

**FACTORES ESENCIALES DE LA MEDICINA NARRATIVA SEGÚN RITA CHARON,
APLICADOS A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA**

ALEJANDRA PEÑA ORTIZ

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
PROGRAMA DE ODONTOLOGIA - FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
BOGOTÁ DC.- NOVIEMBRE 2018**

HOJA DE IDENTIFICACION

Universidad	El Bosque
Facultad	Odontología
Programa	Odontología
Título:	Factores esenciales de la medicina narrativa según Rita Charon, aplicados a la consulta odontologica.
Grupo de Investigación	Investigación en Salud Bucal Pública y Comunitaria - INVBOCA
Línea de investigación:	Calidad de vida y enfoque diferencial: abordaje interdisciplinario de la salud bucal de sujetos y colectivos
Tipo de investigación:	Pregrado/grupo
Estudiantes:	Johana Alejandra Peña Ortiz
Director	Dr Alejandro Perdomo
Codirector y/o Asesor metodológico	Dra. Jenny Montoya

DIRECTIVOS UNIVERSIDAD EL BOSQUE

HERNANDO MATIZ CAMACHO	Presidente del Claustro
JUAN CARLOS LOPEZ TRUJILLO	Presidente Consejo Directivo
MARIA CLARA RANGEL G.	Rector(a)
RITA CECILIA PLATA DE SILVA	Vicerrector(a) Académico
FRANCISCO FALLA	Vicerrector Administrativo
MIGUEL OTERO CADENA	Vicerrectoría de Investigaciones.
LUIS ARTURO RODRÍGUEZ	Secretario General
JUAN CARLOS SANCHEZ PARIS	División Postgrados
MARIA ROSA BUENAHORA	Decana Facultad de Odontología
MARTHA LILILIANA GOMEZ RANGEL	Secretaria Académica
DIANA ESCOBAR	Directora Área Bioclínica
MARIA CLARA GONZÁLEZ	Director Área comunitaria
FRANCISCO PEREIRA	Coordinador Área Psicosocial
INGRID ISABEL MORA DIAZ	Coordinador de Investigaciones Facultad de Odontología
IVAN ARMANDO SANTACRUZ CHAVES	Coordinador Postgrados Facultad de Odontología

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

GUÍA DE CONTENIDO

Resumen	
Abstract	
	Pág.
Introducción	1
Marco teórico	2
Planteamiento del problema	10
Objetivos	16
Objetivo general	17
Objetivos específicos	17
Metodología del Proyecto	17
Resultados	18
Conclusiones	25
Referencias bibliográficas	26

RESUMEN

FACTORES ESENCIALES DE LA MEDICINA NARRATIVA SEGÚN RITA CHARON

Antecedentes: Se realiza un estudio enfocado a la problemática que encontramos, donde se realizan entrevistas aleatorias a los pacientes que asisten al servicio de consulta externa, y donde se encuentra que no hay buena comunicación entre el odontólogo y el paciente. **Objetivo:** Hacer una descripción de la propuesta de medicina narrativa según Rita Charon en base a 8 artículos escritos por dicha autora. **Objetivo específico:** Reflexionar sobre cómo la medicina narrativa propuesta por Rita Charon puede ayudar a mejorar la relación odontólogo-paciente. **Metodología:** Se realiza una lectura y análisis a profundidad teniendo en cuenta artículos escritos por la autora Rita Charon, donde se quiere encontrar que es la medicina narrativa, cuáles son sus objetivos y cómo se emplea o se usa al momento de la atención, para la mejora de la calidad y el servicio en odontología. Se hace una búsqueda general de 23 artículos escritos por Rita Charon respecto a la medicina narrativa, las fuentes principales para la búsqueda de los artículos fueron Pubmed, google Scholar, Scielo y artículos escritos por dicha autora. **Resultados** Que es medicina narrativa: La autora Rita Charon utilizó el término medicina narrativa para referirse a la medicina practicada con estas habilidades narrativas de reconocer, absorber, interpretar y emocionarse con las historias de enfermedad. **Conclusiones:** la Medicina Narrativa es la práctica clínica, está fortalecida por la capacidad de saber qué hacer con las historias que el paciente nos cuenta. Los médicos, enfermeros o trabajadores sociales no adquieren esas capacidades en sus facultades, no aprenden a ser lectores, intérpretes y a absorber esos signos. Eso es lo que creemos que puede aportar la Medicina Narrativa” Según la Dra Charon, que lidera una maestría en Medicina Narrativa en la Universidad de Columbia, no adquirimos estas facultades en el tiempo normal de entrenamiento durante los años de facultad y que resalta que hay un método para capacitarnos y aprender a recibir las historias. Su programa utiliza lectura literaria, pintura, escritura entre otros para desarrollar estas habilidades comunicativas. **Palabras claves:** comunicación, satisfacción, relación odontólogo-paciente.

ABSTRACT

ESSENTIAL FACTORS OF NARRATIVE MEDICINE ACCORDING TO RITA CHARON

Background: A study focused on the existing problem was developed with randomised interviews of patients attending the external consultation service where there is not a good communication between dentist and patient. Objective: to develop a description of the proposal of narrative medicine according to Rita Charon based on eight articles by said author. Specific objective: to ponder as to how narrative medicine proposed by Rita Charon may improve the dentist-patient relation. Methodology: An in-depth reading and analysis of articles by the mentioned author aimed at figuring out what is narrative medicine, which are its objectives and how it is applied during consultation in order to improve the quality of service in dentistry. A general search of 23 articles by Rita Charon regarding narrative medicine was carried out mainly in PubMed, Google Scholar and Scielo. Results: the author used the term narrative medicine to refer to a medicine practiced with narrative abilities to recognise, absorb, interpret and get emotional with stories of disease. Conclusions: Narrative medicine is the clinical practice strengthened by the ability of knowing what to do with the stories relayed by patients. Physicians, nurses or social workers do not acquire this ability so they do not learn to be readers, interpreters or to absorb such signals. This is what Dr Charon aims to achieve, who leads the MA in Narrative Medicine at Columbia University. She states that such abilities are not acquired during school but there is a way to train them and learn how to use them. The program uses reading of literature, painting and writing among the skills to develop communication abilities.

Key words: communication, satisfaction, relation, dentist-patient.

INTRODUCCIÓN

Entre las causas del problema de comunicación entre los odontólogos y los pacientes se encuentran la percepción del paciente sobre el odontólogo y sobre la institución prestadora de los servicios odontológicos, la incertidumbre del odontólogo sobre su práctica clínica, y el tiempo de la consulta y demás aspectos administrativos propios de la atención. En la Universidad El Bosque la atención de consulta externa es muy importante puesto que se conoce como la fase de urgencias en esta el paciente espera una atención idónea y rápida para mejorar la patología presente, por lo cual espera una buena y eficaz atención por medio del personal calificado. En cuanto a la seguridad del paciente, se ve muy influenciada por el hecho de que se realice una buena práctica y que haya una correcta interacción entre el odontólogo y la persona. Los profesionales de la salud requieren desarrollar habilidades para la comunicación y el manejo adecuado de sus emociones, en este mismo orden de ideas se plantea las habilidades de comunicación empática que incluyen escuchar activamente, proporcionar empatía apropiada, responder al comportamiento no verbal y fomentar de manera respetuosa el cambio de comportamiento sano, una comunicación de calidad busca entre otras cosas que el paciente comprenda todo lo que se va a realizar, donde el profesional pueda explicar el procedimiento de la manera correcta para evitar problemas futuros. El propósito del estudio es determinar cómo se da el proceso de atención hacia los usuarios durante la atención en consulta externa, lo que se quiere lograr con esta investigación es ver cómo se puede llegar a una adecuada comunicación y cómo se logra asumir una postura crítica frente a este. Este trabajo es muy conveniente ya que nos ayuda a distinguir y destacar que falencias se están presentando durante la consulta externa de la Universidad El Bosque y así poder concluir si hay una buena atención y satisfacción al finalizar la consulta.

MARCO TEÓRICO

La comunicación es el proceso mediante el cual se intercambia información en el cual debe existir un emisor que es quien transmite algo a un receptor.(9) La comunicación se convierte en el punto de partida para interactuar y mejorar la participación con los pacientes. Los profesionales de la salud requieren desarrollar habilidades para la comunicación y el manejo adecuado de sus emociones, como parte de las exigencias de su trabajo y contribuir con el adecuado establecimiento de la relación profesional con sus pacientes y familiares. Además, la comunicación se convierte en el punto de partida para mejorar la responsabilidad de los pacientes. (10)

1.1 Empatía.

La empatía ha sido concebida de muchas maneras, tratando de impulsar comportamientos de cooperación y convivencia positiva, unidos a la necesidad de ponerse en el lugar del otro para ser buenos ciudadanos. Por su parte, la empatía es un conjunto de constructos que incluyen respuestas afectivas y no afectivas. Así, la empatía es la capacidad para comprender al otro, a partir de lo que se observa, de la información verbal o de información accesible, la reacción afectiva de compartir su estado emocional, que puede producir alegría, tristeza, miedo, rabia o ansiedad.

En base a esa información, se puede saber lo que está le está pasando al otro, lo que están sintiendo. Además, dado que los sentimientos y emociones son a menudo un reflejo del pensamiento, son capaces de deducir también lo que esa persona puede estar pensando. Se evidencia que la empatía tiene tanto componentes cognitivos como emocionales, lo cual es centro de debate hasta el momento.

En la actualidad las discrepancias no se hallan en pensar si es un fenómeno cognitivo o emocional, sino en verla como una parte de la representación del mundo, una habilidad comunicativa, una competencia ciudadana o un componente de la inteligencia emocional, puesto que aunque tiene un núcleo común que tiende hacia la unificación de conceptos. (11)

Al referirse a la comunicación, Muñoz y Chávez sostienen que ésta debe cumplir unos requisitos básicos para que sea de buena calidad y la empatía es uno de ellos. Vista como una forma de comunicación positiva, la empatía se halla inmersa en el discurso médico u odontológico, en la relación con los pacientes (11). En atención de la salud la empatía se entiende como la capacidad del médico para reconocer cognitivamente las perspectivas y experiencias de un paciente, y transmitir este tipo de comprensión nuevamente al paciente.(13)

Como se ha señalado, la empatía tiene dos componentes centrales, el cognitivo y el afectivo. El componente cognitivo se refiere a entender los sentimientos del otro y la habilidad de adoptar su perspectiva, que implica dejar de lado la propia, para atribuir un estado mental a la otra persona y después inferir y predecir su comportamiento. En tanto, el componente afectivo es la respuesta emocional apropiada de un observador al estado emocional de otra persona. (13)

Cabe resaltar que la empatía también ayuda a la adaptación, pues permite tener acciones sociales congruentes con el estado emocional, las acciones y las intenciones de los demás; en otras palabras, favorece actitudes de intuición, responsabilidad y conexión. (14)

1.1.1 Habilidades de comunicación empática.

Las habilidades de comunicación empática incluyen escuchar activamente, proporcionar empatía apropiada, responder al comportamiento no verbal y fomentar de manera respetuosa el cambio de comportamiento sano (15). También se refieren a la capacidad para enviar, recibir, elaborar y emitir información, ideas, opiniones y actitudes de primera calidad y orientadas hacia objetivos personales y organizacionales.

Entre las habilidades de comunicación empática se encuentra la confianza entre profesionales y pacientes. Se debe fortalecer la comunicación y la confianza de los estudiantes o profesionales durante las conversaciones difíciles con los pacientes (16).

La Confianza se refiere a la opinión favorable en la que una persona o grupo es capaz de actuar de forma correcta en una determinada situación. La confianza es la seguridad que alguien tiene en otra persona o en algo.

Los profesionales de la salud requieren desarrollar habilidades para la comunicación y el manejo adecuado de sus emociones, como parte de las exigencias de su trabajo y contribuir con el adecuado establecimiento de la relación profesional con sus pacientes y familiares y de los niveles de satisfacción de la población con los servicios de salud que le ofrecen y la propia satisfacción como profesionales. Son habilidades centrales de los profesionales de la salud para llevar a cabo adecuadamente sus actividades.(17)

1.1.2 Empatía y odontología.

En este mismo orden de ideas se plantea la empatía como un ingrediente para las buenas prácticas odontólogo-paciente. En la atención odontológica la empatía entre pacientes y profesionales influyen diferentes factores. En el estudio Salcedo y Díaz evidenciaron que la empatía se relaciona con el género de los participantes, hay un puntaje de empatía mayor en mujeres que en hombres, encontraron una mayor relación empática vinculada a los años de estudio. (18)

Como se señaló anteriormente en las formas de comunicación no verbal se encuentra la expresión a través de la mirada y gestos, a través de los cuales también se realiza la empatía. De esta manera, la identificación de la emoción que expresa un gesto facial, puede convertirse en un asunto netamente empático, así a partir del gesto se promueve la respuesta de ayuda o de huida, o se crean razonamientos lógicos para la toma de decisiones sobre la acción más conveniente en cada caso clínico.(18)

1.2 Determinantes o causas de la fallas en la comunicación.

Entre las causas que desencadena fallas en la calidad de la comunicación se encuentra la ansiedad de los participantes, la alfabetización en salud del paciente, las relaciones entre profesionales y pacientes y el género.

1.2.1 Ansiedad.

La ansiedad es básicamente un mecanismo defensivo, un sistema de alerta ante situaciones consideradas amenazantes (19). Es un mecanismo universal, se da en todas las personas, es normal, adaptativo, mejora el rendimiento y la capacidad de anticipación y respuesta. La ansiedad en odontología se fundamenta en varios factores: la influencia de la familia y el ambiente social, miedos exagerados, dolor y experiencias traumáticas.(20)

1.2.2 Percepciones entre paciente y odontólogo.

Las percepciones de los pacientes se basan principalmente en su experiencia anterior con el profesional, ya que algunas personas valoran al profesional mientras otros valoran sus habilidades de comunicación.(21) La percepción es el modo en que entendemos, atendemos, interpretamos, analizamos, recordamos y empleamos la información para realizar juicios y establecer acciones. Las percepciones negativas sobre el profesional pueden ser como él o ella pueden producir dolor, lo que puede limitar el cuidado dental, la búsqueda de comportamientos, la disponibilidad y la adherencia.(21)

Sobre la influencia del género en la comunicación entre odontólogo-paciente, se muestra cómo el estereotipo del género está relacionado con la empatía interpersonal en la formación profesional, es decir, el paciente puede tener la creencia de que dependiendo del sexo del odontólogo, va a tener una buena relación con este. Estudios demuestran que las personas tienen más empatía con las mujeres.(21) Otro factor que puede influir es la edad del paciente y del odontólogo.

De la misma forma, las percepciones de los profesionales sobre sus pacientes influyen en la atención de la salud que proporcionan y las percepciones de los usuarios están relacionadas con el tipo de atención prestada (22)

1.2.3 Percepciones del paciente sobre la salud oral

Las percepciones en salud oral pueden afectar la comunicación entre odontólogo paciente. Entre estas percepciones se encuentran la susceptibilidad percibida, los beneficios percibidos, y la autoeficacia; y entre las señales para la acción se encuentran: el miedo de ir al odontólogo, la facilidad para acceder al odontólogo; necesidades para asistir al odontólogo por síntomas.

1.2.4. Situación Clínica

La calidad de la comunicación se diferenciará debido a las características de la situación clínica.

1.3. Comprensión

1.3.1 Comprensión, comprensión percibida y alfabetización en salud.

Una comunicación de calidad busca entre otras cosas que el paciente comprenda todo lo que se va a realizar, donde el profesional debe explicar el procedimiento de la manera correcta para evitar problemas futuros. Es importante destacar que también incluye la capacidad para etiquetar las distintas emociones, entender las relaciones existentes entre las mismas y las diferentes situaciones a las que obedecen, así como la comprensión de emociones complejas y de la transición de unos estados emocionales a otros.

El paciente mostrará una comprensión de la conversación que ha tenido con el médico Por lo tanto, se tendrá en cuenta la información que se le ha dado y se evaluará si esta es

comprendida de manera correcta, así estaremos describiendo una buena relación y comunicación entre médico- paciente. (1.1)

En salud la alfabetización se refiere "al grado en que los individuos tienen la capacidad de obtener, procesar y comprender la información y los servicios básicos de salud necesarios para tomar las decisiones de salud apropiadas"(22)

1.4 Conversación y narrativa.

La conversación es producto de las intervenciones de los participantes; en consecuencia, para comprender este evento es necesario observar cómo los participantes interactúan. Esto se relaciona con dos principios fundamentales del análisis del discurso postulados por Schiffrin: A. El lenguaje es siempre comunicativo está dirigido a un "otro", a un oyente. Este "otro" puede ser inmediato o eventual, pero está siempre presente (1.4) B. El lenguaje está diseñado para la comunicación Lyons señala que en la estructura de las lenguas, hay mucho que solo puede ser explicado en el supuesto de que se da para la comunicación en la interacción cara-cara.(1.4)

Cuando se refiere a una experiencia vivida, se habla de la comprensión de esa experiencia. No es sólo una narrativa, sino una vida o una historia que se construye en colaboración. Las narrativas que los pacientes dicen se construyen entre el paciente que proporciona la experiencia vivida inicial y el proveedor cuya autoridad médica forma la narrativa más el diagnóstico y tratamiento. Las narraciones de los pacientes son la incursión de los médicos en el desentrañamiento de las dolencias de los pacientes.

El interés por escuchar las necesidades que tienen los pacientes, el acompañamiento durante la enfermedad, la solidaridad, la orientación, el apoyo y el deseo de tratarlos hacen un gran aporte a la satisfacción del paciente (1.2).

1.4.1 Tipos de relaciones Odontólogo Paciente

Se han descrito distintos modelos de relación clínica en función de la distribución del poder y responsabilidad de médico y paciente. El tipo de relación que se establezca dependerá de las características del paciente y el tipo de situación clínica. Además, esta relación es dinámica y los roles que se asumen varían en el tiempo. Sin embargo, cualquiera sea el modelo que se adopte, el énfasis actual es puesto en el respeto y participación mutua de médico y paciente en la toma de decisiones sanitarias (23). Esto se asocia a una nueva visión de paciente, ahora capaz y autónomo, pese a estar enfermo, lo que a su vez genera un nuevo modelo de relación asistencial donde el paciente tiene un rol protagónico.

Según Emanuel & Emanuel (24) existen cuatro modelos de la relación médico paciente, que pueden hacerse extensivos a la odontología. El primero es el modelo paternalista se busca que el paciente reciba las intervenciones necesarias para mejorar su salud. Para ello los profesionales usan sus conocimientos para establecer diagnósticos, tratamientos y recomendaciones adecuadas así el profesional dará al paciente información ya seleccionada de antemano que le conducirá a consentir la intervención que para el profesional es la mejor. Es el profesional el que define qué es lo mejor para el paciente.

El segundo modelo es el informativo, donde se le entrega al paciente toda la información relevante para que pueda elegir la intervención que desee, tras lo cual el profesional lo llevará a cabo. El modelo se basa en una clara distinción entre los hechos y los valores, donde los segundos son bien conocidos y lo que no conoce el paciente son los hechos. Los pacientes desde sus valores pueden tomar la información que da el profesional y definir qué terapéutica realizar.

El tercer modelo es el interpretativo donde se busca en la relación profesional paciente determinar los valores del paciente y qué es lo que realmente desea en ese momento y así ayudarlo a elegir entre todas las alternativas odontológicas posibles aquellas que satisfagan sus valores. Aquí el odontólogo informa sobre la naturaleza de su patología, los riesgos y beneficios del tratamiento, pero además, le ayuda al paciente a aclarar y articular valores y a determinar qué intervención odontológica los desarrolla mejor.

En este modelo los valores del paciente no son siempre conocidos por él, ni tampoco son fijos, sino que cambian. El odontólogo no debe imponer sus órdenes al paciente sino que es el paciente quien en última instancia es el que decide qué valores y formas de actuar se ajustan mejor a lo que es él.

El último modelo según Emanuel & Emanuel (24) es el deliberativo que tiene como objetivo ayudar al paciente a determinar y elegir entre todos los valores relacionados con la salud y que pueden desarrollarse en el acto clínico, aquellos que son mejores. El odontólogo y el paciente deben comprometerse a una deliberación conjunta sobre el tipo de valores relacionados con la salud que debe buscar el paciente. La autonomía del paciente se concibe como un autodesarrollo moral.

Planteamiento del problema

Se realiza un estudio enfocado a la problemática que encontramos, donde se realizan entrevistas aleatorias a los pacientes que asisten al servicio de consulta externa, y donde se encuentra que no hay buena comunicación entre el odontólogo y el paciente.

En el estudio de Hoyos et al., 2018 se ve con respecto a la satisfacción que los entrevistados indican que el usuario que asiste al servicio de consulta externa en las clínicas odontológicas de la Universidad El Bosque, tienen diferentes criterios para evaluar una experiencia satisfactoria. El primer criterio de satisfacción es el tiempo de espera. Así, dos de seis de las entrevistas indican inconformidad con este tiempo de espera, respecto al tiempo desde que es anunciado en recepción y el tiempo de acceso a los servicios de urgencias. Sin embargo, cuatro de las restantes entrevistas manifestaron una atención rápida y óptima por parte del servicio de recepción y por los estudiantes de consulta externa

El segundo criterio de satisfacción fue relacionado con el trato humano de los estudiantes. En este criterio los entrevistados resaltaron el trato amable que reciben por parte del estudiante. Cuando había un trato amable, los entrevistados señalaron que les generó más confianza para expresar su motivo de consulta, cumpliendo con un plan de tratamiento acorde a la necesidad por la que busco el servicio de consulta externa.

El tercer criterio fue la presencia del docente en la consulta. Teniendo en cuenta que es un centro de educación, y se realiza una atención docente asistencial para los entrevistados fue un factor importante en la satisfacción. Bajo este criterio, cuatro de los entrevistados manifiestan tener poco contacto con el docente, donde esté participa solo al final de la consulta, pero no en el momento que el usuario expresa su motivo de consulta o cuando el estudiante realiza el procedimiento clínico. Los otros dos entrevistados consideraron irrelevante dicha presencia para la atención, pues el estudiante les genera plena confianza, así como su avanzado grado de aprendizaje demostrando habilidades prácticas y buena comunicación. Además, según los entrevistados los estudiantes logran entender el motivo de consulta del usuario, y de esta forma junto al docente lograron un plan de tratamiento

adecuado, cumplieron las expectativas del usuario generando una plena satisfacción al terminar el servicio.

Un cuarto criterio de satisfacción fue la solución al motivo de consulta. Dos de las seis entrevistas manifestaron no salir satisfechas con el servicio debido a que no encontraron solución a su problema.

Un quinto criterio de satisfacción es el tiempo invertido en el diligenciamiento de la Historia Clínica. Para los entrevistados no tiene sentido ese tiempo pues quieren que se les resuelva su motivo de consulta puntual y se hacen preguntas que desde su punto de vista no tienen ninguna relación. Consideran que la historia clínica es muy extensa y se pierde tiempo en el cual se puede hacer procedimientos al paciente.

Un sexto criterio de satisfacción son las expectativas que traen los entrevistados sobre el pago de los estudiantes para su tratamiento. Los entrevistados decían que por voz a voz, de otros pacientes o familiares con buenas experiencias, les había contado que los estudiantes les pagaban los procedimientos. Sin embargo, en dos ocasiones manifestaron que al no suceder esto, del pago, salieron inconformes con el servicio, pues manifestaron no contar con los recursos económicos para continuar con el tratamiento.

Un séptimo criterio de satisfacción para los entrevistados fue el que el odontólogo escuche y observe cualquier emoción positiva o negativa con la que llegue un paciente y realizar un énfasis en la urgencia o motivo por el que asiste. En dos de las seis entrevistas se encontró inconformidad porque su necesidad no es resuelta inmediatamente.

Un octavo criterio de satisfacción reside en las remisiones, pues en sus expectativas estaba el resolver sus problemas inmediatamente y al saber que debía ser remitido a otro especialista generó inconformidad. Para los entrevistados se realiza la remisión a una especialidad quienes tardan en atenderle generando la deserción de este tipo de paciente.

Empatía

Un primer criterio de empatía fue la edad y género del estudiante. En dos de seis de las entrevistas estuvieron de acuerdo en que la edad y el género del estudiante es un criterio

importante para determinar una buena empatía durante la consulta, pues sienten la confianza para comunicarse, expresar sus miedos, angustias o inquietudes. Expresaron que sienten más afinidad hacia el género femenino porque son más “delicadas”, para otros pacientes esto no es un determinante para definir un buen servicio pues para ellos lo importante se basa en la habilidad clínica que tengan. en términos de edad, un entrevistado manifestó sentirse cómodo con un estudiante que fuese en términos generacionales joven, pues siente la confianza para contar su necesidad y angustia en comparación de una persona de mayor edad.

Un segundo criterio de empatía es la capacidad de entendimiento de los estudiantes sobre los problemas y preocupaciones de los pacientes. cinco de las seis entrevistas hacen referencia a que hay pleno entendimiento por parte del docente y el estudiante, en donde escuchan claramente su necesidad. En cambio en la entrevista restante manifiesta que no hubo una empatía o buena comunicación durante la consulta pues hace referencia a que gran parte de la consulta se basó en hacer preguntas de la historia clínica y no hubo una atención directa en el motivo de dolor que era por el cual consultaba al servicio de urgencias.

Comunicación

El primer criterio para evaluar la comunicación por parte de los entrevistados fue la capacidad de escucha del estudiante sobre el motivo de consulta. Se coincide en todas las entrevistas que los estudiantes fueron muy receptivos al momento de ellos informar el motivo por el cual acudían al servicio.

Un segundo criterio, el uso del lenguaje técnico por parte de los estudiantes. cuatro de los seis entrevistados manifestaron que entendieron perfectamente el lenguaje que uso el estudiante al momento de hacer preguntas o informar el tratamiento a realizar. Sin embargo, dos entrevistas manifestaron que usaron un lenguaje muy técnico por el cual ellos tuvieron que preguntar pues no entendían a qué se refieren con la pregunta que les realizaban.

Un tercer criterio fue la explicación de los procedimientos a realizar. En general los pacientes manifestaron que se les explica de manera clara el procedimiento que se les va a

hacer. Sin embargo, dos de los seis entrevistados manifiestan que les habían informado que no tenían que pagar ningún costo por los procedimientos, ya que otras personas les habían dicho que eran los estudiantes quienes asumían los costos de los tratamientos. Lo que se puede decir que hay un problema de la transmisión de la información entre los pacientes que acuden al servicio. Asimismo, un paciente manifestó que hubo un mal manejo en la comunicación ya que solo al momento de terminar la consulta le informaron que no le iban a realizar el tratamiento, por el cual debían remitir a estudiantes de postgrado quienes quedaron en contactarla y llamarla después.

Al profundizar en las entrevistas se resaltan experiencias subjetivas propias del paciente y factores inherentes al servicio y al talento humano. Se deben establecer estrategias que contribuyan a la calidad de la institución por medio de alternativas en el modelo docencia-servicio, garantizando bienestar y salud oral a los pacientes que acuden a la Facultad. Las razones de consulta de los pacientes se centran en dos situaciones: la primera, obtener un buen diagnóstico y un apropiado tratamiento, y la segunda, la confianza en el clínico, el tipo de comunicación que se maneje a lo largo de toda la cita, el sentirse de una manera adecuada con el profesional para la adherencia al tratamiento y la satisfacción con la que culmina su cita odontológica.

Dado lo anterior podemos decir que cumplir con las expectativas del paciente no solo beneficia la calidad de vida, sino que también aporta de manera positiva el rol del profesional. En el servicio de consulta externa de la Universidad El Bosque se ve reflejado el interés por escuchar las necesidades que tienen los pacientes, en el acompañamiento durante la enfermedad, la solidaridad, la orientación, el apoyo y el deseo de tratarlos, y esto se ve manifestado en la satisfacción con la que salen muchos pacientes de la consulta. También podemos decir que la mayoría de los participantes de este estudio resaltan la calidad humana con la que fueron atendidos por los estudiantes y docentes como una de las principales fortalezas que tiene este servicio, pero también se pudo destacar que para los pacientes que asisten a la consulta sería de mayor agrado que los docentes a cargo del servicio hicieran un mayor acompañamiento durante toda la cita, ya que esto generaría un mayor nivel de confianza y así mismo de satisfacción.

La comunicación presenta diversos enfoques que se desarrollan en la consulta clínica. En la relación odontólogo-paciente, es el odontólogo quien determina el tipo de comunicación y los beneficios que pueda tener para el desarrollo de la consulta y la toma de decisiones de un buen plan de tratamiento, el odontólogo debe mantener actitud de ayuda y comprensión, permitiendo que el paciente exprese libremente su necesidad, debe diseñar preguntas y respuestas de tal manera que el paciente entienda claramente y no generen malas interpretaciones o dudas, permitiendo el espacio para que el paciente pueda hacer parte de la toma de decisiones, dándole un valor agregado a la consulta y generando un entendimiento y claridad en su diagnóstico y plan de tratamiento.

En los diversos enfoques que se desarrollan durante la consulta la empatía es una forma de conocimiento y aproximación al otro. En la relación odontólogo paciente se resalta la actitud amable con la que el estudiante se dirige al paciente, manifestando ellos satisfacción en la relación digna, respetuosa y receptiva con la que los estudiantes se dirigen a ellos. La aceptación del paciente va más allá del género o de la edad de la persona que lo está atendiendo. Mostrar sentido de responsabilidad, estar atentos a las inquietudes, entender su personalidad, hablar lo necesario y explicarse de un modo inteligible, huyendo de los tecnicismos hacen que la verdadera empatía surja de modo fluido y natural.

Rita Charon (nacida en 1949 en Providence , Rhode Island), es médica, académica literaria y fundadora y directora ejecutiva del programa de medicina narrativa en la Universidad de Columbia .Actualmente ejerce como internista general en Associates in Internal Medicine en el Columbia Presbyterian Hospital , y es profesora de medicina clínica en el Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia. Charon es el autor de Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness y coeditor de Stories Matter: The Rol of Narrative in Medical Ethics y Psychoanalysis and Narrative Medicine. (1.1)

Según Rita Charon hemos aprendido que la Medicina Narrativa es la práctica clínica por parte de un médico, enfermero, trabajador social o capellán que está fortalecida por la capacidad de saber qué hacer con las historias que el paciente nos cuenta. Es necesario saber que en la clínica podemos capacitarnos para recibir esa historia. Las historias que nos cuentan los enfermos son historias muy complicadas. Algunas se cuentan con palabras, otras con silencios, algunas mediante las expresiones faciales o gestos, y también a través

de los hallazgos físicos como el reborde duro del hígado o el pie equino. Nosotros, los receptores de esas historias, debemos estar capacitados para relacionar todo lo que se nos transmite y convertirlo en una “narrativa”. Los médicos, enfermeros o trabajadores sociales no adquieren esas capacidades en sus facultades, no aprenden a ser lectores, intérpretes y a absorber esos signos. Eso es lo que creemos que puede aportar la Medicina Narrativa.(1.2) ya mencionada a partir de 8 artículos completos escritos por Rita Charon donde nos muestra que es, como se usa y qué objetivos tiene la medicina narrativa.

Pregunta investigativa

¿Qué puede aportar la medicina narrativa según Rita Charon a la mejora de la relación odontólogo paciente?

OBJETIVOS

Objetivo general

Hacer una descripción de la propuesta de medicina narrativa según Rita Charon en base a 8 artículos escritos por dicha autora

Objetivos específicos

1. Reflexionar sobre cómo la medicina narrativa propuesta por Rita Charon puede ayudar a mejorar la relación odontólogo paciente.
2. Definir las características de la estructura de la conversación entre el profesional y el paciente en los momentos de la consulta

METODOLOGIA DEL PROYECTO

Revisión bibliográfica: La revisión bibliográfica comprende todas las actividades relacionadas con la búsqueda de información escrita sobre un tema acotado previamente y sobre el cual, se reúne y discute críticamente, toda la información recuperada y utilizada. Su intención va más allá del simple hojear revistas para estar al día en los avances alcanzados en una especialidad, o de la búsqueda de información que responda a una duda muy concreta, surgida en la práctica asistencial o gestora. El investigador desea una perspectiva completa sobre el saber acumulado respecto a un tema, y para alcanzarlo deberá desplegar una estrategia eficiente, entendiéndose como tal, aquélla que le garantice recuperar el mayor número de documentos esenciales relacionados con su investigación.(1)

Sus objetivos son: conocer el estado actual del tema, averiguando qué se sabe y qué aspectos quedan por estudiar: identificar el marco de referencia, las definiciones conceptuales y operativas de las variables en estudio que han adoptado otros autores; descubrir los métodos y procedimientos destinados a la recogida y análisis de datos, utilizados en investigaciones similares.(1)

Los resultados de la revisión bibliográfica sirven para explicar las razones que han conducido o motivado la elección de un problema concreto. En consecuencia, de su lectura se deben desprender los objetivos y las hipótesis que se quieren analizar a través de la investigación que se acaba de iniciar. (1)

Estudio cualitativo:El método de investigación cualitativa es la recogida de información basada en la observación de comportamientos naturales, discursos, respuestas abiertas para la posterior interpretación de significados. Mientras que los métodos cuantitativos aportan valores numéricos de encuestas, experimentos, entrevistas con respuestas concretas para realizar estudios estadísticos y ver cómo se comportan sus variables. Muy aplicado en el muestreo. Sin embargo, el concepto de método cualitativo analiza el conjunto del discurso entre los sujetos y la relación de significado para ellos, según contextos culturales, ideológicos y sociológicos. Si hay una selección hecha en base a algún parámetro, ya no se considerará cualitativo. Digamos que es el método de investigación cualitativa no

descubre, sino que construye el conocimiento, gracias al comportamiento entre las personas implicadas y toda su conducta observable. (2)

Analisis documental

El análisis documental es un trabajo mediante el cual por un proceso intelectual extraemos unas nociones del documento para representarlo y facilitar el acceso a los originales. Analizar, por tanto, es derivar de un documento el conjunto de palabras y símbolos que le sirvan de representación. En este amplio concepto, el análisis cubre desde la identificación externa o descripción física del documento a través de sus elementos formales como autor, título, editorial, nombre de revista, año de publicación, etc., hasta la descripción conceptual de su contenido o temática, realizada a través de los lenguajes de indización, como palabras clave o descriptores del tesauro.(3) El concepto de indización se identifica con el análisis del contenido en la medida que dichos lenguajes se utilizan para elaborar los índices temáticos por los que se recupera la información. Muchos y muy diversos pueden ser los métodos de análisis utilizados para representar el documento.(3) La mayor o menor profundidad del análisis dependerá en gran medida de los siguientes aspectos:

- Tipo de usuarios y necesidades de información más o menos especializadas
- Tipos de servicios que se ofrecen. Bibliotecas generales, empresas, Centros de Documentación, etc.
- Documentos a analizar: Libros, artículos de revistas, literatura gris, prensa, legislación. Bases de datos y sistemas de recuperación utilizados y sus posibilidades
- Finalidad técnica del análisis: catálogos o recuperación especializada.(3)

Podremos hacer una descripción física basada en las normas ISBD y un análisis de contenido superficial a partir de una clasificación universal o encabezamientos de materia, propio de los sistemas bibliotecarios de catalogación y cuya finalidad primordial es la creación de un inventario de documentos. Por el contrario, un sistema documental especializado realiza el análisis de contenido basado en la significación o contexto. Es un

auténtico análisis en profundidad que implica las técnicas documentales de indización y resumen.(3)

RESULTADOS

Se realiza una lectura y análisis a profundidad teniendo en cuenta artículos escritos por la autora Rita Charon, donde se quiere encontrar que es la medicina narrativa, cuáles son sus objetivos y como se emplea o se usa al momento de la atención, para la mejora de la calidad y el servicio en odontología. Se hace una búsqueda general de 23 artículos escritos por Rita Charon respecto a la medicina narrativa, las fuentes principales para la búsqueda de los artículos fueron Pubmed, google Scholar, Scielo y artículos escritos por dicha autora en distintos países, esta revisión nos enfoca y enseña que es la medicina narrativa y como emplearla al momento de la consulta odontológica, se tienen en cuenta criterios de selección al momento de elegir los artículos, algunos de ellos fue que todos estuvieran enfocados a la medicina narrativa, que fueran escritos por Rita Charon y algunos criterios de exclusión entre ellos que no fueran análisis comparativos ni estudios comparativos de cómo funciona al aplicarlo en el momento de la consulta, ya que se busca saber como usarla. Para clasificar todos los artículos se hizo una matriz donde elgimos las preguntas específicas de nuestro interés para los artículos seleccionados, esto ayudo a tener mejor control y a organizar toda la información recolectada. A continuación esta la matriz usada:

Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness	Importancia de la medicina narrativa en la formación y en la vida profesional	Narrative Medicine A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust	The Principles and Practice of Narrative Medicine	At the Membranes of Care: Stories in Narrative Medicine	The sciences of narrative medicine	The art of medicine Narrative evidence based medicine	Right Brain: Reading, writing, and reflecting Making a case for narrative medicine in neurology
QUE ES MEDICINA NARRATIVA							
POR QUE ES IMPORTANTE							
PARA QUE SE USA							
OBJETIVOS							
COMO SE APLICA LA MEDICINA NARRATIVA EN LA CONSULTA							

Que es medicina narrativa:

La autora Rita Charon Utilizo el término medicina narrativa para referirse a la medicina practicada con estas habilidades narrativas de reconocer, absorber, interpretar y emocionarse con las historias de enfermedad.(3.1) Como un nuevo marco para el cuidado de la salud, la medicina narrativa ofrece la esperanza de que nuestro sistema de atención médica, ahora roto de muchas maneras, puede volverse más efectivo de lo que ha sido en el tratamiento de enfermedades reconociendo y respetando a quienes lo padecen y nutriendo a aquellos a quienes les importa para los enfermos, es la habilidad para reconocer, absorber, interpretar, y actuar en las historias y apuros de los demás.(3.1)

La práctica efectiva de la medicina requiere competencia narrativa, es decir, la capacidad de reconocer, absorber, interpretar y actuar sobre las historias y situaciones difíciles de los

demás. La medicina practicada con competencia narrativa, llamada medicina narrativa, se propone como un modelo para una práctica médica humana y efectiva.(3.1) La medicina narrativa se compromete a desarrollar una atención profunda y precisa a los relatos de sí mismo que se cuentan y se escuchan en el contexto de la atención médica. Ya sea en entornos de atención clínica individual, promoción de la salud o activismo de salud global, nuestra misión más profunda es mejorar la atención médica reconociendo a las personas que buscan ayuda con su salud. Junto con la precisión del reconocimiento vienen las poderosas consecuencias para la persona de haber sido escuchado, de haber logrado expresar libremente y libre el asunto en cuestión.(3.1) La medicina narrativa se da desde Desde el comienzo de los síntomas hasta la finalización del tratamiento, la enfermedad debe ser contada, primero, a través de los síntomas, por el cuerpo del paciente hasta el paciente mismo, luego a la familia o amigos, y luego a los profesionales, que lo repiten entre sí mismos. Cada enfermedad o episodio de atención genera múltiples cuentas: inquietudes habladas por el paciente, informes escritos por el clínico que escucha, comentarios de otros proveedores y respuestas subsiguientes de todos los participantes a estos informes. (3.1)Cada una de estas cuentas representa un punto de vista y propósito únicos. A pesar de su gran variación textual, juntos representan una narración de múltiples voces de la enfermedad que es fundamental y determinante de su cuidado. En medio de esta proliferación de cuentas, el evento central, de activación y organización en la atención clínica ocurre cuando la persona enferma se da cuenta de sí misma y alguien capacitado para ayudar recibe esa cuenta. .(3.1)

Por que y para que sirve la medicina narrativa

Según la autora Rita Charon, las personas cuentan historias desde el comienzo de la vida. Esas narraciones permiten comprender, ya no lo que las cosas son, sino lo que significan. Reconocer los deberes éticos y personales de los profesionales hacia los enfermos, y lograr relaciones sanadoras con los pacientes, entre los practicantes, y con el público, la medicina narrativa sirve para hacer una práctica médica humana más efectiva. (6) Se centra en el conocimiento del para ver ampliamente al paciente y la enfermedad, la medicina narrativa proporciona los medios para comprender las conexiones personales entre el paciente y el médico, el significado de la práctica médica para el paciente. (6)Hemos propuesto un marco

conceptual para comprender por qué las habilidades narrativas son importantes para los médicos y los pacientes y hemos propuesto productos intermedios y mecanismos mediante los cuales el entrenamiento narrativo otorga sus beneficios a los médicos. Según Rita C, Absorber, interpretar y responder a la narrativa de un paciente requiere un conjunto especial de habilidades. (6) Estas habilidades, llamadas "competencia narrativa" por académicos narrativos, incluyen aquellas que son prácticas, como reconocer la estructura de una historia y apreciar metáforas e ilusiones, aquellas que son creativas, como imaginar terminaciones múltiples, y aquellas que son emocionales, como la sensación empatía y reconocimiento del estado anímico de una historia. Desarrollando competencia narrativa, los médicos pueden comprender mejor la experiencia de un paciente y estar mejor equipados para ayudarlo. (6)

Cuando se usa la medicina narrativa

Se debe usar en todo paciente que acuda al sistema de salud sin importar edad sexo o estrato, Generalmente se usa en personas adultas, todo aquel que sufre de dolencia o enfermedad según la autora Rita Charon el paciente debe ser escuchado analizado e interpretado de manera adecuada o aquella persona que asiste a un hospital o entidad medica con necesidad de curar alguna enfermedad. El mundo de la medicina está atravesado por un continuo tráfico de historias. Desde hace algunos años se ha desarrollado una corriente de "Medicina Narrativa" que intenta profundizar en el tema aportando herramientas conceptuales y habilidades cognitivas al servicio de los agentes de salud.(5)

Objetivos de la medicina narrativa

Para Rita Charon los objetivos de la medicina narrativa se pueden clasificar en diagnostico, terapeutica y educacion. (4)

Diagnóstico:

Señalan la fenomenología de la experiencia de enfermar.

Estimulan la empatía entre médicos y pacientes.

Permiten construir significados.

Aportan claves y categorías analíticas de gran utilidad clínica.(4)

Terapéutica:

Facilitan un abordaje holístico del paciente.

Son terapéuticas intrínsecamente (en sí mismas).

Pueden sugerir opciones adicionales y personalizadas al tratamiento. .(4)

Educación:

Estimulan la reflexión

Previenen la automatización de la conducta.

Permiten generar hipótesis novedosas. .(4)

CONCLUSIONES

La comunicación presenta diversos enfoques que se desarrollan en la consulta clínica. En la relación odontólogo-paciente, es el odontólogo quien determina el tipo de comunicación y los beneficios que pueda tener para el desarrollo de la consulta y la toma de decisiones de un buen plan de tratamiento, el odontólogo debe mantener actitud de ayuda y comprensión, permitiendo que el paciente exprese libremente su necesidad, debe diseñar preguntas y respuestas de tal manera que el paciente entienda claramente y no generen malas interpretaciones o dudas, permitiendo el espacio para que el paciente pueda hacer parte de la toma de decisiones, dándole un valor agregado a la consulta y generando un entendimiento claridad en su diagnóstico y plan de tratamiento. En los diversos enfoques que se desarrollan durante la consulta la empatía es una forma de conocimiento y aproximación al otro. En la relación odontólogo paciente se resalta la actitud amable con la que el estudiante se dirige al paciente, manifestando ellos satisfacción en la relación digna, respetuosa y receptiva con la que los estudiantes se dirigen a ellos. La aceptación del paciente va más allá del género o de la edad de la persona que lo está atendiendo. Mostrar sentido de responsabilidad, estar atentos a las inquietudes, entender su personalidad, hablar lo necesario y explicarse de un modo inteligible, huyendo de los tecnicismos hacen que la verdadera empatía surja de modo fluido y natural. Hemos aprendido que la Medicina Narrativa es la práctica clínica por parte de un médico, enfermero, trabajador social o capellán que está fortalecida por la capacidad de saber qué hacer con las historias que el paciente nos cuenta. Es necesario saber que en la clínica podemos capacitarnos para recibir esa historia. Las historias que nos cuentan los enfermos son historias muy complicadas. Algunas se cuentan con palabras, otras con silencios, algunas mediante las expresiones faciales o gestos, y también a través de los hallazgos físicos como el reborde duro del hígado o el pie equino. Nosotros, los receptores de esas historias, debemos estar capacitados para relacionar todo lo que se nos transmite y convertirlo en una “narrativa”. Los médicos, enfermeros o trabajadores sociales no adquieren esas capacidades en sus facultades, no aprenden a ser lectores, intérpretes y a absorber esos signos. Eso es lo que creemos que puede aportar la Medicina Narrativa” (7)

Referencias Bibliográficas

- (1) [http: que-es-la-revision-bibliografica](http://que-es-la-revision-bibliografica). 8 de mayo de 2012 disponible en:
<http://filocien.blogspot.com/2012/05/que-es-la-revision-bibliografica.html>
- (1.1) [intramed.net](http://www.intramed.net)(internet);2016,Cordoba Argentina(4 abril 2011)- Disponible en :
<https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=69837>
- (1.2) Rita Charon, [3], Oxford University Press, December 2007,)- Disponible en :
https://en.wikipedia.org/wiki/Rita_Charon
- (2) Ibáñez, Jesús (1992). «La guerra incruenta entre cuantitativistas y cualitativistas»*Revista de Investigación científica*. ISSN: 2007-5057
- (3) • OLMEDO, M.I. (et al.) *Bibliografía comentada sobre lenguajes de indización y automatización*.
Revista
- (3.1) Rita Charon, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness* disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/318403538_BOOK_REVIEW__Rita_Charon_Narrative_Medicine_-_Honoring_the_stories_of_illness
- (4) [intramed.net](http://www.intramed.net)(internet);2016,Cordoba Argentina(jueves 24 ago 2017)- Disponible en :
<https://www.intramed.net/evento.asp?contenidoID=91333>
- (5) *Narrative Medicine A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust*, Rita Charon
- (6) *The Principles and Practice of Narrative Medicine*
- (7) *la medicina narrativa* (mayo 6 de 2014) Disponible en :
<http://carvica1.blogspot.com/2014/05/medicina-narrativa.html>
- (9) Álvarez, J. et al. (2008). Evaluación de la satisfacción de los usuarios de EMDISALUD que asistieron al servicio de consulta médica en el primer nivel de atención de la ESE Hospital Antonio Roldán Betancur Apartado. Recuperado de <http://bdigital.ces.edu.co:8080/d>
- (10) Almudena Fernandez 11 dic 2015 Una mala comunicación con el paciente:(http://www.gacetamedica.com/hemeroteca/una-mala-comunicacion-con-el-paciente-puede-tener-consecuencias-legales-FULG_954414)

- (11) Rios Castillo J Avila Rojas, Consideraciones en el análisis del concepto de satisfacción del paciente (2004- pag 128,137) <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a10.pdf>
- (12) Virginia Ruiz (27 Marzo, 2013) La empatía en la relación médico-paciente y viceversa (<http://www.radioncologa.com/2013/03/la-empatia-en-la-relacion-medico-paciente-y-viceversa/>)
- (13) Julián Pérez Porto y Ana Gardey. Publicado: 2008. Actualizado: 2012. Definicion.de: Definición de ansiedad (<https://definicion.de/ansiedad/>)
- (14) Michelle Delhi Quiñones Alvarez el 29 de Agosto de 2014 “La comunicación” <https://prezi.com/gtzirxwxwntx/la-comunicacion-es-el-proceso-mediante-el-cual-el-emisor-y-e/>
- (15) Adriana Patricia Muñoz Zapata* Liliana Chaves Castaño, Julio-diciembre de 2013, Envigado, Colombia, “La empatia un concepto univoco
- (16) Angel A. Marcuello García, 1999 “HABILIDADES DE COMUNICACIÓN” Técnicas para la Comunicación Eficaz
- (17) Mercedes Rita Salcedo-Rioja¹, Víctor Patricio Díaz-Narváez, 2007 “Empatía en estudiantes de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Perú” <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v31n3/v31n3a13.pdf>
- (18) Odontoestomatología vol.15 no.22 Montevideo nov. 2013 Orientación empática en estudiantes de odontología de la Universidad Central del Este Silva, María Guadalupe; Arboleda Castillo, Joel Díaz Narváez, Víctor Patricio
- (19) Merayo Arturo, Bravo Esteban y Gordón Fernando: La comunicación con el paciente. Habilidades emocionales para los profesionales de la salud, Elsevier, Barcelona, 2014.
- (20) Hernandez R. Fernandez C. Baptista M. Metodología de la investigación. Quinta edición.
- (21) Deutsch, F., Madle, R. (1975) Empathy: Historic and Current Conceptualizations, Measurement, and a Cognitive Theoretical Perspective. Human Development 18.
- (22) Richard T. Griffey, Nicole Shin, The impact of teach-back on comprehension of discharge instructions and satisfaction among emergency patients with limited health literacy: A randomized, controlled study, 2015 Mar;8(1):10-21.

(23) Beattie BE, Kinney J, Fitzgerald M, Murdoch-Kinch CA, Guenther MK, Ridley K, Whitman L, Ramaswamy V, Dental and dental hygiene students' perceptions of a standardized patient instructor conflict resolution program. 2014 Oct;78(10):1397-404.

(24) Ezekiel J. Emanuel y Linda. L Emanuel. cuatro modelos de la relación médico paciente.

(1.2) Torres, Alfonso (2002), Enfoques cualitativos y participativos de investigación social, Bogotá, UNAD.

(1.4) Alejandra Meneses A. LA CONVERSACIÓN COMO INTERACCIÓN SOCIAL Pontificia Universidad Católica de Chile, (2002 pag 435-447)