

Orientación empática en estudiantes de odontología de la Universidad Central del Este

Silva, María Guadalupe*; Arboleda Castillo, Joel **; Díaz Narváez, Víctor Patricio ***

Resumen

Objetivo: determinar la orientación empática en estudiantes de odontología. **Metodología:** es una investigación no experimental, descriptiva, de corte transversal y ex post facto causa-efecto. La población estuvo constituida por 284 estudiantes de la carrera de odontología de la Universidad Central del Este (República Dominicana) y la muestra se conformó con 239 sujetos, quienes cursaban los niveles 1º, 2º, 3º, 4º y 5º (Años), durante 2012. Se utilizó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ), versión S, adaptada culturalmente para la República Dominicana. **Resultados:** se analizaron las variables año y género. Se encontró que el factor año fue altamente significativo ($p < 0,001$), contrario a resultados del factor género ($p > 0,05$), lo cual indica que existen diferencias entre los años estudiados, pero no entre los géneros. **Conclusiones:** es necesario realizar estudios que favorezcan la observación de las variables estudiadas y compararlas con modificaciones hechas a nivel de los programas académicos y mallas curriculares.

Palabras clave: Empatía; Curriculum; Estudiantes de Odontología; Relaciones Dentista-Paciente.

Abstract

Purpose: To determine the empathetic orientation of dental school students. **Methods:** This is a non-experimental, descriptive, transversal and ex post facto cause and effect study. The population consisted of 284 dentistry students from the Universidad Central del Este (Dominican Republic). The sample size was of 239 subjects, who were enrolled in level 1º, 2º, 3º, 4º and 5º (years) during 2012. We applied a culturally adapted Spanish version of the Scale of Physician Empathy Jefferson (JSPE). **Results:** We analyzed variables year and gender, finding that year was highly significant ($p < 0.001$), in contrast to gender ($p > 0.05$). This indicates that there are differences in empathetic orientation between years but not between genders. **Conclusions:** Further studies should be conducted that favor the observation of the variables studied. When possible, comparative analysis should be made to determine the impact of changes made at the academic programs and curricula.

Keywords: Empathy, Curriculum, Dentistry Students, Dentist-Patient Relations

* Profesora de Epidemiología Bucal y Odontología Preventiva, Social y Educativa. Escuela de Odontología. Investigadora del Instituto de Investigaciones Científicas. Universidad Central del Este. República Dominicana.

** Director del Instituto de Investigaciones Científicas. Universidad Central del Este. República Dominicana.

*** Director Regional Académico. Universidad Mayor. Sede Temuco. Temuco. Chile.

Fecha recibido: 06.06.13 - Fecha aceptado: 03.09.13

Introducción

La empatía representa un aspecto importante utilizado como indicador de la relación médico-paciente. Es la capacidad del médico para reconocer cognitivamente las perspectivas y experiencias de un paciente, y transmitir este tipo de comprensión nuevamente al paciente (1,2). Hojat et al (3,4), plantean que la empatía es una variable importante en el estudio conductual humano, representando así un concepto amplio, encontrándose diferentes definiciones para la explicación de esta (3). En búsqueda de esclarecer su significado se estudian dos componentes fundamentales: el primero es el componente cognitivo, es decir, entender los sentimientos del otro y la habilidad de adoptar su perspectiva, que implica dejar de lado la propia, para atribuir un estado mental a la otra persona y después inferir y predecir el comportamiento de esa persona (5, 6); el segundo es el componente afectivo, es decir, la respuesta emocional apropiada de un observador al estado emocional de otra persona (5, 6). En el ámbito médico, un comportamiento más empático, mejora la precisión del diagnóstico, aumenta la eficacia de las intervenciones terapéuticas y aumenta la satisfacción de la relación médico-paciente para ambos componentes (7, 8, 9).

La mayoría de los estudios se han realizado en torno al análisis de la empatía en médicos, observándose que los médicos en las especialidades “orientadas al paciente” (medicina familiar, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, medicina de urgencia, psiquiatría y subespecialidades médicas correspondientes) obtienen puntajes de empatía más altos que sus contrapartes en especialidades “orientadas a la tecnología” (anestesiología, radiología, patología, cirugía y subespecialidades quirúrgicas) (4, 10). Se entiende a la odontología como una especialidad “orientadas al paciente” (11). En la práctica odontológica,

incluso desde inicios de la formación académica del futuro profesional, éste se ve en la necesidad de tener contacto directo con el paciente, quién busca una atención, que implica un trato directo e inmediato y en gran porcentaje, una respuesta oportuna.

Según la Asociación Americana de Educación Dental (ADEA, en inglés) como su segunda competencia para la atención clínica del paciente, menciona la empática como una de las habilidades para lograr esta práctica (12). Específicamente para América Latina, en diferentes escuelas, se observa en la descripción del perfil del futuro egresado de la odontología, la búsqueda del logro de competencias comunicativas, el desarrollo de actitudes y aptitudes con énfasis humanístico, así como la resolución de problemas, entre otras (13). Con fines de ampliar la gama de observaciones del comportamiento de la empatía, valorándola como una habilidad comunicacional, se plantea el presente estudio dirigido a determinar la orientación empática en estudiantes de la facultad de odontología de la Universidad Central del Este de República Dominicana, utilizando la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ), la cual ha sido validada en una variedad de entornos de atención de salud (2,4).

Material y métodos

Este trabajo está en correspondencia con una investigación no experimental, descriptiva, de corte transversal y ex post facto causa-efecto. La población estaba constituida por 284 estudiantes pertenecientes a los niveles 1º, 2º, 3º, 4º y 5º años de la carrera de odontología de la Universidad Central del Este (República Dominicana). La muestra se conformó con 239 sujetos, (84,15 % de la población estudiada), quienes cursaban los niveles 1º (n=58), 2º (n=68) 3º (n= 62), 4º (n= 28) y

5º (n=23) durante 2012. La muestra se escogió en una semana, desde el 16 hasta el 21 de abril de 2012 (cada día de la semana para un curso previamente determinado). La muestra la constituyeron todos aquellos sujetos que pudieron ser evaluados en el día que les correspondía. Como los estudiantes encuestados están sometidos a la posibilidad de realizar visitas a diferentes áreas clínicas, clases en lugares diferentes y alejados físicamente del lugar de la encuesta, inasistencias a clases, entre otras circunstancias, no todos los estudiantes de todos los cursos pudieron ser evaluados. A los estudiantes que faltaron, por la razones señaladas, no se les aplicó la escala en una segunda oportunidad con el objeto de evitar el riesgo de “una transmisión transversal de las características de las preguntas” y, de esta manera, evitar una posible contaminación en las respuestas. A los sujetos pertenecientes a la muestra se les aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ) en la versión en español para estudiantes (versión S) validada en México y Chile, esta escala tiene una puntuación mínima de 20 y máxima de 140 y no establece punto de corte (14,15), el instrumento fue adaptado culturalmente a República Dominicana, lo cual obligó a constituir una comisión de jueces nombrados para tal efecto. No existieron criterios de exclusión, pues el interés era evaluar la variable de interés a la mayor cantidad de estudiantes. Las filas de las matrices de respuestas de la escala aplicada incompletas se eliminaron del análisis.

Se realizó una única medición en la sala de clases a los alumnos en los niveles desde el 1º hasta el 5º año, resguardando la confidencialidad del mismo mediante la aplicación de un operador neutral y sin identificación de las encuestas.

Los datos primarios fueron sometidos inicialmente a la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk en los dos factores estudiados (Año

y Sexo) (16). También fueron sometidos a la prueba de homocedasticidad de Levene (igualdad de varianzas) (17). Se estimaron los estadígrafos descriptivos; media aritmética y desviación típica en todos los factores y sus niveles correspondientes. La comparación de las medias se realizó mediante un Análisis de Varianza (ANOVA) Bifactorial Modelo III con interacción de primer orden y una comparación múltiple de medias de Duncan, de acuerdo con Díaz (18). Se estimó además la potencia observada y el tamaño del efecto (18,19). Los estadígrafos estimados se dibujaron en un gráfico de perfil. El nivel de significación utilizado fue de $\alpha \leq 0,05$ en todos los casos.

Resultados

En la Tabla I se observan los valores de los estadígrafos descriptivos de las medias de las sumatorias y la desviación típica correspondiente en cada uno de los niveles de ambos factores estudiados y en la Tabla II los resultados del ANOVA Bifactorial. Se encontró que el factor Año fue altamente significativo ($p < 0,001$), sin embargo el factor género no fue significativo ($p > 0,05$), lo cual indica que existen diferencias entre los años estudiados, pero no entre los géneros (Figura 1 y Figura 2 respectivamente), el estadígrafo eta cuadrado es bajo, lo mismo ocurre con el valor de R^2 ; por lo tanto, ambos estadígrafos ratifican que el tamaño del efecto de la diferencia observada entre los niveles del factor año es pequeño. La potencia observada fue mayor a 0,95 en el factor años; por tanto es poco probable cometer el error de Tipo II, pero existen altas probabilidades de cometer este tipo de error en el análisis del otro factor estudiado y en la interacción. Tampoco se encontró significación en la interacción entre estos dos factores ($p > 0,05$), lo cual indica que ambos son inde-

pendientes entre sí. Como se describe anteriormente, el valor del coeficiente de determinación (R^2) ajustado fue de 0,067; es decir, que los factores estudiados, especialmente el

factor años, sólo explican el 6,7% de toda la variación encontrada en la variable estudiada, todo lo cual indica que la variable empatía no cambia sustancialmente entre los diferentes años y entre los géneros.

Tabla I. Resultados de la estimación de los estadígrafos en ambos factores estudiados.

AÑOS	GÉNERO	Media	Desviación típica	N
PRIMER AÑO	FEMENINO	98,52	12,165	44
	MASCULINO	88,93	15,770	14
	Total	96,21	13,620	58
SEGUNDO AÑO	FEMENINO	101,00	13,906	45
	MASCULINO	94,57	21,424	23
	Total	98,82	16,944	68
TERCER AÑO	FEMENINO	104,68	13,736	40
	MASCULINO	106,27	15,391	22
	Total	105,24	14,240	62
CUARTO AÑO	FEMENINO	103,60	14,601	20
	MASCULINO	106,50	11,844	8
	Total	104,43	13,718	28
QUINTO AÑO	FEMENINO	105,69	11,948	16
	MASCULINO	108,86	14,005	7
	Total	106,65	12,372	23
Total	FEMENINO	102,00	13,424	165
	MASCULINO	99,62	18,358	74
	Total	101,26	15,125	239

Tabla II: Resultados de la aplicación del análisis de varianza bifactorial a los factores examinados en la variable en estudio.

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial	Potencia observada
AÑOS	5149,383	4	1287,346	6,030	,000	,095	,985
GÉNERO	114,491	1	114,491	,536	,465	,002	,113
AÑOS * GÉNERO	1324,810	4	331,202	1,551	,188	,026	,476
Error	48885,791	229	213,475				
Total	2505226,000	239					
Total corregida	54444,393	238					

R cuadrado = ,102 (R cuadrado corregida = ,067)

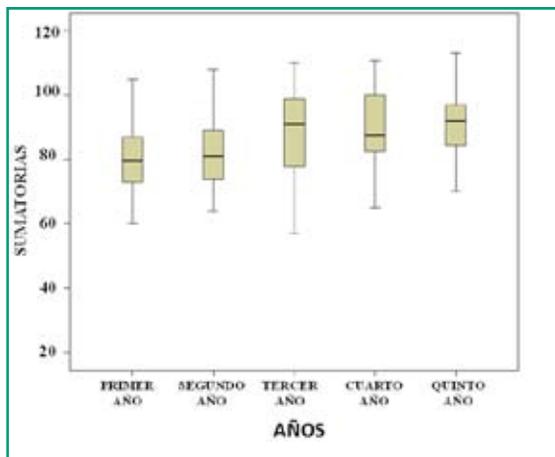


Fig. 1. Gráfico de cajas con las medias de la variable en estudio en cada uno de los cursos examinados.

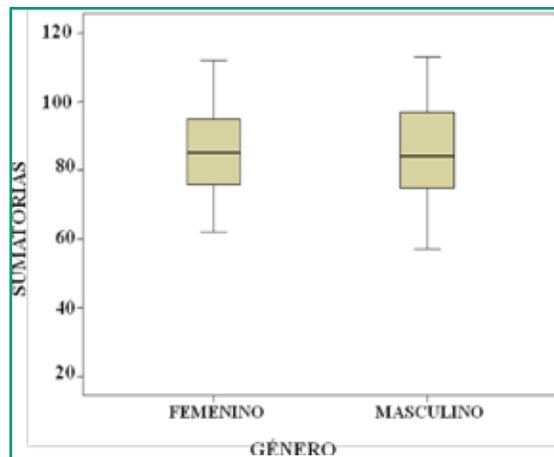


Fig. 2. Gráfico de cajas con las medias de la variable en estudio en cada uno de los géneros examinados.

En la Tabla III se presentan los valores de las medias en los niveles del factor Años y, en la Tabla IV, los resultados de la comparación múltiple de medias entre los niveles del factor Años. Se observa que se forman tres grupos que difieren significativamente entre ellos ($p < 0,05$), el primero formado por los dos primeros años y no existen diferencias entre ellos ($p > 0,05$); el segundo formado por el segundo, tercero y cuarto, que no difieren entre sí ($p > 0,05$) y, por último, el quinto año, el

cual difiere significativamente de los anteriores ($p < 0,05$).

Por último, en la Figura 3, se observan las medias de ambos géneros examinados en los distintos años. Estas medias tienden a incrementar el valor de la variable en estudio en la medida de que los años son superiores. El género se comporta en forma relativamente igual dentro de un mismo año, en relación al proceso de incremento del valor de la orientación empática en la medida que aumenta el año estudiado.

Tabla III. Resultados de la estimación de medias entre los niveles del factor Cursos

AÑOS	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
PRIMERA AÑO	93,726	2,242	89,309	98,143
SEGUNDO AÑO	97,783	1,873	94,093	101,472
TERCER AÑO	105,474	1,939	101,653	109,295
CUARTO AÑO	105,050	3,056	99,028	111,072
QUINTO AÑO	107,272	3,311	100,749	113,795

Tabla IV. Resultados de la comparación múltiples de medias.

AÑOS	N	Subconjunto		
		1	2	3
PRIMER AÑO	58	96,21		
SEGUNDO AÑO	68	98,82	98,82	
CUARTO AÑO	28		104,43	104,43
TERCER AÑO	62		105,24	105,24
QUINTO AÑO	23			106,65
Sig.		,428	,066	,529

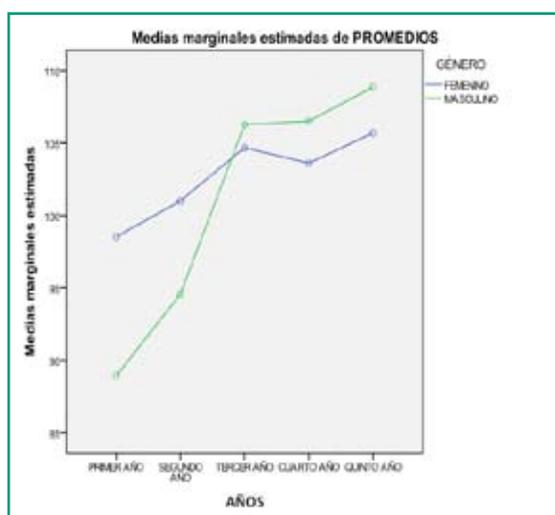


Fig. 3. Gráfico de perfil con las medias de la variable en estudio en cada uno de los factores examinados.

Discusión

Los resultados obtenidos sobre niveles de orientación empática en los estudiantes de odontología de la Universidad Central de Este, en sentido general fueron bajos. En relación a los estudios realizados en los estudiantes de Norteamérica (12, 20), Portugal (21), México (14) y Chile (22). Sin embargo, llama la atención la afinidad al trabajo efectuado por Oviedo (23) en una universidad pública de Venezuela, quien además de rea-

lizar estudio en estudiantes de odontología, geográficamente se encuentra muy cercano a la República Dominicana. Fuera del continente americano el estudio más parecido es el realizado por Roh et al (24) en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Seúl, Corea y por Kataoka et al (25) en estudiantes japoneses. La diferencia de resultados entre países, ya sea o no del mismo continente, puede ser un reflejo de la diversidad de culturas educacionales y de la práctica médica por sí misma (25, 26). Dando una brecha de investigación en relación a las implicaciones socio-culturales que pudieran afectar los niveles de orientación empática de los profesionales de salud en formación.

En relación al género, se muestra puntaje promedios de empatías mayores en mujeres que en hombres, aún así, no se encuentran diferencias significativas. Coincidiendo con los resultados de Oviedo (23) y con Beattie et al (27), en sus estudios realizados en estudiantes de odontología. Contrario a lo encontrado en estudiantes chilenos, en donde hubo diferencias altamente significativas en relación a género (22). En este mismo orden de ideas cuando se plantea la empatía como un ingrediente para las buenas prácticas odontológico-paciente, sobre la influencia del género, en

este ámbito ya existen estudios que muestran como el estereotipo del género está relacionado con la empatía interpersonal en la formación profesional, es decir, el paciente puede tener la creencia de que dependiendo del sexo del odontólogo, va a tener una buena relación con este, es por ello que se plantea incorporar estos aspectos en los programas de formación, para usarlo como elemento cognitivo de la empatía y de la relación odontólogo-paciente (28).

Los niveles de orientación empática en relación a los años de estudio, mostraron diferencias significativas. Del mismo modo muestra como el nivel de orientación empática aumenta con los años, este resultado coincide con el estudio realizado por Rivera et al (22) en estudiantes chilenos, y por Tavakol et al (29) en estudiantes del Reino Unido. Un hallazgo a considerar es la diferencia significativa que se obtuvo en el último año, en relación a los anteriores, no concordando con los resultados de Sherman y Cramer (12) y por Hojat et al (20), quienes refieren que los niveles de orientación empática de estudiantes disminuyen a medida que avanzan los años académicos. Sin embargo, estos resultados concuerdan con lo planteado por Rojas-Serey et al (15) en su trabajo realizado con estudiantes de escuelas de kinesiología. La manifestación de estos hechos podría sugerir que la empatía se puede desarrollar a medida que avanza o se desarrolla la preparación académica del estudiante de salud. No obstante, esto comprendería una revisión a profundidad de las mallas curriculares y de los programas académicos.

En la actualidad constantemente las personas encargadas de la estructuración de las curricula universitarias se mantienen alertas a las iniciativas de mejoras y adecuación de sus programas con la intención de dejar atrás el proceso de transición de la formación odontológica tradicional a la formación por competencias. La competencia, no es más que el

logro de dominios de habilidades elementales, que para este caso particular, debe poseer el profesional de la odontología (30). Considerando lo que expresa Tejeda et al (31), se hace necesario definir las habilidades que orienten a los profesores en la práctica docente-educativa, y le permitan instrumentar desde lo curricular, mediante los componentes del proceso enseñanza-aprendizaje un sistema de acciones dirigidas al desarrollo de las habilidades comunicativas necesarias y más importantes que posibiliten el cumplimiento de las tres funciones de la comunicación: (informativa, regulativa y afectiva) y constituya condición esencial sea para establecer una adecuada comunicación con los pacientes, familiares y otros profesionales desde los diferentes escenarios de actuación.

La Universidad Central del Este (UCE) no escapa de esta realidad y en estos últimos años se ha ido trabajando el aspecto de las competencias, se están revisando los programas académicos, adecuando la malla, previo a un estudio del medio profesional, cultural, económico y social en el que se desarrollará su futuro egresado. Sin embargo, no se observa la inclusión de la empatía médica como un componente de las habilidades comunicacionales y la integración de esta subcompetencia en los programas académicos.

En este mismo orden de ideas, esta facultad tiene la particularidad de que posee un modelo mixto, ya que simultáneamente prepara estudiantes para una sociedad y cultura dominicana, así como a estudiantes extranjeros para desarrollar su profesión en la sociedad norteamericana. El grupo de estudiantes extranjeros significan un número considerable, los cuales, a mitad de la carrera deben prepararse para una prueba estandarizada que les permitirán continuar con los niveles académicos superiores y una vez superada esta y finalizar los créditos académicos deben prepararse para enfrentarse a la prueba formal (Na-

tional Board Dental Examination, NBDE) en los Estados Unidos.

Los niveles de empatía es los estudiantes de odontología fueron bajos, sin embargo, lo antes mencionado no se considera justificación válida para los resultados encontrados en el presente estudio.

Como una de las limitaciones de este trabajo puede considerarse la tipificación de estudio transversal, convendría preparar el seguimiento de posibles modificaciones de niveles empáticos a través de estudios longitudinales, que favorezcan la observación de las variables estudiadas, y de ser posible compararlas con cambios hechos a nivel de los programas académicos y mallas curriculares.

Como otra restricción se puede mencionar que el enfoque metodológico cuantitativo no permite abordar la complejidad de la competencia “empatía odontólogo-paciente”, un abordaje cualitativo permitiría obtener aportes más consistentes para repensar los procesos de enseñanza y de aprendizaje, los espacios curriculares, los contenidos y su secuenciación. Por lo que, se considera necesario seguir profundizando esta línea de investigación que permita la elaboración de propuestas para la mejora de la enseñanza universitaria.

Referencias

1. Coulehan JL, Platt FW, Egener B, et al. “Let me see if I have this right...”: words that help build empathy. *Ann Intern Med.* 2001; 135:221-7.
2. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educ Psychol Meas.* 2001; 61:349-65.
3. Fernández-Pinto I, López-Pérez, Márquez M. Empatía: teorías y aplicaciones en revisión. *An Psicol* 2008; 24 (2): 284-298.
4. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magge M. Physician Emphaty: Definition, Components, Measurement and Relationship to Gender and Specialty. *Am J Psychiatry* 2002; 159(9):1563-1569.
5. Jackson PL, Meltzoff AN, Decety J. How do we perceive the pain of others? A window into the neural processes involved in empathy. *NeuroImage* 2005; 24: 771-9.
6. Baron-Cohen S. La gran diferencia: Cómo son realmente los cerebros de hombres mujeres. Barcelona: Amat; 2005.
7. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med.* 1984; 101:692-6.
8. Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA.* 2000; 284:1021-7.
9. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ* 2004; 38:934-941.
10. Hojat M, Mangione S, Gonella JS, Nasca T, Veloski J, Kane G. Empathy in medical education and patient care (letter). *Acad Med* 2001; 76:669.
11. Yarascavitch C, Regehr G, Hodges B, Haas DA. Changes in dental student empathy during training. *J Dent Educ* 2009; 73(4):509-17.
12. Sherman JJ, Cramer A. Measurement of changes in empathy during dental school. *J Dent Educ.* 2005;69(3):338-45.
13. Narvárez Carrasco CG, Vicentela Gutiérrez LA. Actualidad y perspectiva del currículum de Odontología. *Educ Med Super.* 2011; 25(4):515-24.
14. Alcorta-Garza A, González-Guerrero JF, Tavitas-Herrera SE, Rodríguez-Lara FJ, Hojat M. Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en Estudiantes

- de Medicina Mexicanos. *Salud Ment* 2005; 28 (5): 57-63.
15. Rojas-Serey AM, Castañeda-Barthelemy S, Parraguez-Infiesta RA. Orientación empática de los estudiantes de dos escuelas de kinesiología de Chile. *Educ Med* 2009;12(2):103-9.
 16. Shapiro SS, Wilk MB. An Analysis of Variance Test for Normality (Complete Samples). *Biometrika* 1965; 52 (3-4): 591-611.
 17. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análisis multivariante*. Madrid: Editorial Prentice-Hall; 2001. p. 66-67.
 18. Díaz Narváez VP. *Metodología de la Investigación Científica y Bioestadística para Profesionales y Estudiantes de Ciencias Médicas*. Santiago, Chile: RiL Editores; 2009.
 19. Frías MD, Llobell JP, García JF. Tamaño del efecto del tratamiento y significación estadística. *Psicothema*. 2000; 2(2):236-240.
 20. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med* 2009;84(9):1182-91.
 21. Magalhães E, Salgueira AP, Costa P, Costa MJ. Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ* [en línea] 2011; 11(1):52. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/11/52>. Citado: 19/08/2013
 22. Rivera I, Bulboa RA, Arancibia AZ, Patricia V, Narváez D. Evaluación del nivel de orientación empática en estudiantes de Odontología. *Salud Uninorte*. Barranquilla. 2011;27(1):63-72.
 23. Oviedo M. Empatía de estudiantes en formación en la facultad de odontología de la Universidad de Carabobo [Tesis doctoral Internet]. Universidad Autónoma de Madrid; 2011. p. 158. Disponible en: http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/empatia-estudiantes-formacion-facultad-odontologia-universidad-carabobo/id/55311551.html
 24. Roh M, Hahm B, Lee D, Suh D: Evaluation of Empathy Among Korean Medical Students: A Cross-Sectional Study Using the Korean Version of the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Teach Learn Med* 2010; 22(3):167-171.
 25. Kataoka H, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonnella J. Measurement of Empathy Among Japanese Medical Students: Psychometrics and Score Differences by Gender and Level of Medical Education. *Acad Med* 2009; 84(9): 1192-1197.
 26. Suh DH, Hong JS, Lee DH, Gonnella JS, Hojat M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: a preliminary psychometric study and group comparisons in Korean physicians. *Med Teach* 2012 ;34(6):e464-8.
 27. Beattie A, Durham J, Harvey J, Steele J, McHanwell S. Does empathy change in first-year dental students? *Eur J Dent Educ* [en línea]. 2012;16(1):e111-6. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0579.2011.00683.x/full>. Citado 19/08/2013
 28. Smith MK, Dundes L. The implications of gender stereotypes for the dentist-patient relationship. *J Dent Educ* 2008;72(5):562-70.
 29. Tavakol S, Dennick R, Tavakol M. Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the Jefferson Scale of Physician Empathy. *BMC Med Educ* [en línea] 2011;11(1):54. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/11/54>. Citado: 19/08/2013
 30. Sanz M, Treasure E, Van Dijk W, Feldman C, Groeneveld H, Kellett M, et al.

Profile of the dentist in the oral healthcare team in countries with developed economies. Eur J Dent Educ. Febrero 2008;12 Suppl 1(Septiembre 2007):101-10.
31. Tejera Concepción J, León Iglesias M,

Cortés Cortés M, Bravo López G, Mur Villar N, López Palacio JV. Las habilidades comunicativas en las carreras de las Ciencias de la Salud. Medisur 2012; 10(2):72-8.

María Guadalupe Silva: gsilva@uce.edu.do