

DOI: <https://doi.org/10.18359/rlbi.6214>



Percepción y construcción respecto al sentido del principio de beneficencia. Vivencias de pacientes en una clínica odontológica universitaria*

Lizethe Vanessa Bernal Santana^a ■ Luis Alberto Sánchez Alfaro^b

Resumen: **Objetivo:** comprender la percepción del principio de beneficencia construida por pacientes de una clínica integral del adulto, de la Facultad de Odontología en la Universidad Nacional de Colombia. **Metodología:** investigación cualitativa; se utilizaron tres herramientas de recolección de datos: la observación participante, el diario de campo y diez entrevistas semiestructuradas, grabadas y transcritas. Se realizó un análisis de contenido a la información obtenida. **Resultados:** se establecieron cinco categorías sobre las cuales gira la percepción y construcción del sentido común respecto al principio bioético de beneficencia en los participantes: vivencia durante la atención, valoración de la calidad del tratamiento, necesidades en salud oral, comunicación y balanza riesgos/beneficios, y beneficios obtenidos. **Conclusiones:** la percepción y construcción del sentido común respecto al principio bioético de beneficencia, según los participantes, más allá de beneficios técnicos y terapéuticos, está mediada por la experiencia objetiva del proceso de atención y se valora mediante la resolución de sus necesidades y de los beneficios obtenidos en términos terapéuticos, de estética y autocuidado, así como económicos, de accesibilidad, profesionalismo e intersubjetividad, en la triada docente-estudiante-paciente, por la consolidación de la confianza.

Palabras clave: beneficencia; profesionalismo; atención odontológica; preferencias del paciente; educación en odontología

* Artículo de investigación.

a Especialista en administración en salud pública. Odontóloga, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C., Colombia. Correo electrónico: lvbernal@unal.edu.co
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4937-0825>

b Ph. D. en Bioética. Profesor asociado del Departamento de Salud Colectiva, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Miembro del Consejo Asesor de la RedBioética Unesco para América Latina y el Caribe, Bogotá D.C., Colombia. Correo electrónico: lasancheza@unal.edu.co
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5219-2639>

Recibido: 08/04/2022 **Aceptado:** 30/08/2023 **Disponível en línea:** 20/12/2023

Cómo citar: Bernal Santana, L. V., & Sánchez Alfaro, L. A. (2023). Percepción y construcción respecto al sentido del principio de beneficencia. Vivencias de pacientes en una clínica odontológica universitaria. *Revista Latinoamericana De Bioética*, 2(23), 81-95. <https://doi.org/10.18359/rIbi.6214>

Perception and Construction Regarding the Sense of the Principle of Beneficence: Experiences of Patients in a University Dental Clinic

Abstract: Objective: To understand the perception of the principle of beneficence constructed by patients in an adult comprehensive clinic at the Faculty of Dentistry, National University of Colombia. Methodology: Qualitative research; three data collection tools were used: participant observation, field diary, and ten semi-structured interviews, recorded and transcribed. Content analysis was performed on the collected information. Results: Five categories were established around which the perception and construction of the common sense regarding the bioethical principle of beneficence revolve among the participants: experience during care, assessment of treatment quality, oral health needs, communication and risk/benefit balance, and benefits obtained. Conclusions: Participants' perception and construction of the common sense regarding the bioethical principle of beneficence, beyond technical and therapeutic benefits, are mediated by the objective experience of the care process and are evaluated through the resolution of their needs and the benefits obtained in terms of therapy, aesthetics, self-care, as well as economic, accessibility, professionalism, and intersubjectivity factors within the teacher-student-patient triad, contributing to the establishment of trust.

Keywords: Beneficence; Professionalism; Dental Care; Patient Preferences; Dental Education

Percepção e construção do significado do princípio da beneficência. Experiências de pacientes em uma clínica odontológica universitária

Resumo: Objetivo: compreender a percepção do princípio da beneficência construída por pacientes de uma clínica abrangente de adultos da Faculdade de Odontologia da Universidade Nacional da Colômbia. Metodologia: pesquisa qualitativa; foram utilizadas três ferramentas de coleta de dados: observação participante, diário de campo e dez entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas. Foi realizada uma análise de conteúdo das informações obtidas. Resultados: foram estabelecidas cinco categorias que fundamentam a percepção e construção do senso comum em relação ao princípio bioético da beneficência nos participantes: experiência durante o atendimento, avaliação da qualidade do tratamento, necessidades em saúde bucal, comunicação e balanço riscos/benefícios, e benefícios obtidos. Conclusões: a percepção e construção do senso comum em relação ao princípio bioético da beneficência, segundo os participantes, vai além dos benefícios técnicos e terapêuticos, sendo mediada pela experiência objetiva do processo de atendimento e se valoriza por meio da resolução de suas necessidades e dos benefícios obtidos em termos terapêuticos, estéticos e de autocuidado, bem como econômicos, de acessibilidade, profissionalismo e intersubjetividade, na tríade docente-estudante-paciente, por meio da consolidação da confiança.

Palavras-chave: beneficência; profissionalismo; atendimento odontológico; preferências do paciente; educação odontológica

Introducción

La bioética como campo de conocimientos, investigaciones, discursos y prácticas cuyo objetivo es resolver problemas éticos o cuestiones de alcance moral, suscitados por el avance y la aplicación de las tecnociencias, la investigación y los desarrollos biomédicos y biotecnológicos, cubre áreas que van desde la filosofía de los derechos humanos, la ecoética o ética ambiental, centrada en la solidaridad antropocósmica, próxima a la filosofía de la naturaleza, hasta la deontología y éticas médicas. Para resolver o armonizar estos problemas utiliza principios éticos y metodologías interdisciplinarias (1-3).

Las disciplinas del área de la salud no se limitan al quehacer técnico-científico, sino que dentro de las mismas se conjugan aspectos bioéticos y humanistas. La odontología no es ajena a ello, dado que como fin primordial tiene en su saber hacer el conjugar, en la práctica clínica, los ámbitos científico, bioético y humanista, con el fin de que la atención y el cuidado de la salud bucal se encaminen a una atención integral. Beauchamp y Childress propusieron un sistema teórico-práctico para modelar o modular la relación entre terapeutas y pacientes mediante cuatro principios éticos (4): justicia (trato igualitario y sin discriminación), respeto por la autonomía (acciones mediadas por voluntariedad, conocimiento, sin influencias externas), no maleficencia (no hacer daño) y beneficencia (actuar en beneficio de los otros) (4-7). El principio de beneficencia genera especial interés, dado que debe ser promovido por los profesionales en salud y al tiempo valorado por los pacientes.

El código ADA (8) y el Código Colombiano de Ética Odontológica (9) fomentan las prácticas que contribuyen al beneficio de la salud oral de la sociedad mediante la promoción de un ejercicio profesional de calidad, comprometido con la idea de un estándar de decoro, responsabilidad y ética profesional, para así alcanzar su fin último: la búsqueda del mayor beneficio para los pacientes. Los principios bioéticos hacen un llamado a observar la *praxis* profesional a la luz de sus bases teóricas, originando la necesidad de indagar en los pacientes la percepción que tienen sobre el respeto por estos principios.

En torno a la beneficencia, Beauchamp y Childress distinguen dos tipos: la positiva, que requiere provisión de beneficios, y la de utilidad, que requiere un balance entre los beneficios y los daños o riesgos (10, 11). Estos conceptos son aplicados, permanentemente, en la toma de decisiones respecto del tratamiento que se proveerá a los pacientes. Para Gracia, el principio de autonomía es clave para definir la beneficencia y la no maleficencia, ya que dicho “beneficio (bien)” o “daño (mal)” se establecerá desde su escala de valores, lo cual no significa dar prioridad a la autonomía, sino respetarla y contar con la participación del paciente y sus valores en la toma de decisión (12).

Técnicamente, lo considerado “mejor” en el quehacer clínico está dado por estándares derivados de la práctica y de la investigación, pero lo referente al componente ético-valorativo no está muy claro, ya que la formación en estos aspectos, especialmente cuando el estudiante se enfrenta a la atención de pacientes, no se encuentra definida (13). Además, la percepción de beneficencia que tienen los pacientes no está reportada, y en la mayoría de los casos se resuelven estas inquietudes con encuestas o investigaciones relacionadas con indicadores de satisfacción. En consecuencia, se evidencia que las investigaciones al respecto son escasas, especialmente en el área de la odontología.

Yousif, Abu y Abboud (14) concluyeron que un número significativo de enfermeros actúan en conformidad con los principios bioéticos; sin embargo, aconsejan hacer énfasis en la importancia de la autonomía y el consentimiento respecto a algunos procedimientos. Corilloclla y Pérez (15) encontraron que, en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, el 40 % de los pacientes considera que la atención de enfermería es regular y tiene una percepción desfavorable de la aplicación de los principios bioéticos. Parodi y Medin-Giacomozzi (16) indagaron sobre las expectativas y percepciones de calidad de servicio en pacientes de atención odontológica en un municipio en Chile, y reportan que las percepciones de los pacientes no superaron a las expectativas en ninguna dimensión. Castro, Alarcón y Guanopatin (17) encontraron dilemas en la toma de decisiones en el servicio de emergencia del Hospital de la Policía

Nacional N.º1 y una percepción favorable del paciente hacia las prácticas del personal de salud.

Estudios de países como Ecuador, Perú y Chile (15-17) convergen en la preocupación por los principios bioéticos, aconsejando mayor investigación o mejoramiento de sus prácticas, e invitan a reflexionar sobre la aplicación de estas bases teóricas durante la interacción con los pacientes en odontología. En la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia (FON), los pacientes de mayor complejidad, que tienen cierta trayectoria o tiempo en cuanto a procesos de atención en la institución, reciben atención por parte de estudiantes y docentes en una clínica integral del adulto. Por ello, el objetivo de este estudio fue comprender la percepción del principio de beneficencia construida por pacientes de la Clínica Integral del Adulto de la Facultad de Odontología en la Universidad Nacional de Colombia.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Estudio de tipo cualitativo, que siguiendo a Denzin y Lincoln (18, 19) indagó e interpretó fenómenos que dan sentido a la beneficencia percibida por los pacientes a partir de sus experiencias y vivencias durante el proceso de atención en la Clínica Integral del Adulto de la FON.

Población participante

Participaron dos hombres y ocho mujeres, con un rango de edad entre 48 a 71 años, atendidos en la

Clínica Integral del Adulto de la FON entre agosto de 2019 y marzo de 2020. Dos pacientes tenían un historial de atención en la facultad de entre quince a veinte años, dos venían siendo atendidos hace alrededor de cuatro años, y seis entre uno y dos años atrás.

Técnicas e instrumentos para recolección de información

Para la recolección de datos se utilizaron tres herramientas: 1) la observación participante (agosto de 2019 y marzo de 2020), que permitió evidenciar el proceso de atención; 2) el diario de campo, con minuciosas anotaciones de la observación participante a lo largo de jornadas de atención; 3) las entrevistas semiestructuradas, realizadas vía telefónica (grabadas y transcritas), con previa autorización y consentimiento informado verbal, siguiendo los lineamientos *Online interview* de Hooley, Marriott y Wellens (20).

Análisis de la información

Se realizó un análisis de contenido, siguiendo los lineamientos de Rodríguez Sabiote, Lorenzo Quiles y Herrera Torres (21) y Amezcua y Gálvez Toro (22) y se diseñó una matriz de análisis categorial con base en los objetivos del estudio, buscando comprender la percepción y construcción del sentido común del principio bioético de beneficencia en los participantes. Fueron identificadas cinco categorías, que a su vez se dividieron en subcategorías, como se indica en la tabla 1.

Tabla 1. Categorías identificadas por análisis de contenido

Objetivos	Categoría	Sub-categoría
Describir las expectativas y valoraciones que traen los pacientes al acudir a los servicios de la clínica	Vivencias durante la atención	Expectativas frente al tratamiento
		Experiencia frente a la infraestructura
		Experiencia con el talento humano
	Valoración de la calidad del tratamiento	Continuidad del servicio
		Satisfacción con el tratamiento

Describir las necesidades en salud oral que tienen los pacientes que acuden a la clínica	Necesidades en salud oral	Necesidades terapéuticas
		Necesidades estéticas y de autocuidado
		Necesidades económicas
Analizar la percepción que tienen los pacientes que acuden a la clínica	Comunicación y balanza riesgo/beneficio	Accesibilidad a servicios
		Triada docente-estudiante
	Interacción docente-estudiante	
	Interacción estudiante-paciente	
	Confianza	
Beneficios	Beneficios	Beneficios terapéuticos
		Beneficios estéticos y de autocuidado
		Beneficios económicos

Fuente: elaboración propia.

Consideraciones éticas

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 (23), que rige la clasificación de las investigaciones en salud en Colombia, este estudio pertenece a la categoría *sin riesgo*. Se realizó el proceso de consentimiento informado, dando a conocer a *grosso modo* el objetivo y justificación del estudio e informando sobre garantías de participación voluntaria y confidencialidad de los participantes, siguiendo así los planteamientos de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (24). Esta investigación se acogió a la Declaración de Singapur (25) en cuanto a integridad científica, honestidad intelectual y aplicación de métodos adecuados, análisis crítico de resultados e interpretaciones objetivas.

Resultados

Los hallazgos permiten plantear resultados en cinco categorías o dimensiones: la vivencia durante la atención, la valoración de la calidad del tratamiento, las necesidades en salud oral, las dinámicas de comunicación en función de la balanza riesgos-beneficios y los beneficios obtenidos.

Vivencia durante la atención

Expectativas frente al tratamiento

Las expectativas frente al tratamiento se relacionan con varios tópicos: un fuerte reconocimiento

a nivel social en cuanto al buen nombre de la universidad; la excelente calidad de los tratamientos ofrecidos, aunque un poco largos, situación tolerable debido al entendimiento de la naturaleza académica de la atención (docente asistencial); la calidad del talento humano; y la asequibilidad económica:

Yo fui la primera vez cuando yo tenía como unos 30 años [...] porque como todos los dientes eran pichos y no tenía casi ni nada, entonces la primera vez duré 2 años que me hicieron mi tratamiento, [...] ¡lo que me hicieron me duró como 25 años! Me hicieron un trabajo tan perfecto en esa época que [...] yo decía: ¡qué cosa tan maravillosa! (E-003)

Experiencia frente a infraestructura

Cobra importancia la interacción con la infraestructura como parte fundamental de la experiencia de atención: instalaciones buenas, limpias y cómodas, pese a no ser las más modernas. Algunas personas, atendidas hace varios años, vieron el cambio de las antiguas clínicas a las nuevas, resaltando más organización y mayor privacidad: “Pues cuando empecé estaban ahí como que les faltaba invertirle ¿sí?, pero ya el año pasado me parece que estaban como mejores [...] había unos como nuevos, pero otros que le fallaban a los estudiantes y les tocaba corra por allá y busque...” (E-010).

Interacción con el talento humano

Se encontró una valoración del talento humano con elevadas cualidades y valores de servicio, resaltando el compromiso profesional, la amabilidad, la responsabilidad y el alto nivel de conocimiento científico al realizar estudios y procedimientos: “todo me parece muy bueno, me parecen muy profesionales, todas las personas con las que pude alternar, son muy capaces y sobre todo que se ven muy comprometidos con lo que están haciendo” (E-002).

Valoración de la calidad del tratamiento

Continuidad en el servicio

Al indagar sobre continuar con los servicios, al margen de que se hubiese concluido o no el tratamiento, los pacientes indicaron el deseo de continuar: “Yo recomiendo allá sobre todo los viejitos, porque allá los cuidan tanto [...] que, ¿qué tiene?, que ¿qué está tomando?, y cada cinco minutos le preguntan a uno que si se siente bien...” (E-003). Incluso aquellos que tuvieron algún inconveniente durante la atención, afirman seguir motivados a querer continuar con su atención odontológica: “Yo quisiera no irme de la universidad, porque es que la Universidad Nacional [...] se queda uno ahí y abraja la esperanza que, por una persona, no van a venir el resto que todos sean iguales...” (E-009).

Como dificultad sobre la continuidad del tratamiento, dos participantes refirieron que su proceso de atención fue bastante demorado debido a los paros: “estuvo muy demorado, porque entraron en paro y se interrumpió bastante [...] eso fue lo que no me gustó [...] que me habían adelantado, paraban y empezaban otra vez de nuevo” (E-005).

Satisfacción con el tratamiento

Frente a los resultados finales o parciales del tratamiento, un entrevistado refirió: “estoy allá por eso, pero sobre todo me gusta que allá, en una semana, me trabajan tres horas, entonces era mucho lo que avanzaba” (E-002). Otra paciente aseguró: “me

siento cómoda respecto a las citas y el horario, a pesar de que son algo largas, de 2 a 4 de la tarde, uno para tener la boca ahí abierta” (E-009).

Personas en espera de culminar su tratamiento durante el tiempo de pandemia refirieron no haber tenido ningún inconveniente hasta ese momento, señalando la alta calidad de materiales utilizados: “hasta ahora no, inclusive la parcial que no es la original ni nada y yo dije ‘uy no... juepucha... y ahora en esta pandemia que han pasado cinco meses y donde se me dañe o esto...’, pero hasta ahora no” (E-006).

Necesidades en salud bucal

Necesidades terapéuticas

Los pacientes llegan por una necesidad terapéutica específica, consistente en una determinada circunstancia de tipo fisiopatológica a nivel de cavidad oral, que implica dolor e inadecuada funcionalidad, y que ha de ser resuelta en el menor tiempo posible para así devolver calidad de vida. Por lo general, dichas necesidades terapéuticas convergen en la importancia de rehabilitarse y responden a preocupaciones relacionadas con la gravedad y la agudización de la patología oral, pérdida de uno o más dientes, dolor o algún otro tipo de molestia física: “el problema que yo tenía en mi dentadura era muy grave, ¿no? [...] He tenido una pérdida de hueso y de pronto vi que perdí cuatro piezas prácticamente de un día para otro” (E-002).

Necesidades estéticas y de autocuidado

Las necesidades estéticas y de autocuidado consisten, de un lado, en la búsqueda de validación social con base en estándares de belleza y, de otra parte, la ocupación constante por el bienestar físico de las personas. Se observó por parte de dos pacientes la importancia de recuperar sus dientes anteriores perdidos lo cual afecta, según ellos, funciones básicas como morder o masticar y sobre todo su imagen ante las demás personas. Las necesidades de autocuidado dejan entrever, por un lado, el miedo ante procesos biológicos de pérdida; y por otro, una cultura personal del

cuidado del cuerpo sin importar la edad: “tenía un diente del frente y lo tenía con una resina, y va y se cae la resina, y yo decía ‘no, ahora como quedé yo... que me den una revisadita’, a mí me gusta mantener así en mis condiciones óptimas de salud” (E-009).

Necesidades económicas

Este resulta ser un tópico que destaca la importancia, para las personas que consultaron al servicio de la clínica, de encontrar un lugar donde obtener facilidad y accesibilidad en términos económicos para iniciar o continuar tratamientos, sin ver comprometida la calidad: “yo siento que fue un trabajo muy bien hecho, porque era una pieza que no se podía salvar y me le hicieron algo que sé que afuera me había podido costar algo que no hubiera podido económicamente hacérmelo” (E-002).

Accesibilidad a servicios

Los participantes mencionaron haber tenido la oportunidad de ser atendidos en la consulta de cirugía, periodoncia, el servicio de atención prioritaria o de radiología, manifestando tranquilidad de que en un solo lugar tienen la certeza de acceso a servicios especializados, resaltando por ejemplo estrictos protocolos de bioseguridad para exodoncias o tratamientos periodontales: “En el segundo piso la cirugía me parece magnífica, y le cuento que a mí no me habían sacado nunca una muela así, como me atendieron allá [...] y que le sacaban a uno ahí las radiografías, no importa uno pagando, pero está como más seguro” (E-006).

Comunicación y balanza riesgos/beneficios

Triada docente-estudiante-paciente

Se evidenció que, en general, la triada docente-estudiante-paciente está basada en el profesionalismo del estudiante y del docente en función de brindar la mejor atención posible. Los participantes resaltan cualidades como rectitud,

compromiso, diligencia, capacidad de hacer bien las cosas y atención humana: “el compromiso, los estudiantes y el profesor para conmigo, ¿sí?, o sea de que él estaba pendiente, ‘¿cómo va?, muestre, ¿por qué no le salió?, ¿por qué si le salió?, venga a ver qué pasó... no, no lo están acomodando bien’, entonces ¿sí?” (E-004). Los entrevistados en su gran mayoría aseguraron que les fueron planteadas varias opciones de tratamiento y la opción de poder elegir según necesidades personales, sin tener la sensación de realizar más procedimientos de los necesarios; en el caso de surgir procedimientos imprevistos, estos les fueron explicados detenidamente. En un caso, en particular, la relación tripartita docente-estudiante-paciente tuvo dificultades, tropiezos e insatisfacciones en el proceso de atención.

Interacción docente-estudiante

De la interacción evidenciada entre el alumno y su docente, seis de los diez participantes percibieron una relación cordial y respetuosa entre estos, respaldada por acciones por parte del profesor como explicar, supervisar y corregir el trabajo del alumno, propiciando un buen ambiente de trabajo que infundía seguridad, y en caso de tener dudas, los estudiantes sentían confianza en el profesor para remitirse a este y aclarar dudas: “no, ahí bien, pa’ qué, yo escuchaba las conversaciones y todo [...] y le explicaba y hágale y esto [...] y apenas la china llamaba a la doctora para que revisara lo que hizo [...] y hágale aquí más, púlale aquí [...] bien, bien, sí, pa’ qué” (E-005). En cuatro casos, según los entrevistados, había una relación particularmente tensa, con formas de comunicación bastante rígidas del docente hacia el alumno: “había una doctora que era como muy rígida, y me parecía que regañaba mucho a los estudiantes [...] les hablaba como muy fuerte, como muy duro, a diferencia de los otros profesores, [...] uno se sentía muy incómodo [...] ¿será que lo están regañando por culpa mía?” (E-006).

Interacción estudiante-paciente

Frente a la comunicación y relación estudiante-paciente, en general, manifestaron dinámicas mediadas por amabilidad, paciencia y humildad,

indicando en la mayoría de casos que nunca se sintieron como objetos, pese a conocer la naturaleza académica de la atención: “Ella me mostró a mí cómo más humanidad... más compromiso, o sea, ella no se metió en la cabecita de que yo la necesito a ella para graduarme, esto es lo último, y ya me voy... no” (E-004). En dos casos, los participantes plantearon marcadas diferencias y poca afinidad interpersonal con él o la estudiante. Los entrevistados indicaron recibir una descripción detallada de los procedimientos, con el apoyo de fotografías o modelos sobre sus riesgos y beneficios, encontrando siempre respuestas a dudas: “cada cosita que le van a hacer a uno, ellos le explican eso primero a uno, qué le van a hacer, y eso le crea confianza a uno, porque es que colocarse a uno ahí como ratón de laboratorio siempre es como un miedo” (E-001).

Confianza

La confianza es valorada en función del buen trato y la pericia técnica del estudiante, y se consolida o está mediada por: la interacción permanente del estudiante con el docente, al tener que remitirse siempre a ellos para ajustar cualquier detalle; la supervisión permanente por profesores de diversas áreas; una atención, según los participantes, personalizada, que va ajustándose a los requerimientos individuales; el buen trato y la preocupación por los pacientes. Los pacientes destacan la seguridad que genera el observar la explicación en detalle de los procedimientos, además de ser testigos del debate académico para llegar a acuerdos frente a las múltiples alternativas de tratamiento, asegurando que para ellos como pacientes los estudiantes tienen conocimientos y conceptos igual de acertados que el docente: “en algunas ocasiones sí, el alumno daba su concepto y el profesor daba su concepto y llegaban a un acuerdo [...] hay unas que saben bastante, que están muy capacitadas y han avanzado más que el docente, y bueno” (E-008).

Beneficios obtenidos

Beneficios terapéuticos

La observación frente a los beneficios recibidos se realiza a la luz de las necesidades identificadas al

momento de realizar sus consultas, la expectativa que tenían y la satisfacción frente al proceso de atención y sus resultados. Los beneficios terapéuticos convergen en el resultado final o parcial en boca (prótesis, coronas), al devolver función masticatoria y de fonación, entre otros, resaltando en ello la calidad de materiales utilizados y la durabilidad de los tratamientos:

No, pues la atención, y que me hicieron las cosas, yo no esperaba que me las fueran a hacer tan bien [...] porque me siento bien porque me hicieron un poco de coronas, la limpieza y sí, todo [...] había un diente que me tenían que operar al lado del otro y una corona y entonces [...] es más, me la salvaron y me dijeron que era probable que se podía partir y que la podía perder y entonces no, hicieron todo lo posible y me la salvaron. (E-007)

Beneficios estéticos y de autocuidado

Subyacentes a los beneficios terapéuticos se encuentran los estéticos y los relacionados con el autocuidado. Para los participantes, lograr conseguir validación social en términos de belleza (mejorando su imagen ante los demás), sumado a alcanzar un estado de bienestar físico y emocional, es un logro de su paso por la clínica. Dos participantes refirieron como beneficio haber aprendido, sin importar la edad, buenos hábitos de cuidado bucal, como una correcta higiene oral, y también, otras dos personas, mediante su testimonio refieren el hecho de aprender a tener un criterio sobre sus tratamientos y los materiales utilizados, gracias a las enseñanzas que deja la interacción con los estudiantes y los profesores.

Beneficios económicos

En términos económicos, los tratamientos son asequibles; por tanto, no incurren en gastos mayores o endeudamientos y encuentran en la FOUN: economía, dedicación, buenas condiciones de trabajo, atención al detalle, seguridad de estudiantes y profesores en su trabajo, realización de estudios más profundos para descartar o encontrar problemas desconocidos de salud oral, acceso a diferentes especialidades en un solo lugar, entre otros: “y yo le dije ‘uy no, eso es mucha plata, y yo no tengo toda

esa plata' y la misma doctora que me vio me dijo: '¿sabe qué?, vaya a la Nacional que allá los que ya van a salir le hacen un trabajo bien hecho y allá no le cobran tanto'" (E-005).

Discusión

Esta investigación evidenció que la vivencia, como experiencia objetivada, de los pacientes atendidos en la Clínica de Adultos permite a estos realizar una valoración del propio proceso de atención y su calidad, pero también construir una percepción de beneficencia, como principio bioético, mediada por tres tópicos clave: la resolución de necesidades y beneficios obtenidos; el profesionalismo y la intersubjetividad en la triada docente-estudiante-paciente; y la consolidación de la confianza.

Como lo plantean López *et al.* (26), los servicios de salud deben responder a las necesidades de los individuos y cada persona debe recibir tantos cuidados médicos como necesidades tenga; en congruencia con esto, nuestros resultados muestran que las necesidades por las que principalmente acuden los pacientes son: terapéuticas, estéticas y de autocuidado, y económicas. Una necesidad terapéutica específica, desencadenada por un evento físico de dolor, pérdida dental, pérdida de función u otra, puede ser el detonante para acudir al servicio de odontología, pero también la oportunidad para construir, aprender o consolidar, desde los procesos de atención en salud oral, hábitos relacionados con el autocuidado, la estética, una cultura de bienestar, elementos que superan la técnica instrumental del proceso rehabilitador y facilitan la satisfacción en términos un poco más holísticos. En este mismo sentido lo han planteado López *et al.* (26), quienes concluyeron que la satisfacción con tratamientos odontológicos depende de elementos inherentes al talento humano (docentes y estudiantes), recursos físicos y materiales disponibles, así como también de las experiencias subjetivas (positivas o negativas) y las condiciones propias del paciente.

Contrario a López *et al.* (26), quienes encontraron que la satisfacción frente a la atención recibida puede afectarse debido a que el tiempo de

duración del tratamiento es largo, al estar inmerso dentro del proceso de formación, a la alta rotación de estudiantes y a situaciones de orden público de la universidad, en este estudio los participantes refieren que, aunque los tiempos les parecen largos, el tratamiento tiene ventajas y logra resolver sus necesidades, lo cual les genera sensación de confianza y bienestar. Es de anotar que también este estudio halló la dificultad relacionada con el orden público de la universidad y el país.

La resolución de las necesidades terapéuticas conduce a identificar los beneficios obtenidos por los pacientes que acuden a la clínica, entre ellos: la solución al problema de salud por el cual consultan; los estudios especializados que permiten descartar o identificar nuevas patologías, dado que se realiza un análisis profundo de los pacientes y sus condiciones; el aprendizaje, sin importar la edad, sobre hábitos de cuidado bucal; subyacente a esto, se contribuye a cuidar o evitar la agudización de ciertas patologías crónicas (hipertensión, diabetes). El hecho de que los pacientes aprendan a tener un criterio propio a lo largo del proceso de atención contribuye a que comprendan cómo funcionan los tratamientos y los materiales usados, reconozcan aspectos básicos sobre odontología, tengan facilidad de pago para sus tratamientos con costos asequibles, de la mano del uso de materiales y tratamientos de calidad, lo cual concuerda con el estudio de López *et al.* (26).

Así las cosas, la resolución de necesidades y beneficios obtenidos, con el contenido esbozado y las acciones implícitas en ello, señalan una idea de beneficencia mucho más amplia que la planteada por Gutiérrez, Osorio y Serrano (27), quienes, pensando en calidad de vida, midieron la beneficencia en función de acciones como el examen de cavidad oral, el examen odontológico y las pruebas de sensibilidad en un estudio sobre conocimientos y aplicación de la bioética principialista por parte de estudiantes de pregrado de odontología. Beauchamp y Childress (11) y Escobar y Aristizabal (4) plantean que el principio de beneficencia en el campo de salud implica realizar un balance entre bienes y daños (riesgos y beneficios), procurando maximizar los beneficios y minimizar los riesgos

posibles. Con los hallazgos en esta investigación, se dota de contenido estos planteamientos en el campo de la odontología, ampliándolos en un sentido práctico, al plantear que el hacer clínico en salud oral, para ser beneficioso, debe propender por maximizar los resultados en términos terapéuticos, estéticos (cuando aplique), de autocuidado y económicos, partiendo de la base de que la atención y cuidado en salud bucal deben atender al contexto del paciente, sus necesidades y sus intereses.

Las dinámicas de la triada docente-estudiante-paciente (interacciones tripartitas y bipartitas, docente-estudiante y estudiante-paciente) plantean ideales como el profesionalismo y relaciones dialógicas e intersubjetivas, marcadas principalmente por compromiso, empatía y atención con calidez humana, siempre en función de entregar el mejor servicio; tanto la mirada positiva (máxima ideal) como la negativa (máxima evitable) de los hallazgos conducen a este presupuesto. Las diferentes interacciones que ocurren en el proceso de atención clínica están mediadas o son producto de la objetivación de las necesidades de los pacientes y los estudiantes, así como de la realización de acciones en pro de brindar un servicio lo más beneficioso posible. Así las cosas, los hallazgos de esta investigación son congruentes con las exigencias deontológicas del Código de Principios Éticos y Conducta Profesional de la ADA, donde se plantea: “el aspecto más importante de esta obligación es la entrega competente y oportuna de atención dental dentro de los límites de las circunstancias clínicas presentadas por el paciente, con la debida consideración de sus necesidades, deseos y valores del mismo” (8).

Para Rangel-Galvis (28), es necesario incorporar en la atención en salud bucal el respeto por la persona a la luz de principios éticos, y la implementación de un modelo de formación de tipo biopsicosocial y cultural, que entre otras cosas favorezca la articulación de la comunicación en la relación profesor-paciente-estudiante. ¿Cómo hacer esta articulación? Los hallazgos de este estudio, en búsqueda de una respuesta provisional, resaltan virtudes y principios éticos para el que-hacer y la comunicación durante la interacción de

la triada docente-estudiante-paciente, como son: compromiso, comunicación asertiva, empatía, atención humana, cordialidad, respeto, amabilidad, confianza, manejo adecuado de la historia clínica. En este sentido, hay coincidencias con López *et al.* (26), en cuyo estudio fue resaltada la calidad humana de estudiantes y docentes como una de las principales fortalezas durante el proceso de atención, salvo en el almacenamiento de la historia clínica, que se presentó como una debilidad en su momento.

Dentro de la triada docente-estudiante-paciente, las interacciones docente-estudiante, tanto en sentido positivo (máxima ideal: empática, cordial, respetuosa y de confianza) como negativo (máxima evitable: tensa, rígida, poco respetuosa), son relevantes para la percepción y construcción sobre el sentido de beneficencia que consolidan los pacientes. Así, una comunicación asertiva entre alumno y profesor facilita guiar o direccionar el abordaje clínico de la mejor manera, acorde con los intereses de los pacientes y sus necesidades, lo cual se refleja en un buen trato durante el proceso de atención y una interacción de la triada docente-estudiante-paciente como vínculo interhumano. En este mismo sentido se orientan los planteamientos de Herrera *et al.* (29), Riquelme-Silva y Santelices (30) y Alcota *et al.* (13), para quienes el trato de un profesor en el espacio clínico y la relación que establezca con el estudiante son la clave para un desempeño adecuado durante la atención. La riqueza de las interacciones en la clínica es invaluable y dentro de este contexto el profesor debe actuar como un modelo a seguir, tanto en actitud (disposición), aptitud (vocación de servicio) y comportamiento (acciones-hábitos). Por tanto, se apela por implementar modelos de enseñanza-aprendizaje de tipo humanista, más allá del ejercicio de la compasión y la empatía, donde el docente en conjunto con el estudiante interactúan en la búsqueda de conocimientos, pero también de la construcción de un carácter, un *ethos*, basado en el cuidado, la responsabilidad y el compromiso con el otro, el paciente.

En este estudio se resaltan la comunicación y las interacciones docente-estudiante como máxima ideal en términos de empatía, cordialidad,

respeto y confianza, hallazgo que complementa lo planteado por Castro-Rodríguez y Lara-Verástegui (31), en la medida en que la labor del docente clínico va más allá de planificar el tratamiento, explicar y supervisar el procedimiento clínico, de contar con habilidades para explicar y demostrar los procedimientos. De acuerdo con los hallazgos de esta investigación, las dinámicas de comunicación asertiva evitan generar situaciones como estrés, tensión, retraso en los tratamientos y beneficios esperados, como lo sucedido en los casos reportados con cierto impacto sobre la resolución de las necesidades terapéuticas de los pacientes, dada la dificultad de consolidar acuerdos respecto a la atención.

El otro elemento de la triada docente-estudiante-paciente, en función de la percepción y construcción sobre beneficencia que consolidan los pacientes, lo constituyen las interacciones estudiante-paciente, tanto en sentido positivo (máxima ideal: empática, cordial, respetuosa y de confianza) como negativo (máxima evitable: tensa, rígida, poco respetuosa). Al tener una relación empática con el estudiante, el paciente puede manifestar a tiempo cualquier inquietud o duda razonable y evitar avanzar sin estar en conocimiento y de acuerdo.

En general, en este estudio, según lo informan los participantes, los estudiantes parecen comprender la importancia de establecer una relación con su paciente basada en empatía y comunicación asertiva, lo cual favorece el alcanzar las expectativas que se tienen del tratamiento. Estos hallazgos son consistentes con lo registrado por García *et al.* (32), quienes afirman que en las aulas universitarias los estudiantes no solo deben llenarse de conocimientos y pericia, sino que también allí debe procurarse potencializar la empatía y una actitud cálida en la atención al paciente como parte de la humanización en el escenario clínico. Los participantes de este estudio fueron pacientes atendidos por estudiantes de la última clínica en el proceso de formación dentro de la carrera de Odontología de la FOUN, encontrándose que la interacción estudiante-paciente es mejor, genera mayor satisfacción frente al proceso de atención y mayores éxitos en los tratamientos

realizados, igual que en el estudio de Díaz *et al.* (33). Esto podría estar asociado con una mayor seguridad de los estudiantes que se encuentran al final de su carrera, al tener más conocimientos y mejor manejo de las situaciones clínicas. En complemento a esta idea de competencia, nuestro estudio plantea y resalta el compromiso, con la profesión y con los pacientes.

Entre las acciones que dan contenido y permiten consolidar la confianza en las interacciones estudiante-paciente se encuentran: la explicación en detalle de los riesgos y beneficios acerca de los procedimientos; la resolución de dudas y la libertad del paciente para realizar todas las preguntas necesarias, a fin de tomar decisiones. En este estudio, al igual que en lo reportado por Escobar y Carerra (34), la mayor parte de los participantes fueron informados sobre posibles riesgos, pero también se presentan pacientes que son sometidos a tratamientos prolongados, usualmente asignados a los estudiantes por la Oficina de Atención a Pacientes de la institución, de acuerdo a los requerimientos de formación de estos y en congruencia con las necesidades de los pacientes, por tanto no es clara la posibilidad de ofrecer-obtener información sobre alternativas de tratamiento.

Este hallazgo se relaciona con prácticas en torno al consentimiento informado que, en consonancia con diversos autores, se trata de un proceso, un derecho humano fundamental de todo paciente, un deber del proceder profesional óptimo, un acto comunicacional (35-38) que se fundamenta en la ética dialógica y deviene en un proceso de intersubjetividad basado en el reconocimiento recíproco entre interlocutores válidos, donde con responsabilidad y mediante un proceso de comunicación asertiva, se toman decisiones conjugando criterios científicos, necesidades y expectativas del paciente, principios y virtudes éticas. En este proceso se tienen en cuenta factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos de los pacientes, considerándose un acto de responsabilidad y respeto el brindar información suficiente, oportuna, adecuada, comprensible y veraz (39). El corolario de este análisis parcial es la consolidación de la confianza como un elemento clave para la construcción de una idea de beneficencia íntimamente

relacionada con la promoción de la autonomía de los pacientes y el respeto por su dignidad, al no instrumentalizarlos y permitirles ser fines en sí mismos.

La consolidación de la confianza es importante para la percepción y construcción de sentido sobre la beneficencia, y para los participantes en este estudio esto ocurre gracias a situaciones tales como: encontrar empatía y buen trato, recibir comunicación y explicación en detalle de los tratamientos, presenciar el debate académico entre estudiantes y docentes para elegir el mejor abordaje clínico, evidenciar la pericia técnica de los facultativos durante la ejecución de cada procedimiento, comprobar la constante intervención y supervisión de los docentes de cada área, sentir que se interesan por su bienestar e intereses, observar organización y limpieza, y gozar de privacidad durante la atención. Lo contrario a esto ocurre cuando se configura la situación expresada por Jaramillo *et al.* (40) como “tener que hacer las cosas como el docente lo indica o quiere”, lo cual puede llevar a inhibir el potencial creativo, obstaculizando la canalización de los intereses de los estudiantes en la construcción de saberes propios (además de los ya aprendidos), y como efecto contrario no se logra confianza en las interacciones docente-estudiante-paciente, por lo que el resultado final en términos terapéuticos puede no ser el mejor, tal como lo reportó un participante en esta investigación.

La empatía y el buen trato se consideran factores clave para las interacciones de la triada docente-estudiante-paciente, conducentes a la consolidación de la confianza. Los resultados de esta investigación coinciden con propuestas como las de Camps (41), Donoso-Sabando (42), Camps (43) y Yuguero *et al.* (44), quienes plantean que empatía y buen trato son resultado de un permanente ejercicio de respeto por la dignidad y los derechos humanos, de una comunicación asertiva e idónea, lo cual deviene en un cuidado de alta calidad, responsable y virtuoso para la salud de

los pacientes. En este sentido, la vivencia, como experiencia objetivada de los pacientes atendidos en la clínica, les permite valorar y percibir la sensación de actos beneficiosos frente a la resolución de sus necesidades y la atención a sus intereses o expectativas, a través de los procesos de intersubjetividad logrados y observados al participar de la triada docente-estudiante-paciente dentro del proceso docente asistencial, ratificando la idea de confianza como competencia y compromiso, “competencia científica y técnica, [...] porque fundamentalmente el paciente quiere habérselas con un profesional que sabe lo que hace. Pero también compromiso del profesional con el bien y con el interés del paciente, lo que significa un cierto altruismo, solidaridad, compasión [...] respeto y sinceridad” (41). Ahora bien, pensar en la confianza no solo implica relaciones interpersonales, sino que ubica esta discusión en la consolidación de actitudes (disposición a hacer el bien usando el conocimiento científico), aptitud (vocación de servicio y profesionalismo) y comportamiento (virtudes como hábitos).

Dentro de las virtudes señaladas por los participantes, observadas en los estudiantes y profesores, están: respeto, cordialidad, amabilidad, cuidado, humildad y confianza. Por su parte, Marques *et al.* (45) hallaron, además de estas, otras como responsabilidad, paciencia y prudencia, esenciales para la formación médica, entendiendo que todas ellas implican tareas técnicas y actitudes. Sin embargo, dadas las limitaciones de este estudio es válido plantear la pregunta, al estilo de Esquerda *et al.* (46), si en realidad en la FOUN se están formando odontólogos virtuosos o solo odontólogos con habilidades de ética práctica, máxime porque otro aspecto de gran influencia en la confianza otorgada por los pacientes es el prestigio que tiene la Universidad Nacional de Colombia como referente de excelencia profesional y académica en el país. La figura 1 muestra el esquema mental de interpretación esbozado.



Figura 1. Percepción y construcción del sentido común frente al principio de beneficencia en pacientes

Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

A modo de conclusión, se puede plantear que la percepción y construcción de sentido respecto al principio bioético de beneficencia en los participantes de este estudio, más allá de una visión estrictamente basada en los beneficios de las técnicas y terapéuticas, está mediada por la experiencia objetivada como partícipes del proceso de atención y su calidad, lo cual es valorado a la luz de la resolución de sus necesidades y beneficios obtenidos en términos terapéuticos, estéticos y de autocuidado, y económicos, así como del profesionalismo y la intersubjetividad lograda en la triada docente-estudiante-paciente, y por la consolidación de la confianza al observar disposición de uso del conocimiento científico para lograr el máximo bien para su salud bucal, la vocación de servicio y un comportamiento donde el cuidado es una clave. El máximo deber odontológico es hacer el bien y promover la calidad de vida a los pacientes, ergo, la toma de decisiones clínicas dependerá de los saberes profesionales específicos, de la *praxis* ética y de la valoración objetiva que hacen los pacientes sobre sus ideas de bienestar y beneficio.

Agradecimientos

A los/las participantes de este estudio y a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia.

Referencias

1. Hottois G. ¿Qué es la bioética? 2ª. ed. Bogotá: Universidad El Bosque; 2020. 71p. <https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/5967/9789587392005.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Lorenzo D. Teorías bioéticas, protección de la vida y ley natural. Cuadernos de Bioética. 2019;30(100): 263-274. <https://doi.org/10.30444/CB.38>
3. López L. Ruvalcaba JC, Reynoso J, Cortés SY, García G, Escalante JV, et al. What is bioethics?, its rise and its impact on human health today. Mexican Bioethics Review ICsA; 2020;2(3):22-26. <https://doi.org/10.29057/mbr.v2i3.5884>
4. Escobar J, Aristizábal C. Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y prácticas múltiples. Rev. Col. Bioet. 2011;6(Especial): 76-106. <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189222553006.pdf>
5. Romero-Beltrán AC, y Sánchez-Alfaro LA. Autonomía profesional del odontólogo en IPS'S públicas y

- privadas de Bogotá en el marco del sistema de salud colombiano. *Rev. latinoam. bioet.* 2020;37(2):123-138. <https://doi.org/10.18359/rbi.4386>
6. Vargas Machado CA. Tendencias y principios en las corrientes bioéticas. *Rev. Col. Bioet.* 2021;16(2). <https://doi.org/10.18270/rcb.v16i2.3077>
 7. Morales G, Ramadán R, Alvear S, Sánchez-del-Hierro D. Conocimiento y aplicación de los principios bioéticos en alumnos de posgrado de odontología. *Acta Bioethica.* 2021;27(2):285-294. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2021000200285>
 8. American Dental Association. Principles of Ethics & Code of Professional Conduct; 2023. https://www.ada.org/-/media/project/ada-organization/ada/ada-org/files/about/ada_code_of_ethics.pdf?rev=ba22edfd-f1a646be9249fe2d870d7d31&hash=CCD76FCDC-56D6F2CCBC46F1751F51B96
 9. Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Ley 35 de 1989 sobre ética del odontólogo colombiano. *Diario Oficial.* 1989;CXXV(38.733). https://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-104683_archivo_pdf.pdf
 10. Siurana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Rev. VERITAS.* 2010;22:121-157. <https://www.redalyc.org/pdf/2911/291122193005.pdf>
 11. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2013. 512 p.
 12. Feito Grande L. Fundamentos de Bioética, de Diego Gracia. *Rev. Bioética & Debat;* 2011 17(64): 8-11. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6080124.pdf>
 13. Alcota M, Ruiz De Gauna P, González F. El profesionalismo en la formación odontológica. *Rev. Fac Odontol Univ Antioq.* 2016;28(1):158-178. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfo.v28n1a9>
 14. Yousif KI, Abu-Aisha H and Abboud O. Perception of Ethical Principles by Hemodialysis Nurses in Khartoum, Sudan. *Rev. Nurs Health Care Int J.* 2017;1(2):1-5. <https://medwinpublishers.com/NHIJ/NHIJ16000110.pdf>
 15. Corilloclla Guillermo RK, Pérez Riquelme LGP. Percepción del paciente sobre la aplicación de los principios bioéticos en el cuidado de enfermería brindado en el servicio de emergencia. [Tesis especialidad en enfermería]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/923>
 16. Parodi Lema D, Medin-Giacomozzi A. Expectativas y percepciones de calidad de servicio en pacientes de atención dental en un municipio de Chile. *Rev. Méd. Risaralda.* 2018;24(2):115-118. <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v24n2/0122-0667-rmri-24-02-115.pdf>
 17. Castro V, Alarcón C, y Guanopatin L. Conocimientos y prácticas de bioética y la percepción del paciente en un servicio de emergencia hospitalario. *Rev. Publicando.* 2015;2(5):185-210. https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/97/pdf_58
 18. Vasilachis de Gialdino I. Estrategias de investigación cualitativa. 1ª. ed. Barcelona: Gedisa S.A; 2006.
 19. Magalhaes Bosi ML, Mercado FJ. Investigación cualitativa en los servicios de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
 20. Janghorban R, Latifnejad Roudsari R, Taghipour A. Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research. *Rev. Int. J. Qual. Stud. Health Well-being.* 2014;9(4). <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.24152>
 21. Rodríguez Sabiote C, Lorenzo Quiles O, y Herrera Torres L. Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. *Rev. SOCIOTAM.* 2005;15(2):133-54.e: <https://www.redalyc.org/pdf/654/65415209.pdf>
 22. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76(5):423-36. <https://www.redalyc.org/pdf/170/17076505.pdf>
 23. Ministerio de Salud. Resolución No. 8430 de 1993; 1993. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
 24. Unesco. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos; 2005. http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
 25. 2nd World Conference on Research Integrity. Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación; 2010. <http://eticayseguridad.uc.cl/documentos/cec-artes/legislacion-cecsociales/cec-sociales/223-decla-singa-cec-sociales/file.html>
 26. López Portilla JE, Pilataxi Sánchez S, Rodríguez Escobar LD, Velásquez Rivera AC, López Blandón MA, Martínez Delgado CM, et al. Determinantes de la satisfacción de la atención odontológica en un grupo de pacientes atendidos en la Clínica del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 2013;12(24): 209-225. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54526806014>
 27. Gutiérrez Salamanca L, Osorio Mendoza AF, y Serrano Pérez MP. Conocimiento y aplicación de la bioética principialista en estudiantes de pregrado de odontología, clínicas II y III en práctica de endodoncia, Universidad Santo Tomás. [Tesis de pregrado]. Bucaramanga:

- Universidad Santo Tomás; 2016. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/10331>
28. Rangel Galvis MC. Perspectiva bioética y modelo biopsicosocial en la relación odontólogo-paciente durante la formación del estudiante en la Universidad el Bosque. *Rev. Salud Bosque*. 2011;1(2):87-98. <https://doi.org/10.18270/rsb.v1i2.99>
 29. Herrera Salas F, Cano Calderón M, Morales Ruiz MA, Arredondo Velásquez IL, Martínez Aguilar KM. Dilemas éticos en la clínica odontológica desde el discurso docente. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2021;24(4):1706-1728. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol24num4/Vol24No4Art19.pdf>
 30. Riquelme-Silva MJ, y Santelices L. Percepciones de estudiantes y docentes acerca de las competencias del tutor clínico en odontología: estudio descriptivo. *FEM*. 2021;24(1):21-25. <https://dx.doi.org/10.33588/fem.241.1107>
 31. Castro-Rodríguez Y., y Lara-Verástegui R. Percepciones de los estudiantes de Odontología sobre el desempeño de la docencia clínica. *Rev Cubana Invest Bioméd*. 2021;40(1):e935. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002021000100010&lng=es
 32. García Rodríguez B, Nenger Sánchez JE, González Cardona Y. Niveles de orientación empática en estudiantes de Odontología de la Uniandes, Ambato. *Universidad y Sociedad*. 2021;13(S3):167-72. <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2462>
 33. Díaz-Cárdenas S, Rojano-Rodríguez A, Hernández Álvarez A, Murcia Galarza H, Ardila-Torres A. Percepción de pacientes frente a la atención odontológica ofrecida por estudiantes en una universidad pública colombiana. *Rev. Duazary*. 2021;18(2):163-74. <https://doi.org/10.21676/2389783X.4073>
 34. Escobar López MT, Carrera Celis CA. Percepción sobre consentimiento informado en pacientes de cuatro diferentes áreas de atención en salud en Bogotá, Colombia. *Rev. Latinoam. Bioet*. 2015;15(18):14-25. <https://doi.org/10.18359/rlbi.519>
 35. Luciani Reynoso P. y Calzolari A. Problemas entre la teoría y la práctica del consentimiento informado en Odontología en Sudamérica. *Odontología Vital*. 2021;(35): 44-54. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-07752021000200044&lng=en
 36. Escobar López MT. Consentimiento informado en odontología y sus especialidades. 1ª. ed. Cali: Impresora Feriva; 2009.
 37. Escobar López MT, y Novoa Torres E. Análisis de formatos de consentimiento informado en Colombia. Problemas ético-legales y dificultades en el lenguaje. *Rev. latinoam. bioet*. 2015;16(30-1):14-37. <https://doi.org/10.18359/rlbi.1439>
 38. Gaitán Buitrago JET. El consentimiento informado en psiquiatría: fundamentación operativa y aspectos legales en Colombia. *Rev. Drugs Addict Behav*. 2019;4(2):342-55. <https://doi.org/10.21501/24631779.3372>
 39. Hernández Paulsen G, y Chahuán Zedan F. Consentimiento informado en las prestaciones de salud. *Acta bioeth*. 2021;27(1):17-25. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2021000100017>
 40. Jaramillo G, Caro H, Gómez Parra ZA, Moreno Bedoya JP, Restrepo Pabón ÉA, Suárez Mejía MC. Dispositivos desencadenantes de estrés y ansiedad en estudiantes de odontología de la Universidad de Antioquia. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq*. 2008; 20(1): 49-57. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2008000200006
 41. Camps Cervera V. La excelencia en las profesiones sanitarias. *Rev. Humanitas*. 2007;(21): 1-13. http://www.ehu.es/SEMDE/archivos_pdf/archivos_pdf/Victoria%20Camps%20La%20excelencia%20en%20las%20profesiones%20sanitarias-1.pdf
 42. Donoso Sabando CA. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Pers. bioét*. 2014;18(2):184-93. <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v18n2/v18n2a08.pdf>
 43. Camps Cervera V. Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Rev. Educ. Med*. 2015;16(1):4-8. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.04.001>
 44. Yuguero O, Esquerda M, Vinas J, Soler-Gonzalez J, y Pifarré J. Ética y empatía: relación entre razonamiento moral, sensibilidad ética y empatía en estudiantes de medicina. *Rev. Clin Esp*. 2019;219(2):73-8. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.09.002>
 45. Marques LMNSR, Fonseca SC, Milioni VC, Corbiceiro WCH. ¿Cuáles son los valores esenciales para la formación médica? *Pesquisa Rev. Bioét*. 2020;28(4):693-703. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284433>
 46. Esquerda M, Pifarré J, Roig H, Busquets E, Yuguero O, Viñas J. Evaluando la enseñanza de la bioética: formando «médicos virtuosos» o solamente médicos con habilidades éticas prácticas. *Rev. Aten. Primaria*. 2019;51(2):99-104. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.018>

