



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROPUESTA PARA EVALUAR LA ACTITUD DEL
CIRUJANO DENTISTA ANTE LOS PACIENTES
(EMPATÍA, CALIDAD Y CALIDEZ).

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

BRUNO URIEL LEMUS LEAL

TUTORA: DRA. MIRELLA FEINGOLD STEINER

ASESORA: C.D. ELVIRA DEL ROSARIO GUEDEA FERNÁNDEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A las personas que dedico esta tesina con todo mi corazón y por lo cual no hubiera llegado hasta aquí es a mis padres Víctor y Yasmín, que son las personas que más quiero en el mundo, gracias por apoyarme a lo largo de mi existencia los amo.

A mis hermanos Osvaldo y Berenice por haber estado en los momentos buenos y malos los quiero mucho.

A mi Abuelita Irma Escamilla Vidals, una persona con gran sabiduría, a mis tías, tíos y primos, gracias por su apoyo.

A una de las personas más importantes en mi vida, esta persona me ofreció mucho de su tiempo y dedicación, no tengo palabras, mil gracias Leticia Rojas Guzmán, por haberme brindado este gran apoyo tan especial, te amo.

Al Sr. Antonio Rojas Espinosa , Sra. Marcelina Guzmán Colín y familia que me abrieron sus corazones, brindándome gran parte de su paciencia y apoyo incondicional a lo largo de todo este tiempo. A la familia Sámano Rojas por darme un lugar en sus vidas.

A una persona muy especial, que supo comprender mi situación y que en los momentos críticos de mi carrera, supo apoyarme sin titubeo alguno, siendo así, un pilar importante, gracias Sr. Raymundo Ruiz Rueda por aguantarme estos años, es una gran persona.

A los compañeros de trabajo de Luz Y Fuerza de Naucalpan en especial al Sr. Damián González Cortés y Sub-Agentes, que supieron comprender los momentos críticos de estudio y me brindaron su apoyo en todo momento.



*A*gradezco a mi tutora la Dra. Mirella Feingold Steiner y a mi asesora la C.D. Elvira del Rosario Guedea Fernández, por haberme guiado para la realización de mi tesina al haberme asesorado durante el tiempo del seminario correspondiente, gracias.

Al C.D. Alfonso Bustamante Bécame por haberme asesorado, brindando su apoyo y ayuda incondicional en todo momento.

A la Lic. en Psicología Miriam Sámano Rojas por su valiosa aportación en la realización de esta tesina.

A la Dra. Ma. Eugenia Alvarado por su asesoría en la elaboración de la tesina y por la instrucción acerca de los temas.

A Mario Antonio Rojas Guzmán por haber dado su opinión para la redacción de los ítems.

A la C.D. Leticia Rojas Guzmán por haber dado una gran aportación a esta tesina.

A los Cirujanos Dentistas de las clínicas periféricas Azcapotzalco y Oriente de la Facultad de Odontología UNAM y del sector privado que amablemente contestaron la encuesta realizada en esta tesina.

A mi coordinadora de seminario la C.D. Ma. Elena Nieto por haber dado su opinión para esta tesina.

INDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	6
2. OBJETIVOS	9
3. METODOLOGÍA	10
4. ANTECEDENTES	12
5. ACTITUD	15
5.1 Concepto	15
5.2 Características	19
5.3 Estructura	21
6. MEDICIÓN DE ACTITUDES	24
6.1 Medidas Indirectas	25
6.2 Medidas Directas	26
6.2.1 Escala de intervalos aparentemente iguales	26
6.2.2 Escala de Bogardus (Distancia Social)	28
6.2.3 Escala de Osgood (Diferencial Semántica)	29
6.2.4 Escala de Guttman	31
6.2.5 Escala tipo Likert	33
6.3 Confiabilidad	37
6.4 Validez	37
6.5 Técnicas proyectivas, fisiológicas e implícitas	38
6.5.1 Técnicas proyectivas	38
6.5.2 Técnicas fisiológicas	38
6.5.3 Asociaciones implícitas	39
7. EMPATÍA	40
7.1 La empatía en la medicina	41
8. CALIDAD	43
8.1 Calidad en los servicios de salud	44
8.2 Características de la calidad en la atención de salud	46
8.3 Ventajas de la calidad	47
8.4 Medición de calidad	48
8.5 Parámetros de calidad	49
8.6 Calidad de los servicios de salud en México	50
8.7 Calidad en la atención odontológica	51
8.8 Aspectos importantes en la atención odontológica de Calidad	54

9. CALIDEZ	56
10. LA RELACIÓN ODONTÓLOGO – PACIENTE	59
11. CONCLUSIONES	64
12. REFERENCIAS	70
13. ANEXOS	73
13.1 Encuesta	73
13.2 Gráficas	84



1. INTRODUCCIÓN

Resulta común el encontrar a odontólogos hablando acerca de las razones por las cuales un paciente llega por primera vez a un consultorio dental, o el porqué diversos pacientes se van a otras clínicas después de años de fidelidad hacia su doctor, sin lograr obtener respuestas aparentemente lógicas.

Cuando los pacientes acuden al consultorio dental, confían en la formación del Cirujano Dentista, pero buscan algo más, la calidez y el trato humano que muchos profesionales han perdido o nunca han tenido y que son elementos que deben ir de la mano en cualquier trato médico.

Si bien es cierto que la mayoría de los pacientes le atribuye mayor importancia a la competencia profesional en cuanto a la calidad del servicio, el aspecto del trato al paciente es también fundamental. Esto se refiere a la manera como es recibido en el consultorio, el tiempo de espera, el estilo de comunicación del profesional, la calidez y confianza que despierta el dentista.

En ocasiones el paciente necesita ser escuchado, o de una forma mas sencilla necesita ser entendido, aspecto que se ha omitido de manera rotunda en la vida profesional del odontólogo, con esto se dice que debe haber empatía de odontólogo a paciente.

Es parte de la vida diaria tener comunicación con las personas y sabemos que es indispensable en el manejo del Cirujano Dentista, sobre todo con los pacientes. A lo largo del tiempo, el profesional ha desarrollado una formación que lo hace característico en su campo, adquiriendo y



puliendo cualidades que utilizara de manera continua para poder mostrar una actitud digna de su profesión.

Es importante entonces, saber si el Cirujano Dentista se dirige correctamente a sus pacientes, por lo cual se propone usar un método que permite medir la actitud propia de un Cirujano Dentista, donde principalmente estarán involucrados puntos como la empatía, así como la calidad de servicio donde se notará si hay un déficit o límite que lo haga un buen o mal prestador de servicio, otro punto importante es la calidez, con la que el Cirujano Dentista se acerca a sus pacientes para poder mostrar esa gentileza que no puede dejarse pasar por alto por ningún motivo.

A través de los años se han dado diversas definiciones para la palabra actitud dependiendo del autor y del sentido que se le quiera dar a la definición, pero actitud se puede definir de forma general como la forma en que un individuo reacciona ante un estímulo, ya sea un objeto, una situación específica o algún individuo. La medición de actitudes es importante no sólo en el ámbito psicológico o social, sino también en el área de la salud, ya que al ofrecer un servicio, el trato con los pacientes debe ser correcto, por lo cual la actitud que tome el profesional es de suma importancia en el tratamiento dental y medir dicha actitud permite determinar si la atención que se ofrece a los pacientes es adecuada, con este fin se han descrito diversos métodos para medir actitudes, desde métodos sencillos como los métodos fisiológicos hasta elaboradas escalas como la escala de Likert, la escala de Thurstone o la escala de Guttman, entre otras. Todos estos métodos ayudan a medir las actitudes, pero ninguno nos da un resultado exacto, ya que las actitudes pueden variar y ser modificadas.

El cirujano dentista muchas veces suele realizar sus tratamientos tan rápidamente, que olvida si su paciente se encuentra bien o si tiene alguna



duda sobre los procesos a seguir, es decir, el profesional no está teniendo empatía o la forma de ver las cosas como las ve su paciente desde el sillón dental, esto es muy importante, ya que no se trata solo de la actitud que se tendrá hacia el paciente ,sino también de ponerse en el lugar del mismo en el momento de la atención dental, como el hecho de ver el rostro de dolor que manifiesta antes o durante el procedimiento, porque no sólo debe limitarse a tratamientos porque sí, si no también, ponerse en los zapatos del paciente.

Otro de los aspectos fundamentales es la calidad en los servicios de salud, que como concepto se refiere a servicio o producto que carece de errores o también, puede definirse como las características que cumple dicho servicio o producto para la satisfacción de un cliente o (en el caso de servicios de salud) de un paciente.

El buen trato es otro punto que el profesional de la salud no le presta atención hoy en día, este debe iniciarse desde el momento en que el odontólogo tiene su primer encuentro con su paciente, sin embargo, se ha perdido esa calidez y afectividad que es muy importante para poder complementar la relación odontólogo-paciente; y así poder decir que el Cirujano Dentista tiene actitud adecuada para con los pacientes con empatía, calidad, afectividad o calidez.



2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Establecer un método adecuado para medir las actitudes que presenta el Cirujano Dentista ante el paciente, al realizar un tratamiento dental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❖ Examinar la actitud de servicio que muestra el Cirujano Dentista.
- ❖ Determinar las actitudes que manifiesta el Cirujano Dentista, al establecer la relación odontólogo-paciente.
- ❖ Identificar si las actitudes del Cirujano Dentista pueden ser evaluadas.
- ❖ Observar la relación odontólogo-paciente desde una perspectiva psicológica.
- ❖ Señalar algunos factores que pueden condicionar en el odontólogo el desempeño adecuado y eficiente o distorsionado.



3. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio piloto a 30 odontólogos del sector privado e institucional, todos los profesionales elegidos realizaban actividades clínicas, las encuestas se entregaron directamente a cada uno de los entrevistados explicándoles en qué consistía el estudio y cuáles son sus objetivos.

Previa autorización de cada profesional a participar en el estudio de forma voluntaria, confidencial y anónima se procedió a la aplicación de un instrumento basado en la escala de Likert que consta de 30 ítems, todos de dirección positiva, que expresan aprobación o rechazo hacia la variable que se pretendía medir (empatía, calidad y calidez).

Los participantes respondieron seleccionando una de las cinco opciones de respuesta que muestran aprobación o rechazo (totalmente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo) o la opción enunciado no claro, si fue este el caso, dicha opción se añadió ya que parte de los objetivos del estudio piloto fue conocer si los ítems fueron adecuados.

Posteriormente se revisaron las encuestas, se contabilizó el número de respuestas para cada opción y el resultado se graficó por cada cinco ítems. Los ítems fueron clasificados de acuerdo a la variable a medir, en cuanto a empatía, calidad y calidez, se contabilizaron las respuestas y se graficaron los resultados.

Los ítems que fueron marcados como enunciados no claros, fueron contabilizados y graficados.



Finalmente, como plantea la escala de Likert se dio un valor a cada opción de respuesta de la escala: totalmente de acuerdo 5, de acuerdo 4, indiferente 3, en desacuerdo 2 y totalmente en desacuerdo 1, se hizo la sumatoria y sacó el promedio de cada encuesta con base en el número de ítems respondidos, sólo con las cinco opciones de respuesta de aprobación o rechazo; se graficaron los resultados con base en promedio.



4. ANTECEDENTES

La historia del concepto actitud se remite a principios del siglo XVIII (1710) cuando la palabra *attitude* se introduce al idioma inglés vía el francés, desde el italiano *attitudine* - un derivado del latín medieval *aptitudo*, del clásico *aptus*.⁽¹⁾

Con el término *attitudine* los críticos de arte italiano aludían a las opiniones que el artista daba al cuerpo, de su estatua o de su representación gráfica y con las cuales pretendía evocar ciertas disposiciones anímicas de la persona representada.⁽²⁾

El interés por el tema de las actitudes de las personas no constituye algo nuevo, en realidad actualmente se está convirtiendo en una variable central e ineludible en la investigación sobre la conducta humana. La generalización de su uso y su valor como constructo teórico-práctico hacen de este concepto un término indispensable en el vocabulario científico.⁽¹⁾

A fines del siglo XIX, algunos investigadores interesados tanto en psicología como en física, llevaron a cabo algunos experimentos cuya finalidad era esclarecer la relación existente entre la mente (*psyché*) y el mundo exterior (*físico*). Tales psicofísicos querían determinar de qué modo se relaciona la intensidad física con la psíquica.⁽³⁾

Varios autores hablan sobre actitud durante la década 1901-1910 y algunos otros de 1911-1920, quienes mostraron la influencia de escuelas psicológicas de estructuralismo y funcionalismo, los cuales eran prominentes en esa época. En los años 20's y 30's fueron testigos del desarrollo de más procedimientos sistemáticos para evaluar las actitudes y la aplicación de estos procedimientos en problemas y cuestiones sociales.⁽³⁾



En el siglo XX, justamente en 1928 Louis Leon Thurstone publicó en el *American Journal of Sociology* un artículo llamado “Es posible medir las actitudes”, en el que de manera general habla de un método para su medición, asevera que las actitudes se pueden medir, comienza una fructífera línea de investigación encaminada a desarrollar técnicas de medida adecuadas para la cuantificación actitudinal que encuentra en los planteamientos psicofísicos sus principales raíces. Posteriormente demuestra la gravedad delictiva según había sido juzgada por los alumnos de la Universidad de Chicago).^(1,3)



Leon Thurstone

<http://www.unc.edu/depts/quantpsy/thurstone/history.htm/Modificada>

En 1934) La Piere realizó su estudio clásico de la relación entre actitud y comportamiento.⁽¹⁾

El estudio de las actitudes históricamente se divide en tres grandes periodos el primero, durante la década de los años 20 y 30 cuya cúspide de interés se focaliza en la “medición” de las actitudes con psicólogos como Bogardus, Thurstone y Likert, que elaboran procedimientos de medida todavía hoy utilizados.⁽¹⁾

En los intentos de la definición, la aportación de Allport (1935) supuso un importante punto de inflexión en el estudio de las actitudes, pero su difusa



y amplia conceptualización no señala el modo en el que se deben llevar a cabo cuantificaciones rigurosas y será, la visión unidimensional y operativa de Thurstone, la que posibilitará los avances empíricos para que la actitud pueda ser medida y con ella mejor comprendida. ⁽¹⁾

En el segundo periodo, que comprende la década de los años 50 y 60, el “cambio” de actitud se convierte en el aspecto más estudiado, pasó de un estudio estático de las actitudes, (la medida), a uno dinámico, (el cambio).

Fishbein y Azjen (1972) identifican más de 500 métodos diferentes para medir actitudes, aunque sólo unos pocos han contado con la suficiente aceptación como para que su uso se haya hecho generalizable.

El tercer periodo, que abarca la década de los 80 y también la de los 90, centra el interés en el estudio de los “sistemas” de actitud – su contenido, estructura y funcionamiento.

Ostrom (1989) reitera que la teoría de la actitud y la medida están en completa interrelación y los avances en una contribuyen y se beneficia de los avances de la otra.

Los fructíferos estudios que discurren a lo largo de la primera mitad de este siglo han permitido que se disponga de una amplia lista de métodos métricos que han ido perfeccionándose y enriqueciéndose con los avances en técnicas para el análisis estadístico de los datos, como el análisis de varianza, el análisis factorial, etc. ⁽¹⁾



5. ACTITUD

5.1 Concepto

En 1935, Gordon Allport hacía notar que “actualmente se pueden medir las actitudes, mejor de lo que se les puede definir”. Aunque esta afirmación sigue siendo válida, ya que existen numerosas definiciones al respecto, se mencionarán algunas: ⁽³⁾



Gordon Allport

(http://sites.harvard.edu/icb/icb.do?keyword=k3007&pageid=icb.page19708&pageContentId=icb.pagecontent44003&view=view.do&viewParam_name=allport.html#a_icb_pagecontent44003)

La actitud es, entonces, desde una perspectiva corporal, una estructura preparatoria, una orientación determinada del cuerpo que prepara al individuo para percibir y actuar de determinada manera. Actitud, por tanto, es una postura corporal en la que se materializa y expresa la postura del espíritu.⁽²⁾

Son modos profundos de enfrentarse a sí mismo y a la realidad. Son las líneas radicales conformadoras, impulsoras y motivadoras de nuestra personalidad. Son las formas habituales de pensar, amar, sentir y comportarse. Es el sistema fundamental por el cual el hombre ordena y determina su relación y conducta con su medio ambiente. Son las disposiciones permanentes para reaccionar, ser motivados, experimentar y actuar ante los demás. Las actitudes son las disposiciones según las cuales



el hombre queda bien o mal dispuesto hacia sí mismo y hacia otro ser. Son las grandes elaboraciones del hombre que sustentan y dan sentido a su vida, le dan sentido unitario y singular en su actividad. Son las formas que se tienen de reaccionar ante los valores, aquellas predisposiciones estables a valorar de una forma y actuar en consecuencia.⁽⁴⁾

Allport, expresa numerosas definiciones, de las cuales se mencionan seis:⁽³⁾

1.-Una actitud es un estado de disposición mental y neural, organizado a partir de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona. Esta definición de Allport olvida el elemento clave de la actitud: la valoración.

2.-La actitud denota un estado neuropsíquico de disponibilidad para la actividad mental o psíquica.

3.-Las actitudes son procesos mentales individuales que determinan tanto las respuestas actuales como las potenciales de cada persona en el mundo social. Un estado de la mente de un individuo respecto a un valor.

4.-Es una preparación o disponibilidad para la respuesta.

5.-Es un “grado de afecto” a favor o en contra de un objeto o un valor

6.-Es la predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto de este mundo.

El término actitud puede ser encontrado en la literatura occidental tan temprano como en el siglo XVIII, pero no fue introducida en la psicología hasta 1860, cuando los filósofos Herbert Spencer y Alexander Bain usaron el término para referirse a un estado interno de preparación para la acción



(Cacioppo, Petty, Losch y Crites, 1994). Como en muchas otras estructuras en psicología y sociología, el término actitud, fue caracterizado por Allport (1935) como probablemente el más distintivo e indispensable concepto en la sociología psicológica americana contemporánea. Ha variado el significado de un investigador a otro, el hecho de que las actitudes no puedan ser observadas directamente, pero son inferidas por el comportamiento se hace explícito en Gagné y Brigg's, (1974), donde se describe la actitud como un estado interno el cual afecta las decisiones del individuo hacia algún objeto, persona u objeto. Sin darle importancia a la relación entre actitud y creencia la definición de Milton Rokeach (1968) es una organización relativamente duradera de creencias alrededor de un objeto o situación predisponiendo una respuesta en una manera preferencial. Enfatizando una clasificación tripartita (cognitiva, afectiva y conductual) que remonta a los antiguos filósofos griegos. Eagly y Chaiken definiendo actitud como tendencias para evaluar una entidad con un grado a favor o en contra ordinariamente expresado en cognitivo, afectivo y respuestas de comportamiento. Como indicada en esta definición actitud tiene cognitivo (creencias, conocimientos, expectativas o asociaciones percibidas entre objetos de actitud y atributos) afectiva (sentimientos, ánimos, motivos y emociones y cambios fisiológicamente asociados) y rendimiento (comportamiento o acción ambos premeditados y realizados) componentes McGuire, (1985)⁽⁵⁾

En adición a los tres componentes estructurales las actitudes pueden ser vistas como tener varias funciones motivacionales entre las cuales están el conocimiento, mediación, ego-defensa, valor expresado, consistencia e individualidad. Las actitudes proveen un cuadro de referencia para organizar información acerca del mundo (función de conocimiento) alcanzando recompensas y evitando castigos (consistencia o función utilitaria) manejando emociones conflictivas (función ego-defensiva) expresando un sentido de pertenencia, valor personal, o identidad (función valor expresivo).



Viéndose uno mismo como ser consistente (función de consistencia) y distinguiéndose uno mismo de otra gente en un grupo social (función de individualidad).

Combinando elementos de diversas definiciones actitud puede ser vista como conocimiento aprendido, afectivo y predisposiciones de comportamiento en respuesta positiva o negativa, hacia otros objetos, situaciones instituciones, conceptos o personas. También son un poco individuales y afectivas y relacionadas a las características de la personalidad tales como una necesidad por finalizar. Una necesidad de finalizar es expresada como un deseo a completar una tarea como encontrar una respuesta una pregunta o la solución a un problema.

Las actitudes sirven a la función cognitiva y motivacional. Dependiendo de su intensidad, las actitudes pueden responder varias veces a un estímulo de actitud relevante contribuyendo a la eficiente organización de unas percepciones y pensamientos acerca de diferentes aspectos del mundo y facilidad de planear y tomar decisiones porque en su dependencia en interacciones con su medio ambiente, no solo varían de persona a persona, sino también con la nacionalidad, cultura y otras variables demográficas y situaciones. Actitudes particulares son vistas como características de ciertos individuos, siendo representativas de un grupo de ente e incluso de una población entera, por ejemplo; variables bipolares como liberal contra conservador, democrático contra totalitario o religioso contra secular pueden ser descripciones de ambos individuos y grupos. Las actitudes pueden ser típicamente inferidas como un comportamiento observable que puede o no puede ser el resultado de un intento consciente si es posible, claro, que una persona puede albergar una actitud que no es inmediatamente evidente en su comportamiento por lo tanto otra persona



puede no ser completamente consciente del hecho de que él o ella poseen esa actitud.⁽⁵⁾

A pesar de que el concepto de actitud no es totalmente distinto de otros conceptos psicológicos como el interés, valor, opinión y creencia, hay muchas diferencias en la manera en que estos conceptos son utilizados, un interés es un sentimiento o preferencia relativa a sus propias actividades. A diferencia de tener una actitud particular la cual implica aprobar o desaprobar (un juicio moral) estar interesado en algo simplemente significa que la persona pasa tiempo pensando en ello o reaccionando a eso sin importar que cualquiera de esos pensamientos o comportamientos sea positivo o negativo.⁽⁵⁾

5.2 Características

Son adquiridas y el resultado de la historia de cada ser humano, sin negar por ello, que como individuos concretos nacemos con ciertas predisposiciones que limitan nuestras posibilidades y constituyen nuestro substrato biológico.⁽⁴⁾

Una vez formada la personalidad es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. Otras actitudes se aprenden de nuestro entorno, de la sociedad.⁽²⁾

La mejor manera de cambiar una actitud depende del grado de información mientras más se sabe acerca del objeto, por esto las actitudes



pueden modificarse dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo, una persona puede cambiar de grupo social y asimilar las actitudes de éste.⁽²⁾

Si bien son estables, perdurables, difíciles de mover y cambiar (son una estructura consistente). También son flexibles, susceptibles de recambio y de cambio. Pueden crecer, arraigarse más íntimamente o pueden deteriorarse y hasta perderse, lo cual obedece a diversos motivos. Por ejemplo, un odontólogo puede cambiar la actitud hacia los pacientes dependiendo el nivel socio-económico en el que labore.⁽⁴⁾

Son raíz de conducta, ya que son las precursoras y determinantes de nuestro comportamiento, pero no la conducta misma. Conllevan un impulso operativo y resultan ser nuestras tendencias a actuar, las predisposiciones para responder ante los múltiples y diferentes estímulos.

La actitud es un proceso cognitivo y su raíz es cognitiva; es una respuesta electiva ante los valores que conlleva procesos afectivos, que secundan o se oponen al dictamen de la razón.

Son cualidades radicales del individuo, como ya mencionamos, predisposiciones más radicales que las disposiciones, los hábitos y las aptitudes.

Evocan un sector de la realidad, se refiere a determinados valores.

Son transferibles, se pueden actualizar de diversos modos y hacia distintos objetos. Con determinada actitud podemos responder a múltiples y diferentes operaciones.⁽⁴⁾

No es visible ni directamente observable. Se trata de una estructura hipotética, un estado considerado como propio de la persona, pero cuya existencia se puede edificar a través de sus manifestaciones. Es difícil, por



consiguiente, afirmar que alguien tiene determinada actitud mientras no se observe su proceso.⁽²⁾

Las emociones estarán siempre relacionadas con las actitudes de una persona frente a determinada situación, cosa o persona. Se entiende que es una tendencia, disposición o inclinación para actuar en determinada manera. Ahora bien, en la actitud (preámbulo para ejercer una conducta), se puede encontrar varios elementos, entre los que destacarán los pensamientos y las emociones.

Todos manifiestan determinadas actitudes ante los objetos que conocen, y se forman actitudes nuevas ante los objetos que para todos son también nuevos.⁽²⁾

5.3 Estructura

McGuire (1989) identifica siete modelos que se han desarrollado para dar cuerpo a la estructura de las actitudes individuales, de los que destacan dos como principales: el modelo jerárquico (Smith, 1947, Rosemberg y Hovland, 1960) y, el modelo de cadena causal (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen, 1989).⁽¹⁾

El modelo jerárquico es, según Pratkanis (1989), uno de los modelos más ampliamente usado y menos entendido de la estructura de la actitud. Se basa en la creencia de que la actitud es una variable latente o constructo hipotético que al ser inaccesible a la observación directa, debe ser inferido a partir de respuestas mensurables. Con dichas respuestas es posible reflejar las valoraciones que el sujeto hace del objeto de actitud, abordando el constructo actitudinal desde una triple composición: afectiva, cognitiva y conductual, llamada también tricotomía que encuentra sus raíces históricas



en los tres componentes de las instituciones mentales hechas por Platón, cada una de las cuales se encuentra ubicada en una parte diferente de la anatomía. El abdomen era el asiento de las emociones o sentimientos, el pecho el asiento del esfuerzo y la cabeza el asiento de la razón y el pensamiento. ⁽¹⁾

Esta clasificación tripartita, utilizada inicialmente por los griegos para abordar la experiencia humana en general será, con Smith (1947) trasladada al campo de las actitudes, siendo posteriormente Rosemberg y Hovland (1960) quienes explican los tipos de respuesta inherentes a nivel afectivo, cognitivo y conductual y construyen por tanto un modelo jerárquico en el que los tres componentes son considerados como factores de primer orden y la actitud como un único factor de segundo orden.

La primera categoría, respuestas cognitivas refleja la percepción del objeto de actitud y la información relativa a este, las ideas y creencias que el individuo tiene sobre el objeto de actitud.

Para la caracterización de estos sistemas hay dos propiedades importantes: la centralidad y la intensidad. La centralidad hace referencia a la importancia de una creencia dentro del sistema (a sus implicaciones y consecuencias para otras creencias). La intensidad de la creencia se refiere al grado de certeza que el sujeto tiene en ellas. ⁽¹⁾

La segunda categoría de respuestas donde las actitudes pueden ser inferidas, corresponden a los sentimientos generados hacia el objeto de actitud. Dos características son especialmente relevantes: la Valencia y la Complejidad. La primera hace referencia a la intensidad de los sentimientos en favor o en contra de un objeto, y la complejidad se refiere al abanico de reacciones emocionales, que pueden variar desde un simple gusto o disgusto por algo que se percibe psicológicamente distante, hasta un



complejo conjunto de reacciones emocionales y afectivas, a algo sentido como muy cercano.⁽¹⁾

Finalmente, la tercera categoría de respuestas es la conductual. Identificadas como inclinaciones de conducta, intenciones, compromisos y acciones con respecto al objeto de actitud.

Fishbein y Ajzen insisten en un tratamiento independiente de los componentes. Enfatizan la necesidad de tratar creencias, actitudes e intenciones como conceptos diferentes en vez de incluirlos bajo la etiqueta general a sus tres componentes: cognición, afecto y conducta.

En este modelo se considera que la actitud está realmente en relación directa con las creencias y se utiliza un modelo de valor esperado para describir los efectos de estas sobre la actitud. En esta teoría se intenta describir la actitud en términos de una estructura multi-atributo.

La creencia que se tiene sobre determinado objeto lo conecta a un determinado atributo (a algún otro objeto, característica, resultado o evento).⁽¹⁾



6. MEDICIÓN DE ACTITUDES

Las actitudes se han estudiado casi invariablemente a través de informes personales, es decir, informes acerca de sí mismo, relativos a creencias, sentimientos y tendencias.⁽⁶⁾

La medición es la condición necesaria de cualquier ciencia. Es la asignación de números a resultados conforme a ciertas reglas. Es preciso obtener medidas de todas las variables contenidas en determinada aseveración teórica para que pueda evaluarse la validez de ésta.⁽⁶⁾

La actitud no puede ser medida directamente, debe ser diferida de la conducta tanto si la conducta es el lenguaje mediante la cual el individuo informa de sus sentimientos sobre el objeto de actitud, como si es la ejecución de determinadas pruebas relacionadas con el objeto de actitud, o acciones hacia una representación del tipo de objeto actitudinal. Una de las primeras clasificaciones de las escalas actitudinales que ha tenido un considerable eco, es la llevada por Cook y Sellitz (1964), quienes las clasifican en métodos directos y métodos indirectos.⁽¹⁾

La distinción entre medidas directas e indirectas de las actitudes se basa en la creencia de que en determinados métodos métricos, fundamentalmente auto informes de los sujetos, métodos tradicionales de medición de actitudes; por ejemplo la escala de Likert, donde el sujeto es consciente de que su actitud está siendo medida, con la desventaja de que son fácilmente falseables y susceptibles de ser afectados por los factores de deseabilidad social (métodos directos). Por otro lado en las técnicas de medida en las que el sujeto no es consciente de que su actitud está siendo medida (métodos indirectos) es más fácil que no se vea afectada por las distorsiones que el control de las manifestaciones verbales; dentro de estos



métodos se encuentran las medidas fisiológicas. Son más comúnmente utilizados los métodos directos en forma de auto informes verbales.⁽¹⁾

6.1 Medidas indirectas

- Técnica de alternativa de error de Hammond (1948): Consiste en hacerle creer al sujeto que está haciendo algún juicio objetivo, que hay alguna respuesta correcta y que su conocimiento objetivo -basado en datos- relativo a algún objeto actitudinal está siendo analizado.
- Thisthethwaite (1950): Utilizada para determinar el prejuicio del sujeto, que consiste en analizar si una conclusión es verdadera o falsa dadas unas determinadas premisas, y se considera que la veracidad o falsedad atribuida a la conclusión viene condicionada por las actitudes del propio sujeto.
- Técnica de plausibilidad de Cook (Wally y Cook, 1965; Brigham y Cook, 1970): La lógica de esta técnica radica en que la actitud de la persona modificará su juicio de aceptación al evaluar un enunciado. La aceptación de esta técnica se basa en la teoría psico-dinámica y considera que el sujeto proyecta sus propias creencias, actitudes o intenciones en aquellas personas en las que tiene que identificar sus posibles respuestas.
- Matched-guise (Lambert, 1967): Muy utilizada para la medida indirecta de las actitudes lingüísticas, que consiste en la grabación de varias emisiones lingüísticas realizadas por una misma persona variando la lengua, acento o pronunciación.



Todas las técnicas que se han mencionado tienen como objetivo evitar las distorsiones o falsificaciones deliberadas por parte de los sujetos. Sin embargo, las propias limitaciones de tales técnicas, reducen su efectividad, siendo los informes verbales en los que el sujeto es consciente de los objetivos de la medida los que más frecuentemente se han utilizado para medir actitudes.⁽¹⁾

6.2 Medidas directas

Las escalas de actitud son un instrumento de medición que nos permite acercarnos a la variabilidad afectiva de las personas respecto a cualquier objeto psicológico. El principio de su funcionamiento es relativamente simple: Un conjunto de respuestas es utilizado como indicador de una variable subyacente (interviniente): la actitud. Para ello, es necesario asegurarse de que las propiedades del indicador utilizado corresponden a las propiedades que podemos suponer o postular, que pertenecen a la variable.⁽⁷⁾

Las escalas pueden ser unidimensionales, que están diseñadas para medir sólo un atributo de un concepto, un participante o un objeto; o pueden ser multidimensionales, las cuales se basan en la premisa de que un concepto, un participante o un objeto se podrían describir mejor utilizando varias dimensiones.⁽⁸⁾

6.2.1 Escala de intervalos aparentemente iguales:

La escala del psicólogo norteamericano Louis Thurstone (1887-1955), creada en 1928, es el primer método diseñado para medir actitudes. En esta



escala cualitativa los ítems deben tener distancias similares entre sí, o sea, es una escala de intervalos iguales.⁽⁹⁾

Los pasos para construirla son los siguientes:

1. Se formula una gran cantidad de ítems simples y directos, que deben cubrir todo el concepto que sean desde muy favorables hasta muy desfavorables.
2. Un conjunto grande de expertos (‘jueces’) separa a los ítems de acuerdo a cuán favorables o desfavorables son. Hay once categorías, desde ‘muy favorable’ (puntaje 11) hasta ‘muy desfavorable’ (puntaje 1), y cada juez ubica a cada ítem en una de ellas. Se espera que los jueces no permitan que su actitud interfiera en esta clasificación.
3. Se calcula el promedio y la desviación estándar de los puntajes asignados por los jueces a cada ítem. A los ítems de gran desviación estándar se les supone ambiguos o multidimensionales y son eliminados.
4. El promedio de puntajes asignados por los jueces a un ítem es el puntaje del ítem. De los ítems se eligen veinte a treinta para armar la escala. Sus puntajes deben cubrir la escala parejamente dejando, en la medida que sea posible, distancias similares entre ellos.⁽⁹⁾

Una vez construida, la escala se puede aplicar a un grupo de personas. Cada una elige los tres ítems que mejor expresen su actitud hacia el objeto. El puntaje de la persona será el promedio de los puntajes de los tres ítems que ha elegido. Se espera que los ítems elegidos sean contiguos. Si muchas personas eligen ítems que no lo son, la escala no es unidimensional.⁽⁹⁾



6.2.2 Escala de Bogardus (Distancia Social)

En una escala Likert, todos los ítems se consideran de igual fuerza al medir la actitud. Estar de acuerdo con un ítem da el mismo puntaje que estar de acuerdo con otro. En las escalas de Guttman, Thurstone y Bogardus, los ítems miden un mismo concepto con diferente intensidad.⁽⁹⁾

La escala de distancia social, creada en 1925 por el sociólogo norteamericano Emory Bogardus (1882-1973) es una escala cualitativa, no mide actitud propiamente tal, sino la disposición a tener diversos grados de contacto con personas de otras razas, nacionalidades, posiciones políticas, preferencias sexuales, etc. Pero su facilidad para construir y aplicar justifica considerarla en este documento.

El ejemplo clásico de la escala de Bogardus es el de la actitud hacia grupos raciales:

¿Sería usted capaz de admitir a miembros de un determinado grupo (por ejemplo asiáticos/as) como?

1. ¿Aceptaría que personas de esa raza entraran sólo como turistas a este país?
2. ¿Aceptaría que vivieran en este país?
3. ¿Los aceptaría como compañeros de trabajo?
4. ¿Los aceptaría como vecinos en su calle?
5. ¿Sería amigo de personas de esa raza?
6. ¿Aceptaría que entraran a su familia casándose con un familiar suyo?



Se puede decir que los ítems de la escala de Bogardus son una expresión verbal de los valores de la dimensión. El ítem 1 es el valor menor, el ítem 2 es el valor siguiente, etc. Los ítems van aumentando en cercanía al objeto. Todos miden lo mismo, pero con diferente intensidad. La escalabilidad de los ítems hace suponer que si alguien acepta el último ítem va a aceptar todos los anteriores, y que quien no se acepta el primero no va a aceptar los demás.

La escala de Bogardus tiene reproducibilidad: si sabemos con cuántos ítems estuvo de acuerdo una persona, podemos saber cuáles ítems aceptó y cuáles no. En este ejemplo, si alguien tiene puntaje 2, aceptó los dos primeros y rechazó los otros. Así sabemos que dos personas con el mismo puntaje tienen las mismas respuestas.

Las respuestas 'sí' tienen un punto y las 'no' tienen cero punto. El puntaje de la persona es el número de ítems que aceptó. ⁽⁹⁾

6.2.3 Escala de Osgood (Diferencial Semántica)

La escala diferencial semántica, es una escala cualitativa, creada en 1952 por el psicólogo norteamericano Charles Osgood (1916-1991), se construye formulando dimensiones que servirán para medir la actitud hacia un objeto, y definiendo para cada dimensión dos términos opuestos, comúnmente adjetivos. ⁽⁹⁾

En una escala Likert se presentan aseveraciones sobre un objeto; en una diferencial semántica se presenta el objeto y se mide la reacción que provoca mediante una serie de dimensiones bipolares.



Osgood crea esta escala para estudiar el significado de algunas palabras o términos; de ahí lo de 'semántica'. La flexibilidad de esta escala ha hecho extender su aplicación para medir actitudes, motivaciones, creencias, y fenómenos relacionados.

Por ejemplo, si queremos medir actitud hacia los políticos, el formato puede ser:

Eficientes								Ineficientes
Deshonestos								Honestos
Simpáticos								Antipáticos
Inconsecuentes								Consecuentes
	1	2	3	4	5	6	7	

1.-totalmente 2.-bastante 3.-algo 4.-ni uno ni otro 5.-algo
6.-bastante 7.-totalmente

La persona debe marcar una casilla en cada fila. Cuanto más cerca esté de un extremo, más fuerte será su posición. Se usa un número impar de casillas para permitir una posición intermedia. Hay escalas en que cada columna de respuesta lleva una descripción: "mucho", "algo", etc.; es una práctica poco común.⁽⁹⁾

A veces, en vez de casillas se presentan líneas que unen ambos extremos y la persona marca en un punto. Hay un padrón que subyace a las líneas para dar puntajes a las respuestas, pero quien contesta no lo ve.

Por la misma razón que en una escala Likert se mezclan ítems positivos y negativos, los extremos positivos se ponen a veces a la derecha y a veces a la izquierda. Se controla así la tendencia a contestar mecánicamente.



Los pares de adjetivos pueden ser el mismo adjetivo con un prefijo que señale lo opuesto (como en la tabla anterior), o pueden usarse pares de adjetivos (amistoso-agresivo), o simplemente repetir el adjetivo anteponiéndole 'no' (satisfactorio- no satisfactorio).

Cada persona recibe tantas hojas como objetos se han de evaluar. Por ejemplo, si la escala anterior se va a usar para evaluar al Ejecutivo, al Congreso y al Poder Judicial, cada persona recibe tres hojas. ⁽⁹⁾

Los puntajes de las dimensiones van de mayor (extremo positivo, puntaje: 7) a menor (extremo negativo, puntaje: 1). Los puntajes se suman para dar el puntaje total de cada persona en la escala. ^(9,1)

6.2.4 Escala de Guttman

La escala Guttman, más que una escala propiamente tal, es un procedimiento para determinar ciertas propiedades de una escala, de un conjunto de ítems. El procedimiento, llamado *análisis de escalograma*, fue creado en 1944 por el sociólogo norteamericano Louis Guttman (1916-1987). La escala busca analizar si los ítems de una escala son reproducibles, escalables. ⁽⁹⁾

Para Guttman, hay reproducibilidad si, a partir del puntaje total de cada persona, podemos reproducir su puntaje en cada ítem; y hay escalabilidad si los ítems tienen diferente intensidad, representan diferentes grados de actitud. Ambas características están relacionadas y suponen que los ítems son unidimensionales, que miden una sola dimensión. ⁽⁹⁾

La escala con esos atributos es llamada por Guttman una escala propiamente tal, una escala acumulativa. Al contrario de la escala de Likert (que es una escala sumatoria), las personas con igual puntaje en una escala



acumulativa están de acuerdo en los mismos ítems. En la escala Likert, pueden tener igual puntaje personas que no coinciden en ningún ítem.

En una escala Guttman, si una persona tiene mayor puntaje que otra, está de acuerdo con todos los ítems con que la otra está de acuerdo, y de acuerdo con uno o más ítems con la que otra no está de acuerdo, y podemos deducir cuáles son esos ítems. El puntaje total permite reproducir los puntajes para cada ítem, y saber con cuáles ítems está de acuerdo una persona y con cuáles en desacuerdo.

La escala Likert está diseñada para clasificar a personas de acuerdo a su actitud. La escala Guttman es un procedimiento para analizar una escala, para ver si los ítems forman una escala acumulativa; si no es así, deben descartarse ítems hasta lograr una escalabilidad que la haga aceptable para clasificar personas.

La construcción de la escala empieza con no muchos ítems y mantiene los que sean escalables. Guttman solía usar escalas de cuatro a seis ítems, y no se recomienda sobrepasar diez o doce.⁽⁹⁾

Un ejemplo simple de escalabilidad referido a 'estado físico' se puede mostrar con los ítems siguientes: (A) ¿Puede trotar cinco km.? (B) ¿Puede trotar un km.? (C) ¿Puede trotar una cuadra? Cada uno corresponde a un nivel en un continuo, a un grado diferente de resistencia física. El ítem C es de menor intensidad que el B, y ambos de menor intensidad que el A.

Se sabe que quien tiene un punto ha contestado 'sí' al ítem C, el menos intenso. Quien tiene dos puntos ha contestado 'sí' a los ítems C y B. Si una persona tiene dos puntos y otra tiene un punto, se sabe que ambos contestaron 'sí' al C, y que al ítem B la primera persona contestó 'sí' y la otra contestó 'no'.⁽⁹⁾



6.2.5 Escala tipo Likert

Según diversos autores, el escalamiento de Likert es el que presenta mayores ventajas, ya que está centrado en el sujeto y enfatiza sus diferencias individuales. Es la más fácil y rápida de construir y validar.⁽¹⁰⁾

La escala tipo Likert es un instrumento de medición o recolección de datos cuantitativos utilizados dentro de una investigación. Recibe este nombre después de que el psicólogo Rensis Likert, publicara un reporte describiendo su uso y beneficios en 1932. También es denominada Método de rangos Sumatorizados.⁽¹⁰⁾

Es eficaz en cualquier investigación cuantitativa sin importar el ámbito o giro de la organización donde se realice.



Rensis Likert

(<http://blog.marketingdoctor.tv/2008/03/03/who-is-this-guy.aspx>)

Corresponde a un tipo de medición aditiva; consiste en una serie de ítems o juicios a modo de afirmaciones ante los cuales se solicita la reacción del sujeto. El estímulo (ítem o juicio) que se le presenta al sujeto representa la propiedad que el investigador está interesado en medir y las respuestas son solicitadas en términos de los grados de acuerdo o desacuerdo que el sujeto tenga para con la sentencia en particular. Son cinco el número de opciones de respuesta más utilizados, donde a cada categoría se le asigna un valor numérico que llevará al sujeto a una puntuación total, producto de



las sumas de todos los ítems. Dicha puntuación final indica la posición del sujeto dentro de la escala.⁽¹⁰⁾

Las afirmaciones pueden tener dirección: favorable o positiva y desfavorable o negativa. Y esta dirección es muy importante para saber cómo se codifican las alternativas de respuesta.

Si la afirmación es positiva, significa que califica favorablemente al objeto de actitud, y entre los sujetos estén más de acuerdo con la afirmación, su actitud es más favorable.

Por lo tanto, cuando las afirmaciones son positivas se califican comúnmente de la siguiente manera:

- (5) Muy de acuerdo
- (4) De acuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (2) En desacuerdo
- (1) Muy en desacuerdo.

Si la afirmación es negativa significa que califica desfavorablemente al objeto de actitud, y entre los sujetos estén más de acuerdo con la afirmación, su actitud es menos favorable, esto es, más desfavorable.⁽¹⁰⁾

- (1) Muy de acuerdo
- (2) De acuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) En desacuerdo
- (5) Muy en desacuerdo



Las puntuaciones de las escalas Likert se obtienen sumando los valores obtenidos respecto a cada frase. Por ello se le denomina escala aditiva.⁽¹¹⁾

Si los sujetos a los que se aplica tienen poca capacidad de discriminar pueden incluirse dos o tres categorías. Por el contrario, si son personas con un nivel educativo elevado y capacidad de discriminación, pueden incluirse siete categorías, debe recalcarse que el número de categorías de respuesta debe ser el mismo para todos los ítems, si son tres, son tres para todos los ítems, etc.^(10,11)

Un aspecto muy importante de la escala Likert es que asume que los ítems o afirmaciones miden la actitud hacia un mismo objeto subyacente. Si se van a medir actitudes hacia varios objetos, deberá incluirse una escala por objeto aunque se presente conjuntamente, pero se califican por separado.⁽¹⁰⁾

Una puntuación se considera alta o baja según el número de ítems o afirmaciones, por ejemplo en una escala de ocho ítems, la escala mínima es de ocho (1+1+1+1+1+1+1+1) y la máxima es de 40 (5+5+5+5+5+5+5+5).⁽¹¹⁾

En la escala Likert a veces se califica el promedio obtenido en la escala mediante la sencilla fórmula PT / NT , donde PT es la puntuación total en la escala y NT es el número de las afirmaciones, y entonces una puntuación se analiza en continuo de 1 al 5.^(10,11)

Esta escala es, en estricto sentido, una medición ordinal, sin embargo, es común que se le trabaje como si fuera de intervalo la cual se construye generando un elevado número de afirmaciones que califiquen el objeto de actitud y se administran a un grupo piloto para obtener las puntuaciones del grupo en cada afirmación. Estas puntuaciones se correlacionan con las puntuaciones del grupo a toda la escala (la suma de las



puntuaciones de todas las afirmaciones), y las afirmaciones cuyas puntuaciones se correlacionan significativamente con las puntuaciones de todas la escala, se seleccionan para integrar el instrumento de medición. Así mismo, debe calcularse la confiabilidad y validez de la escala.⁽¹⁰⁾

Ejemplo: ¿Considera usted que es importante que los padres lean para inculcar a los hijos el habito de la lectura?

- Indispensable
- Muy Importante
- Medianamente Importante
- Poco Importante
- No es importante.

Existen dos formas básicas de aplicar una escala Likert. La primera es de una manera auto administrada: se le entrega la escala al sujeto y este marca respecto a cada afirmación, la categoría que mejor describe su reacción o respuesta. Es decir, marcan su respuesta.⁽¹¹⁾

La otra forma es la entrevista; un entrevistador lee las afirmaciones y alternativas de respuesta al sujeto y anota lo que este conteste. Cuando se aplica vía entrevista, es muy necesario que le entregue al sujeto una tarjeta donde se muestran las alternativas de respuesta o categorías.

Al construir la escala Likert debemos asegurar que las afirmaciones y alternativas de respuesta serán comprendidas por los sujetos a los que se les aplicara y que estos tendrán la capacidad de discriminación requerida. Ello se evalúa cuidadosamente en la prueba piloto.^(10,11)

En resumen, los pasos a seguir para elaborar una escala Likert son:



1. Conocer la actitud o variable a medir.
2. Elaborar ítems relacionados con la actitud o variable que se quiere medir.
3. Administrar la escala a una muestra de sujetos que van a actuar como jueces.
4. Asignar los puntajes a los ítems según su posición positiva o negativa.
5. Asignar los puntajes totales a los sujetos de acuerdo al tipo de respuesta en cada ítem.
6. Efectuar el análisis de ítems (validez y confiabilidad).
7. Construir con base en los ítems seleccionados la escala final.
8. Aplicar la escala final a la población en la cual se validó el instrumento.^(10,11)

6.3 Confiabilidad

Cuando se ha constituido un instrumento de medida se necesita saber que tan confiablemente ordena a los individuos. Si estos no pueden ser colocados confiablemente en la escala, esta no poseerá ninguna utilidad científica, pues los resultados probablemente tengan varios errores. No existe manera de determinar la confiabilidad exacta de un instrumento; solamente se pueden obtener estimaciones.⁽⁶⁾

6.4 Validez

La validez tiene varios significados. Sin embargo, puede darse una definición muy general: la validez indica el grado en que un instrumento mide la construcción de lo que está en estudio.⁽⁶⁾



6.5 Técnicas proyectivas, fisiológicas e implícitas

La observación directa del comportamiento es informativa, en particular con niños pequeños o cuando otros métodos se consideran una intrusión. No obstante, obtener una muestra representativa del comportamiento a través del tiempo y las situaciones puede requerir un periodo prolongado y resultar costoso.⁽¹²⁾

6.5.1 Técnicas proyectivas

Las actitudes pueden evaluarse de manera proyectiva mostrando un conjunto de imágenes ambiguas a las personas e indicándoles que inventen una historia sobre cada imagen. Debido a que los dibujos pueden interpretarse de varias formas, las historias que relatan las personas deben revelar algo sobre sus actitudes hacia los personajes, escenas o situaciones de las imágenes.⁽¹²⁾

6.5.2 Técnicas fisiológicas

Otro procedimiento que se ha empleado en ocasiones para medir las actitudes hacia diversos estímulos consiste en vigilar las reacciones, tales como los cambios en la conducción eléctrica de la piel del individuo o las modificaciones en el diámetro de la pupila del ojo en respuesta a estímulos relacionados con actitudes, sin embargo, estas técnicas no son muy eficientes, y más que evaluar las actitudes en sí mismas, pueden estar midiendo excitación, interés o la respuesta de orientación.⁽¹²⁾



6.5.3 Asociaciones implícitas

Incluso cuando las actitudes, o bien otros pensamientos y creencias, no se revelan explícitamente en el comportamiento de una persona, pueden estar implícitas en lo que dice o hace, dichas actitudes implícitas con frecuencia no pueden captarse mediante la introspección ni siquiera por la persona que reflexiona.⁽¹²⁾



7. EMPATÍA

Los psicólogos han definido la empatía de dos modos; como la conciencia cognitiva de los estados internos de otra persona (es decir, de sus pensamientos, percepciones, sentimientos e intenciones); y como la reacción afectiva sentida ante otra persona, éste último concepto es el que relacionaremos a la actitud del Cirujano Dentista hacia los pacientes, este concepto es sencillo, se siente lo que el otro siente. Muchos autores la definen simplemente por el resultado que implica: empatizamos hasta el punto de que nuestros sentimientos coinciden con los ajenos.⁽¹³⁾

Para que la reacción sea empática se requiere esencialmente la participación de unos procesos psicológicos que hagan que los sentimientos de una persona sean más congruentes con la situación de otra con la suya propia. Los procesos suscitadores de la empatía a menudo suscitan el mismo sentimiento en el observador que en la víctima; aunque no necesariamente: a veces se siente ira empática cuando se ve atacar a otra persona aunque más que sentirse molesto ésta se sienta triste o decepcionada.⁽¹³⁾

Desde el punto de vista psicoanalítico, Freud la define como el mecanismo por medio del cual somos capaces de comprender las circunstancias de otra vida mental, en tanto Fenichel la divide en 2 actos: una identificación con la otra persona y, posteriormente, la conciencia de los propios sentimientos después de la identificación, que conduce a la conciencia de los sentimientos del objeto.⁽¹⁴⁾

Al ofrecer un plan de tratamiento, se debe poner en el lugar del paciente, nunca confundir a los pacientes ofreciéndoles muchas alternativas para su tratamiento. No un lenguaje técnico al momento de hablar con el



paciente. Nunca se da más información a un paciente que la que necesite para explicarle un diagnóstico, tratamientos y recetas. Se trata de hablar con oraciones cortas y bien separadas. Es de suma importancia explicarse claramente, y preguntar al paciente si va entendiendo correctamente o si quiere una explicación más clara.⁽¹⁵⁾

7.1 La empatía en la medicina

Carl Rogers fué el primer autor que enfatizó la comprensión empática junto a la congruencia y aceptación incondicional como requisitos imprescindibles para poder establecer el clima psicológico adecuado en una relación terapéutica. Este autor entendía por comprensión empática: "La captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que estos tienen para él y, una vez captados, comunicárselos". De forma independiente y siguiendo otra línea de investigación, Balint intentó capacitar a los médicos para reconocer y comprender las dolencias de los enfermos, no solo en función de los conflictos y problemas personales, sino para utilizar luego esta comprensión con fines terapéuticos; es decir, pretendía diseñar un sistema que permitiese al facultativo ofrecer ayuda psicológica a sus pacientes sin interrumpir lo habitual de su práctica diaria. Esta técnica, denominada flash o destello, consistía en que el profesional, además de resolver los problemas médicos del enfermo, intentaba sintonizar con él para alcanzar un destello de comprensión de su situación global; lamentablemente, esta nueva vía fue fuertemente emparentada con la empatía y permaneció inexplorada, a pesar del esfuerzo de sus discípulos, cuando falleció Balint en 1970.⁽¹⁴⁾



Cabe puntualizar que en los trabajos consultados no se describen técnicas terapéuticas complejas, puesto que se refieren, en todo momento, a actitudes profesionales.

Actualmente la empatía es catalogada como una cualidad indispensable para lograr una adecuada comunicación con el paciente, tanto por parte de los médicos como psicoterapeutas; aunque también se ha investigado cómo identifica este la empatía del galeno o entrevistador. Se considera empático al profesional que posee una elevada productividad y expresividad verbal, así como la capacidad para entender y permanecer concentrado ante los mensajes del paciente; por el contrario, se estima que carece de esta virtud el facultativo que abusa del silencio, interrumpe las intervenciones de los enfermos o prolonga demasiado sus respuestas.

Conviene señalar que la empatía debe ser demostrada también con lenguaje no verbal: por muy atentamente que se escuche al paciente, si no se utilizan gestos corporales de apoyo (asentir, emitir sonidos guturales como mm-hh, etc.), el afectado se siente incomprendido. El médico habla más que el paciente y realiza un interrogatorio dirigido sobre preguntas directas, mientras que el interrogado suele limitarse a responder sí o no; de ahí que la entrevista posea un bajo contenido terapéutico, la información para el diagnóstico sea incompleta, dejen de abordarse problemas activos y al final se cometan errores de diversa índole. Los enfermos evalúan las habilidades interpersonales de quienes les asisten, desean explicaciones claras sobre sus males, esperan encontrar paciencia, cortesía y privacidad por parte del personal de salud y confían en recibir ayuda médica, psicológica y social.⁽¹⁴⁾



8. CALIDAD

Cuando se habla de calidad se cree que se trata de algo costoso, lujoso, novedoso o sofisticado. Este es un concepto erróneo, la calidad excelente se logra cuando se tienen en cuenta normas, procedimientos y técnicas que satisfagan las necesidades y expectativas del cliente.⁽¹⁶⁾

La calidad tiene diferentes definiciones según la evolución que ha tenido el término en su todavía reciente historia, y en su abordaje por diferentes autores. Se agregan más definiciones si el término es referido como adjetivo o como sustantivo. Sin contradecir las definiciones normalizadas internacionalmente del término y las que han realizado varios y distintos autores sobre el término calidad, en general es considerado este término como adjetivo calificativo.⁽¹⁷⁾

Es la satisfacción de las necesidades del cliente y sus expectativas razonables. Es lograr productos y servicios con cero errores, es hacer bien las cosas desde la primera vez, es diseñar, producir y ofrecer un servicio de satisfacción total.⁽¹⁶⁾

La calidad puede definirse como la ausencia de defectos (cero defectos). Calidad sería, por lo tanto una especie de juicio final sintético sobre el conjunto de las cualidades de un producto. Para muchos, el juez en esta etapa es inequívocamente el cliente o usuario.^(18,19)

Es importante diferenciar la calidad de un producto y la de un servicio, se dice que la de un producto responde a las características objetivas, externas, medibles del mismo (sus especificaciones técnicas) y a su efectividad para un fin determinado (adecuación al uso), la de un servicio reúne gran cantidad de factores o componentes que no pueden dissociarse;



en una palabra prevalece la impresión de conjunto y no el éxito relativo de una u otra acción específica.

En el caso de un servicio de salud, son numerosos los factores: físicos, técnicos y científicos, administrativos, de comunicación y relaciones humanas, entre otros que participan en su producción, en la práctica, el usuario mira el punto crítico o punto más débil de la cadena, juzgando a partir del todo el entramado de los engranajes como si la impresión de conjunto prevaleciera sobre el éxito relativo de una u otra acción. La satisfacción del usuario es considerada como un patrón de medida para evaluar la calidad en los servicios.^(18,19)

8.1 Calidad en los servicios de salud

En la industria de los servicios de salud la calidad ha sido históricamente definida por los proveedores de estos. A partir de los 80's, ha habido un interés creciente por parte de los compradores de adentrarse en cuestiones relativas a la calidad. Diversas definiciones de calidad fueron dadas a lo largo de los años en el área de la salud, y en este sentido, los siguientes ejemplos explican como cambiaron las ideas sobre calidad en atención de la salud en los últimos sesenta años. En 1933, el concepto de la buena atención médica, esto es, la manera correcta de hacer medicina, la medicina de calidad, se definió con base en 8 artículos de fe (Lee y Jones, 1933):⁽¹⁹⁾

- Práctica de una medicina racional, basada en ciencias médicas.
- Enfatiza la prevención
- Requiere la cooperación inteligente entre el paciente y los profesionales de la medicina científica



- Trata al individuo como un todo
- Mantiene una relación estrecha, personal y continuada entre médico y paciente.
- Está coordinada con el trabajo y la asistencia sociales.
- Coordina todos los tipos de servicio médico
- Implica el uso de todos los servicios de que dispone la medicina científica moderna para las necesidades de toda la gente.

La calidad de los servicios de salud, es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición. (M.I Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS-1988)

En 1991, se define la calidad como el grado en el que los servicios de salud para individuos o poblaciones incrementan la posibilidad de resultados deseados y son a la vez consistentes con el conocimiento profesional corriente.

La OMS define calidad como el asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios, diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo iatrogénico y la máxima satisfacción del paciente. Así mismo, la OMS define cuatro componentes en la atención médica: ⁽¹⁹⁾

- La práctica profesional
- La utilización de recursos
- La gestión del riesgo



- La satisfacción del paciente

Que son precisamente y por definición, los objetos del control de calidad en la atención de la salud.⁽¹⁹⁾

La calidad en servicios de salud, se define como el logro de los mayores beneficios posibles, con los menores riesgos para el paciente. Se entiende por calidad en la prestación de los servicios de salud, las características con que se prestan dichos servicios la cual está determinada por la estructura y los procesos de atención que deben buscar optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del paciente. El grado de calidad es la medida en que se espera que la atención administrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.⁽²⁰⁾

La O.P.S define que la calidad en los servicios de salud es la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas, calidad sentida en los servicios de salud, es decir, la que está en la subjetividad de los usuarios y debe ser explicada y expresada por ellos; corresponde a la satisfacción razonable de su necesidad luego de la utilización de los servicios (O.P.S, 1994).⁽²⁰⁾

8.2 Características de la calidad en la atención de salud

- Accesibilidad: Corresponde a la posibilidad de acceder a un servicio de salud en términos geográficos y económicos de acuerdo con las necesidades del usuario.⁽¹⁶⁾
- Oportunidad: Capacidad de satisfacer las necesidades de salud del usuario en el momento en que requiere el servicio.



- Continuidad: Es la atención continua del usuario a través de una serie de acciones propias del proceso de la atención y bajo el cuidado de un equipo de profesionales.
- Suficiencia e integralidad: Es la satisfacción de manera integral y oportuna de las necesidades de salud del usuario, en forma adecuada a su estado de salud comprendiendo las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- Racionalidad lógico-científica: El conocimiento médico y la tecnología se reúnen para atender un problema de salud, con criterios de lógica y optimización de los recursos. ⁽¹⁶⁾
- Efectividad: Se refiere al grado máximo de mejoramiento de la salud con la mejor atención disponible.
- Eficiencia: Implica que la atención brindada debe ser efectiva, pero a costo razonable.
- Eficacia: indica la aplicación de un saber o tecnología cuya utilidad ha sido previamente demostrada.
- Satisfacción del usuario: Es la complacencia del usuario con la atención recibida. ⁽¹⁶⁾

8.3 Ventajas de la calidad

La calidad de un servicio genera toda una serie de ventajas a cualquier servicio de salud ya sea público o privado. Entre otras tenemos: ⁽¹⁶⁾

- Mayor retención de pacientes
- Menos quejas y reclamos por parte del paciente



- Reducción de costos
- Mayor participación en el mercado
- Mayor satisfacción y compromiso de los empleados

Por hoy, la calidad en el servicio es un asunto de supervivencia. Las instituciones públicas o privadas que no pongan en marcha procesos de generación de calidad, muy probablemente se verán obligadas a enfrentar grandes dificultades e incluso desaparecer en el tiempo.⁽¹⁶⁾

8.4 Medición de calidad

Medir es un proceso de vincular medidas abstractas con indicadores empíricos, cuando se mide se compara un concepto con un estándar. Es determinar una cantidad, comparándola con otra. Diferentes estándares se han establecido para medir la calidad de un servicio.^(16,18,20)

La medición constituye uno de los aspectos más importantes de la medicina científica, y de la evaluación de calidad. La observación es la base de la medición, de la metodología científica y por lo tanto de la evaluación de la calidad.⁽¹⁶⁾

La medición de la salud es una constante, que se realiza en todas partes y se requiere cuantificar una gran información, se mide porque es importante saber lo que está ocurriendo objetivamente, si no se puede medir, no se puede administrar. La medición es importante ya que permite cuantificar con certeza, conocer las oportunidades de mejora de un proceso, analizar y explicar un hecho, la medición hace tangibles los procesos de la calidad siendo éste un elemento fundamental para la toma de decisiones. La medición de la calidad da cuenta de las cualidades y características del



servicio. Se enfoca a evaluar el servicio y conocer en qué medida se adecúa o satisface a la demanda del paciente.⁽¹⁶⁾

8.5 Parámetros de calidad

Aún cuando en los parámetros los criterios son diversos según la cultura de los países, se pueden considerar los siguientes como los más comúnmente aceptados:⁽¹⁸⁾

- ✓ Puntualidad
- ✓ Prontitud
- ✓ Atención
- ✓ Amabilidad
- ✓ Cortesía
- ✓ Honestidad
- ✓ Rapidez de la respuesta
- ✓ Precisión de la respuesta
- ✓ Instrucciones para el empleo
- ✓ Respeto al paciente
- ✓ Efectividad en los procedimientos
- ✓ Comunicación con el paciente y su familia
- ✓ Interpretación adecuada del estado de ánimo de los pacientes
- ✓ Aceptación de sugerencias



- ✓ Capacidad profesional
- ✓ Ética en todas las fases del proceso
- ✓ Equidad
- ✓ Presentación adecuada del material a utilizar
- ✓ Educación continua a personal del servicio y a los propios pacientes.

8.6 Calidad de los servicios de salud en México

En México desde 1984, con la introducción del concepto de garantía de calidad se han realizado numerosos esfuerzos en el sector salud para mejorar la calidad de los servicios en la atención médica. Para ello se han desarrollado diversas estrategias, como monitorear, que es un elemento fundamental para reconocer las desviaciones en el desempeño y la capacitación permanente del personal, ésta favorece la mejora continua de dicho desempeño.⁽²¹⁾

En las diversas instituciones que conforman el sector salud se han mostrado preocupadas por mejorar la calidad de sus servicios y en las estrategias adoptadas, el objetivo ha sido lograr la satisfacción de los pacientes.

La metodología más frecuentemente utilizada para la mejora de la calidad de los servicios de salud, se basa en los siguientes pasos: ⁽²¹⁾

- Definir lo que el usuario espera de dichos servicios
- Medir como se otorgan



- Identificar si existe una variación entre lo que se espera y lo que realmente ocurre
- Determinar las causas de la variación
- Proponer soluciones viables
- Dar seguimiento a la ejecución de las propuestas
- Evaluar resultados

8.7 Calidad en la atención odontológica

Actualmente organizaciones y empresas de todos los sectores, han comenzado a voltear la mirada hacia un concepto que, si bien ha sido probado y comprobado en distintos países del mundo, en México solamente unas cuantas compañías lo han adoptado su nombre: calidad total. ⁽²²⁾

La calidad significa encontrar y satisfacer los requerimientos, necesidades y expectativas de los clientes, que son sus pacientes. El punto clave de la calidad total, radica en la satisfacción del paciente, con ello, en la propia satisfacción de todo el personal que labora para y dentro del consultorio.

El llegar a prevenir errores teniendo el control de todos los procesos, los materiales y equipos, de la actitud y comportamiento del personal y del propio dentista dentro del consultorio, da un primer acercamiento de lo que significa la calidad en odontología, esta deberá ser una tarea constante.

Lo anterior solamente es posible con el trabajo en equipo, y así también es sumamente importante que el C.D. pueda confiar plenamente en la calidad de los productos que utiliza y aplica a sus pacientes, pues muchos



de los fracasos de la calidad en el consultorio se deben a productos baratos que no han sido probados ni cumplen con las especificaciones necesarias.

El centro de atención de las empresas productoras es el producto como tal. En las empresas de servicios como el consultorio dental, debe ser la relación entre las personas, y como los clientes son el tesoro de todas las organizaciones, hay que estar preparados para satisfacer sus necesidades, y evitar con ello que busquen esa satisfacción con algún colega. Por ello, el primer paso hacia la calidad radica en dominar la técnica de las relaciones humanas, para lo que debemos revisar las actitudes, comunicación, forma de tratar a las personas, comportamiento y percepciones que el personal y elementos del consultorio transmiten.⁽²²⁾

La calidad para un paciente comienza con la primera impresión y no debe terminar hasta conseguir su satisfacción.

La falta de calidad aumenta los costos a cada momento, toda aquella actividad que deba hacerse dos o más veces, o repetirse por que la primera no funcionó como se esperaba tiene un costo. La falta de calidad nos orilla a encontrar pretextos para tratar de explicar a los pacientes nuestros errores, y lo que un paciente busca no son problemas si no soluciones.⁽²²⁾

Tener en cuenta todos los aspectos que se dan en la relación clínica mejorará la atención y la comprensión del paciente, en cuanto a las posibilidades reales de tratamiento y sus riesgos, elevando así la calidad de la atención odontológica.⁽²³⁾

La odontología de excelencia, sólo puede ser pretendida a través del ejercicio profesional acorde con una mezcla equilibrada de tres vectores fundamentales, aparentemente incompatibles e irreconciliables entre sí: humanismo, ciencia administración-economía; factores que para cada ser humano en lo particular tienen un significado específico individual, basado,



conceptualizado y derivado a través de las actividades mentales individuales. Por lo tanto, es fundamental autoevaluar, reconocer y analizar cuáles son los valores cuantitativos y cualitativos que se asignan personalmente a cada uno de ellos.⁽²⁴⁾

Odontología de excelencia, también implica reconocer las propias limitaciones personales y de esta manera actuar dentro de lo moral y los principios de la ética.

El hombre piensa, inventa, ama, sufre, admira; factores todos que modulan el quehacer profesional. El ser humano también puede albergar cualidades opuestas, vicios, odio, rencor, envidia, egoísmo, negligencia, prepotencia, avaricia, inseguridad, timidez, indecisión, satisfacción por el sufrimiento ajeno, ambición desmedida, gozo al infligir dolor o daño, o el profundo egocentrismo que lleva a considerarse como un ser superior frente a los pacientes o a colegas de profesión ensombreciendo el ejercicio profesional y la calidad humana. Solamente reconociendo íntima y humildemente las cualidades positivo-negativas es como se puede aumentar la capacidad de autocrítica para establecer y adoptar normas de conducta y comportamiento satisfactorias que equilibren las acciones y permitan elevarse hacia un ejercicio profesional con pleno disfrute espiritual.

La única vía real, efectiva, duradera, constante y permanente para el ascenso hacia la odontología de excelencia, radica en el esfuerzo y tiempo que se invierte en el desarrollo de la inteligencia, de la creatividad, de las capacidades imaginativas, de las capacidades artísticas, del amor a la profesión, de la creación y goce de la belleza, de la satisfacción espiritual que se deriva de la actividad creadora.⁽²⁴⁾



8.8 Aspectos importantes en la atención odontológica de calidad

Existen muchas acciones que el Cirujano Dentista puede llevar a cabo para asegurar la calidad en la atención odontológica que ofrece a sus pacientes, son: ⁽²⁵⁾

La relación odontólogo-paciente es primordial. No se debe ver al paciente como objeto, si no como una persona y hay que intentar que nuestra comunicación con el sea cercana. En algunas ocasiones, por ejemplo, en la cirugía es conveniente que se lleve por escrito las instrucciones posteriores para que las pueda consultar cuantas veces lo considere necesario.

Al hacer las citas con los pacientes se debe estar muy conscientes de que muchas cosas se pueden reponer, pero el tiempo no. Es preciso realizar una planeación eficiente de las citas.

Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad. El Cirujano Dentista debe esforzarse en facilitársela con las palabras más adecuadas para que el paciente realmente entienda lo que se le está diciendo. ⁽²⁵⁾

Se debe aceptar cualquier consulta con otro colega a petición del paciente o de sus familiares, sin negarse ni tomar algún tipo de represalia.

No se debe engañar al paciente aprovechándose de su poco conocimiento acerca de la calidad de los materiales que se aplican en él.

Todo el instrumental odontológico de introducción bucal deberá ser de buena calidad y estar en buenas condiciones para realizar el trabajo para el que está diseñado. ⁽²⁵⁾



Es fundamental tener un estricto control de infecciones tomando todas las medidas sanitarias requeridas para la protección de los pacientes, por lo tanto, el instrumental metálico y no metálico deberá ser perfectamente esterilizado bajo las normas estipuladas.⁽²⁵⁾

Como odontólogos, en la práctica profesional, se debe buscar el correcto control del dolor (para producir el menos posible) por todos los medios, aunque para esto se tenga que emplear más tiempo, más paciencia y más esfuerzo.

Si se comete iatrogenia, ya sea por descuido, ignorancia o accidente, lo menos que se puede hacer, en justicia para los pacientes, es que el producto de este error a él no le cueste al menos en el aspecto económico.

Las instalaciones donde los odontólogos ejercen su profesión deben contar con los medios técnicos y de relación médico-paciente necesarios para brindar una adecuada atención integral.⁽²⁵⁾

Se debe estar capacitado y contar con el equipo y los medicamentos necesarios para poder resolver una situación de emergencia.

En el trato con los pacientes dentro del consultorio dental se debe cuidar el lenguaje, hablar apropiadamente.

Dada la circunstancia de aproximación y contacto físico en el que nos encontramos en el ejercicio de la profesión, debe predominar el respeto más absoluto entre el profesionista y el paciente. El respeto es primero que nada, hacia el propio Cirujano Dentista.⁽²⁵⁾



9. CALIDEZ

Calidez proviene de cálido, calor, ardor. Como es una característica, una cualidad para ser más exactos, considero que está incluida en la calidad. El acto médico de calidad debe ser cálido.⁽²⁶⁾

La calidez implica como primer paso, considerar al otro como una persona, única e irrepetible. Hablamos de calidez cada vez que tenemos una conducta en la que tratamos al otro como un legítimo otro, en convivencia con nosotros. La persona tiene tres grandes atributos: libertad, particularidad, irrepetibilidad. Esa libertad implica que uno mismo sea quien tome las decisiones sobre la salud, considerando la historia personal y un proyecto de vida.

Así, la calidez no es un agregado al acto médico, sino un componente intrínseco del mismo. El otro, se convierte en el objetivo indispensable del acto médico, en un constituyente primordial en ese diálogo terapéutico que se establece.

La verdadera calidez viene de adentro. Y el acto médico será mejor mientras mayor sea la experiencia en ese co-emocionar con el prójimo.⁽²⁶⁾

La calidez tiene temperatura psíquica, se siente, tiene graduaciones. Desde las preguntas ¿qué le pasa?, ¿qué le duele?, ¿qué siente? que se hacen al paciente se comienza a observar la emoción de éste, pues toda acción, todo quehacer están acompañados de una emoción. Se tiene miedo de las emociones, ya que se les considera rupturas con la razón. Calidez es calor humano y activa muchos mecanismos internos en ese paciente.⁽²⁶⁾



La calidez envuelve al objeto en una atmósfera específica, es benevolente, indulgente, es favorable, es fluida, permite crecer al menos por un instante, el otro es único. Cuando hay respeto mutuo desaparecen la arrogancia y la obediencia. Se crea un vínculo solidario.⁽²⁶⁾

La calidez es la estancia favorable para construir la identidad y le permite al otro afirmarse; además de ser personalizada. El paciente es ante todo un ser que siente, sufre y el profesional lo entiende.

Es parte del arte médico, la amistad médica es como una atmósfera primordial que acerca al profesional de la salud y al paciente, que propicia el encuentro cálido y positivo de dos personas.

No es un hecho sino un valor, es algo que no está establecido, se crea; es un puente que se construye entre la individualidad del profesional y la del paciente. Implica una estimación, una valoración del otro. El profesional valora al paciente como digno de atención, de tiempo, de afecto. El paciente también valora y abre su ser, confiado en la experiencia, en la ciencia, en la historia, en el ser.⁽²⁶⁾

La calidez se consigue con la expresión verbal, pero en especial con la expresión pre-verbal, la mayor cantidad de mensajes nos es transmitida por los ojos; con el silencio, que es apertura al otro, cuando existe un interés real por el paciente, las palabras pueden ser máscaras apenas pues el paciente sintoniza con el ser interior; cuando se trata al paciente como un individuo, libre, autónomo, responsable de sí. Asimismo cuando se escucha al paciente y se le deja expresarse libremente. Muchos clínicos recomiendan pasar los primeros minutos de la consulta en hablar sobre cosas generales, ello distensiona y además, permite conocer un poco el mundo del paciente,



porque, a pesar del escaso tiempo, se le hace saber que tenemos el suficiente para escucharlo. Cuando se le explica su padecimiento de forma clara y empática, estando atento a sus críticas y sugerencias.⁽²⁶⁾

Se es cálido cuando se está convencido de que el otro, el paciente, es una persona y se reconoce que este es el escenario donde se logra la realización personal, donde se completa esa especie de segunda naturaleza que es ser médico.⁽²⁶⁾



10. LA RELACIÓN ODONTÓLOGO – PACIENTE

Una profesión es una actividad humana, es un trabajo donde se ponen de manifiesto interacciones entre personas. ⁽²³⁾

El concepto de profesión involucra una vocación que requiere enseñanza especializada y preparación mental más que manual, esto no significa que la odontología, por utilizar un gran cúmulo rompa esta regla; sucede que la tecnología que se emplea parte de una gran etapa previa de investigación científica profunda de muy alto nivel y que en la utilización de esta tecnología intervienen tanto la mente cuanto el arte de su aplicación; esto es una justificación más de su conceptualización como profesión odontológica. ⁽²⁴⁾

El ejercicio de la odontología conlleva a una significativa carga manual aplicada, por lo cual el componente psíquico se convierte en factor primordial ya que actúa conformando, delineando, suavizando y humanizando las acciones manuales, si esto mueve el espíritu y conciencia o bien, contrariamente y de acuerdo, si así es el caso con el temperamento individual, endureciéndolas, causando daño y dolor o haciéndolas acomodarse al egoísta sentimiento de pretendido perfeccionismo. ⁽²⁴⁾

La manera de cómo se ejerzan depende de la espiritualidad, de la conciencia, del más profundo sentimiento y conocimiento del propio ser del valor, respeto y significado que se dé a los pacientes y del reconocimiento que se otorgue a los principios humanísticos base de la profesión. Ni la ciencia, ni la inteligencia por si solas son capaces de llenar la enorme necesidad íntima de comprensión que anhelan los pacientes, de ser reconocidos como seres que sufren y ansían ser ayudados. Da la impresión de que lo cotidiano de la relación con el dolor y la rutina de la acción, vuelve



insensibles, despreocupados y que asimismo le resta importancia al encuentro diario con quienes buscan alivio; esto es, hay deshumanización, circunstancia que pesa intensamente en todas las áreas de la atención médica.⁽²⁴⁾

Desde el momento que el paciente elige a un determinado odontólogo ya está poniendo en juego su actitud hacia las figuras significativas. Cuando ingresa al consultorio dental lleva consigo toda una forma de reaccionar frente a los procedimientos odontológicos que comprometen tanto su boca, como al dentista, en cuanto figura revestida de autoridad y experiencias anteriores.⁽²⁷⁾

El paciente llega con el dentista con sentimientos contradictorios. Por un lado lo percibe, al igual que en toda la profesión médica, como un ser dotado de poderes (reales y fantasiosos) que le permitirá aliviar sus dolencias. Sin embargo; es a la vez una figura amenazadora, dado los procedimientos invasivos y eventualmente dolorosos que le serán aplicados en la zona bucal. El paciente sufre además, otro conflicto, sabe que necesita de tratamiento odontológico, pero al mismo tiempo percibe la situación como atemorizante. Este complejo emocional lleva al paciente a un estado de ansiedad, a constantes interrupciones al accionar del dentista, postergaciones de las citas o la suspensión del tratamiento.⁽²⁷⁾

Es responsabilidad del odontólogo intervenir adecuadamente en el peor de los casos para disminuir ese estado de ansiedad, para conseguirlo es fundamental el estilo interpersonal en el cual se desarrolle la relación paciente-dentista.

En la primera consulta se despliegan los sentimientos del paciente respecto al tratamiento odontológico y al dentista. Esta es la oportunidad para que el profesional intervenga para proveer un ambiente psicológico de



seguridad, que permita revelar los temores y ansiedades propios a la situación de atención dental.⁽²⁷⁾

El cuidado de la salud bucal consiste en la interrelación de dos personas, no el trabajo de una persona sobre la otra. Para tal efecto el dentista debe ser flexible (cuando deba hacer modificaciones en el plan de tratamiento original, cada vez que surja alguna necesidad particular en el paciente respecto al mismo). De esta manera se maximiza el estatus de igualdad dentista/paciente y al mismo tiempo se minimiza la posibilidad de interrupciones dentro de la interacción. En este sentido es vital comprender que se establece una relación que está conformada por dos personas, la cual es única e igualitaria, así se posibilita una interacción realista y no fantasiosa, la que no es afectada por la ansiedad o la preocupación del paciente acerca del tratamiento dental.

Se debe tratar de buscar una alianza durante el tratamiento, esto es paciente y dentista se deben alinear en un objetivo común, lo que no podría existir de persistir la ansiedad del primero. Conjuntamente con el paciente deben abordar las fuentes de esta ansiedad, de manera tal, que más que una interferencia sea una guía para la planificación del tratamiento a seguir para que éste sea de común acuerdo.⁽²⁷⁾

La comunicación efectiva con los pacientes es una parte esencial de la práctica dental. Debido al cambio demográfico, la siguiente generación de dentistas necesitará ser capaz de comunicarse efectivamente con los pacientes de una variedad de razas étnicas, lingüísticas, socioeconómicas y entorno cultural.⁽²⁷⁾

Szasz y Hollender propusieron tres modelos básicos en la relación paciente/dentista; 1) Actividad-pasividad, El dentista le practica algún tratamiento al paciente, el que a su vez sólo cumple con el rol de recibir el



tratamiento. 2) Guía-cooperación El dentista le dice al paciente en qué consiste el tratamiento con su consentimiento, nuevamente se establece una relación padre-hijo. y 3) Participación mutua. El dentista le sugiere y negocia con el paciente el tratamiento a realizar, en una clara relación entre personas de igual condición. En esta última modalidad el dentista reconoce y acepta el potencial del paciente y comprende que no sea ignorante con respecto al mismo, sino que a mayor conocimiento, mayor cooperación. En esta interacción la alianza de tratamiento se fortalece, favoreciendo en definitiva una mayor responsabilidad del paciente sobre su propia salud bucal.⁽²⁸⁾

En casi todas las acciones odontológicas es necesario apelar a los conocimientos y las destrezas que nos ofrece el ámbito de la psicología, pues en definitiva el éxito del tratamiento en gran parte depende de la actitud, motivación, y conducta del paciente con relación al tratamiento. Además, no se deben olvidar las consecuencias que sobre el ánimo y conducta del profesional tienen las acciones desarrolladas por él mismo, así como las efectuadas por el paciente. En definitiva, el buen manejo psicológico del paciente redundará tanto en una mejor calidad y pronóstico del tratamiento, como en una mejor calidad de vida para el odontólogo.⁽²⁸⁾

Quienes tenemos que ver con los problemas de salud de las personas, cuando estamos frente a estos en su calidad de enfermos o pacientes, debemos establecer una relación de dos tipos: una de carácter objetivante y otra de tipo interpersonal. El modelo de la relación objetivante está dado por aquello que piensa y hace el hombre de ciencia ante su objeto de conocimiento, tiene como propósito adquirir conocimiento.⁽²⁹⁾

Existe una más difícil de establecer, entre otras cosas, porque requiere por parte del médico no únicamente de conocimientos y destrezas, si no de cierta madurez y disposición afectivas así como del manejo de la



conducta a determinados valores; esta es la relación médica de carácter interpersonal o relación interpersonal profesionalmente médica, la cual busca entender o comprender al paciente como persona. La relación objetivante que el médico establece con su paciente es científico-tecnológica, porque va encaminada a “saber para hacer”, esta relación corresponde al campo de la ciencia aplicada, que es un “actuar sabiendo”.

La más genuina relación interpersonal emerge de una forma particular del amor. La raíz y la fuerza de la relación interpersonal profesionalmente médica es el amor médico dicho afecto empieza por reconocer en el enfermo una persona, no un objeto; a lo cual sigue todo aquello que nos permite reconocer a esa persona en su totalidad, todo ello con un objetivo bien claro: la mejor solución al problema de salud por el que nos ha consultado. A lo largo de este proceso sobresale el respeto hacia el enfermo como persona. La relación interpersonal debe ser la culminación de una relación objetivante, puesto que aquella exige que primero se conozca a la persona.⁽²⁹⁾

La relación médico-paciente es una interacción entre personas que se produce en la atención dental y que es la esencia de nuestra profesión. Esta relación reporta beneficios para ambos. Para el paciente, la satisfacción por la atención recibida, por obtener salud dental plasmada ya sea en la conservación o recuperación de la función masticatoria, en la rehabilitación oclusal; para el odontólogo, la educación continua a través de la experiencia, el bien realizado al paciente y la remuneración percibida.⁽²⁵⁾

La eficacia de la asistencia odontológica requiere una plena relación de confianza entre el cirujano dentista y el paciente. Todos los pacientes tienen derecho a una atención odontológica de calidad tanto científica como humana. El Cirujano Dentista tiene la responsabilidad de brindar esa calidad, comprometiéndose a emplear todos los recursos técnicos y científicos que se adecuen al caso particular con todas las posibilidades a su alcance.⁽²⁵⁾



11. CONCLUSIONES

Después de haber revisado los diferentes métodos de medición de actitud que existen se llegó a la conclusión de proponer por sus características la escala de Likert como el método más adecuado para medir la actitud que tiene el Cirujano dentista ante los pacientes, para definir si ésta realmente era una opción viable se realizó un estudio piloto a 30 odontólogos, tanto del sector privado como institucional, dichas encuestas constaban de 30 ítems que implican una actitud positiva hacia los pacientes, cada una de las encuestas, fue entregada y explicada a cada participante las cuales fueron respondidas de manera anónima con el fin de que los resultados no se vieran manipulados.

En la **gráfica 1** se representan los resultados de los cinco primeros ítems de la encuesta realizada a 30 odontólogos, en donde se observa que al ítem 1: El costo de los tratamientos, debe ser igual para todos los pacientes sin importar su nivel socioeconómico, 4 odontólogos manifestaron estar totalmente de acuerdo, 8 de acuerdo, 17 en desacuerdo, 1 totalmente en desacuerdo y las opciones restantes no fueron marcadas. En el ítem 2: Se debe respetar la integridad del paciente, estableciendo riesgos y beneficios del tratamiento sin utilizar el poder de persuasión 26 odontólogos estuvieron totalmente de acuerdo, y 4 estuvieron de acuerdo, las opciones restantes o fueron marcadas; en el ítem 3: Se debe brindar la misma atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas (hepatitis B, VIH, etc) que al resto de los pacientes, 14 odontólogos estuvieron totalmente de acuerdo, 11 de acuerdo, 3 en desacuerdo, 2 refirieron que el enunciado no era claro y el resto de las opciones no fueron marcadas, en el ítem 4: Se debe atender a pacientes que estén bajo el influjo de alcohol o alguna otra sustancia, 7 odontólogos refirieron estar en desacuerdo, 22 totalmente en desacuerdo, 1



refirió que el enunciado no era claro y el resto de las opciones no fueron marcadas, al ítem 5: Se debe brindar ayuda a la comunidad ofreciendo servicios a pacientes marginados , 14 odontólogos mencionaron estar totalmente de acuerdo, 10 estar de acuerdo, 4 indiferentes , 1 en desacuerdo y 1 totalmente en desacuerdo.

En la **gráfica 2**, se observan los resultados obtenidos de los ítems 6, 7, 8, 9 y 10, en donde se muestra que al ítem 6: Se debe permitir que el paciente defina su plan de tratamiento de acuerdo a la urgencia, tiempo y economía. 3 participantes refirieron estar totalmente de acuerdo, 11 estar de acuerdo, a uno le pareció indiferente, 10 mencionaron estar de acuerdo, 5 estar totalmente de acuerdo, y ninguno mencionó que el enunciado no era claro. Al ítem 7: La atención y el trato al paciente con capacidades diferentes debe ser igual que al de todos los demás. 17 odontólogos refirieron estar totalmente de acuerdo, 4 de acuerdo, 7 en desacuerdo, 1 totalmente en desacuerdo, 1 mencionó que el enunciado no era claro y ninguno refirió ser indiferente con el enunciado, en el ítem 8: La prevención debe ser parte fundamental de la práctica odontológica, 29 respuestas fueron totalmente de acuerdo, 1 de acuerdo y el resto de las opciones no fueron marcadas, al ítem 9: Se debe canalizar a los pacientes (si es el caso) a la especialidad que amerite 22 participantes mencionaron estar totalmente de acuerdo, 8 de acuerdo y el resto de las opciones no fueron referidas. En el ítem 10: Se debe ser empático. 14 manifestaron estar totalmente de acuerdo, 12 de acuerdo, 2 indiferentes, 1 en desacuerdo, 1 mencionó que el enunciado no era claro y la opción totalmente en desacuerdo no fue marcada.

En la **gráfica 3** están representados los resultados a los ítems 11, 12, 13, 14 y 15 en donde observamos que al ítem 11: Se debe satisfacer las demandas de atención del paciente. 14 odontólogos refirieron estar totalmente de acuerdo, 13 estar de acuerdo, 3 mencionaron que el



enunciado no era claro y el resto de las opciones no fueron marcadas. Al ítem 12: Se debe ser honesto con el paciente siempre en todo momento. 22 participantes refirieron estar totalmente de acuerdo, 8 de acuerdo y el resto de las opciones no fueron seleccionadas. En el ítem 13: Se debe usar productos de la más alta calidad para con los pacientes. 20 odontólogos refirieron estar totalmente de acuerdo, 10 estar de acuerdo y las demás opciones no fueron marcadas. Al ítem 14: Se debe tener un trato afectivo con los pacientes. Se registraron 8 respuestas totalmente de acuerdo, 14 de acuerdo, 5 indiferente, 2 en desacuerdo, 1 enunciado no claro y ninguna a la opción totalmente en desacuerdo; en el ítem 15: En todo procedimiento odontológico debe establecerse comunicación con el paciente. 22 respuestas fueron totalmente de acuerdo, 7 de acuerdo, 1 indiferente y el resto de las opciones no fueron elegidas.

En la **gráfica 4** están representados los resultados obtenidos a los ítems 16, 17, 18, 19 y 20, y se observa que para el ítem 16: Se debe saber motivar al paciente para el cuidado de su salud bucal. 25 respuestas fueron totalmente de acuerdo y 5 de acuerdo, el resto de las opciones no fueron elegidas, en el ítem 17: Se debe dominar más de un idioma para prestar atención a pacientes extranjeros. 8 odontólogos mencionaron estar totalmente de acuerdo, 17 estar de acuerdo, 3 indiferente, 1 en desacuerdo, 1 totalmente en desacuerdo y la opción enunciado no claro no fue marcado; al ítem 18: Se debe mantener ecuanimidad frente al paciente ante cualquier situación. 15 participantes refirieron estar totalmente de acuerdo, 13 de acuerdo, 1 indiferente, 1 en desacuerdo, el resto de las opciones no fueron elegidas, en el ítem 19: Se debe mostrar oportunidad de atención al paciente en el momento que lo requiera. 5 odontólogos respondieron totalmente de acuerdo, 16 de acuerdo, 2 indiferente, 5 en desacuerdo, nadie refirió estar totalmente en desacuerdo y 2 refirieron que el enunciado no era claro. En el ítem 20: Se debe ajustar a las necesidades culturales del paciente para su



atención dental. 9 respuestas fueron totalmente de acuerdo, 13 totalmente de acuerdo, 3 indiferente, 3 en desacuerdo, 1 totalmente en desacuerdo y 1 enunciado no claro.

En la **gráfica 5**, se registran los resultados a los ítems 21, 22, 23, 24 y 25, en donde se observa que para el ítem 21: Se debe ser eficiente en los tratamientos que le efectúe al paciente. 23 odontólogos refirieron estar totalmente de acuerdo y 7 de acuerdo, el resto de las opciones no fueron elegidas, al ítem 22: Se debe dedicar tiempo en cada consulta para escuchar y conocer emocionalmente al paciente. 11 refirieron estar totalmente de acuerdo, 15 de acuerdo, 3 indiferente, 1 en desacuerdo y las demás opciones no fueron marcadas; en el ítem 23: Se debe preguntar al paciente sus dudas y expresarse con claridad en todo momento. 22 refirieron estar totalmente de acuerdo y 8 de acuerdo, el resto de las opciones no fueron elegidas, para el ítem 24: Se debe tener paciencia y comprensión ante cualquier paciente. 14 respuestas totalmente de acuerdo, 11 de acuerdo, 2 indiferentes, 3 en desacuerdo nadie mencionó estar totalmente en desacuerdo o que el enunciado no era claro, en el ítem 25: Se debe respetar el tiempo del paciente acudiendo puntualmente a las citas. 18 odontólogos refirieron estar totalmente de acuerdo, 11 de acuerdo, 1 indiferente y el resto de las opciones no fueron marcadas

En la **gráfica 6** se observan los resultados de los ítems 26, 27, 28, 29 y 30; en el ítem 26: Se debe ser selectivo en cuanto los pacientes. 4 odontólogos mencionaron estar de acuerdo, 4 indiferente, 17 en desacuerdo, 4 totalmente en desacuerdo, 1 refirió que el enunciado no era claro y la opción totalmente de acuerdo no fue marcada. En el ítem 27: Debe ser indispensable el uso de barreras de protección con todos los pacientes. 26 mencionaron estar totalmente de acuerdo, 3 de acuerdo, 1 en desacuerdo y el resto de las opciones no fueron marcadas. Al ítem 28: Se debe ser pulcro en el desarrollo de su profesión 29 respuestas fueron totalmente de acuerdo, 1 de acuerdo y el resto no fueron



marcadas. En el ítem 29: Debe ser obligación informar al paciente cuando se produce una iatrogenia. 12 odontólogos refirieron estar totalmente de acuerdo, 16 de acuerdo, 1 en desacuerdo, 1 que el enunciado no era claro y las demás opciones no fueron seleccionadas, para el ítem 30: La educación y promoción para la salud bucal del paciente debe incluirse en todos los planes de tratamiento, se contabilizaron 20 respuestas a totalmente de acuerdo, 9 de acuerdo y 1 en desacuerdo sin haber sido marcadas el resto de las opciones.

Los ítems fueron clasificados de acuerdo a la actitud que se quería medir, en 3 grupos: empatía (ítems 1,3, 6, 7, 10,12, 17, 19, 26 y 29), calidad (ítems 2, 4, 8, 9, 13, 21, 25, 27, 28 y 30) y calidez (5, 11, 14, 15, 16, 18, 20, 22, 23, 24); la **gráfica 7** registra los resultados, donde se observa que los odontólogos que participaron en la encuesta marcaron de manera notable estar totalmente de acuerdo con los ítems destinados a medir calidad, seguidos por los que corresponden a calidez y por último los que se relacionan a empatía.

Ya que el estudio realizado se trata sólo de un estudio piloto, llevado a cabo para determinar si los ítems utilizados son adecuados para realizar el estudio completo, a una población mayor, una de las opciones de respuesta era si el enunciado no era claro, aunque esta opción de respuesta no pertenece a la escala Likert, es fundamental para los fines de este estudio.

En base a los resultados obtenidos se determinó que algunos ítems no fueron claros para los participantes; estos resultados se muestran en la **gráfica 8**, donde se observa que los ítems 3, 4, 7,10, 11, 14,19, 20,26 y 29 fueron marcados como no claros, siendo el ítem 10 el que más problemas tuvo para ser entendido con 3 respuestas marcadas, seguido de los ítems 2 y 19 con 2 respuestas y el resto de los ítems con una respuesta.

Debido a que la escala de Likert, por sus características representa la opción más adecuada para medir la actitud, se decidió proponer esta para



llevar a cabo el estudio, los ítems elaborados son todos de dirección positiva, por lo cual el valor que se le dio a cada opción de respuesta fué: Totalmente de acuerdo, 5, De acuerdo 4, Indiferente 3, En desacuerdo 2 y Totalmente en desacuerdo 1, de tal manera que el valor máximo por cada ítem era de 5 y el mínimo de 1, puesto que las encuestas constaron de 30 ítems, la sumatoria máxima, era de 150, y la mínima de 30. Una vez obtenida la sumatoria de cada ítem, el resultado se divide entre el número de ítems contenidos en la encuesta. Ya que una de las opciones de respuesta fue si el enunciado no era claro, el promedio de la sumatoria se sacó en base al número de ítems respondidos sólo con las 5 opciones de respuesta pertenecientes a la escala de Likert, de tal manera que si en una encuesta se eligió como respuesta que el enunciado no era claro, a dos ítems, el promedio se sacó en base a 28 y no a 30. Revisando cada una de las encuestas, se obtuvo la sumatoria de cada una y los resultados se encuentran registrados en la **gráfica 9**, donde se observa que el promedio de la sumatoria más común es 4.4 con 6 encuestas, 5 encuestas tuvieron un promedio de 4, 3 encuestas tuvieron un promedio de 4.3, 3 encuestas un promedio de 4.5, 2 encuestas un promedio de 4.2, 2 encuestas con un promedio de 4.1, 2 encuestas un promedio de 3.7, 2 encuestas un promedio de 3.8, 2 encuestas un promedio de 3.9, una encuesta con un promedio de 3.4, una con un promedio de 3.6 y una con un promedio de 4.6.



12. REFERENCIAS

1. Lameiras M. Las actitudes: situación actual y ámbitos de aplicación. Valencia: Promolibro, 1997. Pp. 7-24, 197-204
2. <http://eticaresponsabilidad.googlepages.com/EIConceptodeActitud.doc>
3. Dawes R. M. Fundamentos y técnicas de medición de actitudes. México: Limusa, 1983. Pp 15-31
4. Alcántara J.A. Cómo educar las actitudes. Barcelona, España: Ediciones CEAC, 1988. Pp 7-11
5. Aiken L. R. Attitudes and related psychosocial, constructs, theories, assessment, and research. United States of América: Sage Publications, 2002. Pp 1-43
6. Summers G.F. Medición de actitudes. México: Editorial Trillas, 1978
7. <http://antalya.uab.es/liniguez/Materiales/escalas.pdf>
8. McDaniel C., Gates R., Mondragón C. Investigación de mercados. 6ª ed. Cengage Learning Editores, 2005 Pp.285-290
9. <http://repositorio.uvm.cl/gsd/collect/sociol/index/assoc/HASH0191.dir/doc.pdf>
10. Méndez L.M., Peña J.A. Manual práctico para el diseño de la escala Likert. México: Editorial Trillas, 2006 Pp. 9-26, 29-50
11. http://www.geocities.com/luyed/medir_actitud.htm
12. Aiken L.R. Tests psicológicos y evaluación 11ª ed. México: Pearson Educación, 2003 Pp. 294-307
13. Hoffman M.L. Desarrollo moral y empatía, implicaciones para la atención y la justicia. España: Idea Books S.A. 2002
14. http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol16_2_02/san10202.htm
15. Farril M. Como aumentar el número de pacientes y de tratamientos aceptados en el consultorio. México: Computipo Scanner Edit. S.A, 2002 Pp. 40-46



16. Mejía B. Auditoria Médica para la garantía de calidad en salud. 4ª ed. Bogotá: Ediciones Ecoe, 2004 Pp.5-32
17. <http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad>
18. Malagón G., Galán R., Pontón G. Garantía de calidad en salud. 2ª ed. Colombia: Editorial Médica Panamericana, 2006. Pp.1-20, 171-173
19. Lemus J.D., Aragües V. Auditoría médica y profesional integral, la calidad de la atención en los servicios de salud. Argentina: Editorial Corpus, 2006 Pp. 15-31
20. Álvarez F. Calidad y auditoría en salud. Bogotá: Ediciones Ecoe, 2003 Pp. 90-107, 121-127, 141-146)
21. Sotomayor A. Calidad, elemento esencial de la seguridad social, Conferencia interamericana de seguridad social, Secretaría General. México, 2000 Pp. 14-17
22. Sustaita A. Calidad total en el consultorio dental ¿Se dejaría atender por usted mismo? Odontología Actual. Año 1 Num. 2 Junio, 2003 Pp 4-5
23. Álvarez A. F. Sánchez C.L., Orozco L. Moreno W. Un dentista competente. Odontología Actual. Año 5 Num. 50 Junio, 2007 Pp. 6-15
24. Aguilar E. C. La incógnita del hombre-dentista. Odontología de excelencia. Revista ADM. Volúmen LV, Enero-Febrero, 1998. Pp 13-17
25. Álvarez de la Cadena C. Deberes con el paciente. Revista Mexicana de Odontología Clínica. Año 1 Num. 3 Mayo 2006. Pp. 20-23
26. Leal F.J. Calidad y calidez en la atención pediátrica Arch. argent. pediatr 2004; 102(5) Pp. 390-393
27. Wagner J. Arteaga, D'Ambrosio J., Hodge C. E., Ioannidou E., Pfeiffer C. A., Yong L., Reisine S. A Patient-Instructor Program to Promote Dental Students' Communication Skills with Diverse Patients. Journal of Dental Education Vol. 71, Num. 12. December 2007. Pp. 1554-1560.



28. Rojas G, Misrachi C. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. Av. Odontoestomatol. v.20 n.4 Madrid jul.-ago. 2004 Pp.185-191.
29. Martínez F. La relación médico-paciente. Revista ADM Vol. XLV/4 Julio-Agosto 1988. Pp.235-238.



13. ANEXOS

13.1 Encuesta



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



Cuestionario para evaluar la actitud del Cirujano Dentista ante los pacientes

(empatía, calidad y calidez.)

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada uno de los siguientes enunciados e indique la opción que usted considere más adecuada y si no es entendible.

1. El costo de los tratamientos, debe ser igual para todos los pacientes sin importar su nivel socioeconómico

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

Enunciado no claro

2. Se debe respetar la integridad del paciente, estableciendo riesgos y beneficios del tratamiento sin utilizar el poder de persuasión.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

Enunciado no claro



3. Se debe brindar la misma atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas (hepatitis b, VIH, etc.) que al resto de los pacientes.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro

4. Se debe atender a pacientes que estén bajo el influjo de alcohol o alguna otra sustancia.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro

5. Se debe brindar ayuda a la comunidad ofreciendo servicios a pacientes marginados.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro



6. Se debe permitir que el paciente defina su plan de tratamiento de acuerdo a la urgencia, tiempo y economía.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro

7. La atención y el trato al paciente con capacidades diferentes debe ser igual que al de todos los demás.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro

8. La prevención debe ser parte fundamental de la práctica odontológica.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro



9. Se debe canalizar a los pacientes (si es el caso) a la especialidad que amerite.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro

10. Se debe ser empático.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro

11. Se debe satisfacer las demandas de atención del paciente.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro



12. Se debe ser honesto con el paciente siempre en todo momento.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro

13. Se debe usar productos de la más alta calidad para con los pacientes.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro

14. Se debe tener un trato afectivo con los pacientes.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro



15. En todo procedimiento odontológico debe establecerse comunicación con el paciente.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro

16. Se debe saber motivar al paciente para el cuidado de su salud bucal.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro

17. Se debe dominar más de un idioma para prestar atención a pacientes extranjeros.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro



18. Se debe mantener ecuanimidad frente al paciente ante cualquier situación.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro

19. Se debe mostrar oportunidad de atención al paciente en el momento que lo requiera.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro

20. Se debe ajustar a las necesidades culturales del paciente para su atención dental.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro



21. Se debe ser eficiente en los tratamientos que le efectúe al paciente.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro

22. Se debe dedicar tiempo en cada consulta para escuchar y conocer emocionalmente al paciente.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro

23. Se debe preguntar al paciente sus dudas y expresarse con claridad en todo momento.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro



24. Se debe tener paciencia y comprensión ante cualquier paciente.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro

25. Se debe respetar el tiempo del paciente acudiendo puntualmente a las citas.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro

26. Se debe ser selectivo en cuanto los pacientes.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro



27. Debe ser indispensable el uso de barreras de protección con todos los pacientes.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro

28. Se debe ser pulcro en el desarrollo de su profesión.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro

29. Debe ser obligación informar al paciente cuando se produce una iatrogenia.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro



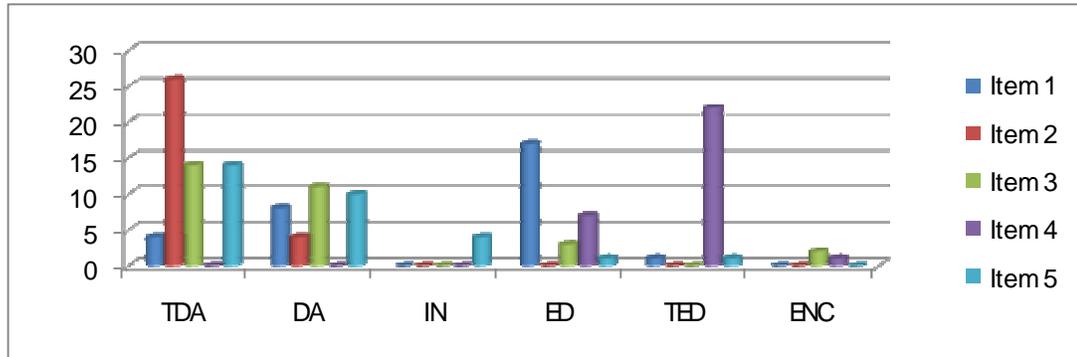
30. La educación y promoción para la salud bucal del paciente debe incluirse en todos los planes de tratamiento.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- Enunciado no claro

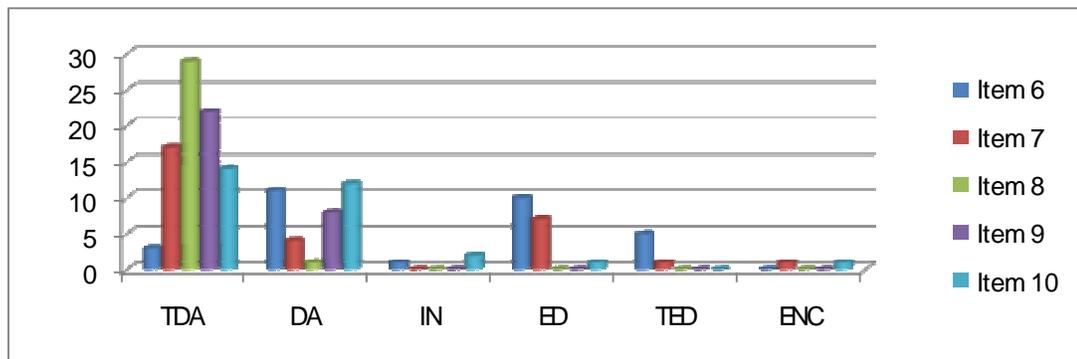
GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN



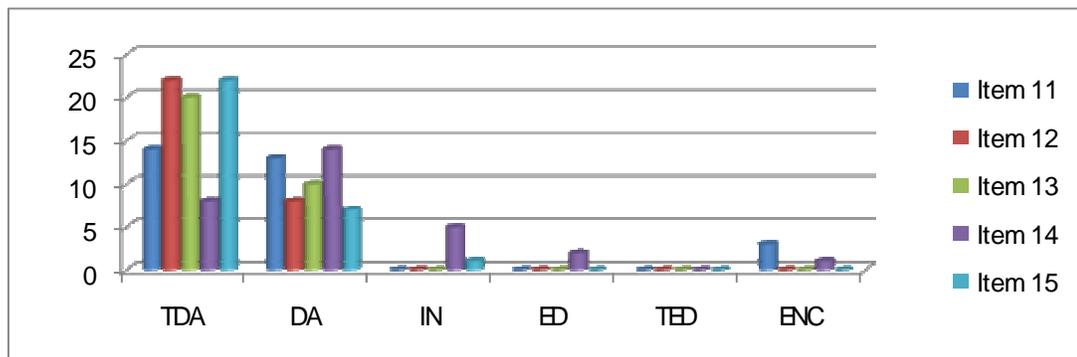
13.2 Gráficas



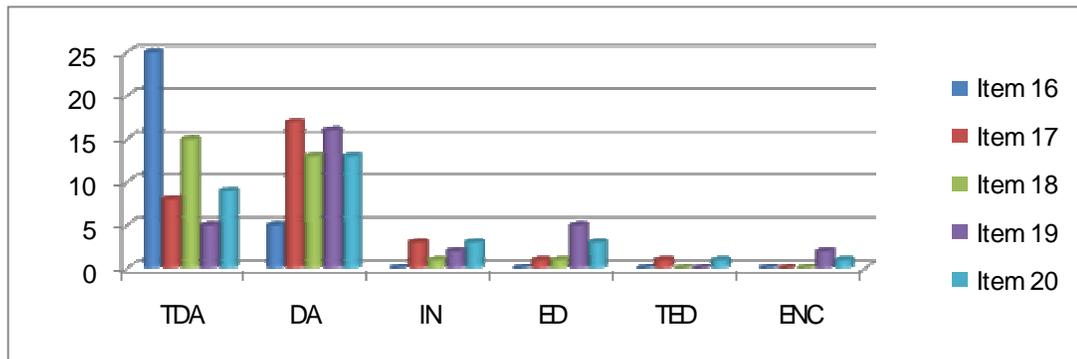
Gráfica 1 :Items 1,2,3,4 y 5 (TDA: Totalmente de acuerdo, DA: De acuerdo, IN: Indiferente, ED: En desacuerdo, TED: Totalmente en desacuerdo, ENC: Enunciado no claro)



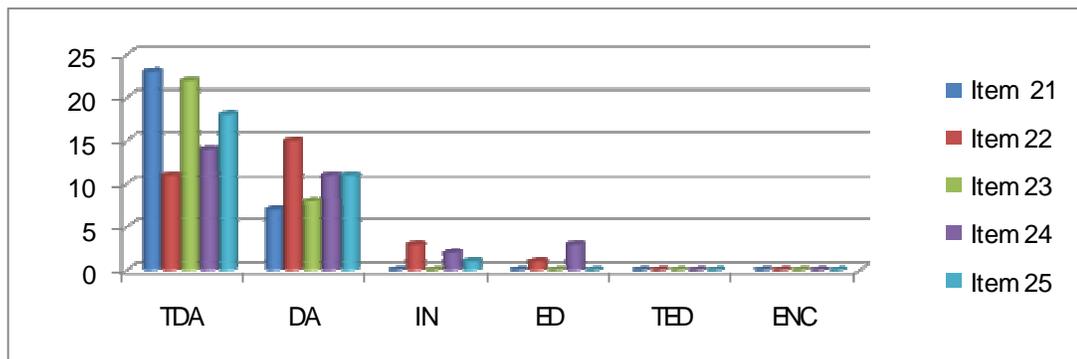
Gráfica 2 :Items ,7,8,9 y 10 (TDA: Totalmente de acuerdo, DA: De acuerdo, IN: Indiferente, ED: En desacuerdo, TED: Totalmente en desacuerdo, ENC: Enunciado no claro)



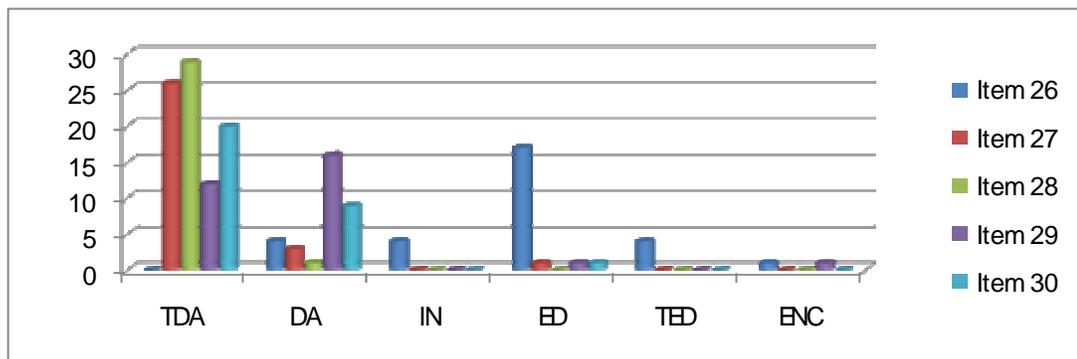
Gráfica 3 :Items 11,12,13,14 y 15 (TDA: Totalmente de acuerdo, DA: De acuerdo, IN: Indiferente, ED: En desacuerdo, TED: Totalmente en desacuerdo, ENC: Enunciado no claro)



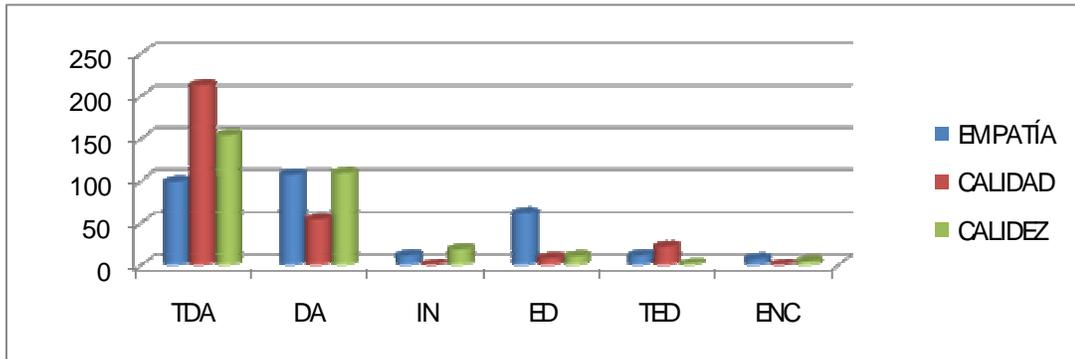
Gráfica 4 :Items 16,17,18,19 y 20 (TDA: Totalmente de acuerdo, DA: De acuerdo, IN: Indiferente, ED: En desacuerdo, TED: Totalmente en desacuerdo, ENC: Enunciado no claro)



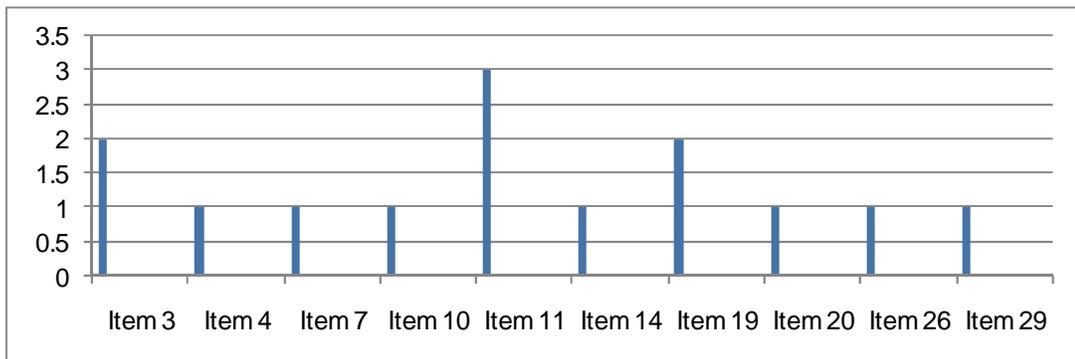
Gráfica 5 :Items 21,22,23,24 y 25 (TDA: Totalmente de acuerdo, DA: De acuerdo, IN: Indiferente, ED: En desacuerdo, TED: Totalmente en desacuerdo, ENC: Enunciado no claro)



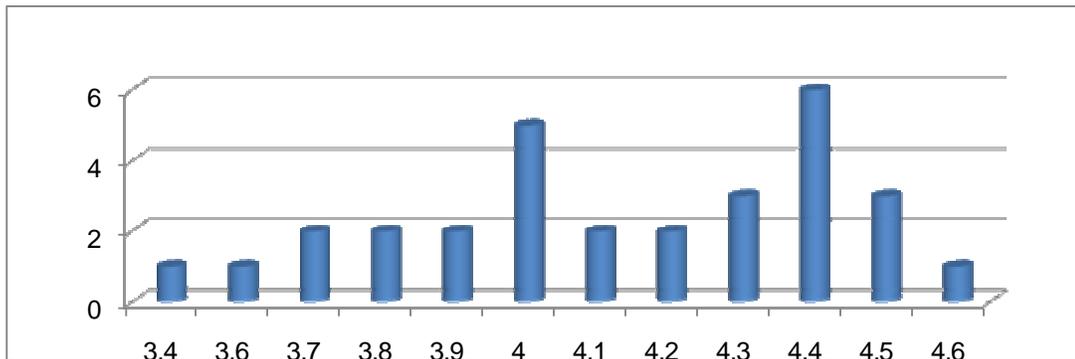
Gráfica 6 :Items 26,27,28,29 y 30 (TDA: Totalmente de acuerdo, DA: De acuerdo, IN: Indiferente, ED: En desacuerdo, TED: Totalmente en desacuerdo, ENC: Enunciado no claro)



Gráfica 7 : Empatía, calidad y calidez (TDA: Totalmente de acuerdo, DA: De acuerdo, IN: Indiferente, ED: En desacuerdo, TED: Totalmente en desacuerdo, ENC: Enunciado no claro)



Gráfica 8 : Enunciado no claro



Gráfica 9: Resultados de promedios de la escala Likert de acuerdo al número de encuestas