

PERSPECTIVA BIOÉTICA Y MODELO BIOPSIICOSOCIAL EN LA RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE DURANTE LA FORMACIÓN DEL ESTUDIANTE EN LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE

BIOETHICS PERSPECTIVE AND BIOPSYCHOSOCIAL MODEL ON THE RELATIONSHIP DENTIST-PATIENT DURING STUDENT TRAINING AT THE UNIVERSIDAD EL BOSQUE

² María Clara Rangel-Galvis.

Resumen

En este artículo presentamos una revisión en torno a la importancia de la enseñanza de la relación odontólogo-paciente, describimos los dilemas que se evidencian en la literatura sobre el desarrollo de éstas prácticas, realizamos un ejercicio reflexivo a partir de los lineamientos que rigen el currículo en la Facultad de Odontología de la Universidad el Bosque bajo el enfoque del modelo biopsicosocial; complementado con un programa transcurren en bioética, formación que a pesar de tener esta orientación holística, parecen existir tensiones entre el modelo de formación y las prácticas formativas en los últimos semestres en la asistencia o en la relación estudiante-paciente-docente, repercutiendo en serias implicaciones bioéticas.

A partir de esta discusión se plantean algunas de las dificultades en la apropiación del modelo y se proponen acciones para mejorar la implementación exitosa de este en la formación docente-asistencial.

Palabras clave: modelo bio-psico-social, currículo en odontología, bioética, relación odontólogo-paciente.

Abstract

In this article we present an overview about the importance of dentist-patient relationship education, we describe the dilemmas that are evident in the literature on the development of these practices, and perform a reflective exercise based on the principles governing the curriculum at the El Bosque University Dental School under the approach of the biopsychosocial model and complimented with cross-curricular program in bioethics, an education that despite having this holistic orientation, there appear to be tensions between the education model and training practices in the advance semesters in attendance or on the student-patient-professor relation marking serious bioethical implications

From this discussion some difficulties are exposed in appropriating the model and actions are proposed to improve the successful implementation of this in the internship program.

Keywords: bio-psycho-social model, dental curriculum, bioethics, dentist-patient relationship.

Recibido el 05/06/2011

Aprobado 22/11/2011

1. Artículo de reflexión.
2. Odontóloga, Universidad Javeriana. Especialista en Ortodoncia, Universidad Javeriana. MSc Dirección Universitaria, Universidad de los Andes. PhD en Bioética, Universidad El Bosque. rangelmaria@unbosque.edu.co.

INTRODUCCIÓN

El modelo de formación imperante en las prácticas clínicas de las facultades de Odontología ha sido por tradición un modelo biomédico, centrado en el tratamiento de la enfermedad, derivada de la teoría que asume que es “causa de desviaciones de la norma de variables medibles” (1). Desde Engel(2) se considera éste, un paradigma reduccionista, que contempla un dualismo mente - cuerpo y aísla los procesos mentales de los somáticos.

Bajo esta teoría, Engel plantea la necesidad de un nuevo modelo asistencial (modelo biopsicosocial), esto implica asistir al paciente como un ser humano en la integración de todas sus partes desde lo biológico, psicológico, sociológico y cultural y no sólo a través de la aplicación del método científico asumido dentro del paradigma biomédico.

Existe en la literatura evidencia del estudio de la relación entre el estudiante de odontología y el paciente y las implicaciones en la enseñanza de la profesión en las prácticas clínicas universitarias. Salta a la vista diversidad de modelos formativos que van desde el modelo tradicional centrado en el aprendiz hasta el centrado en el paciente. Se pueden enunciar así:

El **modelo tradicional**: el paciente se encuentra al servicio de las necesidades y requerimientos del estudiante, bajo este patrón el paciente cree en las recomendaciones del profesor autoritario quien tiene el conocimiento. (Modelo paternalista).

El **modelo de tratamiento integral**, dirigido por especialistas. (Modelo informativo):

En este contexto, el paciente suple las necesidades educativas de cada especialidad, y las estrategias de tratamiento son de inadecuada coordinación.

Prevalece en los currículos odontológicos el conocimiento del experto docente sobre el concepto del estudiante inmaduro y el “paciente ignorante”: (2) en ocasiones es influenciado por decisiones del profesional docente de acuerdo con sus preferencias personales o comerciales, o por cualificación del estudiante a partir de requisitos que deba cumplir en su aprendizaje.

Otro es el **modelo de enseñanza centrada en el paciente**: donde se sugiere centrar el cuidado del paciente en sus necesidades y expectativas, considerándose como clave el atributo de la calidad del cuidado, y la autonomía del paciente acerca del entendimiento en la decisión de su tratamiento. (3)

Habiendo enunciado estas posiciones filosóficas sucintas de la literatura referente, proyectamos realizar una reflexión de la experiencia de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque, cuyo objetivo es formar Odontólogos bajo el enfoque del modelo bio-psico-social y cultural basado en la postura filosófica de Engel en 1977(1).

Nuestra orientación surge de una hipótesis proveniente de la investigación cualitativa de los planteamientos actuales en educación, en donde se reconoce la imperiosa necesidad de generar nuevas propuestas en los procesos de enseñanza -aprendizaje que complementen la interdisciplinariedad y la humanización de la relación odontólogo-paciente, que la reestructuren o la adapten a las situaciones sociales entendidas mediante una interpretación lógica de la realidad actual, de tal manera hemos entendido que nuestro objetivo fundamental debe apuntalar la enseñanza al beneficio del paciente, es así como el criterio del estudiante odontólogo debe mudarse del modelo biomédico al bio-psico-social, razón por la cual hemos reorientado las perspectivas científicas y educativas con el fin de abrir la vía a un enfoque holístico(4,5)

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Avanzamos a la búsqueda de información planteándonos la siguiente pregunta ¿Es el modelo bio-psico-social una propuesta de formación que supera los modelos de enseñanza- aprendizaje tradicionales en las clínicas odontológicas en la relación odontólogo-paciente?

La hipótesis propuesta fue la siguiente: La enseñanza-aprendizaje de la relación odontólogo-paciente con un enfoque bioético, es una propuesta holística que complementa y beneficia la aplicación del modelo bio-psico-social.

Los ejes temáticos que tenemos en cuenta, de manera preliminar, para analizar los artículos revisados son: los modelos de relación odontólogo-paciente, las propuestas de modelos de enseñanza- aprendizaje en las clínicas en Odontología, las dificultades de los modelos, los dilemas bioéticos en los modelos de enseñanza aprendizaje.

Siguiendo el análisis de los artículos revisados, se identifican cuatro grandes temas interrelacionados: Relación odontólogo-paciente, modelos de enseñanza- aprendizaje en odontología, retos, el modelo de formación bajo un enfoque bioético del modelo biopsicosocial y su fundamentación filosófica.

Modelos de relación odontólogo-paciente

La relación médico – paciente, denominada también relación clínica, relación sanitaria enfermo o relación profesional enfermo, hace referencia a la comunicación entre dos seres humanos respecto de los padecimientos de salud de uno de ellos que entrega su humanidad a otro profesional o experto en el cuidado de la salud humana quien se propone asistirlo en las vicisitudes de su padecimiento.

Esta relación ha existido desde el principio de la historia del hombre en las sociedades primitivas hasta los tiempos complejos actuales, desde la comunicación mágica invocadora de poderes sobrenaturales hasta aquella reciente asistida por sofisticados equipos inteligentes.

La forma de acometer este tipo particular de intercomunicación ha variado en su concepción ontológica a través de los tiempos desde la imposición violenta de procedimientos curativos hasta el depurado concepto del consentimiento informado producto del pensamiento bioético.

Según la edición de 1984 del Manual de Ética del Colegio de Médicos americanos se definía: “El consentimiento informado consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico o especialista no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente”(6).

Por los tiempos que están cursando, la polémica sobre el papel del paciente en la toma de decisiones relacionadas con su salud es ya axiomática, llevamos décadas de controversia entre los valores del médico y los valores del paciente, en la interpretación adecuada de términos como el secreto médico y la confidencialidad profesional, al igual que aquellos aspectos éticos que derivan del juramento hipocrático, como en el caso de la solicitud del consentimiento del paciente para la participación en ensayos clínicos, argumentaciones respecto de la toma de decisiones unilaterales o conjuntas de las partes actoras sobre el proceder y los procedimientos, debates sobre el balance ético entre la autonomía y la salud, disertaciones profundas de cómo reducir el poder del sobre el paciente en una posición de superioridad sobre el enfermo.

Es una confrontación que “engloba tanto las expectativas de médicos y pacientes como los criterios éticos y legales de los códigos médicos, el consentimiento informado y el concepto de mala práctica.” (7)

La literatura filosófica sobre la temática que nos ocupa ha compilado cuatro modelos cardinales sobre la relación médico – paciente que no incorporan precisamente patrones de prácticas éticas o legales sino son más bien unos ideales normativos sobre la actitud del profesional de la salud para reconocer la autonomía del paciente:

El modelo Paternalista, llamado también sacerdotal, el profesional de la salud es un preceptor, un bienhechor con conocimiento especializado para poder discernir el estado de salud del paciente, determinar su diagnóstico clínico, elegir las pruebas clínicas y los exámenes de laboratorio que permitan precisar la fase de su proceso morboso, decidir de manera unilateral el procedimiento médico, la intervención quirúrgica y el tratamiento adecuado para restaurar la salud afectada del paciente, buscando siempre lo mejor para él poniendo en primer plano los intereses del paciente, quien debe estar abocado a consentir la intervención propuesta digámoslo de manera imperativa y dominante. Obviamente, las referencias que estamos exponiendo parten del presupuesto que esta relación de comunicación entre el profesional de la salud y el paciente se da por medio de un acto del habla, de un suceso de intercomunicación verbal parlante, o escrita, o con ayudas audiovisuales, de forma directa con la participación mínima de los dos actores principales (médico – paciente).

El modelo Informativo, o científico, tiene por objetivo advertir que la interlocución debe estar dirigida a informar al paciente todas aquellas posibilidades técnico procedimentales científicamente reconocidas que puedan existir para restaurar la salud o calmar el dolor del paciente, para que éste pueda elegir la intervención que le parezca más apropiada y que más se ajuste a sus valores, tras lo cual el facultativo debe proceder de conformidad. Este patrón de comportamiento también llamado modelo del consumidor distingue claramente los hechos de los valores: “los valores del paciente son conocidos y están bien definidos; lo que el paciente no conoce son los hechos.” Se piensa, bajo este patrón, que el profesional de la salud en su calidad de experto debe ante todo ser un proveedor de conocimientos veraces y acertados, sin consideración alguna a los valores propios del mismo, ni tampoco a entender o enjuiciar los del paciente o sus familiares: es el paciente, bajo los criterios de la autonomía de su voluntad privada quien tiene el control de las decisiones sobre cómo proceder para lograr su bienestar.

El modelo Interpretativo es prácticamente el otro lado del péndulo respecto del modelo precedente, en la concepción de la relación facultativo – paciente, en tanto se pregonaba en la intercomunicación el deber profesional de descubrir los valores del paciente y de determinar aquello que realmente desea y lo que más le conviene de acuerdo con su condición propia, para auxiliarlo en la decisión sobre la intervención médica disponible que satisfaga con mayor conveniencia sus valores. De la misma manera que el modelo informativo, el facultativo suministra al paciente toda la información relevante a su afección, las probabilidades de curación pero además interpreta y ayuda a articular los valores propios del aquejado que en buena parte pueden ser equívocos y será tarea del facultativo calzar muchos puntos para despejar y hacer coherente los valores que mejor lo indemnicen. Bajo este modelo el galeno se convierte en un consejero, por analogía, se asemeja a un asesor para la toma de decisiones gerenciales, que aclara, ayuda y sugiere, que tiene voz pero no voto. “Por tanto la autonomía del paciente se concibe como una auto comprensión; el paciente llega a conocer más claramente quien es y cómo las distintas opciones médicas afectan a su identidad.”

Por último, bajo la concepción del modelo Deliberativo la relación profesional – enfermo debe ser la actitud de orientador ético – moral de aquel para ayudar a determinar los valores que inciden en el tratamiento clínico de éste y la asistencia profesional a la manera de desempeño del rol de maestro y amigo para que el enfermo pueda, previa deliberación de conjunto, tomar las decisiones más acertadas respecto del tratamiento para reparar su salud. Los valores del paciente deben estar abiertos al desarrollo y a la revisión a través de la discusión moral, el facultativo debe aclarar y persuadir de los valores más estimables a los cuales debe aspirar porque estén más relacionados con el padecimiento aquejado. La autonomía del paciente tiene la última palabra, se respeta, no debe haber coacción pero sí esfuerzo de persuasión moral para que el paciente decida con el mayor acierto, la autonomía del paciente se concibe como un autodesarrollo moral relevante para el cuidado médico.

Por supuesto, no son estos estándares de los cuatro modelos descritos ni exclusivos ni excluyentes, se documenta también el modelo Autonomista y el modelo Burocrático entre otros más (8).

Ovalle describe el primero como un paciente con autonomía, que pese a estar enfermo no le impide tomar sus propias decisiones. Afirma, que las teorías de la autonomía distinguen como condiciones necesarias

las capacidades cognitiva, psicológica, y emotiva; y con respecto al denominado modelo burocrático, se refiere dicha autora al que tiene como misión contener los costos en la medida en que “los sistemas de salud se ven abocados a limitar la prestación de los servicios, con la consecuente delimitación de la autonomía de los pacientes, se da paso a la medicina gestionada en donde la distribución de los escasos recursos en salud, trae consigo problemas de justicia distributiva”(9). Se predica también de otro modelo denominado Instrumental en el que los valores del paciente son irrelevantes, los actores de la relación clínica buscan el bien de la humanidad o el avance del conocimiento científico, modelo que no vale la pena extender por considerarse un olímpico extravío.

Históricamente, desde los tiempos primigenios de la sociedad humana hasta prácticamente la mitad del siglo pasado esta relación ha sido determinada por los analistas como una relación “paternalista”, siendo una relación vertical y asimétrica en la que el sanitario se encontraba en un nivel superior, ejercía un rol activo autoritario y el consultante o paciente se situaba en el polo inferior ejerciendo un papel pasivo de obediencia, como cita Diego Gracia “ Algunos psicoanalistas la han descrito también como relación sádico-masoquista”(10).

Así pues, este término se alude haciendo referencia a la clásica relación entre padres e hijos menores de edad en la que aquellos quieren siempre lo mejor para sus hijos, pero sin contar con su voluntad; se creía pues que la enfermedad situaba en condición de vulnerabilidad al paciente desde el punto de vista (físico y moral, “todo enfermo debía ser considerado un incompetente moral” (11). Bajo este concepto se consideró debía proceder la relación profesional sanitario- paciente, a este se le exigía la virtud de la obediencia y a aquel el deber de favorecer o al menos no perjudicar como reza la famosa sentencia hipocrática. Es en esta identificación de no maleficencia (no perjudicar) y beneficencia (favorecer) donde reposa el fundamento del paternalismo puesto que el sanitario guiado por estos principios su deber es buscar el máximo bien de su paciente aún en contra de su voluntad.

La integración de los fundamentos basados no solo en la autonomía, sino también en los conceptos de dignidad, integridad, y vulnerabilidad, expresan la idea de una relación asimétrica con el otro. Se proclama el respeto por la persona a la luz de los principios éticos, y una articulación de las implicaciones del proceso comunicativo en la relación profesional de la salud- paciente (12). La revolución del pensamiento humano a partir de la autonomía de la voluntad privada constituida en para-

digma desde la medianía del siglo próximo pasado ha producido un cambio definitivo de conceptualización en la relación humana que aquí nos ocupa, permitiendo el nacimiento de la era de la Autonomía(13)

Los modelos de enseñanza-aprendizaje en odontología

Según Eriksen los modelos de enseñanza- aprendizaje deben estar centrados en el paciente este autor describe cuatro modelos (14):

- a. El paciente al servicio de las necesidades y requerimientos del estudiante: currículo tradicional, de acuerdo con los departamentos clínicos; en el que se da la disparidad de conceptos, la formación segregada, donde prevalece la filosofía del autoritarismo del profesor. En este contexto, el paciente suplente las necesidades educativas de cada departamento, y las estrategias de tratamiento son de inadecuada coordinación. Se presentan dificultades, con fragmentación en la apropiación de conceptos con la adquisición de habilidades algo avanzadas para el nivel, existe el autoritarismo y predomina el Modelo Paternalista.
- b. El *perfil de tratamiento integral* dirigido por especialistas es un modelo informativo: es el que prevalece en los currículos dentales, donde predomina el conocimiento del experto docente sobre el concepto del estudiante inmaduro y el “paciente ignorante”, en el cual éste no debe ser influenciado por decisiones técnicas.
- c. El tratamiento centrado en las necesidades percibidas y entendidas por el paciente, reconociendo su autonomía e integridad. El profesional será un informante y facilitador más que un tutor/instructor dentro del modelo interpretativo y deliberativo de Emanuel quien evade las propuestas de Shon acerca de la enseñanza basada en el paciente en su libro el practicante reflexivo (15).
- d. Un modelo de enseñanza centrado en el paciente bajo los más altos estándares de calidad: centrado en los conocimientos, destrezas habilidades clínicas y atributos profesionales, en el que se otorga un reconocimiento a las obligaciones con la mejor práctica hacia sus pacientes. Queda la inquietud si este es un modelo centrado en el paciente o en el modelo decisional de tratamiento y la alta calidad de sus egresados.

Retos para los modelos enseñanza- aprendizaje en la relación docente-asistencial

El principal requerimiento es el prevenir o evitar el mal. En las clínicas docente- asistenciales el profesor es legalmente responsable del bienestar del paciente, el estudiante inexperto requiere cercana supervisión de parte del profesor y el paciente que accede a estas clínicas debe ser informado del lugar donde se encuentra y qué tipo de asistencia se le va a ofrecer, éste debe estar de acuerdo firmando un consentimiento informado en el que autoriza el ser atendido por un estudiante bajo la supervisión del profesor.

Los modelos deben pasar de un enfoque docente autoritario (experto), a uno docente que incentive una actitud dinámica de un profesional reflexivo.

El currículo debe contar con técnicas para mejorar la comunicación con el aquejado, para identificar las necesidades del paciente, con la mejor evidencia científica disponible, con la experticia ética y profesional.

Sáenz *et al.*(16) recomiendan un modelo de manejo integral en el currículo, con 7 dominios: profesionalismo, comunicación, habilidades interpersonales, bases de conocimiento, manejo de la información, establecimiento, mantenimiento y promoción de la salud oral.

Plasscharet (17) promulga la teoría de la Inteligencia Emocional (IE), la conceptualiza en términos de empatía, percepción, apreciación y expresión de emociones. Afirma que una persona con una (IE) alta es una persona que fácilmente maneja las emociones, y que dentro de los programas de formación en salud debe existir un programa de entrenamiento para manejar (IE), a través de la reflexión de la apreciación de lo social, lo interpersonal, la organización de las ideas y de las intervenciones al igual que el manejo del tiempo en los procedimientos de tal forma que se perciba una planificación del tiempo que va a transcurrir durante la interacción con el paciente con el fin de no improvisar y perder la empatía que se debe lograr con éste para el éxito de la consulta.

La formación bajo el enfoque del modelo biopsicosocial

La enseñanza de la relación odontólogo paciente se estructuró centrada en un modelo mecanicista- biomédico centrado en dar solución a la enfermedad del paciente teniendo en cuenta conocimientos científicos y las técnicas actualizadas con los mejores materiales, sin considerar aspectos tales como: factores de riesgo; psicológicos, sociales y culturales que permitan

conocer la historia de la enfermedad actual, su pronóstico y resultados a corto y a largo plazo después de ser tratado, razón por la cual se deben reorientar las perspectivas científicas y educativas con el fin de abrir la vía a un enfoque holístico (4).

En la Universidad El Bosque sus fundadores proponen asumir como modelo de formación el enfoque asistencial propuesto por Engel: un *modelo biopsicosocial* en el que el odontólogo acepte la responsabilidad de asumir una formación con un abordaje interdisciplinario dentro de una visión holística de la salud, que considere las realidades psicosociales y culturales de sus pacientes, sus familias y la comunidad con una actitud crítica sobre las condiciones de salud del paciente, su familia, su contexto y su país, que le permita construir propuestas innovadoras para la toma de decisiones éticas y disciplinares, en los procesos de promoción y prevención, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, mejorar las condiciones de salud de la población a partir de prácticas investigativas, docente-asistenciales, y la participación en la estructuración e implementación de políticas en salud. En la Facultad se desarrolla una clínica con una perspectiva abierta sistémica del ejercicio profesional versus la tendencia cerrada y reduccionista, por supuesto conserva la observación científica “pero ahora en su relación con la práctica social y sus determinantes culturales”(8).

Explicitamos con precisión el modelo de la relación odontólogo- paciente, que promueve el enfoque de formación bajo el modelo biopsicosocial en la facultad de odontología, haciendo referencia textual de las palabras de la doctora Juliana García Castro que menciona que “para poder llegar a conocer y entender un paciente es necesario comprender su conducta, su entorno y cómo él es afectado por la enfermedad: esto determinará como va a interactuar con el médico. Para lograr esto hay que acercarse al paciente desde el modelo biopsicosocial” (18,19)

Fundamentación filosófica del enfoque bioético en el modelo biopsicosocial

La fundamentación del modelo biopsicosocial debe darse desde las bases contextuales de la Filosofía de la Medicina y lo que ella puede aportar al conocimiento y reconocimiento de las ciencias naturales y a la comprensión del origen de la vida en todas sus manifestaciones, avalado por un compromiso bioético, asumido desde dichas ciencias con el fin de orientarlas a la protección de la vida dentro de la biosfera, con una visión de sentido de la existencia.

Desde los planteamientos de las corrientes filosóficas se propone el fundamento del deber ser de un profesional de la salud, su papel con la sociedad y sus pacientes, en igual sentido y el modelo que debe regir la formación de los futuros profesionales, en este orden se citan algunos autores y su reflexión al respecto:

Haldane (20) cita a Aristóteles, quien identificaba la conducta reflexiva, que puede ser modificada por la individualidad en un contexto comunitario, y debe recurrir a la prudencia, la sabiduría y los elementos básicos para la conducción del proceso de toma de decisiones. Afirma que tanto Platón como Aristóteles consideran que existe una facultad de juicio racional aplicado a elegir la forma correcta de actuar; la virtud intelectual de la sabiduría práctica (*phronesis*-prudencia) y la conducta (la virtud moral). Podemos tomar como base filosófica estos conceptos tan importantes en la interacción que se debe dar entre el profesional y el paciente considerado como un ser individual que debe verse dentro de sus particularidades, pero aún más, debe ser evaluado en conjunto con la comunidad a que pertenece y en su contexto en particular. Esto amerita llevar a cabo un proceso de construcción en conjunto del fin que se quiere lograr para luego determinar y reflexionar sobre la conducta más apropiada a seguir en beneficio de la salud del paciente o de la comunidad.

Wulff (21) en “El paradigma de la Medicina” propone distinguir entre dos grandes sistemas de pensamiento que han impregnado el pensamiento científico: el empirismo y el realismo.

Cullen con la teoría del realismo subjetivo considera que las cosas ontológicas, las del ser, tienen prioridad sobre las epistemológicas; dicho conocimiento, se acentúa en la moderna medicina social, considera que los procesos vitales están regulados por el sistema nervioso central y que la enfermedad es fundamentalmente un trastorno del sistema nervioso, o resultado de un mecanismo subyacente” (22).

Durante los dos siglos anteriores al presente, la flamante ciencia de la medicina considerada como tal, se concentraba en descubrir los agentes externos causante de la enfermedad mediante el método experimental demostrable bajo los parámetros científicos de manera que fuera cuantificable y se pudiera enunciar como una disciplina, construida por la suma de especializaciones capaces de definir las patologías de las enfermedades posibles de diagnosticar en el cuerpo humano y bajo un modelo lineal reduccionista, aplicar una curación tipo. Era la mentalidad cienti-

ficista hermana de la estadística, de la biología que de alguna manera consideraba los componentes del cuerpo humano como aparatos independientes que deben ser reparados cuando se ha producido un daño.

Era un formidable movimiento emancipador que apuntalaba la medicina al más alto puesto en el podio del triunfo del conocimiento, la entronizaba en definitiva en el campo de las ciencias naturales y prometía una consecución inconmensurable de bienestar a la humanidad. Era el origen de la ciencia moderna que se inicia con Sir Francis Bacon cuando proponía la reorganización del método del estudio científico, método que ha resistido buena cantidad de definiciones, que podría resumirse como un cúmulo de pasos preestablecidos en una disciplina para lograr conocimientos válidos mediante elementos, herramientas y documentos confiables.

Parafraseando a Escobar Triana en su libro *Dimensiones Ontológicas del Cuerpo* “la medicina como ciencia natural alcanza gran desarrollo al lograr una nueva definición de la enfermedad en la patología celular en la cual se registran y se demuestran las alteraciones químicas y físicas y se objetivan los hechos patológicos”(14).

Es así como el modelo científico biomédico ha predominado en la medicina de occidente y ha fundamentado la docencia y la práctica médica dedicada a la investigación de las patologías orgánicas y a tratamientos por medios físicos, es esta la evolución del paradigma predominante de centurias anteriores cuando predominaban ideas místicas y religiosas y prototipos filosóficos como el cartesiano (Descartes 1596 – 1650)(23) que aceptaban la dualidad mente - cuerpo de lo cual resultaba que el alma no podía enfermarse porque era inmortal y por tanto solamente el cuerpo que era corruptible podía enfermarse y destruirse. Se autorizaba entonces estudiar la anatomía humana, hacer autopsias, identificar los sistemas que lo componen. Así nace la anatomía humana dedicada al estudio de las estructuras macroscópicas del cuerpo, la fisiología como ciencia que analiza las funciones del cuerpo, las alteraciones celulares, las atrofias, las enfermedades de los órganos de los sistemas entre otros, y la terapéutica como parte de la medicina que enseña el modo de tratar las enfermedades, el conjunto de procedimientos, incluyendo el uso de medicamentos para combatir una enfermedad. Entonces, la educación médica- científica identifica las enfermedades y sobre este conocimiento se sustenta un sistema de creencias y de prácticas compartidas por los médicos y reconocidas por la comunidad que llegan a conformar el modelo biomédico.

Para trascender el modelo biomédico, enmarcado dentro del prototipo mecanicista, reduccionista, se propone un modelo innovador que de la posibilidad de estudiar y tratar además de la enfermedad biológica, los procesos éticos, psicológicos y sociales de quien la padece, dentro de un marco amplio de interpretación. Este desarrollo se ubica en el campo del arte de la hermenéutica y permite considerar: los valores, la moral y lo correspondiente a las ciencias naturales.

Aportes provenientes de una crítica social de autores tales como Habermas (24) quien plantea poner en marcha una crítica social basada en la crítica de la cultura y el análisis de los problemas de la sociedad, “Teoría Social Crítica”, que permita la reflexión entre los sistemas y el mundo vivido.

Wullf *et al* (21) consideran la ética médica como una disciplina que circunda los límites entre la medicina y la filosofía, puesto que algunos de los conflictos éticos que se suscitan han sido tratados por filósofos morales siglos atrás. Una de las frases de Kant: “Actúa de tal forma que trates a la humanidad, tanto en tu propia persona como en la de otros, siempre como un fin y nunca sólo como un medio” (25), es aplicable al modelo propuesto y abre la posibilidad a una nueva relación odontólogo-paciente en la incorporación del modelo biopsicosocial a la enseñanza- aprendizaje de dicha interrelación objeto de reflexión en el programa de Odontología de la Universidad El Bosque. El concepto de hombre de Zoren Kierkegaard y Emmanuel Kant, quienes lo consideran como un ser capaz de auto reflexionar, con voluntad libre, autónomo, que debe contemplar la posibilidad de relacionarse con la sociedad con un sentido de solidaridad (dejando de lado consideraciones utilitaristas), y justicia de las funciones sociales, aspecto que se debe promover durante la formación de los futuros profesionales en la salud.

Desde esta perspectiva la práctica médica, debe preocuparse por una de las más importantes aplicaciones técnicas del conocimiento científico; ir hacia una nueva propuesta epistemológica, donde sea prioritario el énfasis sobre la calidad de vida y el propiciar una cultura para lograrla.

Es interesante apreciar cómo en el proceso de investigación científica bajo la lupa del modelo mecánico, que pugna por descubrir la entraña misma de la enfermedad, su causa *causarum*, a la postre, prima la influencia de los intereses de quien indaga, predomina la fascinación subjetiva del sujeto actor, por sobre el proceso múltiple que implica la unidad salud – enfermedad del individuo, por sobre la consideración excepcional de entender al ser humano en todo

su conjunto como una entidad biológica, psíquica y social en una realidad cultural específica .

Aproximarnos a la problemática de la vida en el marco holístico de la relación hombre-sociedad-naturaleza, y desde él acercarnos a nuevas construcciones del sentido del saber, de las ciencias y de la historia es el derrotero, es la meta del modelo biopsicosocial que orienta la Universidad El Bosque, comprendido pródigamente en el enfoque de la reflexión bioética.

La aplicación del modelo se lleva a cabo en la interacción de las áreas alrededor de la propuesta de integración de los núcleos problémicos de cada uno de los niveles.

Desde los primeros semestres docentes y estudiantes interactúan en espacios académicos inter áreas entre los cuales podemos mencionar: odontología, Cultura y Sociedad; Seminario de Filosofía e Historia de las Ciencias (26); Investigación; Semiología Clínica, Actividades en Crecimiento Desarrollo y Comunitaria, Asignaturas Clínicas y el Internado Hospitalario, donde se favorece el trabajo multidisciplinario.

Igualmente, se tiene en cuenta que quienes forman deben conocer el modelo e integrarse con las demás áreas para impartir dicha enseñanza.

El Área Bioclínica, desarrolla y promueve por medio de los tres niveles del plan de estudios el conocimiento biológico del desarrollo del individuo y de la cavidad oral, teniendo inicialmente un referente de sanidad, para luego involucrar los conceptos de los factores de riesgo, agentes causales, patológicos, y por último, las intervenciones terapéuticas y de preservación de la salud recuperada. El Área Comunitaria permite realizar un abordaje de las comunidades aplicando las determinantes biopsicosociales de las comunidades objeto de interacción dicho modelo ha sido también propuesto por Strauss quien describe un modelo de educación Odontológica Comunitario basado en el aprendizaje mediante la reflexión de las vivencias sus dilemas y aciertos en la interacción con los diferentes actores en las comunidades.

El Área Psicosocial ofrece las competencias hacia una formación integral necesaria para una visión de los aspectos psicológicos y sociales del ser humano, y de los seres que le rodean creando actitudes favorables para su ejercicio profesional. La enseñanza de la Bioética se integra igualmente a la propuesta transcurricular bajo una reflexión social, histórica y bioética en relación con las concepciones del cuerpo humano, la salud y la enfermedad, estas competen a temas como

las razones históricas de su surgimiento, macrobioética, dilemas éticos en la investigación, bioética clínica, y la distribución de los recursos dentro de la justicia. Se integra al modelo biopsicosocial de manera teórica y práctica en el quehacer diario de la formación del odontólogo, de tal forma que se asegure a través de los diferentes niveles el ejercicio ontológico y bioético y se tengan los fundamentos que rijan y guíen la reflexión, la disertación y la concertación de la toma de decisiones de los futuros profesionales como individuos formados bajo una filosofía del modelo biopsicosocial.

La enseñanza de las Humanidades, parte de la aceptación de la existencia de diferentes concepciones de realidad que han tenido expresión y desarrollo histórico y de que la ciencia es una forma social y cultural entre muchas otras que busca representar dicha realidad, el estudiante, aprehende el lenguaje científico como construcción histórica para observar, reconocer y describir fenómenos sociales, biológicos, psicológicos y culturales que involucran al hombre como individuo y como parte de una sociedad. (26)

Reconoce a la salud y a la enfermedad como procesos complejos y dinámicos en los que intervienen diversos elementos, como un sistema especial de conocimiento y de inscripción social resultado de procesos históricos, sociales, económicos y culturales. (26)

Los estudiantes y clínicos trabajan con un modelo de reconocimiento patrón, van de la observación al plan de tratamiento, sin cumplir con el objetivo de fortalecer el cuestionamiento científico, la autocrítica, centrando la formación del estudiante en un ambiente clínico alrededor del paciente, su consentimiento, y la generación de una hipótesis y actitud de cuestionamiento en colaboración con el paciente.

Kierkegaard sugiere interpretar los signos y síntomas de acuerdo con la manifestación del paciente, respetando sus decisiones, entendiendo que el fin es el de ayudar a un ser humano, comprendiendo su contexto e interpretando sus necesidades.

Los modelos de enseñanza- aprendizaje clínicos deben ser centrados en las necesidades del paciente. Eriksen(14) sugiere centrar el cuidado del paciente en sus necesidades y expectativas considerándose la clave del atributo de la calidad del cuidado.

Una parte significativa de los procesos de enseñanza se lleva a cabo en prácticas clínicas con pacientes, bajo la supervisión de odontólogos cualificados como profesores. Existe gran diversidad de estrategias para el desarrollo de habilidades: prácticas entre compañeros,

interacción con pacientes, literatura relacionada con el adecuado comportamiento del docente.

Fugill (18) realizó un estudio de tipo cualitativo en estudiantes de la facultad de Wale bajo tres categorías en la relación docente- estudiante: el comportamiento del estudiante, las características del profesor y su comportamiento durante el proceso enseñanza aprendizaje (estrategias de demostración, retroalimentación, integración de la teoría con la práctica) y la autonomía del estudiante, autoevaluaciones.

El profesor y el estudiante deben asumir una actitud reflexiva y estar capacitados para determinar el grado de ansiedad que se genera en la consulta, ya que puede presentarse un probable desequilibrio psíquico que afecte la relación con el paciente teniendo una multicausalidad dentro de las cuales puede estar una condición sociocultural, situación ante la cual deben estar entrenados o acompañados del área psicosocial Golleman(27), con la intencionalidad de procurar un acercamiento con el paciente que le permita conocer su expresión verbal e interpretar su lenguaje corporal que en conjunto asegura la verdadera y completa transmisión de las emociones. Se aspira que el profesor sea un ejemplo a seguir, con personalidad adecuada a las particularidades inherentes al educador, puntualidad, disponibilidad, consistencia, práctico, con comprensión de las limitaciones del conocimiento del estudiante, respeto por la relación estudiante-paciente.

En la actualidad, se viven situaciones de conflicto en el ejercicio de la práctica de los profesionales en salud predomina un paradigma dualista, psicofísico, impera una presión deshumanizante en su uso, en su rutina, el mercantilismo avasalló su noble ejercicio, se ha institucionalizado la compra-venta de servicios de la salud humana, y se reclama rendición de cuentas. Es conveniente elaborar nuevos enfoques de responsabilidad social para garantizar que el progreso de la ciencia y la tecnología contribuyan a la justicia y a la equidad en la sociedad humana, mediante una reflexión dirigida al establecimiento de propuestas innovadoras que viabilicen la formación de profesionales en salud, que sean pertinentes, y trabajen en equipos multidisciplinarios con el fin de dar solución a las necesidades en salud de la población.

Dilemas bioéticos en las prácticas formativas:

Bertolami(22), plantea algunas razonamientos relacionados con las dificultades de la enseñanza de la ética en los currículos: con relación a la falta de preparación de quienes dictan los cursos, poca pertinencia

en contenidos y ubicación de los cursos dentro del programa, limitándose a dictar actuaciones en la práctica dental, código de ética vigente en los estudiantes, falta de introspección, apropiación y cambio de actitud en el comportamiento personal y profesional.

Koerber (8) evaluó el comportamiento ético en la formación de estudiantes encontrando situaciones que los llevan a infringir la ética por la necesidad de cumplir requisitos o exigencia en el cumplimiento de objetivos con el fin de aprobar el semestre, la competencia desleal, el hurto de materiales en pre clínicas con fines diversos, el plagio o copia en exámenes por recibir una nota aprobatoria, la inflexibilidad o rigidez en el cumplimiento de requisitos los lleva a diligenciar agendas de tratamiento irreales; en ocasiones los estudiantes anotan procedimientos ficticios con el fin de demostrar el cumplimiento de tareas, subordinación del estudiante (maltrato por parte del profesor, agresiones, temores del estudiante).

Como consecuencias drásticas en el incumplimiento está el castigo hacia las fallas cometidas, apatía del estudiante o desmotivación hacia un proceso de formación poco flexible con metodologías retrogradadas, poco interés en ser el mejor, por falta de incentivos o aprobación por parte de los profesores en el cumplimiento de objetivos, la falta de interés en asumir un comportamiento ético, por desconocimiento o falta de apropiación del deber ser como futuro profesional de la salud, el desinterés de cumplir en menor tiempo con el tratamiento del paciente.

En prácticas extramurales comunitarias, Sharp y Kuthy (28) describen una serie de dilemas éticos reportados por estudiantes en su relación con los pacientes: recursos limitados para el desarrollo de adecuados tratamientos para los pacientes, conflicto entre los profesionales que conforman el equipo interdisciplinario, políticas clínicas o procedimientos exigidos por los directivos de los centros asistenciales en salud, toma de decisiones clínicas sin tener en cuenta la autonomía del paciente.

Goncalvez y Machado (29) reportan conflictos morales y dilemas éticos en la atención de pacientes por parte de estudiantes en las prácticas formativas en las que se evidencia la vulnerabilidad del paciente quién se somete al tratamiento propuesto por el estudiante, desconociendo los reales intereses académicos de éste, así se debe resaltar que el cuerpo docente tiene gran responsabilidad en la construcción de competencias éticas de los futuros odontólogos en la postura que deben asumir frente a sus pacientes.

Propuestas para superar los dilemas durante la formación

Con el fin de desarrollar actitudes éticas en los estudiantes se sugiere plantear las siguientes dinámicas:

- a. Aprendizaje a partir de problemas (grupos de discusión)
- b. Herramientas para la resolución de problemas éticos y morales.
- c. Estándares de calidad académica, moral y ética (enaltecimiento). El profesor debe ser ejemplo como profesional humano y ético, otorgando un trato con dignidad y respeto como futuro colega.
- d. Los profesores de ética deben enseñar conceptos de Bioética para la reflexión, pensamiento crítico, toma de decisiones y resolución de conflictos, conocer las consecuencias de los actos a corto y largo plazo, la internalización de las normas, dilemas éticos y conducta ética, el aprendizaje a lo largo de la vida, reducir el stress y presión asociado a la formación, el replanteamiento del currículo, la integración de la bioética con la práctica de formación.

En general los directivos deben promover la enseñanza de la bioética a los profesores y personal administrativo (maestría y doctorado), "Cultura Ética", fortalecimiento del pensamiento bioético.

Al evidenciarse la persistencia de dilemas éticos en centros asistenciales en los cuales existe restricción para la atención en salud de personas sin recursos se pone de manifiesto recurrir a los códigos de ética que salvaguardan la responsabilidad social y el compromiso que se debe tener con las poblaciones vulnerables por parte del sector gubernamental, o el trabajo social que se puede asumir desde las facultades de odontología en dichos centros asistenciales. Se propone hacer un llamado desde la ética hacia dichas instituciones, promulgando los principios propuestos por Beauchamp y Childress (3) (autonomía, no maleficencia, beneficencia, justicia y confidencialidad), o los propuestos por la ADA, American Dental Association, (equidad, justicia y dignidad en el código de ética). Confidencialidad, dignidad, justicia, ética del cuidado, y sugiere incluir uno más el reconocimiento del otro como principio normativo, que debe tenerse en cuenta cuando del cuidado de la salud se habla protegiendo a los individuos y dándole solución a sus necesidades en salud.

Holdein(24) en el simposio - *La ética y la bioética* - en el pregrado hace las siguientes observaciones en

relación a la enseñanza que se debe impartir en los pregrados de las ciencias de la salud. Con relación a los especialistas que van a dictarla afirma que deben tener una doble vocación estar familiarizados con los conocimientos científicos, y tener una amplia formación humanista en el ámbito de la filosofía moral de tal forma que pueda juzgar los hechos que ocurren en la práctica clínica, y lograr que los conocimientos se integren en el actuar diario de los estudiantes con el fin de que lleguen a ser unos profesionales integrales con principios y valores en su ejercicio.

Su propuesta va encaminada a enseñar bioética como una disciplina desde el ciclo básico y lograr que se integre en el actuar diario de cada estudiante con el fin de que lleguen a ser un profesional integral.

Esta ha sido una continua preocupación de los formadores en las facultades de salud quienes se han ideado diferentes metodologías y espacios para su apropiación por parte de estudiantes y docentes pero aún existen divergencias en cuanto a la forma de impartirla y su aplicación en el ejercicio práctico.

CONCLUSIONES

Con el fin de tener la certeza de la apropiación que se tiene de un modelo adecuado y viable para la formación de odontólogos se hace necesario evaluar si existe claridad en los profesores y estudiantes del criterio de multidimensionalidad del ser y de la vida cuando se enuncia en la misión fundamental de la facultad la decidida intención de traspasar lo biológico desde las humanidades y la bioética, una concepción holística de la salud del ser humano en la relación odontólogo-paciente.

Dentro de los requerimientos necesarios para el adecuado desarrollo del modelo se contemplan: a) el perfil de quienes forman debe conocer el modelo de formación e integrarse con las demás áreas e impartir dicha enseñanza. Idealmente asumir e identificarse con este como forma de vida. b) Desarrollar actividades con equipos de trabajo multidisciplinario, el modelo exige una mayor dedicación y mayor tiempo de trabajo. c) Idealmente debe llegar a articularse con el sistema de seguridad social. d) Los estudiantes desde los primeros semestres interactúan en diferentes espacios de acuerdo con el nivel de complejidad en el que se encuentran. e) La integración de los fundamentos basados en la autonomía, dignidad, integridad, y vulnerabilidad, el respeto por la persona a la luz de los principios éticos, y f) la articulación de la comunicación en la relación profesor-paciente-estudiante.

Los retos que permiten acoger una formación de profesionales en el área de la salud bajo un modelo de las dimensiones de dar un enfoque bioético al Modelo Biopsicosocial y Cultural propuesto en la Universidad El Bosque exigen la apropiación de una formación más humana que incluya una actitud crítica, en la interacción docente asistencial a nivel individual, y colectivo, con una construcción crítica sobre las condiciones de salud del paciente, su familia, su contexto y su país y propuestas innovadoras para la toma de decisiones éticas y disciplinares, en los procesos de promoción y prevención, diagnóstico, pronóstico y tratamiento que le permitan mejorar las condiciones de salud de la población a partir de prácticas investigativas y docente-asistenciales.

La resistencia del sistema de seguridad social a insertar las prácticas formativas de los estudiantes, dificulta el desarrollo de la propuesta, puesto que los espacios de formación son producto de buenas intenciones en zonas desprotegidas del sistema, aun cuando desde la reforma del decreto de docencia servicio 2376 del 2010(30) se proponen cambios en la articulación de la docencia con el sistema general de seguridad ampliando las posibilidades de desarrollar prácticas formativas bajo la normatividad del sistema, esto dará la posibilidad de llevar a cabo una formación en espacios en los cuales el futuro profesional se va a desempeñar, disminuyendo quizás la posibilidad de que el estudiante recurra a diversas estrategias que lo lleven a la búsqueda de pacientes con el fin de cumplir con unos requisitos para la obtención del grado, aspectos que potencializan la posibilidad de que incurra en conflictos que lo comprometan éticamente.

REFERENCIAS

1. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980 May; 137(5):535-44.
2. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977 Apr 8; 196(4286): 129-36.
3. Beauchamp TL & Childress JF *Princípios de Ética Biomédica*. (4ed.) São Paulo: Edições Loyola, 2002.
4. Escobar-Triana J. Dimensiones ontológicas del cuerpo: Una visión filosófica del cuerpo y su relación son el ejercicio de la medicina. Colección Bios y Etho Vol. 2. Bogotá-Colombia: El Bosque; 1997
5. Otero M, Urrea F, Montaña J. Reflexiones institucionales y académicas entorno a la reforma del programa para la clínica de semiología del V semestre, Universidad El Bosque. *Revista Científica Facultad de Odontología - Universidad El Bosque (ECM)*. 2005; 11(1):71.
6. Ley 30 de 1992 .Por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior. *Diario Oficial No. 40.700 de 29 de diciembre de 1992*. República de Colombia
7. Dethlefsen T, Dahlke R. Enfermedad y síntomas. En: *La enfermedad como camino*. Barcelona: Plaza & Jánés Editores; 1993. 13-24.
8. Koerber A, Botto RW, Pendleton DD, Albazzaz MB, Doshi SJ, Rinando VA. Enhancing ethical behavior: views of students, administrators, and faculty. *J Dent Educ*. 2005 Feb;69(2):213-24; discussion 229-31.
9. Mardones JM. *Filosofía de las Ciencias Humanas y Sociales: materiales para una fundamentación científica*. 2ª ed. Rubí (Barcelona): Anthropos Ed; 2001. 114.
10. Garcia-Castro J. La relación médico-paciente. En Casanova-Diaz S, Garcia-Castro J, Guerra -De Bautista A, Gómez - Lozano P, Martínez-Gómez SH, Sierra-de Jaramillo M, Vargas-Navarro P, Donoso-Suárez IA. *El Paciente desde la Perspectiva Biopsicosocial*. Bogotá: Ediciones El Bosque; 2010. 33.
11. Escobar Triana J. Articulación del conocimiento básico biológico y social en la formación del personal de salud: aporte de una experiencia. En: *Fundación Escuela Colombiana de Medicina*, editor. *Proyecciones de un programa s.l: Escuela Colombiana de Medicina*; 1990: 65-78.
12. Cruz-Coke R. Introduction to bioethics in contemporary medicine. *Rev Med Chil*. 1995 Mar;123(3):363-7.
13. Borrell-Carrio F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med* 2004 Nov-Dec; 2(6):576-582.
14. Eriksen HM, Bergdahl J, Bergdahl M. A patient-centred approach to teaching and learning in dental student clinical practice. *Eur J Dent Educ* 2008 Aug;12(3): 170-5.
15. Roselli H, Escobar-Triana J, Wiesner-Ceballos C, *Fundación Escuela Colombiana de Medi-*

- cina. Proyecciones de un programa: Escuela Colombiana de Medicina, Colección Educación Médica Vol.3 Bogotá:1990: 89-94.
16. Rangel MC, Pardo MI, Otero M. Reorganización del plan de estudios de la facultad de odontología. *Revista Científica Facultad de Odontología. Universidad El Bosque (ECM).* 2002; 8(1): 91-9.
 17. Ovalle Gómez C. Aspectos bioéticos de un modelo de atención odontológica. *Ensayos en bioética: una experiencia colombiana. Colección Bios y ethos. Bogotá: Ediciones El Bosque; 2000. 172.*
 18. Fugill M. Teaching and learning in dental student clinical practice. *Eur J Dent Educ.* 2005 Aug; 9(3):131-6.
 19. Roselli H. Proyecciones de un programa: Escuela Colombiana de Medicina, área psico-social. En: *Fundación Escuela Colombiana de Medicina. Filosofía de un programa. Bogotá: Editorial Kimpres, 1984. p. 197*
 20. Haldane J. La ética medieval y renacentista. En: *Singer P. Compendio de ética. Madrid: Editorial Alianza; 1995. 200.*
 21. Saenz M, Antoniazzi JH. *Libro del proyecto latinoamericano de convergencia en educación odontológica (PLACEO). São Paulo - SP - Brasil: Editora Artes Médicas Ltda; 2010*
 22. Bertolami CN. Why our ethics curricula don't work. *J Dent Educ.* 2004 Apr; 68(4):414-25.
 23. Ezekiel J. Emanuel, Linda L. Emanuel. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: *Couceiro A. Bioética para clínicos. 4ª ed. España: Editorial Triacastela; 1999. 109- 26*
 24. Holdelín R. La ética y la bioética en el pregrado. Ponencia introductoria: La enseñanza de la bioética en el pregrado. Reflexiones sobre un problema inconcluso. *Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. [citado 2011 Feb 21]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2007000500008&lng=es*
 25. Hottois G. ¿Qué es la bioética? Trad. Esp. Chantal Aristizabal. Bogotá. VRIN- Universidad El Bosque, 2007.
 26. Eslava JC, García CM. Los orígenes del SFHC en la Escuela Colombiana de Medicina: una experiencia innovadora al interior de una nueva institución de educación médica. *Rev. ECM.* 2003; 8(1):21-37.
 27. Golleman D. Emotional Intelligence. En Eriksen, H. M. "A patient centred approach to teaching and learning in dental student clinical practice". En: *European Journal of Dental Education, No12, 170-75. Norway: Blackwell Munksgaard, 2008.*
 28. Sharp HM, Kuthy RA, Heller KE. Ethical dilemmas reported by fourth-year dental students. *J Dent Educ.* 2005 Oct; 69(10):1116-22.
 29. Gonçalves ER, Machado MI. A vulnerabilidade e o paciente da clínica odontológica de ensino. *Revista Brasileira de Bioética.* 2005; 1(2): 195-205.
 30. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 2376. "Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud". 1 julio 2010.

AGRADECIMIENTOS: a la Dra. Constanza Ovalle por sus valiosos aportes, revisión y sugerencias para la elaboración de este artículo.

CONFLICTO DE INTERÉS: la autora no informa sobre conflictos de interés en este artículo.