



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ENFOQUE EMPÁTICO EN ODONTOPEDIATRÍA.

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:

ELIZABETH ALEJANDRA ÁVILA ARIZONA.

TUTOR: ESP. VERÓNICA AMÉRICA BARBOSA.

México D.F.

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

Agradesco a mi familia que siempre ha estado a mi lado y me apoya en todo momento.

A mis profesores que en este camino me enseñaron lo bueno y malo de la profesión, que compartieron su experiencia y siempre esperaron lo mejor de mi.

A mi tutora Verónica Barbosa que me enseñó durante el último año de la carrera, la nobleza de la odontopediatría, lo importante del trato con niños y a tener paciencia ante todo. Que no solo es un paciente pequeño, detrás de todo ese temor hay una raíz que hay que tratar solo con las palabras y la calidez de nuestra presencia. Por todos esos momentos en que su trabajo dejó en mi un conocimiento y una lección de vida.

A todas las persona que estuvieron en mi camino durante estos años y que me ayudaron a crecer como persona, que me enseñaron las cosas importantes y cada detalle de la vida que me hizo vivirla plenamente.

A mis pacientes que aun sabiendo que estaba en formación creyeron en mi y dejaron su salud en mis manos.

DEDICATORIA

A mi padre que en cada momento me escucha atentamente y sueña conmigo cada paso que deseo dar, por esa sonrisa que me dice lo feliz y orgulloso que esta de mi y lo capaz que soy de llegar hasta donde deseo. Agradezco esas palabras de aliento y perseverancia, que cada mañana me dice y el apoyo incondicional. Mi agradecimiento y apoyo infinito para uno de los seres que me dio la vida y me ha enseñado lo bueno de esta, lo que vale la pena, con el gran amor que tiene por sus hijos. Mis grandes amores, mis padres, dedico esta tesina a los seres que hicieron posible el estar en este momento aquí.

A mi madre la mujer mas fuerte del mundo, que ha sido incondicional en cada momento, me has brindado todo hasta no tener más, porque es un triunfo de los tres el llegar hasta aquí, por todo ese respeto a mis decisiones y las palabras de realidad que algunas veces son fuertes pero necesarias, porque detrás de mi siempre has estado tú, mi gran apoyo, una madre excepcional y entregada en todo momento. Mi paciente incondicional y puntual.

A mis hermanos, la parte fundamental de mi vida, su apoyo, sus palabras de aliento, su compañía en las buenas y en las malas, por enseñarme grandes lecciones de vida y por darme los mejores regalos del mundo, a mis adorados sobrinos mis grandes incentivos para seguir adelante.

Para Andre porque aunque no lo recuerdes alguna vez te prometí agradecerte por escrito el estar conmigo estudiando a media noche y alegrarme todos mis momentos con tu inocencia de 3 años, por elegirme para cuidarte por las noches y hacerme compañía en esos terribles momentos de estrés, aminorándolo con tu presencia.

A la vida por estar en este mundo con las personas indicadas, perfectas para mí y rodeada de amor.

ÍNDICE

Introducción.....	1
1. Antecedentes de la Empatía.....	2
2. ¿Qué es la empatía?.....	7
3. Componentes de la empatía.....	9
3.1. Cognitiva.....	10
3.2. Emocional.....	10
4. Desarrollo de la empatía.....	12
4.1. Neuronas espejo.....	15
4.1.1. Teoría de la mente.....	16
4.1.2. Teoría de la simulación.....	18
4.2. Estímulos emocionales.....	18
4.3. Empatía y dolor.....	20
5. Expresión no verbal en niños.....	22
5.1. Expresión corporal.....	24
5.1.1. Gestos y movimientos.....	25
5.2. Expresiones de dolor en niños.....	26
5.3. Miedo y estrés en niños.....	28

6. Empatía odontólogo - paciente.....	31
6.1. Puntos para la evaluación de la calidad de empatía.....	37
 Conclusiones.....	 41
 Bibliografía.....	 43

INTRODUCCIÓN

Desde inicios de la humanidad la empatía ha jugado un papel importante en la evolución del hombre, no solo ha servido para socializar y poder establecer relaciones personales, que, si no fuera por ésta, los inicios de la comunicación hubieran sido muy difíciles de establecer.

La empatía se describe como la capacidad de entender los sentimientos de los demás, experimentándolos directamente.

Para comprender el termino empatía, es importante profundizar hacia sus componentes y su desarrollo, y poder diferenciar entre la empatía cognitiva y emocional estrechamente relacionadas, pero enfocadas en partes diferentes de cada persona. El proceso que se lleva a cabo durante una respuesta empática puede explicarse desde diferentes perspectivas como son las neuronas espejo, la teoría de la mente y la teoría de la simulación.

Uno de los principales factores de la empatía es la estimulación emocional, que en una persona sana causa cierto efecto, eso depende de la experiencia emocional que cada quien tenga con respecto a ese sentimiento o vivencia. Por ejemplo el dolor todas las personas lo han sentido y depende de la experiencia que cada uno tenga con el que esta sensación es la forma en que expresara su empatía.

La empatía en niños es un poco mas compleja debido a que quien lo analiza hace mucho que paso esas experiencias y no solo depende de lo que sienta el niño sino de su entorno familiar, pues juega un papel importante en la expresión no verbal del menor. Es necesario comprender los cambios de actitud que tienen los niños dependiendo de las edades por las que pasan así la relación odontólogo-paciente podrá establecerse de mejor manera.

1. ANTECEDENTES DE LA EMPATÍA.

La primera vez que se usó formalmente el término empatía fue en el siglo XVIII, refiriéndose a él Robert Vischer con el término alemán “Einfühlung”, que se traduciría como “sentirse dentro de”. No fue hasta 1909 cuando Titchener acuñó el término “empatía” tal y como se conoce actualmente, valiéndose de la etimología griega εμπάθεια refiriéndose a la cualidad de sentirse dentro (Imagen 1).

Ya con anterioridad, algunos filósofos y pensadores como Leibniz y Rousseau habían señalado la necesidad de ponerse en el lugar del otro para ser buenos ciudadanos.

También Adam Smith, en su Teoría sobre los Sentimientos Morales



http://es.wikipedia.org/wiki/Edward_Titchener

de 1757, habla de la capacidad de cualquier ser humano para sentir “pena o compasión ante la miseria de otras personas o dolor ante el dolor de otros” y de “ponernos en su lugar con ayuda de nuestra imaginación”. (5)(1)

Ya en pleno siglo XX, comienzan a surgir nuevas definiciones de la empatía. Así, Lipps señala que la empatía se produce por una imitación interna que tiene lugar a través de una proyección de uno mismo en el otro. Uno de los investigadores pioneros en el estudio de la empatía desde un enfoque cognitivo es Köhler, para quien la empatía consiste en la comprensión de los sentimientos de los otros.

Años más tarde, Mead (1934) continuará con esta visión, añadiendo que adoptar la perspectiva del otro es una forma de comprender sus sentimientos. Por su parte, en 1947, Fenichel habla de la empatía como identificación con el otro. (1)

Un punto importante en el desarrollo del concepto de la empatía se produjo con la introducción del término adopción de perspectiva (“roletaking”) por Dymond en el año 1949. En esta línea de pensamiento, Hogan (1969) definió la empatía como un intento de comprender lo que pasa por la mente de los demás o, en otras palabras, como la construcción que uno mismo tiene que llevar a cabo sobre los estados mentales ajenos. La propuesta de Hogan encuentra apoyo en algunos estudios recientes; así, se ha encontrado que las personas con síndrome autista muestran una deficiencia en teoría de la mente y también en empatía.

Los estudios interesados en la visión cognitiva de la empatía han empleado diferentes instrucciones diferenciando las que se referían a

imaginarse a sí mismo en una situación e imaginarse al otro en una situación. Stotland (1969) empezó a realizar estos estudios, y encontró que mientras en el primer conjunto de instrucciones la gente podía llegar a sentir ansiedad, no ocurría lo mismo en el segundo.

Como puede apreciarse, la mayor parte de los autores mencionados hasta este punto se sitúan en una visión cognitiva de la empatía, al considerar que ésta consiste fundamentalmente en la adopción de la perspectiva cognitiva del otro.

En realidad, esta visión de la empatía la sitúa muy cerca del constructo de teoría de la mente, definido por Gallagher y Frith (2003) como la habilidad de explicar y predecir el comportamiento de uno mismo y de los demás atribuyéndoles estados mentales independientes, tales como creencias, deseos, emociones o intenciones.

Desde finales de los años 60, se empezó a consolidar una visión distinta de la empatía, que concedía más importancia a su componente afectivo que al cognitivo, definiéndola como un afecto compartido o sentimiento vicario.

Stotland (1969) se sitúa entre los primeros autores en definir la empatía desde este punto de vista, considerando ésta como “la reacción emocional de un observador que percibe que otra persona está experimentando o va a experimentar una emoción”. (1)

Por su parte, Hoffman (1987) define la empatía como una respuesta afectiva más apropiada a la situación de otra persona que a la propia. En la misma línea.

Mehrabian y Epstein (1972) hablan de la empatía como una respuesta emocional vicaria que se experimenta ante las experiencias emocionales ajenas, es decir, sentir lo que la otra persona siente. Consideran que se trata de una disposición para la que existen diferencias individuales. Una aportación importante es la realizada por Wispe (1978), quien llamó la atención sobre la importancia de los estados emocionales positivos como un aspecto a incluir en el concepto de empatía.

Frente a todos los autores anteriores, que consideraban la empatía como una disposición del individuo, se encuentra la perspectiva situacional.

La propuesta fundamental aquí es la de Batson (1991), quien entiende la empatía como una emoción vicaria congruente con el estado emocional del otro, o en otras palabras, como sentimientos de interés y compasión orientados hacia la otra persona que resultan de tener conciencia del sufrimiento de ésta. Esta definición de nuevo deja de lado el aspecto cognitivo de la empatía, y la entiende como una emoción que se el cita ante la presencia de estímulos situacionales concretos. Desde esta perspectiva se trabaja presentando un estímulo emocional y evaluando los sentimientos experimentados a través de un inventario.

Dentro de este mismo enfoque se puede situar el trabajo de Igartua y Páez (1998), quienes estudian el constructo de identificación con los personajes. Estos autores utilizan una escala de ejecución tras presentar un segmento filmico. Este trabajo tiene en cuenta por primera vez ambas visiones de la empatía—cognitiva y afectiva desde una perspectiva situacional.

La existencia de estos dos enfoques en el estudio de la empatía, las disposiciones y la situación, da pie al debate entre aquéllos que evalúan la empatía a través de autoinformes y aquéllos que emplean medidas de ejecución en la evaluación, es decir, la empatía que efectivamente demuestra al sujeto en una situación concreta.

Teniendo esto en cuenta podría ser muy interesante integrar ambas perspectivas en el estudio de la empatía. Ésta parece ser la propuesta de Salovey y Mayer (1990) cuando afirman que la empatía requiere la adecuada identificación de las respuestas emocionales en otras personas e implica no sólo actitudes sino también habilidades o competencias bien definidas. (1)

Aunque no está bien definido quien introdujo el término empatía en su origen alemán, se menciona que desde sus inicios el concepto de empatía juega un rol importante en la sociedad en cualquier momento ya que siempre se está expuestos a la convivencia con otras personas.

2. ¿QUÉ ES LA EMPATÍA?

La empatía ha sido estudiada desde diversas áreas como son la teología, la psicología, la filosofía, la etología y recientemente se ha tomado interés desde la neurociencia. Theodore Lipps fue la primera persona que utilizó el término empatía, describiéndolo como “la imitación interior de ciertas acciones realizadas por otras personas”. (2)

Dentro de las diversas definiciones de empatía encontramos las siguientes:

- ≈ La empatía es la capacidad de una persona para experimentar los estados mentales de otros individuos, comprendidos y compartiendo sus pensamientos y sentimientos. Supone una identificación mental de un indicio con el estado de ánimo de otro”. (3)
- ≈ La empatía se define como: la habilidad social fundamental que permite al individuo anticipar, comprender y experimentar el punto de vista de otras personas y de simpatía. (4)
- ≈ “ La empatía es una compleja forma de deducción psicológica en la que, la observación, la memoria, el conocimiento y el razonamiento, se combinan para producir una idea de los pensamientos de y sentimientos de otros” (5)
- ≈ “La empatía la capacidad para experimentar de forma vicaria los estados emocionales de otros” (2)
- ≈ Tratar de comprender y de ponerse en el lugar del otro, la persona se acerca al estado emocional de la empatía, relacionado con la expresión emocional de ira y rabia, y otro más asociado a las expresiones de miedo y tristeza. (2)

- ≈ La experiencia vicaria de los pensamientos, los sentimientos y las actitudes de los otros. Percibir el marco interno de referencias de otro con una precisión como si uno fueron a la otra persona, sin perder nunca el “como si” condición. La mayoría de los expertos coinciden en que la empatía es un constructo multidimensional, que comprende tanto la emotiva (sensación reflexiva) y la cognitiva (pensamiento imaginativo). (6)

3. COMPONENTES DE LA EMPATIA.

Para comprender la empatía influyen diversos factores, como son la perspectiva, la situación, el entorno y la información obtenida de la otra persona, ya sea de forma verbal o no verbal. También juega un papel importante la memoria ya que hay situaciones que nos parecen más familiares que otras, esto, influye de gran manera en la empatía, ya que tenemos la sensación de haberlo vivido anteriormente y tener más experiencia previa de las sensaciones experimentadas. (5)

Hoffman (1977) separó la empatía en cognitiva y afectiva. Encontró que las mujeres tenían mayor puntuación que los hombres en empatía afectiva pero no en la cognitiva. Davis (1996) señala que hasta ahora parecen insuficientes las pruebas para hacer conclusiones definitivas sobre las interrelaciones concretas entre la empatía y las variables de personalidad y/o género. (1)

Para poder estudiar la empatía debemos entender sus dos principales componentes que son los procesos cognitivos involucrados y la perspectiva emocional. (5) No hay evidencia científica suficiente para saber si ambos componentes de la empatía (el cognitivo y el emocional) son parte que interactúan en un sistema único, o, si son independientes entre si, aun que recientemente se ha mostrado que los circuitos neuronales, que lo regulan son diferentes. (2)

3.1. Cognitivo

Este proceso lo podemos entender como la habilidad de comprender de forma racional las experiencias internas, los sentimientos y justificar la perspectiva de emociones de otras personas. (5) El componente cognitivo está muy relacionado con la capacidad para abstraer los procesos mentales de otras personas. (2) Permite atribuir a la otra persona un estado mental, una actitud, para inferir pensamientos y sentimientos y predecir así su comportamiento. (3) Davis describe los procesos cognitivos como la capacidad de asumir el proceso mental de otra persona. (6)

3.2. Emocional

Esta parte de la empatía va mas relacionada con el área afectiva. Para entenderlo es de gran ayuda tomar parte de las experiencias o una participación en la situación observada y así entender los sentimientos de otros. (5) El componente afectivo de la empatía es la respuesta emocional apropiada de un observador al estado emocional de otra persona. En respuesta empática compartimos y simpatizamos con las emociones de alguien, sus alegrías y tristezas, sufrimientos y goces. (3)

Esta parte de la empatía hace referencia a sentir con el paciente, involucra una reacción emocional por parte del individuo que observa las experiencias de otros (4), conservando la distancia emocional necesaria para mantener la objetividad (1). La empatía emocional implica el

conocimiento intuitivo de los sentimientos del otro sin entrar directamente en la experiencia emocional completa del paciente. (6)

Estos procesos emotivos y cognitivos reflejan la disposición general de una persona para suprimir sus propias emociones y pensamientos, con el fin de sentir e imaginar lo que se siente al estar “en lugar de otra persona”. (6)

4. DESARROLLO DE LA EMPATÍA

La empatía hace referencia a las tendencias a experimentar de forma vicaria los estados emocionales de otros y es crucial en muchas formas la interacción social adaptativa. Se trata de una compleja forma de inferencia psicológica en la que la observación, la memoria, el conocimiento y el razonamiento se combinan para poder comprender los pensamientos y sentimientos de los demás. El autismo y la esquizofrenia son patologías de la empatía y otras como el síndrome apático o las dificultades de relación en pacientes con daños cerebrales frontales. (2)

Los individuos empáticos muestran una mayor imitación no consiente de las posturas, manierismos y expresiones faciales de otros. Esta representación de la acción de los otros modula y forma los contenidos emocionales de la empatía. Preston y de Wall influidos por los modelos de percepción – acción de la conducta motora y de la imitación, propusieron un modelo que incorpora explicaciones teóricas y descubrimientos empíricos sobre la empatía. Según dicho modelo, la observación o imaginación de otra persona en un estado emocional particular activa de manera automática una representación de ese estado en el observador, con las respuestas fisiológicas asociadas. Al ser automático, se trata de un proceso que no requiere conciencia ni esfuerzo de procesamiento, pero que no puede inhibirse ni controlarse. (Imagen 2)



<http://technewsweird.blogspot.mx/2013/05/por-que-se-contagian-los-bostezos.html>

El contagio emocional, la empatía cognitiva, la culpa y la conducta de ayudar depende del mecanismo de acción- percepción. La respuesta empática incluye la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar a partir de los que se observa, de la información verbal o de la información accesible desde la memoria, y la reacción afectiva de compartir su estado emocional, que puede reproducir tristeza, malestar o ansiedad. La empatía debe favorecer la percepción tanto de las emociones como de las sensaciones. (2)

El procesamiento emocional se refiere a la forma en que percibimos y usamos las emociones y se basa en diferentes habilidades necesarias que ocurren en el proceso de ser identificados. Se ha estudiado dentro del campo de trabajo de la inteligencia emocional, entendida como un grupo de habilidades de la persona que combina emociones y cognición. Desde este modelo se incluye tres componentes de procesamiento emocional:

- ≈ Identificación
- ≈ Facilitación
- ≈ Entendimiento

El proceso empático está, por una parte, en función de varios antecedentes. En primer lugar, las características de la persona objetivo (o persona con la que se va a empatizar), tal como sus características infantiles o su similitud con la persona que empatiza; el estado emocional de la persona que empatiza. Un ejemplo de esto es que las personas que se sienten más felices demuestran mayor empatía, mientras que las personas depresivas se centran en sus propias necesidades de un modo defensivo. (1) La aptitud para la empatía se va desarrollando a lo largo de la vida, se van almacenando informaciones y experiencias sobre nuestros propios estados de ánimo. Las experiencias propias son básicas para comprender lo que sienten las personas. Sólo podemos comprender los estados mentales de alguien, sus pensamientos, intenciones, sentimientos, y anticipar sus comportamientos, si antes hemos vivido experiencias similares en nuestro propio cuerpo (3).



http://lacrianzaconapegocambiaelmundo.blogspot.mx/2013_08_01_archive.html

4.1. Neuronas espejo

Las neuronas espejo sitúan la explicación a nivel de la neurociencia básica, nos muestran cómo podemos acceder a la mentes de otros y entenderlos, y hacen posible que se dé la intersubjetividad, facilitando de este modo la conducta social. (2)

Las neuronas espejo son un tipo particular de neuronas que se activan cuando un individuo realiza una acción, pero también cuando es observada una acción similar realizada por otro individuo. Estas neuronas forman parte de un sistema de redes neuronales que posibilita la percepción-ejecución-intención-emoción. La simple observación de movimientos de la mano, pie o boca activa las mismas regiones específicas de la corteza motora, como si el observador estuviera realizando esos mismos movimientos. Pero el proceso va más allá de que el movimiento, al ser observado genere un movimiento similar en el observador. El sistema integra en sus circuitos neuronales la atribución/percepción de las intenciones de los otros. (3) Las neuronas posibilitan que el hombre comprenda las intenciones de otras personas, le permite ponerse en lugar de otros, leer sus pensamientos, sentimientos y deseos, lo que resulta fundamentalmente en la



<http://psicobiologiadelgenerohomo.blogspot.mx/2012/12/la-socializacion-humana.html>

interacción social. La comprensión y la acción interpersonal se basan en que captamos las intenciones y motivos del comportamientos de los demás. Para lograrlo, los circuitos neuronales simulan subliminalmente las acciones que observamos, lo que nos permite identificarnos con los otros, de modo que acto observado se encuentra en estados neuronales muy semejantes, como si estuviéramos realizando más acciones, captando las intenciones sintiendo las mismas emociones. Nos describen como criaturas sociales y nuestra supervivencia depende de entender las intenciones y emociones que traducen las conductas manifiestas de los demás. Las neuronas espejo permiten entender la mente de nuestros semejantes y no a través del razonamiento conceptual, sino directamente, sintiendo y no pensando. (3)

Nuestro cerebro parece estar diseñado para establecer analogías estructurales funcionales entre nuestro estado neural-mental y el estado de otra persona. Esta capacidad forma parte de nuestra herencia evolutiva, como primates sociales. La colaboración con nuestros semejantes resultaba una capacidad crítica para la supervivencia como individuo y como especie.

4.1.1. Teoría de la mente

La teoría de la mente propone una explicación mentalista propia de la psicología cognitiva.

Para esta teoría nos servimos de conceptos, conocimientos y razonamientos para entender y predecir la conducta humana. Comprendemos, interpretamos, explicamos y predecimos las acciones de los demás mediante la adscripción de estados mentales (pensamientos, creencias, intenciones, deseos, sentimientos). Captamos esto porque nuestro cerebro, dotado del sistema neural o módulos más específicos, nos

permite construir teorías acerca de las otras personas, como un científico que pone a prueba sus hipótesis sobre el comportamiento de los demás. Esta capacidad de predecir y explicar la conducta tiene éxito y es condición necesaria para que las relaciones interpersonales y el mundo social sean posibles y tengan sentido. Para esta teoría, la mente le atribuye a otro una actividad, ya que no podemos observar su mente, pero generamos hipótesis sobre lo que está pensando o sintiendo e interpretamos así su comportamiento. (3)

La teoría de la mente como sistemas de conocimientos e inferencias que atribuye intenciones y sentimientos como causa de los comportamientos humanos, no sólo es capaz de comprender el engaño, la mentira o la creencia equivocada, sino que también sirve para engañar y manipular o para comunicarse y cooperar con otros. (3)



http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Makak_neonatal_imitation.png

4.1.2. Teoría de la simulación

Para esta teoría nosotros nos ponemos en lugar de otro, comprendemos sus intenciones y sentimos sus emociones. Entendemos los estados mentales de los otros. La simulación es un proceso cognitivo y reflexivo que requiere atención y conciencia, simulamos inconsciente y automáticamente. Reproducimos e imitamos subliminalmente lo que hace el otro, como si nuestro cerebro recreara procesos similares a los que se están dando en la mente del otro. Cuando una persona normal ve a alguien con una expresión facial triste, su cerebro simula la actividad que les lleva a ellos a poner una cara triste. (3)

4.2. Estímulos emocionales

Una de las estrategias frecuentes utilizada para inducir conductas empáticas y analizar las estructuras neuronales relacionadas con ésta es la presentación de imágenes con contenido emocional o de situaciones en las que hay que adoptar la perspectiva de la otra persona, esto es principalmente utilizado en investigaciones. (2)

La empatía es un proceso automático que depende de la representación interna de uno mismo y del otro. Según la teoría motora de la empatía, un individuo reconoce las emociones de otros, habitualmente expresadas por gestos corporales y /o faciales, mediante la representación interna de dichas emociones y mediante la imitación. (2) Rapson (1994) señala que el contagio emocional de la forma primitiva de empatía, se genera en las interacciones cara a cara y a través del lenguaje no verbal. (1)

Las personas sienten empatía gracias a un mecanismo de representación de la acción que permite ésta y modula el contenido emocional, mecanismo en el cual la ínsula desempeña un papel fundamental. Las mujeres muestran frecuentemente mayor empatía, sensibilidad social y reconocimiento de las emociones. (2) Cook y Sawyer consideran que bajo la empatía hay una tendencia a sentir ternura por la otra persona. (1)

Lamm et al menciona que la respuesta altruista-empática o individualista-egoísta ante la observación de dolor en los otros dependería de la capacidad de diferenciación entre uno mismo y los demás, y de la valoración cognitiva que se hace de la situación. Los individuos egoístas podrían ser menos racionales y más emocionales, ya que sus acciones estarían más determinadas por los estados de ansiedad de los hombres que por la razón. (1)

Respondemos a las emociones, alegría, tristeza, dolor, de los demás con análogos patrones fisiológicos de activación, como si nos ocurriera a nosotros. Observar las sensaciones corporales ajenas puede influir en la forma de procesar nuestras propias sensaciones somáticas. (2) Cuando vemos una persona con gesto alegre, triste, se nos transmite a través de su mímica la sensación de entender lo que le ésta pasando, anticipamos lo que ésta sintiendo y lo que cabe esperar de él. Reproducimos interiormente los movimientos que observamos y que en condiciones normales evitamos su ejecución. (3)

4.3. Empatía y dolor

La palabra «dolor» proviene del latín «doloris» y es un nombre de resultado a partir del verbo latino «dolere». Según Parker y Cinciripini (1984) definen el dolor como el acontecimiento neurofisiológico que comprende un patrón complejo de excitación emocional y psicológica, incluyendo sensaciones de estimulación nociva, traumatismo psicológico y daño tisular resultante, conducta de evitación y quejas de sufrimiento subjetivo.

Melzack y Cassey mencionan que el dolor es la experiencia perceptiva tridimensional con una vertiente sensorial (discriminativa), una vertiente afectiva (motivacional) y una vertiente cognitiva (evaluativa).

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define al dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño". Incluye una nota complementaria que dice que «el dolor es siempre subjetivo. Cada individuo aprende a aplicar la palabra a través de las experiencias tempranas de su vida.

- El dolor es una experiencia individual.
- Una sensación.
- Evoca una emoción y esta es desagradable.
- Habitualmente existe un estímulo nocivo que produce daño tisular o eventualmente lo produciría de mantenerse.

El dolor es un estado psicológico especial con una gran importancia evolutiva, que puede ser experimentado por uno mismo pero también

percibido en los otros, por el procesamiento de una combinación de componentes perceptivos, sensoriales y emocionales o afectivos. (2)

Recientemente se ha analizado la hipótesis de que la empatía produce una activación en las redes neuronales del dolor que hacen que incremente su percepción. En un estudio realizado en parejas sentimentales se observó que los sujetos recibían dolor propio y también cuando se aplicaba a su pareja sentimental, esto nos dice que entre mayor es la relación emocional entre dos personas mayor es la empatía que se experimenta. Las expresiones faciales de dolor desempeñan un papel fundamental en la comunicación social. Desde una edad muy temprana, el ser humano muestra sensibilidad ante la captación del dolor ajeno, como la capacidad para la evaluación del dolor en expresiones faciales. Cuando se es testigo del dolor se relacionará con el aprendizaje de evitación observacional, lo que permitirá aprender a evitar el dolor sin necesidad de experimentarlo personalmente. (2)

La percepción del dolor de otras personas también se ve modulada por diversos factores como la experiencia del individuo que lo observa. Recientemente se ha demostrado que las mujeres pueden ser más reactivas que los hombres a la observación de estímulos dolorosos (lo reflejaría la respuesta vicaria del dolor) y, por tanto, más empáticas. Desde la perspectiva evolucionista, parece que lo importante no es tanto la empatía ante el dolor ajeno, como el hecho de que la comprensión de lo que le ocurre al otro sea fundamental para la supervivencia. (3)

5. EXPRESIÓN NO VERBAL EN NIÑOS

Desde el nacimiento, los niños procesan de manera distinta la información procedente del entorno humano o del entorno físico. Los niños disponen de algún tipo de conocimiento estructural sobre los rostros humanos, a modo de predisposición innata. (3)

Para lograr con éxito el tratamiento dental de un niño en la consulta debe comprenderse su conducta. (7)

Objetivo del control de la conducta:

1. Establecer una buena comunicación con el niño y con los padres.
2. Ganar la confianza del niño y los padres, y la aceptación del tratamiento dental.
3. Explicar al niño y a los padres los aspectos positivos de la prevención.
4. Proporcionar un ambiente relajado y cómodo para el personal del consultorio durante el trabajo con el niño.
5. Llevar a cabo el tratamiento necesario de la mejor manera posible para el joven paciente.

Se han descrito tres factores que rigen la conducta del niño: su madurez, sus rasgos de personalidad y su ambiente.

Características generales de niños de acuerdo a su edad. (7)(8)

EDAD	PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS	MANEJO DE CONDUCTA
1 año	<ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje simbólico. - Difícil comunicación. - Resistencia a recibir órdenes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar tratamientos lo mas rápido posible.
1 año y medio	<ul style="list-style-type: none"> - No les gusta esperar. - Aparecen rabietas y negativismo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar órdenes. - Realizar tratamientos de forma rápida.
2 años	<ul style="list-style-type: none"> - Tolerancia media. - Dificultad para establecer relaciones interpersonales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar órdenes. - Realizar tratamientos de forma rápida.
2 años y medio	<ul style="list-style-type: none"> - No acepta contradicciones. - Domínate. - Difícil comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar que el niño tome el control. - Comunicación Emocional.
3 años	<ul style="list-style-type: none"> - Empieza a comunicar y razonar. - Crea amistades. - Susceptible a elogios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicaciones sencillas. - Alabar conducta positiva.
4 años	<ul style="list-style-type: none"> - Conducta cambiante. - Responde por su nombre. - Sociable. - Tolera la separación de sus padres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trato con firmeza.
5 años	<ul style="list-style-type: none"> - Se muestra mas estable y confiado. - Responde a los elogios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trato con firmeza - Responde bien a la alabanza y a los elogios.
6 años	<ul style="list-style-type: none"> - Predominio de rabietas. - No acepta bien regaños o críticas. - Requiere muchos elogios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesita comprensión. - Explicaciones detalladas. - Muchas alabanzas.
7 años	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud caprichosa. - Desea aprobación y por ello trata de cooperar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesita comprensión.
8 años	<ul style="list-style-type: none"> - Les gusta dramatizar las cosas. - Conducta generosa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tener más en cuenta su nivel intelectual.

		- Actitud firme.
9 años	- Muy independiente. - Se toman las cosas muy a pecho.	- No criticar demasiado. - Permitir que el niño sea responsable de su conducta.
10 años	- Amistoso, flexible y muy obediente.	- Actitud comprensiva.
11 años	- Se interesa por la higiene personal.	- Tratar de impactar en su forma de pensar.

5.1. Expresión corporal

La expresión corporal permite encontrar, mediante el estudio y la profundización del empleo del cuerpo, un lenguaje propio.

Para el niño en un principio es prácticamente sólo motricidad, su única comunicación es el mundo corporal, su único lenguaje es el cuerpo, y a través de mismo expresa su estado de ánimo, sus afectos, sus necesidades fisiológicas, se comunica con otros niños y adultos. La expresión corporal, establecerá una considerable vía de canalización de las aptitudes, tomando como herramienta el propio cuerpo. (9)

Principales objetivos de la expresión corporal:

- ≈ Expresarse a través del cuerpo (lenguaje corporal) para favorecer su expresividad.
- ≈ Liberar tensiones.
- ≈ Aprender a comunicar con el cuerpo para despertar la capacidad que activa el mecanismo fundamental de la relación con los demás.
- ≈ Comunicación de los sentimientos, sensaciones, ideas, conceptos.

5.1.1. Gestos y movimientos.

El gesto y movimiento son los componentes esenciales de la expresión corporal que, además son capacidades funcionales utilizadas como medio de expresión y comunicación. Constituye para los pequeños menores de un año, su medio de comunicación prelingüística y para todos los humanos en general lo que normalmente denominados comunicación no verbal. Los gestos forman parte de la comunicación no verbal. Son movimientos expresivos del cuerpo, un lenguaje corporal que expresa distintos estados de ánimo. Cuando se desarrolla el habla, el gesto pasa a un nivel subconsciente. (9) Estos suponen una comprensión práctica de cómo funcionan las personas en las interacciones sociales: indican en la mente del niño una competencia en psicología intuitiva para predecir y manipular el comportamiento de los demás. (3)

En los primeros estadios evolutivos aparecen tres tipos fundamentales de gestos:

- ≈ Automáticos o reflejos: aparecen durante los primeros meses de vida. Los gestos más significativos consisten en gritos, sonrisas, diferentes movimientos reflejos.
- ≈ Emocionales: los gestos correspondientes a esta etapa estarían relacionados con las emociones de miedo, cólera, envidia, alegría, etc.
- ≈ Proyectivos: aparecen alrededor de los 6 años, entre el desarrollo de la conciencia emocional y la objetiva. Nos referimos a los gestos de intervención como puede ser los ruegos, preguntas, aclaraciones, asombros, consuelo.(9)

Según Sheflen los gestos pueden ser de 4 tipos:

1. Gestos de referencia: son los referidos a las cosas o las personas sobre las que se esta hablando. Por ejemplo cuando se señala con un dedo, haciendo referencia de lo que se esta hablando.
2. Gestos enfáticos: son los referidos a los indicadores de énfasis o fuerza de expresión, como por ejemplo: cuando se golpea con el puño.
3. Gestos demostrativos: son los que se emplean para indicar la dimensión de algo. Por ejemplo: cuando se hace referencia a un tamaño, extender los brazos formando un círculo.
4. Gestos táctiles: estos son breves contactos con el que escucha. Un ejemplo de esto es, cuando se dice OK con los dedos.(9)

La expresión corporal consiste en usar el cuerpo para comunicarse o para representar. El gesto y el movimiento son los componentes esenciales de la expresión corporal y el medio de expresión de los niños.

5.2. Expresiones de dolor en niños.

Las expresiones faciales son una fuente primaria de la deducción sobre el dolor de un niño. Aunque las expresiones faciales suelen aparecer de forma espontánea, los niños tienen una cierta capacidad de falsificar o suprimir demostraciones de dolor. Como gestos que se pueden especificar en la frente, las cejas, los párpados y las regiones de la cara. (10)(11)

La gente con dolor transmite su señal de socorro a otras personas a través de una muy rica variedad de acciones expresivas. Estos pueden incluir el informe verbal, vocalizaciones paralingüísticas, reflejos de retirada, el comportamiento paliativo, y los cambios en la expresión facial. (10)(11)

A pesar de la importancia del papel de la cara en la comunicación de la angustia y las pantallas faciales dramáticas de algunas personas en el dolor. (11)

En la evaluación del dolor pediátrico, la expresión facial puede proporcionar información esencial acerca de presencia y la naturaleza de las experiencias dolorosas. A pesar de una probable baja incidencia estimada de engaño en la evolución de dolor, hay circunstancias en las cuales de los niños pueden tratar de ocultar su dolor, sobre todo si se asocia con consecuencias negativas. Además de la supresión, el engaño también puede referirse a fingir dolor. Existen pruebas en las que se demuestran que los niños pueden controlar voluntariamente sus expresiones faciales de dolor. Los niños son capaces de suprimir con éxito sus expresiones de dolor. El manejo inadecuado del dolor de los niños, se ha asociado a largo plazo con secuelas psicológicas. (10)

Expresiones faciales de dolor

Genuino	Falsificado	Suprimida	Neutral
Movimientos ojos	Movimientos exagerados	Apretamiento de boca	Señales ausentes
Movimientos boca	Secuencia temporal de señales	Señales en ojos	Posición del paciente relajado
Patrones de respiración		Expresiones faciales reprimidas	Vista hacia el operador
Expresión de dolor			

Movimiento de cejas			
Mirar al operador			

5.3. Miedo y estrés en niños.

El miedo se define como la reacción que se tiene frente a una amenaza externa real y corresponde, en el plano psicológico, a la respuesta emocional que se tiene por el dolor. La ansiedad es un estado emocional que se origina en fuentes internas, como fantasía y expectativas no reales. (7) Es imposible separa totalmente el temor de la ansiedad, ya que, al imaginar cierta situación que pueda causar dolor, la ansiedad aparece.

En concreto, el miedo es una reacción emocional provocada por particulares estímulos externos, tales como el divorcio de los padres o de la distancia, los animales, la oscuridad y los procedimientos médicos y dentales.(12)

El miedo por tratamientos odontológicos con frecuencia influye el comportamiento de los pacientes, lo que retrasa el tratamiento lo que provoca resultados insatisfactorios. Pacientes temerosos posponen el tratamiento dental hasta que se vuelve muy necesario. Evitar el tratamiento dental puede ser el resultado de experiencias infantiles dolorosas. (12)

Aunque existen informes dentales y no dentales de la relación entre el miedo y el dolor, la literatura todavía no esta claro acerca de la distinción entre los factores psicológicos y fisiológicos que pueden influir en el comportamiento del paciente durante las rutinas dentales. Factores tales como el miedo son claramente capaces de influir en la respuesta del paciente al dolor u otros estímulos aplicados después de la administración de anestesia local. (12)

Sin embargo en estudios relacionados se muestra que el principal miedo que presentan los niños es las peleas familiares, entre los padres, así mismo, los gritos de estos, lo que sugiere que los patrones de crianza de los hijos o de los conflictos familiares pueden ser más directamente relacionados con el comportamiento de los niños. Haciendo una comparación con género las niñas mostraron mayor nivel de miedo total. Los estudios realizados por Corkey y Freeman (1994) hace hincapié en la importancia de la relación con una madre, ya que la forma en que el hijo pueda tolerar el estrés y la capacidad para hacer frente a ella parece ser facilitada cuando las madres son completas y autosuficientes y los padres imponen un conjunto de límites. Estos autores argumentan que la relación que se establece con la madre influye en las capacidades del niño para resolver la situación dentro de la consulta odontológica. (13)

En estudios realizados en niños se muestra que en niños que ya han estado bajo tratamiento dental, al hacer referencia a este hecho muestran mayor temor en un 50%. (12) Además se encontró que la atención odontológica pediátrica impregna manifestaciones de estrés de los niños. Jacob afirma que el estrés experimentado por el paciente se amplía la percepción del miedo y dolor, disminuyendo su capacidad de colaborar con el tratamiento (13)

Las respuestas al estrés se define por Selye como un síndrome de adaptación general, en que la acción principal de estrés sería la ruptura de la homeostasis interna, habla del modelo en que se distinguen tres fases: alerta, resistencias y agotamiento. Los niños y los adultos son susceptibles al estrés, y se considera que la experiencia de un estrés se asocia con consecuencias negativas para la vida de las personas. Según Girón, los pacientes pediátricos no tienen otra opción y por lo general son presentados

por los padres para el tratamiento dental. Estos pacientes por lo general expresan su miedo a través de sus comportamientos, por ejemplo, el llanto, la negativa a abrir la boca, actitudes para evitar la atención dental. (13)

El miedo y la ansiedad durante la consulta con el odontopediatra, impiden que el paciente pueda cooperar completamente, lo que aumenta el tiempo de consulta, disminuye la calidad del tratamiento y por lo tanto un resultado insatisfactorio. (7)

Factores que determinan la conducta del niño en consulta:

- ≈ Actitud de la familia
- ≈ Experiencias previas
- ≈ Separación de los padres y miedo a lo desconocido
- ≈ Coeficiente intelectual
- ≈ Edad
- ≈ Duración de la visita

Jacob afirma que el dentista cuando se somete a estrés, disminuye su tolerancia a las diferentes situaciones que deba afrontar. Por lo general los estudiantes de odontología se enfrentan a las demandas de la finalización de los primeros estudios clínicos en el contexto de la escuela, Las clínicas donde se realizan procedimientos dentales bajo la orientación y supervisión de los profesores, que a su vez es una evaluación, para la calificación de materias. Así mismo, la relación entre el dentista y el paciente es más impersonal, es decir, la individualidad del paciente queda relegado a un segundo plano, ya que es el principal vínculo entre el paciente y la institución, a menudo prioridad a las normas de la institución. (13)

6. EMPATÍA ODONTÓLOGO - PACIENTE

La empatía cumple un papel muy importante en la motivación de los pacientes, para asumir un rol activo en su tratamiento, aumentando el compromiso con el tratamiento y el éxito de éste. Se ha relacionado también con la disminución al miedo al dentista, y a un mayor éxito de los tratamientos pediátricos. (5)(6)

Entender las perspectivas y experiencias internas del paciente y la habilidad de expresar esta comprensión, promueve una mejor comunicación entre el profesional de la salud y el paciente.



<http://naucalpandejarez.olx.com.mx/odontopediatra-en-satelite-iid-90049696>

No solo es importante reconocer sensaciones sino emociones como son la alegría, sorpresa y la tristeza, dentro de las sensaciones podemos encontrar principalmente el dolor, que en el área odontológica es de gran importancia. En estudios relacionados con la empatía se ha demostrado que cuando hay menos empatía entre el odontólogo y el paciente, este percibe mas distancia en la relación con su médico. (5) Se realizó un estudio sobre la orientación empática en estudiantes de odontología chilenos, los resultados obtenidos permiten afirmar que los niveles de empatía de los alumnos presentan diferencias significativas entre el segundo y el tercer año, siendo mayores en los niveles superiores de la carrera. Estudios de corte transversal por Chen en alumnos de Odontología, en los que se observaron menores niveles de orientación empática conforme los alumnos avanzaron en la carrera. Según estos trabajos, a medida que los alumnos van entrando en contacto con los pacientes, se va produciendo un “adormecimiento emocional”. Esta disminución de la empatía podría estar vinculada a la capacidad del alumno para aplicar la objetividad durante un procedimiento clínico, con la finalidad de facilitar la ejecución de tareas y evitar que influya negativamente la reacción emocional, otorgándoles una protección psicológica. Por tanto, la baja en los niveles de empatía sería el resultado de la adquisición de una personalidad profesional, como parte del proceso de aprendizaje. (5) Generalmente se observa una disminución de los niveles de empatía en segundo año, cuando los alumnos inician el ciclo de preclínico y reciben la mayor carga teórica, previa a la atención de pacientes. Esta baja podría deberse a la mayor importancia que los alumnos otorgan a la parte teórica. Luego se observa un aumento significativo de los niveles de empatía en tercer año. Estos resultados nos muestran que en el ciclo preclínico con actividades de aprendizaje que incluye la asistencia a campos clínicos externos en compañía de un docente, lo que contribuiría a la formación académica. De esta forma los alumnos de tercer año presentan mayor

madurez y preparación frente a un paciente. Posteriormente, se produce una disminución no significativa de los niveles de empatía de los alumnos de cuarto año, producida probablemente por el estrés de la responsabilidad de hacerse cargo por primera vez de sus pacientes, situación similar a la que ocurre en otros estudios. En quinto año, ya con mas experiencia y madurez, vuelven a aumentar sus niveles de empatía. (5)

En la mayoría de estudios realizados muestran que las mujeres registran un mayor puntaje significativamente superior a los hombres. Las mujeres son más receptivas que los hombres a las señales emocionales, lo que contribuiría a una mayor comprensión, por lo tanto a una relación empática mejor. (5)

El estrés empático es una emoción vicaria orientada a uno mismo, es decir, es el sufrimiento propio que se genera ante una experiencia emocional ajena. En este caso su motivación es egoísta, ya que si se ayuda se hace mejorar el propio bienestar. (1)

“Para comunicar con eficacia hay que comprender que todos somos diferentes en cuanto a nuestro modo de percibir el mundo y utilizar esa comprensión como guía con nuestra comunicación con los demás” Anthony Robbins.

Es común escuchar a los pacientes decir que la calidad del profesional se mide con relación a lo atento que escuchó, lo claro que fue en presentarle el problema al paciente, como a su vez con la indicación del tratamiento, por el contrario, si perciben un bajo nivel de empatía por parte del profesional, esto les impulsa a no consultar mayores antecedentes de su



http://www.odonti.com.mx/odontologia-pediatrica_1.aspx

afección y a reiterar la consulta con otro profesional que les ofrezca mayor apertura y disposición, generando aumento en la demanda, insatisfacción en el usuario y desgaste del recurso humano.

En la práctica clínica nos sentimos defraudados al no obtener los resultados esperados, siendo la respuesta del paciente insatisfactoria, denotada en la recurrencia de sus problemas de salud y en la no adopción de conductas señaladas por nuestras estrategias de salud. Entendiendo a la empatía como llave indispensable para generar canales de comunicación efectivos y entregar de esa manera atenciones e indicaciones que sean significativas para el paciente.

Para alcanzar las metas sanitarias es necesario responsabilizar al paciente como encargado de mantener salud mediante el cumplimiento de nuestras indicaciones y hacerlos participe de nuestros ideales.

La empatía es una herramienta esencial en la comunicación efectiva, es una herramienta desconocida por el personal sanitario pero factible de desarrollarla en ellos. Se considera que la empatía es el instrumento para establecer un vínculo efectivo con el usuario, efectivo en la percepción de éste, entorno a su problemática y nuestros objetivos sanitarios. En la medida

que no establecemos empatía dificultamos nuestro accionar, el entendimiento y adhesión del paciente a las indicaciones. (4)

Si se involucra la empatía emocional más allá de lo prudente puede llegar a entorpecer la capacidad de resolver situaciones o de poder ser significativamente un buen apoyo al paciente. Al ser empáticos en la atención al usuario establecemos un mejor vínculo, por consiguiente, una mayor apertura por parte de esta para establecer un lazo de confianza, que no solo implica una valoración de nuestras capacidades, si no que a su vez mayor confianza para solucionar dudas, lo que hará que la atención brindada se más satisfactoria, mejor comprendido y al mismo tiempo que nuestro mensaje llegue a convencerlo de la conveniencia de seguir las indicaciones. (4)

Las interacciones empáticas paciente por los dentistas están asociadas con mejores resultados en los pacientes, disminuye la percepción subjetiva de la empatía durante la formación de los estudiantes de odontología. (2)

El concepto de empatía en las profesiones relaciones a la salud es diversa, pero generalmente enfocada a las ideas de compasión, consideración, atención y el cuidado, dando como resultado en el consultorio dental como una relación positiva con el paciente. (6)

Sin embargo Yarascavith menciona que los estudiantes de odontología de primer año tienen puntuaciones significativamente más altas que la empatía en estudiantes de cualquiera de los otros años, así mismo, nos dice que los estudiantes comienzan su formación con un programa predominantemente didáctica, con cantidades crecientes de la exposición del

paciente a lo largo de sus cuatro años, colocando demandas adicionales sobre ellos en cuanto a la integración del conocimiento académico con la práctica clínica. Sin embargo, habiendo cumplido la tarea de aprender a manejar sus emociones, los estudiantes en su último año de la escuela de medicina se convierten en un problema de la desaparición de su antigua capacidad de mostrar emociones y buscar formas de responder a los sentimientos de los pacientes. Los resultados derivados de la muestra de estudiantes, que mostraron mayor empatía emotiva en el cuarto año, en comparación con el año tres, pueden reflejar un proceso de este tipo, con el último año los estudiantes de odontología exagerada regulación emocional de auto-corrección de las respuestas empáticas, como se refleja en la “recuperación” en puntajes empáticos emotivos.

Existe un alejamiento emocional que proporciona a las estudiantes una protección psicológica que surge durante la interacción con los pacientes. Los estudiantes de odontología pueden evolucionar una forma de preocupación individual que refleje el desarrollo de un auto profesional que está separado desde el yo personal. Esto es importante porque un estudiante que se identifica muy fuertemente con un paciente sometido a un procedimiento doloroso y externamente manifiesta esos pensamientos y emociones paralelas, tales como muecas, en lugar de mostrar comportamientos útiles para tranquilizar o confrontar al paciente, sería contrario a las normas de prácticas actuales y es probable que se considere poco profesional. Por lo tanto, las disminuciones observadas en la empatía emotiva puede ser el resultado inevitable de la adquisición de una persona profesional. La recuperación aparente de la empatía profesional emotivo mostrado por los estudiantes de odontología. (6)

La condición física y emocional del odontólogo se ha destacado como un elemento importante en la situación de tratamiento dental, ya que afecta a la percepción que los niños tienen esta situación. (13)

6.1. Puntos para la evaluación de la calidad de empatía.

1. Área de comprensión empática: ayuda a englobar los sentimientos de los usuarios en un amplio marco de comprensión. Se trata de evaluar si el profesional "comprende" el mensaje del usuario.

2. Comunicación de respeto: se trata de hacer hincapié en la actitud por parte del

Profesional de respetar a la hora de juzgar el problema del paciente como algo normal y natural. Hacer que el paciente no se sienta "raro" e incómodo con su problema.

3. Expresión concreta: se trata de lograr la expresión directa de los sentimientos y experiencias del paciente y motivar para que así se produzca. No dar por hecho las cosas, ya que dificulta la profundización en el tema, se evitarán por tanto conclusiones precipitadas y el lenguaje demasiado técnico para traducir las cosas que el paciente quiere expresar. En el contexto de la atención esto se traduce en comunicarnos a través de un lenguaje cotidiano y claro, no cayendo en rebuscados términos técnicos o en explicaciones muy extensas, que dependiendo de las características que uno pueda intuir en el usuario serán a través de dibujos, esquemas en una hoja, entrega de material visual, demostraciones o recordatorios escritos.

4. Autenticidad y congruencia: Se trata de ser congruente con lo que se responde respecto de lo que el usuario expresa, y no hablar de una manera huidiza y generalista sobre los problemas. Esta situación en concreto se da cuando la información aportada por el usuario no se permite determinar un diagnóstico inmediato, de modo que requerimos de mayor análisis para establecerlo apoyado de exámenes que no son realizables en el momento. Los usuarios suelen referir la evasiva de los médicos con frases tan poco convincentes como: “no es nada”, resultando desconcertante para él, pues es incongruente si “no tiene nada”, que requiera de más análisis.

5. Autorrevelación facilitadora: Es el caso en que el entrevistador aporta una experiencia personal para facilitar la revelación del paciente. Ponerse en su lugar porque él ha pasado por alguna experiencia similar que le hace ver al paciente que sabe de lo que está hablando.

6. Confrontación en procesos inter-intrapersonales: Se trata de saber detectar si lo que explica el paciente es consistente, si pasa algo raro al captarlo, también tiene que ver algo con la comunicación no verbal. Significa evaluar al usuario externamente.

7. Inmediatez en la relación: Este apartado tiene como finalidad ver como el profesional tiene en cuenta (con expresiones y gestos) las expresiones de los pacientes que hacen referencia al profesional. Lo que expresa anteriormente habla de la relación con nuestra capacidad para darnos cuenta que imagen estamos proyectando en el usuario.

8. Comunicación no verbal: Se trata de observar la comunicación no verbal de los médicos, a la hora de facilitar la expresión del problema de los pacientes. Miradas, asentimientos, gestos con las manos, sonrisas, posición

de las manos etc. Muchas veces los usuarios se quejan de que el profesional ni siquiera lo vio, que sólo se limitó a escribir mientras decía algo entre dientes. Conductas como abusar del silencio, interrumpir continuamente hablando casi simultáneamente con el usuario, o realizar otras acciones ajenas a la situación, como mirar la hora o contestar el celular, resulta a lo menos incómodo y muchas veces insultante para la persona que definitivamente se sentirá no atendida.

9. Timing: Hay que observar las tres fases de: bienvenida, proceso y despedida para ver si el tiempo dedicado a cada una de ellas es coherente y no se mezclan.

10. Contenido: comprobar que el contenido de la entrevista se ajusta al objetivo inicial de la misma. Si realizamos una entrevista empática debiéramos ser capaces de recopilar información que nos lleve a formular un diagnóstico completo y permitir que se ahonden problemas activos en el usuario y con ello disminuir la posibilidad de cometer errores. 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. (4)

La mayoría de reclamos en relación con pérdida de tiempo ocasionada por mala información: incompleta, ambigua y confusa, repudiando enfáticamente conductas degradantes como alzar la voz excesivamente, responder en tono grosero y despectivo, como así mismo omitir conductas, que denotan mala disposición y falta de interés. La contraparte se ve en las felicitaciones al personal, donde se resaltan la

buena disposición para resolver situaciones de emergencia, la calidez en el trato, la claridad para expresarse y la motivación por el trabajo independiente de condiciones ambientales adversas.

Consideramos que la empatía humaniza el trato con el usuario, al darle la posibilidad de expresarse, sentirse escuchado y considerado, siendo para ellos una actitud demostrativa de nuestro interés por solucionar sus problemas de salud. Al mismo tiempo, permite mantener esta relación en un clima grato que disminuye nuestra carga mental, haciendo más agradable nuestra actividad, lo cual representa una fortaleza que a la larga beneficia la eficacia de nuestro quehacer en la obtención de nuestros objetivos sanitarios.

CONCLUSIONES

Para la convivencia diaria con otras personas es importante la empatía, sin ella nuestra capacidad de relacionarnos sería nula.

La mente de los niños no es igual a la de los adultos, sus percepciones cambian de acuerdo a su edad, uno de los factores que determina el comportamiento de un niño es la educación y experiencias dentro de casa, y la relación que existe entre los individuos de la familia. Esto es proporcional a la expresión de que el niño tenga de miedo, ansiedad y estrés; la demostración del miedo varía en cada niño.

Como Odontólogos es de gran importancia el comprender los cambios de actitud que van surgiendo en general en los niños de diferentes edades, ya que la empatía es la comprensión de lo que el prójimo siente. Los Odontólogos lo podrán interpretar de acuerdo a la experiencia que se tenga en sentimientos o sensaciones en específico, esto es, de acuerdo a como se haya vivido y sentido en un momento similar, es la forma en que podremos empatizar con los niños. El proceso de empatía es innato se presenta en las personas desde su nacimiento e incluso en otras especies. La empatía ha sido de vital importancia en la evolución y el desarrollo del ser humano, ya que se considera una capacidad de socialización.

Estudios demuestran que existe una gran variabilidad en la expresión de la empatía dentro de la carrera de Odontología, pues existen diversos factores que modifican la expresión de ésta. El estrés o la importancia que se le da a la calificación de la materia a cursar, en la mayoría de las ocasiones rebasa la prioridad que debería ser el paciente, de esta forma la empatía

disminuye en los años escolares donde hay mayor carga académica; también se relaciona con un “adormecimiento emocional” que es un tipo de protección que adquiere el estudiante de Odontología ya que el trato con pacientes que expresan dolor constantemente llegaría a sobrepasar a un estudiante. Posteriormente que se tiene la habilidad y los fundamentos teóricos establecidos, los estudiantes de Odontología aumentan sus niveles de empatía con relación al paciente.

Es de vital importancia mantener buena relación paciente-Odontólogo, pues se reporta que hay una mayor satisfacción del tratamiento odontológico, cuando el profesional lleva una comunicación constante con el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión.* **Fernández-Pinto, Irene, Lóopez Pérez, Belén y Márquez, María.** 2008, Anuales de Psicología., págs. 284-298.
2. *Bases Neuronales de la empatía.* **Moya-Albiol, Luis, Herrero, Neus y Bernal, M. consuelo.** 2010, Rev Neurol, págs. 89-100.
3. *Neuronas espejo y teoría de la mente en la explicación de la empatía.* **García García, Emilio, González Márquez, Javier y Maestú Unturbe, Fernando.** 2011, Ansiedad y estrés., págs. 265-279.
4. *Empatía y comunicación efectiva con el usuario.* **Carvajal Guerrero, Carlos y Rojas Pérez, Angélica.** 2005, Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar , págs. 1-12.
5. *Orientación empática en estudiantes de odontología chilenos.* **Carrasco, Doris, Bustos, Alexis y Díaz, Víctor.** 2012, Rev. Estomatol Herediana., págs. 145-51.
6. *Cambios de empatía en estudiantes de odontología.* **Yarascavitha, Carilynne, y otros.** 2009, Revista de educación dental, págs. 510-517.
7. **Boj Quesada, J. R., Espasa Suárezde deza, E. y Xalabardé Guardia, A.** *Odontopediatría.* s.l. : Massón, 2001, págs. 115-121.
8. **J.R., Boj Quesada.** *Odontopediatría, la evolucion de niño al adulto joven.* s.l. : Editorial Mdica, 2011, págs. 97-107.
9. *La expresión corporal, el gesto y el movimiento en la edad infantil.* **Cáceres Guillén, Ma. Angeles.** 2010, Temas para la educación., págs. 1-7.
10. *Precisión en la detección de engaño en las expresiones faciales del dolor en niños.* **Boerner, Katelynn, y otros.** 2012.
11. *Facial expression during induced pain.* **Craig, Kenneth y Patrick, Christopher.** 2009.
12. *avaliação hacer em medo crianças brasileiras: un Relevancia ninguna odontológico medo.* **Bento Alves de Morales, Antonio, Bovi Ambrosano, Gláicia María y Fátima Possobon, Rosana.** 3, 2004, Psicologia:Teoria e Pesquisa, Vol. 20.
13. *Estrés y comportamiento de la odontología pediátrica. Colaboración frente al tratamiento.* **Cardoso, Carmén Lucía y Loureiro, Sonia regina.**

14. *Carta al Editor: El papel de la empatía en la Ética* . **Brown**. 2010, Educación Dental, págs. 567-78.

15. *Evaluación de la Orientación Empática en estudiantes de odontología de la Universidad Metropolitana de Barranquilla (Colombia)*. **Erazo Coronado, Ana María, y otros**. 2012, Salud Uninorte, págs. 354-363.

16. **Guedes-Pinto, Rodriguez y Bönecker**. Fundamentos de odontología, Odontopediatra. s.l. : Santos, págs. 32-39.

17. *Evaluación la la la en empatia adolescenza: contribución a la Una de la validación Italiano Base Empathy Scale*. **Albiero, Paolo, y otros**. 2009.