verbal, explícita e intencional de un mensaje; tal como lo utilizamos nosotros, el concepto de comunicación incluye todos los procesos a través de los cuales la gente se influye mutuamente. El lector advertirá que esta definición está basada en la premisa de que todas las acciones y sucesos adquieren aspectos comunicativos tan pronto como son percibidos por un ser humano; esto implica, además, que tal percepción cambia la información que un individuo poseía y, por lo tanto, influye sobre él. (Madrid Soriano, 2005, pág. 99)

Desde este enfoque, odontólogo y paciente conformarían un sistema en el cual se ven influidos mutuamente por las acciones y retroacciones que suponen sus intercambios comunicacionales. Según (Watzlawick, 2002), estos intercambios comunicacionales responden a cinco axiomas:

Es imposible no comunicar: Todo comportamiento es una forma de comunicación. La comunicación está hecha de una multiplicidad de mensajes o unidades comunicacionales que circulan por distintos medios y que tienen un significado para los participantes del hecho comunicativo.

Toda comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel de relación, de tal manera que el último clasifica al primero, y es, por tanto una metacomunicación: Toda comunicación define el modo en que el emisor entiende su relación con el receptor, es decir que además del significado de las palabras y los comportamientos, lleva información sobre como los participantes esperan ser entendidos.

La naturaleza de una relación depende de la puntuación que los participantes hagan de las secuencias comunicacionales entre ellos: los participantes del acto comunicativo estructuran el flujo de la comunicación de diferente forma e interpretan su propio comportamiento como una reacción ante el comportamiento del otro.

La comunicación tiene dos modalidades, digital y analógica: la comunicación digital tiene que ver con el lenguaje y la organización de los

signos y su significado, mientras que la comunicación analógica es toda comunicación no verbal incluyendo la postura, tono de voz, expresiones faciales, entre otros que aporta a la definición de la naturaleza de las relaciones.

Los intercambios comunicacionales pueden ser tanto simétricos como complementarios: La simetría se basa en intercambios igualitarios entre los participantes y la complementariedad se basa en intercambios aditivos que producen un acoplamiento recíproco de la relación. La relación complementaria se da en relaciones jerárquicas, como en la relación odontólogo-paciente.

La confusión entre los códigos, los niveles de relación, las modalidades y el tipo de intercambios produce una comunicación fracasada o disfuncional.

A partir de lo desarrollado se puede distinguir que existen dos canales para la comunicación; el verbal y el no verbal.

La comunicación verbal se refiere al uso de la palabra como medio para transmitir mensajes, es lo que Watzlawick definiría como modalidad digital. Esta es una característica eminentemente humana, como lo señala Madrid Soriano:

La palabra crea relaciones que el hombre, frecuentemente no es del todo consciente ni de su existencia ni de su importancia. La palabra dicha con intensidad creativa tiene una gran fuerza expresiva y puede generar los efectos más contrapuestos, según la carga emocional con que haya

sido pronunciada. Hay palabras que *crean...* y palabras que *destruyen...* y palabras que *matan...* (Madrid Soriano, 2005, pág. 114)

La palabra es una construcción imaginaria, surgida de una convención social dentro de un código que le confiere un significado común, pero que aún así, es contingente a las circunstancias de los que participan en la comunicación, es decir, queda a merced de la interpretación que los comunicantes le otorgan. Becvar (1974) citado por Madrid Soriano señala que;

El significado de cualquier palabra depende del modo en que los individuos la usen. Ninguna palabra significa exactamente lo mismo para dos personas. Nuestra meta debe ser aproximarnos al significado de las palabras de la persona que habla. (Madrid Soriano, 2005, pág. 115)

Sin embargo a pesar de esta evidente polisemia de la palabra, para Watzlawick el lenguaje verbal “es objetivo, definidor, cerebral, lógico, analítico; es el lenguaje de la razón, de la ciencia, de la interpretación y la explicación” (Watzlawick, 2002, pág. 18)

Dentro del campo de la comunicación verbal, encontramos un aspecto distintivo del quehacer médico y odontológico, que muchas veces constituye una barrera para la comunicación funcional entre odontólogo y paciente, esto es el uso de la jerga o argot médico.

Muñoz, define al argot médico como un lenguaje cifrado que utilizan los profesionales sanitarios en su comunicación diaria. Para esta autora, el uso del argot médico tiene tres funciones principales; mantener un lenguaje críptico, inaccesible al vulgo, la protección del paciente o sus familiares y la

defensa ante inseguridades propias y ante la angustia de convivir con situaciones límites. (Muñoz, 2009)

Sin embargo, el uso del argot médico con el paciente o en su presencia tiene un efecto entorpecedor de los intercambios comunicacionales. En este sentido, esta autora también se refiere al uso del argot médico como un ejercicio abusivo del poder del médico sobre el paciente que busca generarle temor y así limitar sus posibilidades de preguntar o mostrar su desacuerdo con el tratamiento;

Según otros miembros de la propia comunidad médica existen situaciones en las que la incomprensión no es algo buscado para beneficiar al paciente, sino para abrumarlo y hasta humillarlo con demostraciones de sabiduría “como forma de resguardar un poder ilusorio” (Muñoz, 2009)

Es así que, en la evaluación de las competencias interpersonales del estudiante de odontología, la claridad con que transmite la información al paciente, es un elemento clave, que habla, no solo de sus habilidades verbales sino también de su actitud respecto al paciente y su padecimiento.

El segundo canal presente en la comunicación es la comunicación no verbal. La comunicación no verbal se refiere a la que se realiza mediante otros medios de expresión y usualmente se utiliza para la expresión de sentimientos y relaciones en la comunicación. Es lo que Watzlawick define como modalidad analógica.

Madrid Soriano señala que existen cinco factores de la comunicación no verbal presentes en la relación de ayuda, que se aplican a la relación odontólogo-paciente;

El primero es el *paralenguaje*, que lo define como “el conjunto de elementos acústicos que acompañan la emisión de la palabra y aportan elementos significativos más allá del... contenido convencional que se concede a la palabra (...)” (Madrid Soriano, 2005, pág. 115), es decir que se refiere al cómo se dicen las cosas. Los signos paralingüísticos son: el tono de voz, la fluidez verbal, la cadencia y tono de las palabras, la pronunciación, el énfasis, las repeticiones, el ritmo, los silencios, las pausas, entre otros.

El segundo factor es la expresión del rostro. El rostro es el lugar del cuerpo donde se manifiestan los sentimientos y actitudes hacia el exterior a través de la tensión o movimiento de los distintos músculos que lo componen. La importancia de la expresión facial en la comunicación es decisiva, como lo señalan Hybels y Weaver (1974) citados por este autor; “Lo que la cara de una persona revela mientras está comunicando un mensaje, marca importantes diferencias en cómo es recibido dicho mensaje (...)” (Madrid Soriano, 2005, pág. 117)

El tercer factor es el contacto visual, que se refiere al contacto establecido a través de la mirada, que informa principalmente acerca del interés y actitud del interlocutor. En el caso del odontólogo y del médico, el contacto visual inicial puede ser uno de los factores determinantes de la

buena calidad de su relación con el paciente, puede ser el criterio que el paciente establezca para afirmar la credibilidad de ese profesional. (Lain, 1964)

El cuarto factor es la postura corporal. Madrid Soriano señala que la postura puede manifestar el estado emocional del interlocutor, así como demostrar actitudes tanto positivas o negativas hacia el paciente.

El quinto factor son los movimientos corporales, es decir, los movimientos de las manos, brazos, pies y demás partes del cuerpo. Estos movimientos usualmente son inconscientes. Los movimientos corporales usualmente acompañan los signos paralingüísticos. (Madrid Soriano, 2005)

Este autor también considera aspectos de la comunicación no verbal; la apariencia externa, el contexto físico y la distancia interpersonal. En general, la capacidad del odontólogo para interpretar la comunicación no verbal de su paciente y manejar su propia comunicación no verbal es crucial en la construcción de la relación terapéutica, pues puede contener importante información acerca de aspectos que son incluso desconocidos para el mismo paciente, no solo de su condición, sino también de su actitud frente al tratamiento y viceversa.

Si bien la capacidad de comunicarnos parece ser un acto espontáneo, diversos estudios revelan que esta capacidad obedece a un complejo proceso de aprendizaje que empieza con la interacción con las primeras

figuras significativas de apego, durante los primeros años de vida y que se va consolidando a través de los años. Esta interacción modela estilos de relación que nos definen en nuestra vida adulta. (Bowlby, 1976)

En este sentido, la capacidad de comunicarnos es una competencia que se puede aprender y desarrollar y no depende de la personalidad individual. Sin embargo, si bien las técnicas para mejorar la comunicación pueden aprenderse, es fundamental para el desarrollo de esta competencia, que el profesional tenga una actitud de ayuda y respeto hacia el paciente, de lo contrario “(...) cualquier técnica utilizada será como una farsa, independientemente de lo bien que se maneje y de cómo haya sido aprendida.” (Casado, 1996, pág. 78)

Dentro del contexto odontológico, esta competencia es crucial para todas las partes del proceso, pero de forma especial incide en el cumplimiento del tratamiento. Muchos odontólogos se quejan de sus pacientes, frases como “no sigue el tratamiento”, “es incumplido en las citas”, “no toma la medicación indicada”, son comunes de escuchar cuando un odontólogo está insatisfecho con los resultados de un trabajo en boca. Sin embargo, no se retroalimenta pensando en que el paciente pudo no haber entendido de forma concisa sus instrucciones o que no encontró la confianza necesaria para comentar algo que no estuvo claro por completo. Lain resume este aspecto acerca de la motivación que produce una comunicación adecuada con el paciente citando a San Agustín, “Lo que dices, dilo de tal manera que

aquel a quien hablas, oyéndote, crea, creyendo, espere, y esperando, ame”
(Lain, 1964, pág. 334)

2.2.8 Competencia 3: Resuelve situaciones éticamente complejas con responsabilidad

Uno de los aspectos centrales en el quehacer sanitario es la resolución de situaciones éticamente complejas. En la odontología en particular, así como en otras profesiones que trabajan directamente con el ser humano, se trata de un tema fundamental en el ejercicio diario.

Respecto a la ética médica, existen diversas definiciones pero que convergen en aspectos comunes como la dignidad, el valor de la vida, la confidencialidad y la no maleficencia.

Lain describe el aspecto ético de la relación médico paciente como un momento de tipo religioso; “Cualquiera que sea la situación histórica y social en que se realice, la relación médica posee en su estructura un momento de carácter ético; en definitiva, de carácter religioso...” (Lain, 1964, pág. 443)

Reyes, por su parte considera que los principios éticos fundamentales del acto médico son: la vida, la dignidad de toda persona, la autonomía del paciente, la cualidad única e irrepetible de cada persona y la precisión del acto médico. (Reyes, 2010)

Merchán propone que los fundamentos de la ética médica se basan en cuatro factores: la promesa del médico, el profesionalismo, el fin último del acto médico y los valores fundamentales de la medicina: vida, verdad, dignidad humana y compasión. (Merchán, 2012)

Por otra parte, los ideales éticos del quehacer sanitario quedan explícitos en la promesa del médico o “Promesa de Ginebra”, que es una versión adaptada de la promesa hipocrática, incorporada en 1948 y revisada en 1968 por la Asociación Médica Mundial (Asociación Médica Mundial, 1968) y reza así:

En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica, prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad; mostraré a mis maestros el respeto y la gratitud que le son debidos; practicaré mi profesión con conciencia y dignidad; la salud de los pacientes será mi primer objetivo; respetaré los secretos que se me confíen aún después de morir el paciente; mantendré por todos los medios a mi alcance el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica; mis colegas serán mis hermanos; no permitiré que consideraciones de religión, nacionalidad, raza, partido político o nivel social se interpongan entre mi deber y mis pacientes; mantendré al máximo el respeto por la vida humana desde el momento de la concepción; incluso bajo amenaza, no usaré mis conocimientos médicos en contra de las leyes de humanidad. Hago estas promesas de modo solemne, libremente y por mi honor.

Es así que más allá de las cualidades vinculantes o no de la promesa, ésta funciona como un indicador de las dimensiones de lo que se considera una actuación ética por parte de un profesional sanitario: servicio, respeto, conciencia, dignidad, prevalencia de la salud del paciente por sobre otros intereses, confidencialidad, no discriminación y respeto por la vida humana.

Una situación éticamente compleja sería aquella en donde todas las decisiones posibles frente a una situación de salud del paciente, comprometan en alguna medida el cumplimiento de estas dimensiones éticas.

En este sentido, como lo señala Reyes acerca del cumplimiento responsable del acto médico:

(...) es horizonte de esperanza, entendido como una decisión ética concreta que se toma en el aquí y ahora, que sirve para negociar entre médico y paciente para lograr lo mejor, todos, enfermo y médico participan para buscar la felicidad, plenitud, cancelar el sufrimiento y angustia del enfermo, al menos paliarlas y ofrecer compañía y calidez humana al sufriente, aún más, tiene componentes psicológicos y sociales pues enfermar es vivir de un modo inhumano, y el acto médico nace y se ejerce en ese ámbito. (Reyes, 2010, pág. 339)

Weingarten señala que la falta de aplicación de preceptos éticos en el ejercicio de la odontología, así como su ausencia en los currículos de las instituciones formadoras de profesionales de la salud bucal, ha generado mala práctica o deterioro de la imagen del odontólogo ante la sociedad. (Weingarten, 1997)

Es precisamente la universidad el lugar donde se adquieren y modifican los patrones o modelos de conducta que se aplicarán en la vida profesional.

En relación con lo anterior, Kenny, detectó tres principales debilidades de la educación ética en los currículos odontológicos. Su publicación abrió un debate mundial en relación con el tema, pues encontró que la actual educación ética en odontología no reconoce que:

La educación no es la respuesta a todo.

La actual enseñanza de la ética es aburrida.

Los contenidos de los cursos son cualitativamente inadecuados para llevar a cabo un verdadero cambio de conducta. (Kenny, 1997)

En la mayoría de los currículos odontológicos el ramo de ética es enseñado en forma tradicional mediante una clase expositiva; Ozar notó que hace tiempo existía la inquietud por realizar innovación de la enseñanza de la ética en odontología y se estaba buscando la forma de hacerla más práctica y entretenida. (Ozar & Sokol, 1994)

Entonces, la incorporación de la ética en el currículum, debería estar orientada a desarrollar en los estudiantes habilidades que les permitan desempeñarse como profesionales responsables, minimizando debilidades y haciéndolos sensiblemente éticos y de una opinión moral bien argumentada.

2.2.9 Competencia 4: Reconoce las limitaciones de sus capacidades técnicas con profesionalismo

La RAE define el término profesión como "Empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución." (RAE, 2001)

Merchán señala que una profesión puede definirse como tal:

Por tener funciones definidas y competencia en un cuerpo especializado de conocimientos y habilidades con un fin determinado,

Por el reconocimiento de deberes y responsabilidades específicas hacia la sociedad.

Por el ejercicio prudente y reservado de personal especializado con fundamentación teórica integral e independencia técnica.

Por el derecho a entrenar, admitir, disciplinar y censurar a los miembros que fallen en sus competencias o en la observancia de sus obligaciones morales con respecto de ese sistema específico de valores morales que definen el marco ejecutorial de dicha profesión y que, en conjunto, son buenas para la sociedad y para la humanidad en general. (Merchán, 2012)

Es así que el ámbito de la profesión odontológica supone un campo claramente delimitado en función a estas cuatro consideraciones.

Esta delimitación permite establecer formalmente el campo de trabajo de la profesión odontológica, dentro de la cual se forman los futuros odontólogos y sobre la cual se establece el compromiso colectivo y gremial que regula su correcto ejercicio. Como lo describe Patiño (2004) citado por Merchán, el profesionalismo médico:

(...) implica responsabilidad social, entendida como compromiso idóneo y de calidad... La autonomía del profesional médico se ejerce en un contexto moral definido por el milenar código de ética hipocrática. La medicina, como actividad intensamente moral que es, ha creado y mantiene sistemas de autorregulación. La autorregulación, o sea el control por pares en el interior de su propia actividad, es otro componente del profesionalismo. (Merchán, 2012, pág. 83)

La formación universitaria califica al profesional graduado para resolver problemas de odontología en general, es decir, procedimientos sencillos como extracciones simples, operatorias y todo lo que concierne a la odontología preventiva.

Dentro de la profesión odontológica, los conocimientos de especialidad son propios de la formación de posgrado, lo que implica una especialización en cada campo de trabajo: Periodoncia, Endodoncia, Ortodoncia, Cirugía maxilo-facial entre otros. Los conocimientos de especialidad que el estudiante desarrolla durante el pregrado son bases para resolución de emergencias en el consultorio, pero de ningún modo lo capacitan para ejercer como un especialista.

Esta distinción entre las capacidades técnicas propias y la necesidad de derivar a otro colega un caso que excede dichas capacidades, es una cualidad fundamental para la práctica profesional de la profesión odontológica.

2.3 Nivel de satisfacción del paciente

2.3.1 *Definición del concepto*

El concepto de satisfacción del paciente es relativamente reciente en el ámbito de la medicina. En la década de 1980 aparecen por primera vez las teorías acerca de la satisfacción del paciente, introducidas principalmente por Avedis Donabedian quien señala que la satisfacción o insatisfacción del

paciente es el principal criterio para la evaluación del aspecto interpersonal del servicio de salud. (Gill & White, 2009)

Podría corresponder a la configuración y servicios de la atención, a los aspectos de la gestión técnica, a las características de la atención interpersonal, y a las consecuencias fisiológicas, físicas, psicológicas o sociales de la atención. Un resumen y balance subjetivo de estos criterios representaría su satisfacción en general. (Donabedian, 1980, pág. 25)

Otra de las teorías acerca de la satisfacción del paciente es la provista por Fox y Storms (1981) denominada teoría de discrepancia y transgresión. Estos autores señalan que la satisfacción del paciente es el resultado de la congruencia entre las orientaciones hacia el cuidado de la salud del paciente y las condiciones de cuidado ofrecidas por el proveedor del servicio. (Gill & White, 2009)

Por su parte, Ware et al. (1983) proponen que la satisfacción del paciente es una función de las respuestas subjetivas del paciente hacia el tratamiento recibido, mediadas por sus preferencias y expectativas personales. (Gill & White, 2009)

Dentro de este ámbito se cuenta también la teoría de los modelos múltiples de Fitzpatrick y Hopkins (1983), quienes señalan que las expectativas están mediadas socialmente y reflejan las metas del paciente respecto a su salud y el grado en que la enfermedad y los cuidados médicos transgredieron su sentido personal de integridad. (Gill & White, 2009)

Por su parte, Linder Pelz (1982) postula que la satisfacción está mediada por las creencias, valores y actitudes personales acerca del tratamiento, tanto como las expectativas previas sobre el mismo. Esta autora define la satisfacción del paciente como una actitud positiva individual hacia las distintas dimensiones del servicio de salud y que esta actitud resulta de la diferencia entre las expectativas que tenía el paciente y su percepción de la experiencia. (Linder Pelz, 1985)

El modelo de Linder Pelz fue desarrollado por Pascoe (1983) para evaluar la influencia de las expectativas en la satisfacción del paciente, y posteriormente desarrollado por Strasser et al. (1993) para crear el modelo de seis factores psicológicos de la satisfacción del paciente: formación de percepciones cognitivas y afectivas, constructos multidimensionales, procesos dinámicos, respuesta actitudinal, iterativa y mejorada por las diferencias individuales. (Gill & White, 2009)

Todas las definiciones aportadas coinciden en dos aspectos básicos; por una parte, que la satisfacción del paciente es un indicador eminentemente subjetivo, y por otra, que se trata de un concepto multidimensional.

Acerca de subjetividad en la evaluación de la satisfacción, Bleich, Özaltın y Christopher, en un estudio realizado en base a los datos obtenidos en la Encuesta Mundial de la Salud 2003 de la OMS en 21 países, encontraron que las expectativas de los pacientes constituyen un predictor de la satisfacción con respecto a la atención médica. En este ámbito,

factores como la edad, el género y la escolaridad influyen en la creación de estas expectativas. Así por ejemplo, personas mayores de 70 años se mostraron más satisfechas con el sistema de salud que aquellas entre los 18 y 29 años. Respecto a la escolaridad, este estudio reveló que las personas con un menor nivel de escolaridad manifiestan estar más satisfechas que aquellas con un mayor nivel. Del mismo modo, las personas que percibían su estado de salud como bueno, regular o mal mostraban menores grados de satisfacción. Además, otros factores como la imagen proporcionada por los medios de comunicación acerca del sistema de salud, los criterios de los líderes políticos y acontecimientos de interés público como la guerra, influyeron en la percepción de la satisfacción por parte de los pacientes. (Bleich, Özaltın, & Christopher JL, 2009)

Otros estudios han tenido hallazgos similares respecto a las diferencias subjetivas que influyen en la satisfacción del paciente, las mismas que incluyen escolaridad, niveles de discapacidad intelectual, física o sensorial, diversidad étnica y cultural, estatus socioeconómico, características demográficas, entre otros. Estos estudios han encontrado que usualmente el 80% o más de los pacientes expresan una satisfacción general con los servicios recibidos, con pocas respuestas negativas sobre algunos ítems. Así por ejemplo, Pope y Mays (1993), Williams y Calnan (1991) y Ownes y Batchelor (1996) encontraron que las personas de mayor edad usualmente se demuestran más satisfechas que las más jóvenes. Así mismo los pacientes con un estado de salud más deteriorado, en general están menos

satisfechos. Sin embargo, las diferencias de origen étnico y estatus socioeconómico no han encontrado un sustento teórico ni empírico confiable dada la poca información de que se dispone (Mc Gee, 1998, Crow et al, 2003). Finalmente, la relación entre pacientes y profesionales es un factor importante al momento de evaluar la satisfacción del paciente, particularmente en el aspecto comunicacional y de competencia técnica. (Measurement of Patient Satisfaction. Guidelines, 2003)

Así mismo, se han encontrado que las diferencias de género afectan la satisfacción del paciente, siendo las mujeres quienes valoran con mayor frecuencia de forma positiva la atención que reciben. Otro factor fundamental también parece ser el nivel de satisfacción experimentado por otros pacientes. (Mira & Aranaz, 2000)

Finalmente, estudios como los de Sixma H (1998) han concluido que el 90% de la varianza en la medida de satisfacción corresponde a factores propios del paciente. (Mira & Aranaz, 2000)

La satisfacción del paciente es un concepto multidimensional que debe ser evaluado factorialmente. Al respecto, varios autores han tratado de sistematizar las dimensiones que componen esta variable.

Wolf (1978) planteó tres dimensiones de la satisfacción del paciente: cognitiva, referente a la cantidad tipo y calidad de información que le fue provista al paciente; afectiva, referida al interés y comprensión percibidos por

parte del prestador de servicios y comportamental, acerca de las competencias técnicas del profesional. (Mira & Aranaz, 2000)

Así mismo, Feletti, Firman y Sanson-Fischer (1986) proponen el análisis de 10 dimensiones: competencia en el dominio físico, competencia en el dominio emocional, competencia en relaciones sociales, médico como modelo, cantidad de tiempo de consulta, continuidad de cuidados percibida, mutuo entendimiento en la relación médico-paciente, percepción del paciente de su individualidad, tipo y calidad de la información y competencia en el examen físico del paciente. De estas competencias, destacan sin embargo como las más importantes; la comunicación, las actitudes profesionales, la competencia técnica, el clima de confianza y la percepción del paciente de su individualidad, (Mira & Aranaz, 2000)

Franco refiere a una encuesta realizada en la ciudad de Buenos Aires a 500 pacientes sobre los aspectos que definen a un buen médico y entre los resultados se demostraron la importancia de la comunicación, la capacidad de escuchar y de explicar en un lenguaje claro, donde se resaltaron los valores humanos por encima del dominio científico. (Franco, 2000)

Para este trabajo de investigación evaluamos la satisfacción del paciente en función de cuatro dimensiones: comunicación, competencia técnica, actitud profesional y clima de confianza.

2.3.2 Comunicación

Se refiere a la percepción de lo que el paciente considera como una comunicación adecuada por parte de su médico tratante.

2.3.3 Competencia técnica

Esta dimensión se refiere a la percepción del paciente acerca de las habilidades y conocimientos propios de la profesión del odontólogo.

La ADEA, en su documento acerca de competencias para el dentista general, ha definido seis dominios de competencias. (ADEA, 2011) El dominio seis, denominado Cuidado del Paciente se refiere a las habilidades y conocimientos propios de la profesión del odontólogo, que se concentran principalmente en las áreas de asesoramiento, diagnóstico, planeación del tratamiento, prevención en salud oral y rehabilitación.

2.3.4 Actitud profesional

Para Godoy el término *profesionalismo* engloba todo lo relacionado con valores, principios, ética y humanismo. Es decir, un odontólogo profesional además de dominar lo científico debe ser alguien con un alto componente ético, humanista y social. (Godoy, 2012)

Al referirnos a actitud profesional del estudiante estamos abarcando aquellas cualidades que debe tener un estudiante al enfrentar situaciones

con el paciente; siendo estas “situaciones” rutinarias o que conlleven cierta complejidad.

2.3.5 *Clima de Confianza*

Este factor se refiere al ambiente creado entre el odontólogo y su paciente y la medida en que este último siente comodidad para intervenir, preguntar y cuestionar críticamente la información y tratamientos propuestos por el odontólogo. Este factor es de particular importancia, pues si bien, la relación odontólogo-paciente es asimétrica, en la actualidad nos encontramos con pacientes más informados sobre su salud dental, preocupados de su bienestar y mucho más críticos sobre el acto odontológico al que se están sometiendo.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Investigación

Se trata de una investigación correlacional, que buscará determinar la incidencia de la variable “Competencias interpersonales del estudiante” en la variable “Satisfacción del paciente atendido durante la práctica clínica”.

3.2 Métodos de Investigación

3.2.1 *Recopilación Bibliográfica*

Se revisó literatura especializada en el campo de la formación basada en competencias, el enfoque socioformativo de competencias, competencias interpersonales y competencias interpersonales específicas de los profesionales de la salud, con el fin de construir el marco teórico sobre el cual se basa esta investigación. También se revisaron documentos relativos a la situación nacional y regional en estos ámbitos con el fin de establecer algunos parámetros del contexto actual de esta investigación.

3.2.2 *Investigación de campo*

Se realizó la aplicación de los instrumentos diseñados para medir las dos variables a poblaciones específicas (estudiantes y pacientes) relacionadas a las prácticas pre profesionales de la carrera de Odontología de la UIDE. Los resultados de esta aplicación fueron analizados cualitativa y cuantitativamente.

3.3 Técnicas

La técnica utilizada para la revisión bibliográfica fue la de resumen y notas bibliográficas.

La técnica utilizada para la investigación de campo fue la encuesta.

3.4 Instrumentos de Recolección de Datos

3.4.1 *Rúbrica de Evaluación de Competencias Interpersonales del Estudiante de la carrera de Odontología*

Es una matriz autoaplicada compuesta por 33 ítems para la valoración cualitativa de las cuatro competencias interpersonales: Empatía, Comunicación, Ética y Profesionalismo. Las preguntas estuvieron referidas a situaciones de la relación con el paciente y se evaluaron mediante una escala de Likert de 5 puntos, siendo 1 el límite inferior con la categoría “Nunca” y 5 el límite superior con la categoría “Siempre”.

Para la validación se realizó una aplicación piloto de un borrador compuesto por 55 preguntas a una muestra de 47 estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. Esta muestra fue seleccionada con los mismos criterios de inclusión, incluyendo el nivel académico, que la muestra del estudio.

Las preguntas de esta rúbrica piloto estaban referidas a los factores evaluados así: respecto a Empatía los ítems 1 al 16, a Comunicación los

ítems 17 al 31, a Ética los ítems 32 al 41 y a Profesionalismo los ítems 42 al 55. (Anexo 6). Posteriormente se realizó la validación mediante la aplicación de la Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas desiguales¹ con un alfa de 0.05, para los cuartiles 1 y 4 de la muestra. Adicionalmente se realizó un análisis de correlación para cada uno de los 55 ítems con el índice total.

Con estos criterios se seleccionaron los ítems que correspondían al cuartil 1 del análisis de alfa crítico ($p < 0.3532$) y al cuartil 4 de correlación (> 0.1405), eliminando los ítems 2, 4, 8, 9, 15, 16, 17, 25, 28, 29, 34, 35, 38, 39, 43, 51, y 55 por estar fuera de estos rangos. (Anexo 7)

Los 38 ítems restantes fueron sometidos a la evaluación de dos expertas. (Anexo 8) Tras este proceso se eliminaron los ítems 5, 6, 7, 30 y 31 por no considerarlos representativos para la medición de los factores. De este modo se obtuvieron los 33 ítems de la rúbrica aplicada. (Anexo 9).

3.4.2 Encuesta de Satisfacción del Paciente

Es un cuestionario autoaplicado para la valoración cualitativa de la satisfacción percibida por el paciente respecto al trato recibido por el

¹ *Prueba t*: es una prueba estadística para determinar si hay una diferencia significativa entre las medias de dos poblaciones independientes y normales. Esta diferencia es significativa si el nivel de significación $p < 0.05$. Se expresa mediante la fórmula $t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}}$, donde \bar{x}_1 y \bar{x}_2 son las medias de las muestras y $s \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}$ es la desviación estándar de la diferencia de las medias.

estudiante. El cuestionario consta de 14 preguntas relativas a los cuatro indicadores de satisfacción: Comunicación, Actitudes Profesionales, Competencia Técnica y Clima de Confianza.

Las preguntas estuvieron referidas a situaciones específicas de la relación con el estudiante que el paciente debía evaluar mediante una escala de Likert de 5 puntos, siendo 1 el límite inferior con la categoría “Nunca” y 5 el límite superior con la categoría “Siempre”.

Para la validación de esta herramienta se realizó una aplicación piloto de un borrador compuesto por 26 preguntas a una muestra de 33 pacientes de la clínica de Especialidades Odontológicas de la UIDE, seleccionada con los mismos criterios de inclusión que la muestra del estudio.

Las preguntas estuvieron distribuidas en función de los cuatro indicadores de satisfacción evaluados de la siguiente forma, los ítems 1,5,8,13,17 y 21 se referían a Comunicación, los ítems 2,6,14,18,22 y 25 a Actitud Profesional, los ítems 3,9,11,5,19,23,26 a Competencia Técnica y los ítems 4,7,10,12,16,20,24 a Clima de Confianza. (Anexo 10)

Posteriormente se realizó la validación mediante la aplicación de la Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas desiguales con un alfa de 0.05, para los cuartiles 1 y 4 de la muestra (Anexo 11). Adicionalmente se realizó un análisis de correlación para cada uno de los 26 ítems con el índice total.

Con estos criterios se seleccionaron los ítems que correspondían al cuartil 1 del análisis de alfa crítico ($p < 0.1612$) y al cuartil 4 de correlación (> 0.3392), excluyendo los ítems 1, 2, 3, 4, 6, 10, 14, 17, 21, 22, 23 y 26 por estar fuera de estos rangos, quedando los 14 ítems de la encuesta que se aplicó a la muestra. (Anexo 12)

3.5 Población y Muestra

La población para esta investigación correspondió a los estudiantes de 6º, 8º y 10º semestre de Odontología de la UIDE matriculados en el segundo semestre del año lectivo 2012 -2013 y a los pacientes atendidos en la Clínica de Especialidades Odontológicas de la UIDE en el segundo semestre del año lectivo 2012 -2013.

La muestra de estudiantes fue equivalente a la población y se compuso por 69 sujetos. (Gráfico 1 y Gráfico 2)

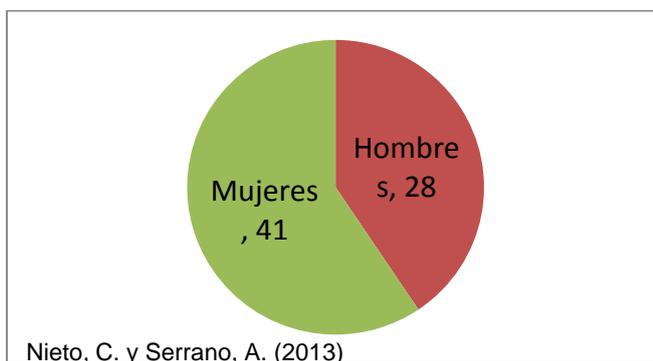


Gráfico 1. Composición de la Muestra 1: Sexo

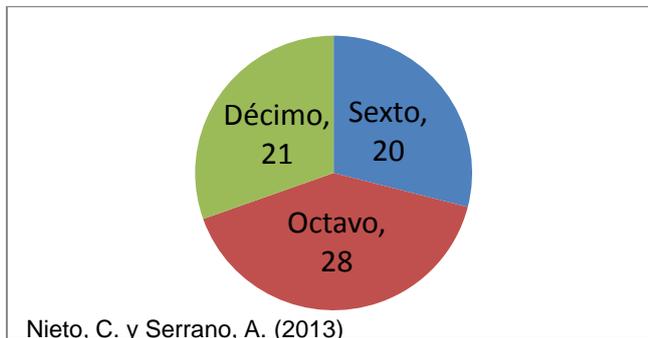


Gráfico 2. Composición de la muestra 1: Nivel Académico

Los criterios de inclusión para la muestra de estudiantes fueron: estudiantes de Odontología matriculados durante el segundo semestre del año lectivo 2012-2013, que tomen créditos de Prácticas Preprofesionales y que hayan atendido por lo menos tres pacientes durante el período académico señalado.

La muestra de pacientes estuvo conformada por 207 pacientes seleccionados de manera aleatoria dentro de la base de datos de pacientes atendidos por cada estudiante. (Gráfico 3, Gráfico 4 y Gráfico 5)

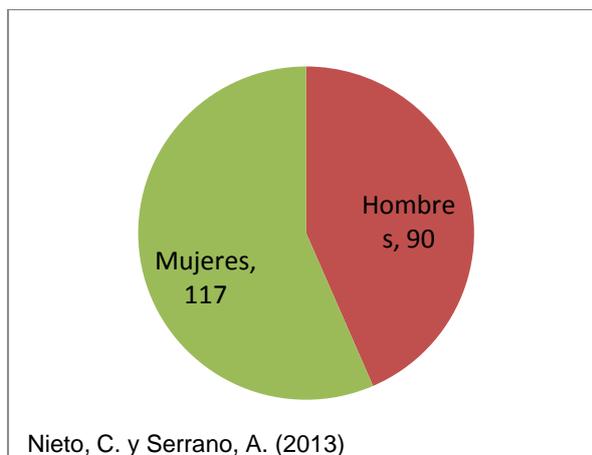


Gráfico 3. Composición de la Muestra 2: Sexo

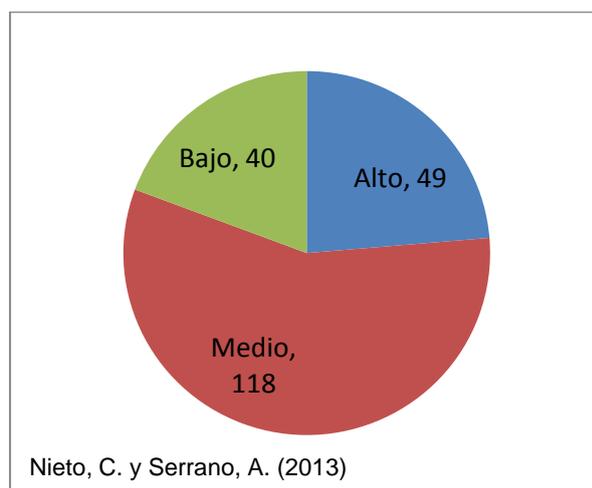


Gráfico 4. Composición de la Muestra 2: Nivel Socioeconómico

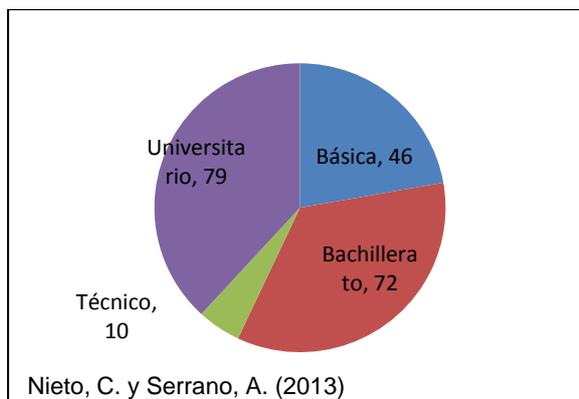


Gráfico 5. Composición de la muestra 2: Nivel de Instrucción

Los criterios de inclusión para la muestra de pacientes fueron: que se trate de pacientes atendidos en la Clínica de especialidades Odontológicas de la UIDE durante el segundo semestre 2012 -2013, que se encuentran actualmente en tratamiento y que no hayan participado en la validación del cuestionario.

3.6 Procedimientos de Investigación

La recolección de información se realizó de la siguiente manera:

Se realizó una aplicación grupal de la Rúbrica a los 69 estudiantes al final del período académico. Para controlar posibles sesgos en la medición, antes de la aplicación se tomó las siguientes medidas:

Se explicó a los estudiantes el objetivo del instrumento y el modo de llenado.

Se indicó a los estudiantes que se trata de un proceso ajeno a la evaluación académica.

Se garantizó el manejo confidencial de la información recolectada y su uso con fines estrictamente académicos.

Se solicitó la participación voluntaria de los estudiantes.

Se presentó la rúbrica a cada estudiante para su autoresolución.

Se aplicó individualmente la Encuesta de Satisfacción a 207 pacientes mediante dos modalidades: aplicación directa en la sala de espera y por vía telefónica. Para controlar posibles sesgos en la medición, en cada aplicación se tomó las siguientes medidas:

Se explicó que se trata de un proceso ajeno a la institución y que por lo tanto no tendría incidencia en su tratamiento o en la calificación de los estudiantes.

Se explicó clara y detenidamente el objetivo del instrumento y el proceso para contestar el cuestionario.

Se garantizó el anonimato y el manejo confidencial de la información recolectada y su uso con fines estrictamente académicos.

Se solicitó la participación voluntaria del paciente.

Se presentó la encuesta al paciente para su autoresolución.

3.7 Formulación de la Hipótesis

3.7.1 *Hipótesis principal*

Las competencias interpersonales de los estudiantes de la carrera de Odontología sí inciden en la satisfacción del paciente atendido durante la práctica clínica. $H_a: r_{VI,VD} \neq 0$

3.7.2 *Hipótesis nula*

Las competencias interpersonales de los estudiantes de la carrera de Odontología no inciden en la satisfacción del paciente atendido durante la práctica clínica. $H_o: r_{VI,VD} = 0$

3.8 Variables de investigación

Se trabajó con dos variables, una variable independiente VI y una variable dependiente VD. La operacionalización de estas variables se encuentra descrita con detalle en (Anexo 5)

VI: Competencias interpersonales de los estudiantes.

VD: Satisfacción del paciente atendido durante la práctica clínica.

3.9 Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento cuantitativo de los datos se realizó mediante el paquete informático Excel 2007. El análisis cualitativo de los datos se realizó en base al marco teórico.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Introducción

Para el análisis de datos se consideró el promedio de los resultados totales obtenidos en la rúbrica. Se consideró el trabajo con índices para que las variables a trabajar se encuentren expresadas en la misma escala de 1-5 puntos.

4.2 Caracterización de las competencias interpersonales de los estudiantes de la carrera de Odontología

Respecto a los estudiantes, los resultados (Ver Anexo 13) sugieren que se trata de una muestra relativamente homogénea. El 50% de los datos se ubican por encima de 4.15, valor ligeramente superior a la media de 4.099, lo que indica que la mayor parte de la muestra ha obtenido índices elevados en la evaluación de competencias interpersonales. Esta discrepancia entre ambas medidas también evidencia el sesgo hacia la izquierda que presenta el histograma. (Gráfico 6)

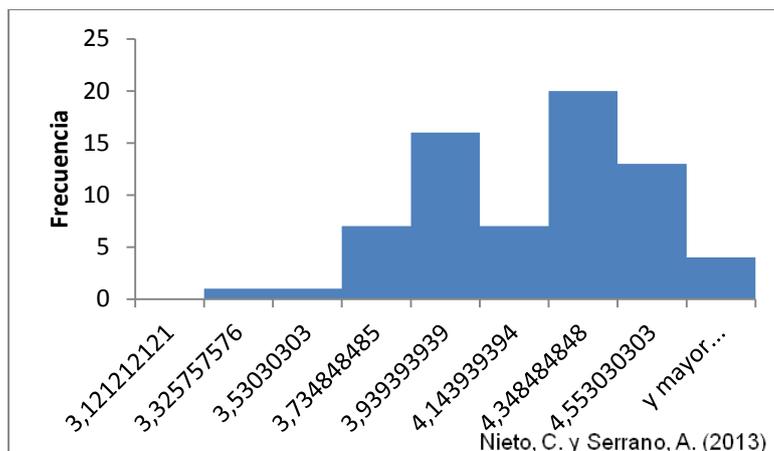


Gráfico 6. Índices globales de competencia interpersonal

Adicionalmente se realizó un análisis de los índices agrupados en las cuatro categorías de competencias interpersonales: Empatía, Comunicación, Ética y Profesionalismo, con el objetivo de describir cómo estos factores explican el índice global.

Se observa que la mediana en cada uno de los factores es mayor a la media. Esto nos indica que existe una acumulación de datos hacia la derecha y en consecuencia sugiere que la muestra presenta un alto desempeño en las competencias interpersonales evaluadas. Por otra parte, los factores analizados explican altamente el índice general, mostrando una correlación superior al 52%. (Tabla 1)

Tabla 1. Resultados de Estudiantes agrupados por factor

<i>Factor</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>Correlación con Índice global</i>
Empatía	4,249	4,333	0,75791685
Comunicación	4,0869	4,125	0,788518645
Ética	4,0724	4,1666	0,52423614
Profesionalismo	3,9913	4	0,72845424

Nieto, C. y Serrano, A. (2013)

En el caso de los factores Ética y Comunicación, esta correlación se explica estructuralmente por la correspondencia entre los índices comprendidos en los rangos 4 - 4.25 y 4.5 - 4.75 de cada factor con el índice global. Para el caso del factor Empatía, solamente los valores comprendidos en el rango 4.25 – 4.5 explican mayormente esta correlación. Por otra parte, para el factor Profesionalismo, los valores comprendidos entre los rangos 3,75 - 4,75 explicarían esta correlación. Se puede ver que este comportamiento también se da entre los valores de los extremos. (Gráfico 7, Gráfico 8, Gráfico 9 y Gráfico 10).

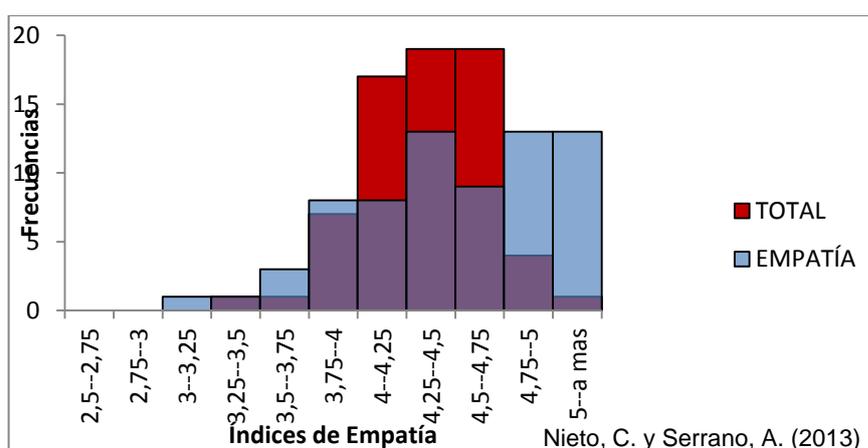


Gráfico 7. Empatía frente a Índice compuesto

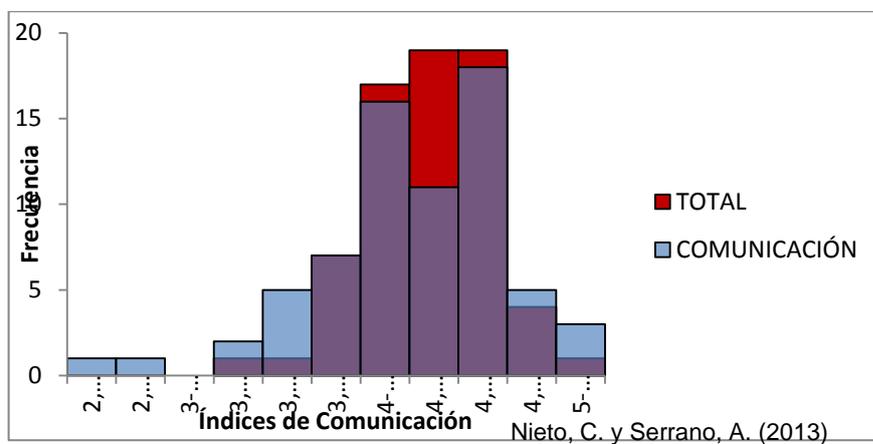


Gráfico 8. Comunicación frente a Índice compuesto

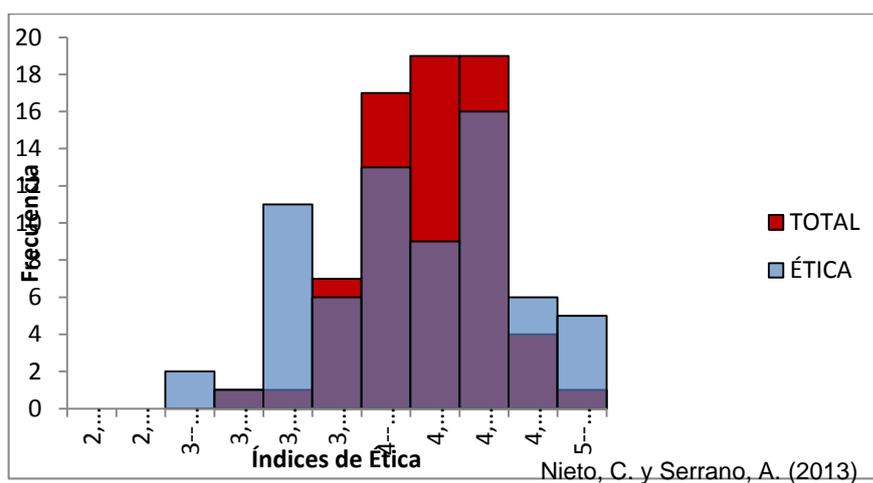


Gráfico 9. Ética frente a Índice compuesto

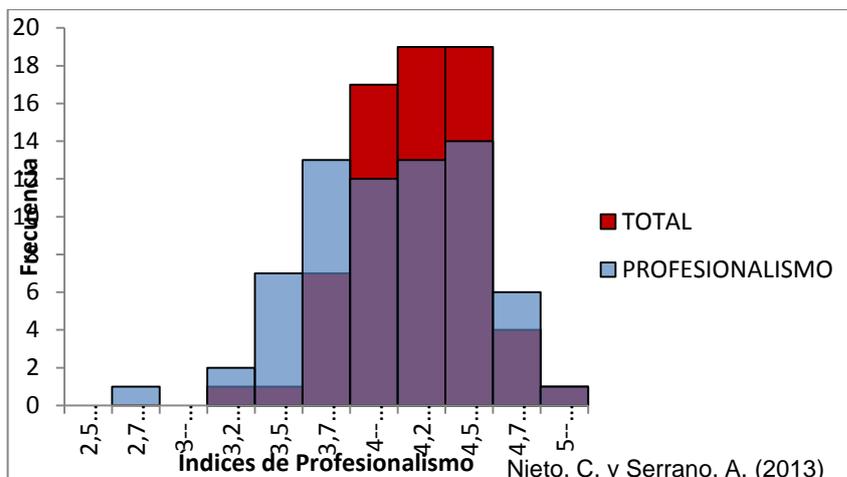


Gráfico 10. Profesionalismo frente a Índice compuesto

Sobre esta muestra también se realizó la Prueba t. Para este análisis no se consideraron las variables estado civil y definición étnica del estudiante debido a que la muestra es muy homogénea con pocos representantes de otras categorías. Con esta prueba se pudo ver que no existen diferencias significativas ($p > 0,05$) relacionadas al sexo ni edad de los participantes. En cambio, hemos comprobado que existe una diferencia significativa ($p < 0,05$) entre los índices obtenidos por los estudiantes de 10º semestre con relación a los de 8º y 6º. Así mismo, este grupo presenta una media de 3.85, la más baja de los tres grupos y de un valor inferior a la media global. Por otra parte, las diferencias entre los estudiantes de 6º y 8º no son significativas ($p > 0,05$). (Anexo 15)

4.3 Caracterización del nivel de Satisfacción de los pacientes atendidos en la Clínica de Especialidades Odontológicas de la UIDE

Respecto a los resultados de la muestra de pacientes (Anexo 16) se puede observar que los datos de esta muestra se encuentran agrupados hacia la derecha. La alta frecuencia en las últimas clases se debe a que alrededor del 80% de los datos supera el valor de la media de 4.798. Además, el 72% de los sujetos han alcanzado la máxima puntuación de la escala, esto es 5 puntos. Este grupo está caracterizado por sujetos de sexo femenino, con edad entre los 16 y 35 años, de estado civil casado y soltero, de nivel socioeconómico medio, con nivel de instrucción bachillerato y universitario, que se autodefinen como mestizas y que han asistido entre 1 y 10 citas. (Gráfico 11)

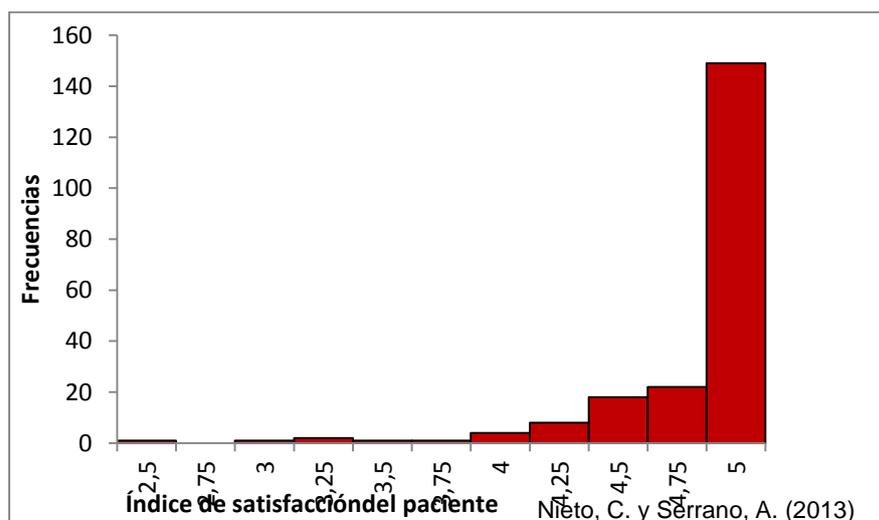


Gráfico 11. Índices globales de Satisfacción del paciente

Con el objetivo de describir la participación de los factores en el índice global, se realizó un análisis de los índices agrupados en cuatro factores; Comunicación, Actitud Profesional, Clima de Confianza y Competencia Técnica.

En los cuatro factores la mediana es mayor a la media y equivale al valor máximo de la escala. Esto nos indica que el comportamiento de la muestra en cada factor es similar al del índice global con una elevada concentración de datos hacia la derecha. Además la correlación de todos los factores con el índice global supera el 80%. (Tabla 2)

Tabla 2. Resultados de pacientes agrupados por factor

<i>Factor</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>Correlación con índice global</i>
Comunicación	4.8019	5	0.8428
Actitud profesional	4.8357	5	0.8291
Competencia Técnica	4.7745	5	0.8759
Clima de confianza	4.7884	5	0.9215

Nieto, C. y Serrano, A. (2013)

En todos los factores, la correlación se explica en mayor medida por la correspondencia de los índices con valor 5 con los índices globales. En Comunicación y Clima de confianza, también los valores comprendidos en el rango 4.75 – 5 explican esta correlación, mientras que para el caso de Competencia técnica, los índices comprendidos entre 4.5 – 5 explicarían la correlación de este factor con el índice global. (Gráfico 12, Gráfico 13, Gráfico 14 y Gráfico 15).

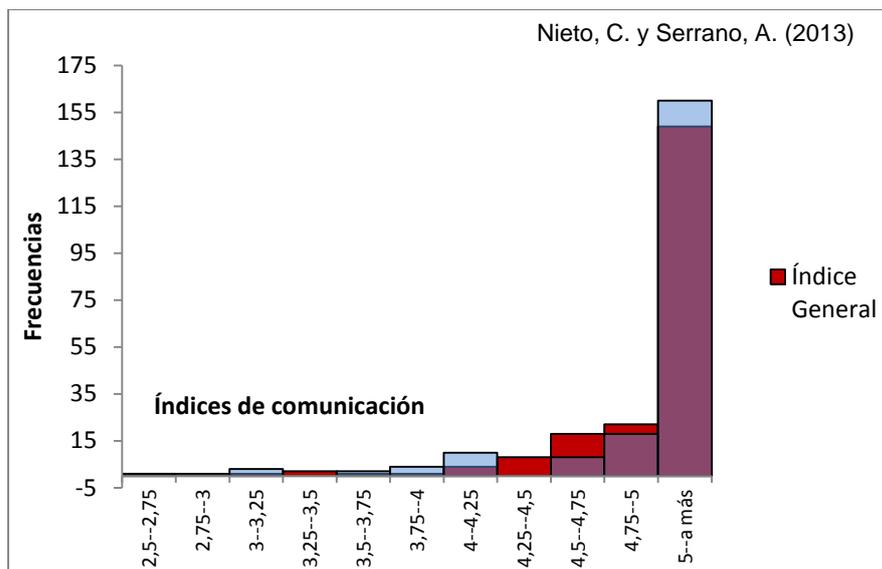


Gráfico 12. Comunicación frente a Índice compuesto

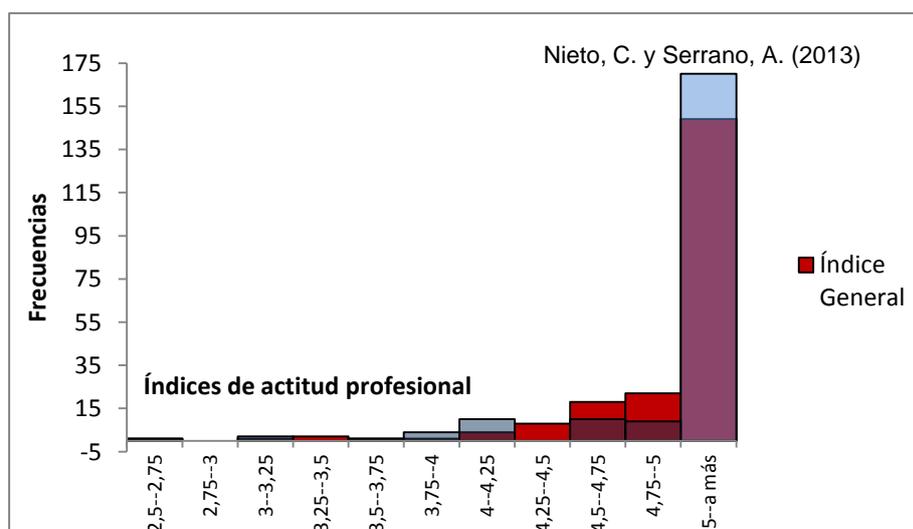


Gráfico 13. Actitud Profesional frente a Índice compuesto

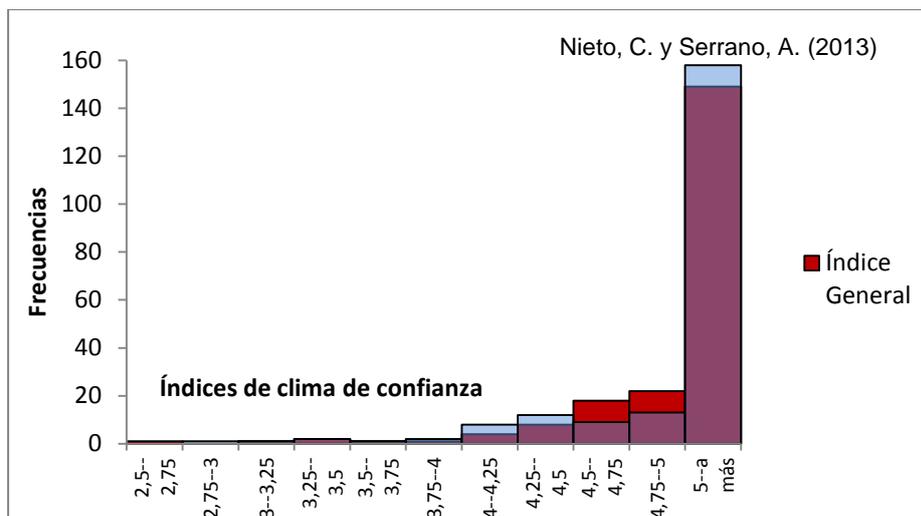


Gráfico 14. Clima de confianza frente a Índice compuesto

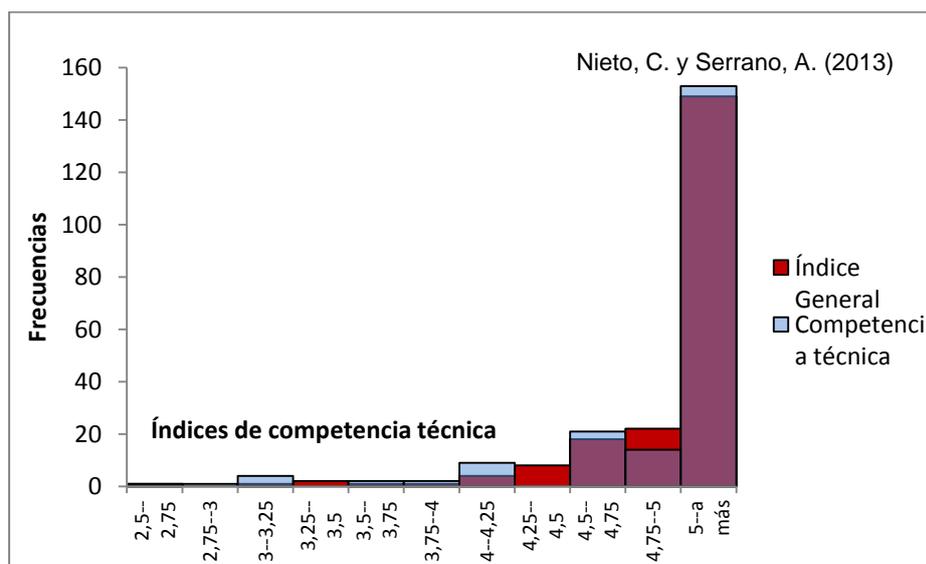


Gráfico 15. Competencia Técnica frente a Índice compuesto

También se realizó la Prueba t para varianzas desiguales para la muestra agrupada. Con esta prueba se pudo ver que no existen diferencias significativas ($p > 0,05$) relacionadas a los factores sexo, estado civil, domicilio, ocupación, nivel de instrucción y número de citas asistidas.

Tampoco hay diferencias significativas relacionadas al nivel académico, edad y sexo del estudiante que les atendió. No se consideró la variable definición étnica de los pacientes ya que no se encontró representación significativa de otras categorías además de la de “mestizo”. (Anexo 18).

Respecto a la edad de los pacientes encontramos diferencia ($p < 0,1$) entre los grupos de 16-35 años y los de 36-55 y 56 o más años. El grupo de 16-35 años presentó una media de 4.86, más alta que las demás, siendo la mayor diferencia con el grupo de 56 años o más. Esta información es consistente con la categorización de los pacientes que obtuvieron el máximo puntaje en la encuesta.

Además, se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los pacientes de nivel socioeconómico Bajo en relación a los de nivel Medio y Alto. Este grupo también presenta la media más alta y de un valor superior a la media global, lo que nos indica que este grupo tiende a puntuar más alto su satisfacción con la atención recibida. Las diferencias entre los niveles Alto y Medio no son significativas.

4.4 Procedimiento de la prueba de Hipótesis

Se aplicó una regresión lineal² a los índices de pacientes en relación al índice global de estudiantes y nivel socioeconómico de los pacientes. Esta

² *Análisis de regresión lineal*: técnica estadística utilizada para explorar y cuantificar la relación entre una variable llamada dependiente Y y una o más variables llamadas

última variable se escogió porque explica significativamente la variabilidad de resultados, de acuerdo con la Prueba t. Las otras variables relacionadas a las características de los pacientes y de los estudiantes que los atendieron no se tomaron en cuenta para la regresión porque no incidieron significativamente en la variabilidad de los índices de satisfacción con esta misma prueba (Tabla 3)

Tabla 3. Regresión lineal 1

	<i>Coefficientes</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Inferior 95%</i>	<i>Superior 95%</i>
Constante	5,15	0,00	4,49	5,81
Índice				
Estudiantes	-0,11	0,16	-0,27	0,05
Nivel Bajo	0,22	0,01	0,06	0,38
Nivel Medio	0,11	0,08	-0,01	0,24
<i>Coefficiente de Determinación: 0,043</i>				
Nieto, C. y Serrano, A. (2013)				

Estos resultados nos muestran que existe una relación inversamente proporcional entre el índice de competencias interpersonales (VI) y el índice de satisfacción de los pacientes (VD), sin embargo, esta relación no es estadísticamente significativa al 95% de confianza (probabilidad mayor al 5%), es decir que la influencia de la VI no explica la variabilidad de la VD. Por otra parte, si existe una correlación significativa entre el nivel

independientes o predictoras \mathcal{X} . Este modelo se expresa mediante la fórmula $y_i = \beta_1 + \beta_2 x_i + u_i$ ($i= 1, 2, 3...n$) donde \mathcal{Y} representa la variable dependiente, \mathcal{X} la variable dependiente, β_1 y β_2 los parámetros estimados a partir de la observación y u el error que ajusta la influencia de otras variables predictoras no consideradas en el modelo.

socioeconómico del paciente y sus resultados en la encuesta, tal como se había encontrado antes. Así mismo, el coeficiente de determinación³ es del 4,3% lo que indica que este modelo explica limitadamente la relación de las variables.

Encontramos que la constante es de 5.15, valor superior al rango máximo de los índices, situación que se explica porque la herramienta utilizada no ha sido diseñada para realizar una regresión sobre intervalos, además consideramos que la alta existencia de datos con el rango máximo (5) influye en este resultado, el cual sin embargo, no afecta la comprobación de la hipótesis. La constante se refiere al grupo poblacional ubicado en el nivel socioeconómico Alto, por lo que los resultados nos señalan que este grupo es el que ha obtenido menores puntajes en relación a los otros niveles socioeconómicos, con una diferencia de 0.22 con el nivel Bajo y 0.11 con el nivel Medio, esta última no significativa al 95% de confianza.

En función de estos resultados se ha realizado una segunda regresión con el índice de estudiantes descompuesto en sus factores, con el fin de identificar si existe una compensación entre factores que explique la relación poco significativa con el índice de satisfacción del paciente. (Tabla 4)

³ *Coeficiente de determinación*: es el porcentaje de variabilidad explicada por la regresión con respecto a la variabilidad total. Se expresa con la fórmula $R^2 = \frac{SEC}{STC}$ donde *SEC* es la suma de estimaciones al cuadrado y *STC* la suma total de cuadrados.

Encontramos que los factores Comunicación y Ética del estudiante tienen una correlación significativa con la Satisfacción del paciente, a diferencia de Empatía y Profesionalismo que no explican su variabilidad. Esto podría explicar la compensación, ya que hay dos factores no significativos y dos factores significativos pero que actúan en direcciones opuestas. De este modo el factor Comunicación tiene una relación directamente proporcional con el Índice de satisfacción mientras que el factor Ética tiene una relación inversamente proporcional. Por otra parte un análisis de las magnitudes nos indican que el incremento del Índice de satisfacción es mayor con el incremento del factor Comunicación (0.15 puntos) que con la disminución del factor Ética (0.13 puntos), es decir que la variación en términos absolutos es mayor con la variación del factor Comunicación. Se considera que el factor Comunicación tiene una mayor incidencia por ser el factor más evidente para el paciente en su relación con el odontólogo y que puede incluir a los otros tres.

Tabla 4. Regresión lineal 2

	<i>Coefficientes</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Inferior 95%</i>	<i>Superior 95%</i>
Constante	5,42	0,00	4,75	6,09
Empatía	-0,04	0,51	-0,17	0,09
Comunicación	0,15	0,03	0,01	0,29
Ética	-0,13	0,03	-0,25	-0,02
Profesionalismo	-0,13	0,06	-0,26	0,00
<i>Coefficiente de Determinación: 0,05</i>				
Nieto, C. y Serrano, A. (2013)				

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

En base a la investigación documental realizada, se encontró que la formación basada en competencias es un sistema pertinente en Educación Superior, ya que facilita el nexo directo con el campo profesional para el cual se prepara a los estudiantes, pues busca no solo el desarrollo de la pericia técnica, sino también el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas que les permitan enfrentar una amplia gama de potenciales problemáticas en su vida profesional.

Dentro de este ámbito, se encontró que el enfoque socioformativo se ajusta a estos objetivos, pues a diferencia de los otros, concibe lo profesional como parte de un rol más complejo que el sujeto cumple dentro de su entorno social y que por lo tanto, debe ser lo suficientemente flexible para ajustarse a los cambios permanentes del contexto.

Además, se encontró una coincidencia generalizada acerca de la importancia de la relación entre odontólogo y paciente para el éxito del tratamiento. La empatía, la ética, la comunicación y el profesionalismo son competencias indispensables para que el odontólogo pueda ejercer su profesión. No se trata solamente de “ser amable” o ser un odontólogo “agradable con los pacientes”, sino que el desarrollo de estas competencias va más allá de las habilidades sociales, por así decirlo, estándar. Las competencias interpersonales son en sí herramientas para el ejercicio

profesional, son competencias laborales específicas. Un odontólogo que no haya desarrollado estos ámbitos, ciertamente tendrá serios vacíos al momento de relacionarse con el paciente, objeto principal de su trabajo.

En el ámbito global, las distintas asociaciones internacionales de Medicina y Odontología han visto la importancia de integrar de manera explícita el desarrollo de estas competencias en la formación de pregrado. Sin embargo, en el ámbito nacional, este aspecto ha quedado postergado frente al desarrollo de otras competencias laborales específicas del odontólogo como las habilidades para el diagnóstico y manejo de instrumental y materiales. En base a las observaciones realizadas se encontró que esto podría relacionarse con la creencia tanto de docentes como de estudiantes, que las competencias interpersonales son una característica personal que no puede ser influenciada significativamente por el aprendizaje, y que por lo tanto son un factor transversal e inherente a la práctica clínica.

Es así que, si bien las competencias interpersonales se consideran un resultado esperado de la formación del odontólogo de la UIDE, su desarrollo no cuenta con una asignación curricular específica, excepto la materia de Ética profesional que forma parte de las materias generales a todas las carreras de la universidad.

Esto lleva a presumir que esta transversalidad supuesta a las competencias interpersonales en la malla curricular ha sido la principal causa de su invisibilización.

Del análisis de datos obtenidos en las muestras se encontró una alta correspondencia entre los factores evaluados con los índices globales, tanto en la Rúbrica como en la Encuesta, lo que permite concluir que las herramientas utilizadas fueron adecuadas para la medición de estos factores.

Por otra parte, se encontró que en general los estudiantes han evaluado sus competencias interpersonales con altos puntajes. Aunque se trata de una evaluación de la percepción subjetiva, estos resultados nos dicen que los estudiantes reconocen la importancia de mantener un trato cálido y empático con los pacientes. Sin embargo, se encontró que los estudiantes de 10º semestre han obtenido los puntajes más bajos de todo el grupo. Esto lleva a pensar que la importancia atribuida a las competencias interpersonales tiene relación con las expectativas frente a la práctica clínica, que son mayores entre los estudiantes de 6º que se relacionan con pacientes por primera vez, y que, a medida que los estudiantes adquieren destreza técnica y confianza en el ejercicio profesional, el trato al paciente pasa a un segundo plano.

Para esta muestra se encontró que no existen diferencias significativas entre los índices obtenidos por hombres y mujeres, lo que nos podría sugerir

que hay una limitada acción de los estereotipos de género que identifican las competencias interpersonales con lo femenino.

Del análisis de la muestra de pacientes se encontró que los pacientes se encuentran altamente satisfechos con la atención brindada por los estudiantes. En términos generales, no se encontraron diferencias significativas en los resultados obtenidos por los pacientes en función de sus características personales o de los estudiantes que los atendieron. Dada la poca variabilidad de los resultados, se puede suponer que los pacientes no valoran de modo específico las competencias interpersonales, sino principalmente la efectividad en el alivio de la dolencia. Se llegó a esta conclusión pues la muestra estuvo compuesta por pacientes que siguen en tratamiento, es decir que en términos generales se encuentran satisfechos y comprometidos con su tratamiento.

Por otro lado, se encontraron diferencias significativas en los resultados obtenidos entre los pacientes de nivel socioeconómico Alto y Medio, en relación a los de nivel Bajo, siendo éstos últimos los que registraron los puntajes más altos. Esto conduce a concluir que los pacientes de nivel Alto y Medio son más exigentes respecto al trato recibido y se cree que esto se debe a que existe la percepción de que las diferencias sociales son menores entre ellos y los estudiantes, lo que no sucede con los pacientes de nivel Bajo. Además se encontró que esta variable explica significativamente la variabilidad de los resultados de satisfacción del paciente.

De modo general se encontró que la correlación entre las Competencias Interpersonales de los Pacientes (VI) y la Satisfacción del Paciente (VD) no es significativa. Se pensó que este resultado se debe a que en el caso de los estudiantes, la herramienta midió la auto percepción de los estudiantes, lo cual representa una evaluación parcial de las competencias interpersonales. En este sentido, se podría decir con mayor precisión que este estudio encontró que, la autopercepción de los estudiantes sobre sus competencias interpersonales no incide en la satisfacción del paciente. Sin embargo, hemos visto que la VD si mantiene una relación significativa directamente proporcional con el factor Comunicación e inversamente proporcional con el factor Ética, siendo la variación en valor absoluto mayor para el factor Comunicación. Se considera que esta relación se explica porque el factor Comunicación es más evidente en la relación del paciente con el odontólogo y su evaluación puede incluir a los otros factores, mientras que la Ética es un factor que se aparece solamente en situaciones específicas.

Por la naturaleza de la investigación, estos resultados son válidos solamente para la muestra del estudio, pero pueden servir de referencia para otros estudios en muestras similares.

Se considera que este trabajo de investigación aporta información valiosa a tomar en cuenta para investigaciones similares en este campo. De manera especial se recomienda que en futuras investigaciones, se considere el uso de otras herramientas adicionales para medir la VI: Competencias interpersonales de los estudiantes, como por ejemplo listas de observación

de tutores o tests estandarizados. Así mismo, se recomienda incluir en la muestra de pacientes a sujetos que abandonaron el tratamiento; se cree que esto aportaría mayor heterogeneidad a la muestra y mayor variabilidad a los resultados.

5.2 Recomendaciones

Al igual que las otras competencias laborales, las competencias interpersonales deben desarrollarse durante la formación de pregrado mediante programas microcurriculares específicos. Por esta razón, las escuelas y facultades de Odontología deberían incluir de forma explícita el desarrollo de estas competencias en su malla curricular.

También se recomienda a los estudiantes que su actitud positiva frente a los pacientes debe ser permanente desde el inicio hasta el final de su práctica pre profesional y no ir disminuyendo conforme las destrezas clínicas se incrementan.

Referencias Bibliográficas

- Association of American Medical Colleges. (2008). *Recommendations for Clinical Skills Curricula for Undergraduate Medical Education*. Washington DC: AAMC.
- ADEA. (2011). ADEA Competencies for the New General Dentist. *Journal of Dental Education* 75(7), 931-953.
- Álvarez Quesada, C. (2012). La relación entre el odontólogo y los distintos tipos de pacientes. *Gaceta Dental*, 23-26.
- Arenas, S. (2009). *Desarrollo de habilidades para mejorar la actitud de servicio al cliente*. Obtenido de www.pwc.com
- Asociación Médica Mundial. (1968). *Promesa de Ginebra. Convención de Ginebra -AMM- 1948*. Obtenido de <http://www.unav.es/cdb/ammginebra1.html>.
- Balarezo, L. (1998). *Psicoterapia, Asesoramiento y Consejería*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Barrancos, M. (2006). *Operatoria Dental*. México: Editorial Panamericana.
- Bateson, G., & Ruesch, J. (1965). *Comunicación. La matriz social de la Psiquiatría*. Barcelona: Paidós.
- Benetoiné, P. (2007). *Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina. Informe Final Proyecto Tuning América Latina 2004 - 2007*. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Bleger, J. (2006). *Temas de psicología: entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bleich, S., Özaltın, E., & Christopher JL, M. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization* Vol. 87, 271-278.
- Bonilla, J. (2011). *Actitudes éticas del personal médico, participación de enfermería y la familia en la toma de decisiones humanizadas en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico*. Obtenido de www.bioetica.org.ec/articulo_bonilla.htm
- Bowlby, J. (1976). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.

- Bujan, K. (2011). *La evaluación de Competencias en la Educación Superior. La rúbrica como instrumento de evaluación*. Bogotá: Ediciones de la U.
- Casado. (1996). *Entrevista Psicológica y Comunicación Humana*. Caracas: Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Universidad Central de Venezuela.
- Castillo, A., & Cabrerizo, D. (2009). *Evaluación educativa de aprendizajes y competencias*. Madrid: Pearson.
- Corominas, J. (1989). *Diccionario Crítico Etimológico Castellano e Hispánico*. Madrid: Gredos.
- De La Canal, J. (1972). *Diccionario de sinónimos e ideas afines*. México: Continental.
- Delors, J. (1996). *Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI: La Educación encierra un tesoro*. París: Santillana Ediciones UNESCO.
- Díaz, E., Ramos, R., & Romero, E. (2005). El currículo y el profesor en la transformación del binomio práctica médica - educación médica. *Educ Med Super (online) Vol. 19 (2)*, 1-1.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Franco, L. (2000). *El médico y su paciente*. Buenos Aires: Fiuxnet.
- Freeman. (1999). Barriers to accessing and accepting dental care. *British Dental Journal 187 (2)*, 81-84.
- García, M. (2013). *La Responsabilidad Civil del Médico en Ecuador*. Obtenido de www.bioetica.org.ec
- Gardner, H. (1995). *Inteligencias Múltiples*. Barcelona, España: Paidós.
- Gill, L., & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services. Vol. 22/1*, 8-19.
- Godoy, R. (2012). *Componentes Humanos y Sociales del Personal de la Salud*. Nicaragua: Merizalde Editoriales.
- Gonzalez, J. (2003). Modelos, procedimientos e instrumentos de evaluación de la actividad docente. *Educ Med 6 (3)*, 20-21.

- Greenson, R. (1983). *Técnica y práctica del psicoanálisis. Psicología y etología*. México D.F.: Siglo XXI.
- Hojat, M., Mangione, S., Gonella, J., Nasca, T., & al, e. (2001). Empathy in medical education and patient care (letter). *Acad Med* 76, 669.
- Hottel, L., & Hardigan, C. (2005). Improvement in the Interpersonal communication Skills of Dental Students. *Journal of Dental Education* 69(2), 281-284.
- Jinich, H. (2002). *El paciente y su médico*. México: El Manual Moderno.
- Kenny, N. (1997). Bioethics and Canadian dentistry. *Can Dent Assoc Vol.* 32, 12-17.
- Lain, P. (1964). *La relación Médico-enfermo*. Madrid: Ediciones Castilla.
- Lanning, K., Ranson, L., & Willet, M. (2008). Communication Skills, Instruction utilizing interdisciplinary Peer Teachers: Program development and student perceptions. *Journal of Dental Education* 72(2), 172-178.
- Lanuque, A. (2013). *Competencias. Portal de Relaciones Públicas*. Obtenido de <http://www.rppnet.com.ar/competencias.htm>
- León, A., Rodríguez, C., Ferrel, F., & Ceballos, G. (2009). Asertividad y autoestima en estudiantes de primer semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud de una universidad pública de la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Psicología desde el Caribe* 24, 91-105.
- León, F. (2004). Diez años de Bioética en América latina: historia reciente y retos actuales. En U. d. Salud, *Cooperación en Salud. Diez años de Bioética en la OPS* (págs. 145-152). Chile: OPS.
- Linder Pelz, S. (1985). The multidimensionality of patient satisfaction with a clinic vist. *Journal of community health. Vol.10/1*, 42-54.
- Madrid Soriano, J. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Marc, E., & Picard, D. (1992). *La interacción social. Cultura, instituciones y comunicación*. Barcelona: Paidós.
- Mayer, J., & Salovey, P. (1997). What is Emotional Intelligence? En P. Salovey, & D. Sluyter, *Emotional Development and Emotional*

- Intelligence: Implications for Educators* (págs. 3-31). Nueva York: Basic Books.
- Measurement of Patient Satisfaction. Guidelines.* (2003). Tullamore: Irish Society for Quality & Safety in Healthcare.
- Merchán, J. (2012). *Ética Médica, abusos y atropellos*. Bogotá: Ediciones de la U.
- Mira, J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*. 114 (Supl. 3), 26-33.
- Monjas, M., & Gonzalez, B. (2000). *Las habilidades sociales en el currículo*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Centro de Investigación y Documentación Educativa CIDE.
- Moreto, G., González Blasco, P., Janaudis, M., & Benedetto, M. (2011). Modificación del nivel de empatía de estudiantes de medicina durante la graduación médica. En F. León, *Docencia de la bioética en Latinoamérica* (págs. 156-165). Santiago: Fundación Interamericana Ciencia y Vida.
- Morin, E. (2007). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Morin, E. (2011). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Barcelona: Paidós.
- Mulder, E. (2007). Competencia: La esencia y la utilización del concepto en la formación profesional inicial y permanente. *Revista Europea de Formación Profesional No. 40*, 5-24.
- Muñoz, N. (2009). El argot médico: un registro discursivo complejizado por usos muy diversos. *Especulo. Revista de Estudios Literarios. Universidad Complutense de Madrid. Número 43*. Obtenido de www.ucm.es/info/especulo/numero43
- Ozar, D., & Sokol, D. (1994). *Dental Ethics at Chairside. Professional principles and practical applications*. California: Mosby.
- Perrenoud, P. (2012). *Cuando la escuela pretende preparar para la vida ¿Desarrollar competencias o enseñar otros saberes?* Barcelona: Graó.

- Posada Alvarez, R. (2012). Formación Superior Basada en Competencias, Interdisciplinariedad y Trabajo Autónomo del Estudiante. *Revista Iberoamericana de Educación*.
- RAE. (2001). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española 22 edición*. Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/>
- Reyes, P. (2010). Algunos dilemas éticos en la práctica médica. *Archivos de Cardiología de México* 80(4), 338-342.
- Rivera, I., Arratia, R., Zamorano, A., & Díaz, V. (2011). Evaluación del nivel de orientación empática en estudiantes de Odontología. *Salud Uninorte* 27(1), 63-72.
- Ruiz Moral, R., Torío, J., Rodríguez, J., Sobrino, A., Barragán, N., Sanfelix, J., & Fluixá, C. (2006). *Escala CICAA. Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Manual de utilización*. Barcelona: Esteve.
- Ruiz-Moral, R., Pérula de Torres, L., Muñoz Alamo, M., Jiménez García, C., González Nebauer, V., Alba Dios, A., . . . Criado Larumbe, M. (2011). Satisfacción de los pacientes con la comunicación en las Consultas de Medicina de Familia: Comparación de tres métodos para investigar necesidades no satisfechas. *Rev Esp Salud Pública*, 85, No. 3., 315-322.
- Sanchez Delgado, J. (2010). *Empatía médica, edad y género en estudiantes de Medicina*. Obtenido de Portales Médicos: www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2830/1
- Sandoval Miranda, L. (2011). Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 16(4), 221-228.
- Sandoval, W. (2003). Formación de Líderes. *Nuevos Líderes*, 15-19.
- SETEC. (2011). *Manual de Levantamiento de Perfil Profesional*. Quito: Secretaría Técnica de Capacitación y Formación Profesional.
- Smith, M., & Dundes, L. (2008). The implications of Gender Stereotypes for the dentist-patient relationship. *Journal of Dental Education* (72), 5562- 5570.

- Sondell, K., Palmqvist, S., & Soderfeldt, B. (2004). The dentist's communicative role in prosthodontic treatment. *Int J. Prosthodont* 17(6), 666-671.
- Tobón, S. (2005). *Formación Basada en Competencias: Pensamiento complejo, diseño curricular y didáctica*. Bogotá: ECOE Ediciones.
- Tobón, S. (2010). *Secuencias didácticas: aprendizaje y evaluación de competencias*. México: Pearson Educación.
- Torío Durantez, J., & García Tirado, M. (1997). Relación médico-paciente y entrevista clínica: opinión y preferencias de los médicos. *Aten Primaria* 19(1), 27-34.
- UIDE. (2011). *Reglamento Interno Clínicas de Especialidades Odontológicas*. Quito: Universidad Internacional del Ecuador.
- UNESCO. (1998). Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI: Visión y Acción. *Conferencia Mundial sobre la Educación Superior* (págs. 21-30). París: UNESCO.
- Universidad Internacional de Ecuador. (2013). *Perfil y Campo Ocupacional. Carrera de Odontología de la UIDE*. Obtenido de www.uide.edu.ec
- Watzlawick, P. (2002). *Teoría de la comunicación humana*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- Weingarten, C. (1997). *Responsabilidad por prestaciones odontológicas*. Buenos Aires: Astrea.
- WFME. (2004). Educación Médica Básica: Estándares Globales de la WFME para la mejora de la calidad. *Educación Médica Revista Internacional* 7(2), 4-56.